



Psikososial dan Budaya dalam Keperawatan

Mukhoirotin ■ Muthia Mutmainnah ■ Natalia Elisa Rakinaung
Wiwiek Widiatie ■ Veronica Paula ■ Muhammad Ardianto Rodin
Amrina Rasyada ■ Nailiy Huzaimah ■ Laeli Farkhah
Brian Joel Sapulette ■ Christian Apolinaris Lombogia



Psikososial
dan **Budaya**
dalam **Keperawatan**



UU 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 Perlindungan Pasal 26

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

- a. penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- b. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- c. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- d. 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 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).
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 a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).

Psikososial dan Budaya dalam Keperawatan

Mukhoirotin, Muthia Mutmainnah, Natalia Elisa Rakinaung
Wiwiek Widiatie, Veronica Paula, Muhammad Ardianto Rodin
Amrina Rasyada, Nailiy Huzaimah, Laeli Farkhah
Brian Joel Sapulette, Christian Apolinaris Lombogia



Penerbit Yayasan Kita Menulis

Psikososial dan Budaya dalam Keperawatan

Copyright © Yayasan Kita Menulis, 2023

Penulis:

Mukhoirotin, Muthia Mutmainnah, Natalia Elisa Rakinaung
Wiwiek Widiatie, Veronica Paula, Muhammad Ardianto Rodin
Amrina Rasyada, Nailiy Huzaimah, Laeli Farkhah
Brian Joel Sapulette, Christian Apolinaris Lombogia

Editor: Matias Julyus Fika Sirait

Desain Sampul: Devy Dian Pratama, S.Kom.

Penerbit

Yayasan Kita Menulis

Web: kitamenulis.id

e-mail: press@kitamenulis.id

WA: 0821-6453-7176

IKAPI: 044/SUT/2021

Mukhoirotin., dkk.

Psikososial dan Budaya dalam Keperawatan

Yayasan Kita Menulis, 2023

xiv 168 hlm; 16 x 23 cm

ISBN: 978-623-113-046-4

Cetakan 1, November 2023

- I. Psikososial dan Budaya dalam Keperawatan
- II. Yayasan Kita Menulis

Katalog Dalam Terbitan

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak maupun mengedarkan buku tanpa izin tertulis dari penerbit maupun penulis

Kata Pengantar

Puji syukur kehadiran Allah SWT, berkat rahmat dan karunia-Nya tim penulis dapat menyelesaikan buku yang berjudul “Psikososial dan Budaya dalam Keperawatan”. Buku ini disusun oleh tim penulis yang terdiri dari beberapa Dosen Perguruan Tinggi di Indonesia.

Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien, selain perawatan fisik, juga memberikan perawatan untuk memenuhi kebutuhan psikologis, sosial, dan spiritual pasien. Perawat juga diharapkan memiliki pengetahuan tentang beragamnya keyakinan dan praktik kesehatan pasien mereka dalam upaya untuk merencanakan dan melaksanakan intervensi yang sesuai dengan budaya. Dengan buku ini, diharapkan dapat menjadi tambahan referensi bagi mahasiswa keperawatan pada khususnya dan perawat pada umumnya terkait dengan psikososial dan budaya dalam keperawatan.

Pada buku Psikososial dan Budaya dalam Keperawatan ini, materi yang dibahas meliputi: Pengantar Psikososial dan Budaya dalam Keperawatan; Teori Perilaku dan Psikologi Pasien; Psikologi Pasien dan Adaptasi terhadap Penyakit; Keterampilan Komunikasi Empatik; Komunikasi Interkultural; Merawat Pasien dengan Masalah Psikososial; Etika dan Batasan dalam Memberikan Dukungan Psikososial; Penghormatan Budaya dalam Praktik Keperawatan; Komunikasi Lintas Budaya; Keanekaragaman Budaya dalam Praktik Keperawatan; Psikososial dan Budaya dalam Pengambilan Keputusan Medis.

Ucapan terima kasih yang tak terhingga penulis sampaikan kepada semua pihak yang telah membantu dalam proses penulisan, pengeditan, dan penerbitan buku ini. Ucapan terima kasih secara khusus penulis sampaikan kepada press@kitamenulis.id dan timnya, kepada institusi

dimana penulis berkarya dan bekerja sebagai dosen dan juga keluarga yang telah memberikan support pada penulis.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan dan penyusunan buku ini masih terdapat kekurangan, sehingga penulis berharap saran dan kritik dari pembaca demi kesempurnaan buku ini. Akhirnya dengan segenap kerendahan hati, penulis sebagai manusia biasa mohon maaf atas segala kekurangan.

Semoga bermanfaat.

Jombang, Oktober 2023
Tim Penulis

Daftar Isi

Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
Daftar Gambar	xi
Daftar Tabel.....	xiii

Bab 1 Pengantar Psikososial dan Budaya dalam Keperawatan

1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Konsep Psikososial	3
1.3 Pengantar Budaya dalam Keperawatan	5
1.3.1 Sejarah Keperawatan Transkultural.....	6
1.3.2 Keperawatan Transkultural (Transcultural Nursing).....	7
1.3.3 Pentingnya Kompetensi Budaya.....	10

Bab 2 Teori Perilaku dan Psikologi Pasien

2.1 Pendahuluan.....	13
2.2 Konsep Dasar Teori Perilaku	14
2.2.1 Faktor yang Memengaruhi Perilaku	15
2.2.2 Domain Perilaku.....	16
2.2.3 Klasifikasi Perilaku	17
2.2.4 Teori Perilaku	17
2.3 Konsep Dasar Teori Psikologi.....	19
2.3.1 Kaitan antara Mind and Body	20
2.3.2 Pendekatan Biopsikososial	20
2.3.3 Kontribusi dan Keterbatasan Psikologi Perilaku.....	21

Bab 3 Psikologi Pasien dan Adaptasi terhadap Penyakit

3.1 Psikologi Pasien.....	23
3.2 Faktor yang Memengaruhi Psikologi Pasien.....	25
3.3 Adaptasi Terhadap Penyakit.....	28
3.4 Faktor yang Memengaruhi Adaptasi Pasien terhadap Penyakit	30

Bab 4 Keterampilan Komunikasi Empatik

4.1 Pendahuluan.....	35
4.2 Pengertian Komunikasi Empatik.....	36
4.2.1 Definisi Komunikasi	36
4.2.2 Definisi Empatik	37
4.3 Prinsip Komunikasi Empatik.....	39
4.4 Hambatan dalam Komunikasi Empatik.....	42
4.5 Sikap Supportif Dan Defensif dalam Komunikasi Empatik	45

Bab 5 Komunikasi Interkultural

5.1 Komunikasi Interkultural	50
5.2 Peran Bahasa dalam Komunikasi Antar Budaya	51
5.3 Fungsi Komunikasi Antar Budaya	52
5.3.1 Fungsi Pribadi	52
5.3.2 Fungsi Sosial	53
5.4 Prinsip Komunikasi Antar Budaya	54
5.5 Faktor yang memengaruhi Komunikasi Antar Budaya.....	55
5.5.1 Komunikasi Non-Verbal	56
5.5.2 Komunikasi Verbal.....	57
5.6 Bahasa Cerminan Budaya.....	58
5.7 Manfaat Mempelajari Komunikasi Antar Budaya.....	58

Bab 6 Merawat Pasien dengan Masalah Psikososial

6.1 Merawat Pasien dengan Masalah Fisik dengan Masalah Psikososial	61
6.2 Merawat Pasien dengan Ansietas	62
6.3 Merawat Pasien dengan Gangguan Citra Tubuh	64
6.4 Merawat Pasien dengan Harga Diri Rendah Situasional.....	66
6.5 Merawat Pasien dengan Ketidakberdayaan.....	69
6.6 Merawat Pasien dengan Keputusan.....	71
6.7 Merawat Pasien dengan Ketidakefektifan Koping Individu	73
6.8 Merawat Pasien dengan Dukacita	75
6.9 Merawat Pasien dengan Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan	77
6.10 Merawat Pasien dengan Ketidakefektifan Performa Peran.....	79
6.11 Merawat Pasien dengan Distress Spiritual	81

Bab 7 Etika dan Batasan dalam Memberikan Dukungan Psikososial	
7.1 Pendahuluan.....	85
7.2 Etika.....	88
7.3 Dilema Etis dan Kesulitan Praktis.....	90
7.4 Batasan dalam Memberikan Dukungan Psikososial.....	92
Bab 8 Penghormatan Budaya dalam Praktek Keperawatan	
8.1 Penghormatan Budaya dalam Perspektif Kompetensi Budaya Keperawatan	97
8.2 Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Penghormatan Budaya dalam Praktek Keperawatan	101
8.3 Contoh Kasus Penghormatan Budaya	104
8.3.1 Kasus yang Memenuhi Penghormatan Budaya Sepenuhnya.....	105
8.3.2 Kasus yang Tidak Memenuhi Penghormatan Budaya Sepenuhnya...	105
8.3.3 Kasus yang Bertentangan Dengan Penghormatan Budaya	106
Bab 9 Komunikasi Lintas Budaya	
9.1 Pendahuluan.....	109
9.2 Komunikasi Lintas Budaya	110
9.3 Hambatan dan Manfaat Komunikasi Lintas Budaya.....	111
9.3.1 Hambatan Komunikasi Lintas Budaya.....	111
9.3.2 Manfaat Komunikasi Lintas Budaya	114
9.4 Strategi Komunikasi Lintas Budaya	115
9.5 Prinsip Komunikasi Lintas Budaya.....	116
9.6 Kompetensi Komunikasi Lintas Budaya.....	117
9.7 Proses dan Pola Komunikasi Lintas Budaya.....	118
9.7.1 Proses Komunikasi Lintas Budaya	118
9.7.2 Pola Komunikasi Lintas Budaya.....	119
9.8 Unsur-unsur Proses Komunikasi Lintas Budaya	119
Bab 10 Keanekaragaman Budaya dalam Praktik Keperawatan	
10.1 Konteks Budaya dalam Keperawatan.....	123
10.2 Pendekatan Budaya dalam Praktik Keperawatan	126
10.3 Unsur Keanekaragaman Budaya dalam Praktik Keperawatan.....	129
Bab 11 Psikososial dan Budaya dalam Pengambilan Keputusan Medis	
11.1 Keputusan Medis.....	137
11.2 Hak Pasien	139
11.3 Gugatan Medis.....	142

11.4 Aspek Psikososial dalam Pengambilan Keputusan Medis.....	143
11.5 Aspek Budaya dalam Pengambilan Keputusan Medis.....	145
Daftar Pustaka	147
Biodata Penulis	163

Daftar Gambar

Gambar 7.1: Piramida Intervensi	87
Gambar 9.1: Intercultural Competence Model	116

Daftar Tabel

Tabel 7.1: Hal yang Boleh dan Tidak Boleh Dilakukan Ketika Berkegiatan dengan Anak.....	95
---	----

Bab 1

Pengantar Psikososial dan Budaya dalam Keperawatan

1.1 Pendahuluan

Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien, selain perawatan fisik, juga memberikan perawatan untuk memenuhi kebutuhan psikologis, sosial, dan spiritual pasien. Studi terbaru menunjukkan bahwa memberikan perawatan psikososial yang baik dapat meningkatkan kesehatan pasien dan mengurangi kecemasan, stres, dan durasi rawat inap (Legg, 2011). John, 2010). Perawatan psikososial juga meningkatkan coping dan mengurangi tingkat nyeri, sehingga meningkatkan kualitas hidup serta mengurangi biaya rawat inap karena berkurangnya ketergantungan pada sumber daya medis (Legg, 2011; Kenny and Allenby, 2013). Meskipun penting, namun perawatan psikososial sering diabaikan dalam asuhan keperawatan, terutama di rangkaian perawatan akut yang sibuk (Legg, 2011; O’Gara and Pattison, 2015).

Perawat kontak langsung dengan pasien dan berada pada posisi terbaik untuk memberikan perawatan psikososial. Efektivitas pemberian perawatan psikososial tergantung pada pemahaman perawat dan kompetensinya dalam memberikannya. Perawat sering kali mengalami kesulitan untuk

mengintegrasikan perawatan psikososial ke dalam praktik rutin (Rodriguez, Tortorella and St. John, 2010; Legg, 2011). Penelitian menunjukkan bahwa hal ini mungkin disebabkan oleh rendahnya apresiasi perawat terhadap layanan psikososial dan terlalu menekankan pada penyakit atau kondisi pasien serta perawatan medis yang diperlukan untuk pengobatan (Teng, Hsiao, & Chou, 2010). Terlebih lagi, penelitian telah menunjukkan bahwa perawat merasakan bahwa hambatan seperti kurangnya waktu, beban kerja yang berat, perasaan tidak mampu, dan hambatan bahasa menghalangi pemberian perawatan ini, terutama di rangkaian perawatan akut (Legg, 2011).

Peningkatan keragaman budaya pasien mendorong perawat untuk mengelola perbedaan dalam keyakinan kesehatan, praktik, dan harapan. Kompetensi budaya pada dasarnya adalah kompetensi keperawatan karena mencerminkan kemampuan perawat untuk memberikan perawatan pasien secara individual tanpa memandang latar belakang sosial atau budaya pasiennya. Pemberdayaan psikologis telah diidentifikasi sebagai kontributor penting bagi praktik keperawatan profesional dan dapat memengaruhi penyediaan perawatan yang kompeten secara budaya (Bauce, Kridli and Fitzpatrick, 2014).

Tantangan saat ini dalam perawatan berkaitan dengan kurangnya kesadaran atau pengetahuan tentang perbedaan budaya, kesulitan komunikasi karena perbedaan bahasa, etnosentrisme dan prasangka caregivers, dan kurangnya dukungan organisasi untuk memenuhi kebutuhan beragam pasien (Taylor and Alfred, 2010). Karena perawat memberikan paling banyak layanan kesehatan langsung dalam suatu organisasi, diharapkan perawat memiliki pengetahuan tentang beragamnya keyakinan dan praktik kesehatan pasien mereka dalam upaya untuk merencanakan dan melaksanakan intervensi yang sesuai dengan budaya.

Persepsi seseorang terhadap kesehatan dan penyakit dipengaruhi oleh budayanya. Praktik layanan kesehatan yang selaras secara budaya bertujuan untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan, juga membantu individu untuk beradaptasi dengan layanan keperawatan lebih cepat dan meningkatkan efektivitas layanan secara keseluruhan (Karakuş, Babadağ and Abay, 2013).

1.2 Konsep Psikososial

Psikososial adalah hubungan yang tidak dinamis antara aspek psikologis dengan lingkungan yang akan memengaruhi perilaku dan pikiran yang memengaruhi kesehatan mental seseorang yaitu meliputi cemas, stres dan depresi (Hawari, 2013). Psikososial merupakan istilah yang menggambarkan hubungan antara kondisi sosial seseorang dengan kesehatan mental/emosinya. Psikososial melibatkan aspek psikologis dan sosial (Asmadi, 2018).

Kebutuhan psikososial merupakan kebutuhan yang melibatkan aspek baik psikologis dan sosial yang menggabungkan layanan psikologis dan sosial klinis dan berkaitan dengan kondisi mentalnya. Misalnya hubungan antara ketakutan yang dimiliki seseorang (psikologis) terhadap bagaimana cara seseorang berinteraksi dengan orang lain di lingkungan sosialnya (Turner, 1992). Perawatan psikososial adalah penyediaan perawatan psikologis, sosial, dan spiritual yang sensitif secara budaya melalui komunikasi terapeutik. Perawatan psikososial yang efektif meningkatkan kesehatan dan kualitas hidup pasien (Chen et al., 2017).

Perawatan psikososial memperhatikan aspek psikologis dan kehidupan sosial seseorang. Karakteristik psikologis meliputi emosi, pikiran, sikap, motivasi, dan perilaku. Aspek sosial meliputi cara seseorang berhubungan dan berinteraksi dengan lingkungannya yang mencakup rasa identitas, hubungan, dan pengaturan hidup seseorang. Dalam praktik perawat berada dalam posisi unik untuk memantau kebutuhan perawatan psikososial dan distress. Dengan membangun hubungan baik, perawat dapat mulai memahami bagaimana pasien memandang dirinya sendiri, apa yang penting bagi mereka, dan bagaimana hubungan mereka dengan orang lain dapat memengaruhi keputusan dan kemampuan mereka menjalani keputusan tersebut selama perawatan dan setelahnya. Keterampilan komunikasi dan penilaian yang baik dapat membantu perawat mengembangkan hubungan yang kuat dengan pasien dan keluarganya (Legg, 2011).

Pengkajian terstruktur dan holistik memungkinkan perawat untuk mengidentifikasi kebutuhan orang-orang dalam perawatan mereka dan membantu menghubungkan mereka ke layanan yang dapat memberikan dukungan yang tepat. Hal ini memberikan kesempatan optimal bagi perawat untuk membangun dan mendapatkan kepercayaan pasien serta memulai dukungan bagi pasien dan keluarganya. Perawat berusaha untuk merawat

pasien secara individual karena setiap pasien memerlukan perawatan fisik, simtomatis dan psikososial yang spesifik. Penyediaan layanan psikososial yang baik telah terbukti bermanfaat bagi pasien dengan mengurangi tekanan psikologis dan gejala fisik melalui peningkatan kualitas hidup, meningkatkan coping dan mengurangi tingkat rasa sakit dan mual yang berdampak pada penurunan permintaan sumber daya rumah sakit (Legg, 2011). Gejala fisik yang dapat mengindikasikan kemungkinan kebutuhan psikososial meliputi: sesak napas, insomnia, nyeri, kesedihan, menangis, perubahan nafsu makan atau berat badan.

Dalam mendukung kebutuhan psikososial seseorang, perawat dapat (Caresearch, 2022):

1. Menggunakan keterampilan dasar asuhan keperawatan seperti mendengarkan secara aktif, sentuhan yang menenangkan (jika sesuai), empati, dan dorongan.
2. Mendengarkan kekhawatiran dan mengakui serta menanggapi perasaan yang diungkapkan dengan empati
3. Ajukan pertanyaan terbuka untuk mengundang orang tersebut berbicara tentang perasaannya.
4. Dorong orang tersebut untuk membicarakan ketakutan dan kekhawatirannya dalam lingkungan yang tenang, pribadi, dan aman.
5. Mendengarkan secara aktif dan tanpa menghakimi.
6. Akui perasaan orang tersebut dan cari tahu bagaimana mereka lebih suka didukung secara emosional.
7. Bersiaplah untuk orang-orang yang dirawatnya menangis. Menangis adalah respons emosional dan ekspresi kesusahan yang umum. Jika seseorang tiba-tiba menangis, hindari perasaan tertekan untuk 'mengatakan hal yang benar' dan duduklah bersamanya dalam diam. Menunjukkan empati, menawarkan sentuhan fisik yang penuh rasa hormat, dan menawarkan kesempatan untuk berbicara, adalah cara yang baik untuk mendukung orang yang menangis.
8. Mendorong orang tersebut untuk berpikir tentang bagaimana mereka ingin diperhatikan; ini mungkin membantu mereka merasa lebih terkendali.

9. Bagi masyarakat yang rentan atau menghadapi hambatan dalam mengakses layanan, identifikasi seseorang untuk membantu komunikasi antara layanan perawatan paliatif dan layanan lainnya (kesehatan mental, dukungan disabilitas, layanan sosial).

Intervensi psikososial harus menjawab kebutuhan spesifik seseorang, apakah itu cara untuk mengatasi gejala, meningkatkan harga diri, atau memulai pembicaraan yang sulit dengan penyedia layanan kesehatan mengenai prognosis dan pengobatan. Intervensi psikososial yang umum digunakan meliputi: *cognitive-behavioural therapy*, *dignity therapy and life review*, *creative-arts-based therapies*, terapi musik, penyuluhan, perhatian dan pendidikan (Teo, Krishnan and Lee, 2019).

1.3 Pengantar Budaya dalam Keperawatan

Kebudayaan didefinisikan sebagai keseluruhan nilai-nilai material dan spiritual yang diciptakan dalam proses pembangunan sosial dan alat-alat yang digunakan untuk menciptakan dan mewariskan nilai-nilai tersebut kepada generasi berikutnya dan menunjukkan sejauh mana otoritas dan kendali manusia atas alam dan lingkungan sosialnya (Değer, 2018). Kebudayaan adalah keseluruhan umum dari keyakinan, sikap dan perilaku, adat istiadat dan tradisi, nilai-nilai yang dipelajari dan dianut bersama, serta menopang keberadaannya melalui pembelajaran dan pengajaran tentang sikap, tindakan, dan role model (Hotun, Onat and Avcı, 2009).

Istilah “budaya”, yang memiliki keragaman di setiap komunitas dan dialami secara berbeda, juga memengaruhi cara individu memandang fenomena seperti kesehatan, penyakit, kebahagiaan, kesedihan, dan cara emosi tersebut dialami (Öztürk and Öztaş, 2012). Budaya merupakan konsep relatif yang bervariasi menurut budaya kesehatan serta memengaruhi persepsi kesehatan (İz and Bayık, 2009). Kesehatan ditentukan oleh faktor biologis dan lingkungan serta praktik budaya (Tortumoğlu, 2004). Kebudayaan memengaruhi banyak aspek kehidupan manusia, seperti sikap orang tua, pola pengasuhan anak, cara berbicara, bahasa apa yang digunakan, cara berpakaian, kepercayaan, merawat

pasien, apa yang harus dilakukan dan bagaimana memberi makan mereka serta menangani pemakaman (Değer, 2018).

Istilah kesehatan, yang sifat dan maknanya sangat bervariasi antar budaya yang berbeda, memerlukan perhatian yang melibatkan pengakuan, penilaian, dan praktik budaya. Profesi keperawatan memegang peranan penting dalam tim kesehatan seringkali didasarkan pada fenomena budaya. Nilai-nilai budaya, keyakinan dan praktik pasien merupakan bagian integral dari asuhan keperawatan holistik. Tujuan keperawatan adalah memberikan kepedulian yang utuh dan layanan humanistik yang menghormati nilai-nilai budaya dan gaya hidup masyarakat. Perawat harus menawarkan perawatan yang dapat diterima dan terjangkau bagi individu dalam kondisi saat ini. Mengetahui praktik budaya apa saja yang dilakukan di komunitas sasaran dan mengidentifikasi hambatan budaya dalam memberikan layanan kesehatan yang berkualitas berdampak positif pada proses perawatan (Değer, 2018).

Perawat harus mengeksplorasi cara-cara baru dalam memberikan perawatan budaya dalam masyarakat multikultural, memahami bagaimana budaya memengaruhi definisi kesehatan-penyakit dan membangun jembatan untuk kesenjangan antara proses perawatan dan individu dalam budaya yang berbeda.

1.3.1 Sejarah Keperawatan Transkultural

Fondasi keperawatan transkultural diletakkan pada pertengahan tahun 1950-an. Dalam bidang keperawatan, Peplau pertama kali menyebutkan pada tahun 1950 bahwa budaya merupakan variabel penting yang memengaruhi kesehatan mental. Meningkatnya minat terhadap model keperawatan transkultural Leininger dimulai dengan perubahan populasi dan migrasi. Leininger mencoba mempromosikan gerakan keperawatan transkultural. Lebih banyak perhatian diberikan pada perawatan individu dari budaya berbeda pada 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 (Değer, 2018).

Pada tahun 1962, King menyatakan bahwa perilaku psikopatologis berbeda dari satu budaya ke budaya lainnya. 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 sensitif terhadap budaya (Hotun, Onat and Avci, 2009). Sejak tahun 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, terdapat sekitar 25 buku dan lebih dari 800 artikel yang mencakup penelitian, teori dan aplikasi terkait keperawatan transkultural (Hotun, Onat and Avci, 2009).

Globalisasi tidak dapat dihindari, studi tentang praktik perawatan transkultural akan memperluas wawasan perawat di seluruh dunia. Selain Leininger, model pelopor keperawatan transkultural, banyak perawat yang bekerja di bidang perawatan budaya termasuk Boyle, Campinha-Bacote, Yahle Langenkamp, Giger dan Davidhizar, Juntunen, Leuning, Swiggum dkk., Purnell, Ryan, Carlton dan Ali. Di antaranya, ada peneliti yang berpendapat bahwa model dan teori dari dua pemodel (Giger dan Davidhizar dan Purnell) yang melakukan banyak sekali studi tentang kepedulian budaya sangatlah sederhana, mudah dipahami dan cocok untuk digunakan di berbagai bidang dan budaya (Tortumoğlu, 2004).

1.3.2 Keperawatan Transkultural (Transcultural Nursing)

Unsur utama dalam pendekatan transkultural adalah setiap tenaga kesehatan mempunyai peran aktif. Pendekatan transkultural dapat diterapkan di semua tingkat institusi layanan kesehatan; namun perawat berada dalam posisi istimewa dalam pendekatan ini. Menurut model Leininger, hanya perawat yang dapat memberikan pelayanan layanan kesehatan transkultural. Karena tujuan utama keperawatan adalah memberikan layanan kepedulian yang menghormati nilai-nilai budaya dan gaya hidup masyarakat. Perawat harus menawarkan perawatan yang dapat diterima, terjangkau dan sesuai secara budaya kepada individu dalam kondisi saat ini (Hotun, Onat and Avci, 2009). Mengetahui praktik budaya apa yang diterapkan dalam masyarakat yang menerima layanan kesehatan dan mengidentifikasi hambatan budaya dalam mengakses layanan kesehatan berdampak positif pada proses perawatan (Sivri and Karataş, 2015).

Profesi keperawatan yang memegang peranan penting dalam tim kesehatan merupakan fenomena budaya. Nilai-nilai budaya, keyakinan dan praktik pasien merupakan bagian integral dari asuhan keperawatan holistik (Jeffreys,

2000; Gustafson, 2005). Perawat harus mengeksplorasi cara-cara baru dalam memberikan perawatan budaya dalam masyarakat multikultural, memahami bagaimana budaya memengaruhi definisi kesehatan-penyakit, dan menjembatani kesenjangan antara perawatan untuk individu dalam budaya yang berbeda (Tortumoğlu, Okanlı and Özer, 2004).

Keperawatan transkultural memberikan asuhan keperawatan yang efektif untuk memenuhi kebutuhan budaya individu, keluarga dan kelompok (Leininger and Mcfarland, 2002). Konsep “Transcultural Nursing” yang berasal dari kebutuhan untuk merawat individu dengan budaya berbeda dalam keperawatan pertama kali digunakan oleh Madeleine Leininger pada tahun 1979. Selain Leininger, model pelopor keperawatan transkultural, banyak perawat yang bekerja di bidang perawatan budaya. Giger dan Davidhizar mengembangkan “Cross-Cultural Diagnosis Model” untuk menilai berbagai variabel yang berkaitan dengan kesehatan dan penyakit dan menyediakan alat diagnostik praktis untuk keperawatan sehingga perawatan yang kompeten secara budaya dapat ditawarkan (Giger and Davidhizar, 2002).

Campinha-Bacote menggambarkan model kompetensi budaya (Campinha-Bacote, 2002). Perawat yang kompeten secara budaya bersentuhan dengan pengalaman budaya dan menyadari ciri-ciri kepribadian mereka sendiri dan berkontribusi terhadap pengetahuan sosio-kultural dalam asuhan keperawatan dengan memberikan perawatan individual (Domenig, 2004). Perawat yang menyadari perbedaan budaya dan dampak perbedaan tersebut terhadap kesehatan individu meningkatkan lingkungan terapeutik dengan berkomunikasi lebih efektif dengan pasien (Tortumoğlu, Okanlı and Özer, 2004). Peran dan pentingnya keperawatan transkultural semakin diakui di dunia yang tertantang oleh keragaman budaya. Perbedaan budaya dapat dilihat antar kelompok etnis maupun dalam kelompok etnis mana pun.

Dalam beberapa tahun terakhir, telah diketahui bahwa perawat harus mengeksplorasi cara-cara baru dalam memberikan perawatan budaya dalam masyarakat yang beragam budaya, memahami bagaimana budaya memengaruhi definisi penyakit-kesehatan, dan bertindak sebagai jembatan antara sistem biomedis dan perawatan bagi individu dalam budaya yang berbeda (Hotun, Onat and Avcı, 2009). Sifat dan pentingnya memberikan layanan keperawatan yang sensitif secara budaya bersifat multidimensi, termasuk aspek individu dan profesional. Pendekatan transkultural memungkinkan perawat untuk memperluas wawasan dan cara pandang selain menjadikan mereka kompeten dalam menawarkan perawatan kreatif kepada

individu. Pendekatan dan pengetahuan berbasis budaya dapat meningkatkan harga diri perawat dan pasien (Değer, 2018)

Menurut *American Nurses Association* (ANA), hubungan pasien-perawat mengacu pada tiga interaksi timbal balik: budaya individu (pasien), budaya perawat, dan budaya lingkungan.

1. Culture of the individual (Budaya individu)

Ketika perawat memahami faktor spesifik yang memengaruhi perilaku kesehatan individu, mereka akan lebih berhasil dalam memenuhi kebutuhan mereka (Hotun, Onat and Avcı, 2009). Keyakinan individu tentang kesehatan, budaya, penyakit/pengalaman kesehatan di masa lalu membentuk struktur holistik dan memainkan peran penting dalam meningkatkan kesehatan individu (Higginbottom, 2000). Budaya mempunyai pengaruh terhadap cara orang berpikir, berbicara bahasanya, cara berpakaian, percaya, memperlakukan pasiennya dan bagaimana memberi makan mereka dan apa yang harus dilakukan dengan pemakaman mereka, dll. Selain itu, budaya memainkan peran penting dalam berbagai aspek seperti metode diagnostik baru, prognosis, pola gejala dan penentuan ada atau tidaknya suatu penyakit (Değer, 2018).

2. Culture of the nurse (Budaya perawat)

Satu-satunya faktor yang memengaruhi hubungan pasien-perawat bukanlah pasien itu sendiri. Adat istiadat dan tradisi, keyakinan dan nilai-nilai perawat juga penting dalam hubungan transkultural. Kesadaran diri perawat dapat menjadi titik awal untuk memahami pasien secara budaya.

3. Culture of the environment (Budaya lingkungan)

Lingkungan merupakan bagian integral dari kebudayaan. Individu sebagai makhluk fisik, ekologi, sosiopolitik, dan budaya senantiasa berinteraksi satu sama lain. Perawat mungkin harus melakukan intervensi dalam hubungan pasien dan keluarga karena seringnya pengaturan dan prosedur birokrasi. Pendekatan transkultural harus dipertimbangkan dalam berbagai bidang, mulai dari menanyakan apakah ada praktik keagamaan hingga diikuti atau dilakukan oleh

pasien selama dirawat di rumah sakit, dan menuliskan tanda-tanda di rumah sakit dalam dua bahasa yang berbeda (Tortumoğlu, Okanlı and Özer, 2004).

1.3.3 Pentingnya Kompetensi Budaya

Keperawatan transkultural memiliki peran penting dalam pendekatan holistik. Namun, masih terdapat perbedaan pandangan terkait pentingnya asuhan keperawatan yang peka budaya. Terdapat sekitar 3000 budaya di seluruh dunia, tidak mungkin bagi para profesional kesehatan untuk memiliki pengetahuan tentang semua budaya, sehingga membutuhkan spesialisasi tenaga kesehatan untuk memberikan perawatan yang berkualitas dan spesifik secara budaya. Masih terdapat 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, dan kompetensi budaya (Bayık, 2008).

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 memengaruhi sistem kepercayaan budaya keluarga, dan penggunaan strategi emosional bagi pemberi perawatan dan pasien untuk mencapai tujuan pemberian asuhan keperawatan (Hotun, Onat and Avci, 2009).

Perawat perlu mengenali individu dalam pola budaya mereka sendiri, memeriksa mereka dalam budaya mereka sendiri, dan mempertimbangkannya dalam pendekatan keperawatan (Duffy, 2002)). 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 (Campinha-Bacote, 2002; Flowers, 2004; İz and Bayık, 2009). Secara signifikan, keperawatan telah dipengaruhi oleh fakta bahwa peningkatan jumlah masyarakat di seluruh

dunia telah menjadi perawatan khusus multikultural dan budaya telah diakui (İz and Bayık, 2009).

Memberikan layanan kesehatan yang memadai secara budaya merupakan kewajiban yang disebabkan oleh meningkatnya 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 (Suh, 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. Hasil 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 (Bayık, 2008). Perawat yang mengalami konflik budaya harus terlebih dahulu mengenali perilaku budaya bawah sadarnya untuk memahami alasan konflik budaya tersebut (Tortumoglu, Okanlı and Özer, 2004).

Dalam konflik budaya, perawat dapat merespon secara negatif dari perspektif budaya dengan cara berikut (Hotun, Onat and Avci, 2009):

1. Etnosentrisme.

Etnosentrisme 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

Pemaksaan budaya merupakan situasi yang muncul pada saat perawat mengharapakan 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.

Bab 2

Teori Perilaku dan Psikologi Pasien

2.1 Pendahuluan

Ilmu otak perilaku adalah sudut pandang yang kuat dan luar biasa efektif yang menggarisbawahi pentingnya berkonsentrasi pada perilaku melalui pengkondisian klasik, pengkondisian operan, dan pembelajaran sosial. Ilmu otak perilaku diterapkan dalam berbagai cara, khususnya yang berkaitan dengan strategi yang sangat ampuh dalam mengubah cara berperilaku manusia. Banyak ahli psikologi menanggapi dengan curiga bahwa tujuan dari psikologi perilaku adalah untuk memprediksi dan mengendalikan perilaku. Psikologi perilaku diterapkan dalam berbagai cara, khususnya dalam kaitannya dengan strategi yang sangat dipercaya mampu mengubah cara berperilaku manusia. Banyak ahli mengungkapkan keraguan bahwa tujuan psikologi perilaku adalah untuk melihat kemungkinan yang akan terjadi dan mengendalikan perilaku. Karena tujuan mendasar dari psikologi perilaku adalah untuk mengendalikan perilaku, para ahli perilaku telah mengembangkan prosedur yang sangat kuat untuk mengubah cara berperilaku manusia. Prosedur pendekatan klasikal dapat digunakan untuk mengurangi atau menghapus cara berperilaku yang tidak diinginkan. Prosedur pendekatan operan untuk membantu pemulihan individu dengan masalah mental yang

sudah cukup lama tidak berhubungan dengan masyarakat. Sementara itu, standar pembelajaran sosial disesuaikan untuk mempersiapkan kemampuan interaktif (Jarvis, 2019).

Psikologi perilaku diterapkan oleh terapis pada berbagai keadaan. Penerapannya berkisar dari pengobatan untuk kondisi mental yang berbeda hingga menangani cara berperilaku anak muda, memahami dampak kekerasan di media, memberdayakan cara berperilaku yang memajukan kesejahteraan kesehatan, memperluas kelayakan kerangka kerja dan kapasitas manusia untuk berubah dengan memberikan kondisi pembelajaran yang tepat. Perilaku yang mendapat dukungan dengan alasan bahwa perilaku tersebut membawa hasil yang baik disebut penguatan positif yang membangkitkan semangat. Contoh dari penguatan positif yang menggembirakan adalah penggunaan obat-obatan (Barley and Lawson, 2016).

2.2 Konsep Dasar Teori Perilaku

Perilaku merupakan serangkaian tindakan maupun aktivitas seseorang dalam kaitannya dengan sesuatu dan kemudian menjadi kecenderungan karena sifat-sifat yang mereka percayai. Perilaku dapat diartikan lebih baik sebagai reaksi suatu entitas organik atau individu terhadap impuls dari luar subjek. Reaksi ini dibingkai dalam dua macam, yaitu reaksi pasif dan reaksi aktif. Reaksi pasif merupakan reaksi batin yang berlangsung dan terbentuk dalam diri individu itu sendiri tanpa mampu diamati oleh orang lain, sedangkan reaksi aktif maksudnya di mana cara berperilaku dapat diperhatikan secara lugas (Adventus, et al, 2019).

Skinner mengenali dua reaksi perilaku, secara spesifik yaitu (Winfred F. Hill, 2021):

1. Responden respon (reflexive) yakni reaksi yang terbentuk karena adanya impuls spesifik. Dorongan tersebut dinyatakan sebagai perasaan inspiratif karena mampu menciptakan reaksi yang umumnya konstan, misalnya makanan nikmat membuat ingin makan dan cahaya terang membuat mata terpejam.
2. Operan respon (instrumental response) adalah suatu reaksi yang muncul dan kian berubah yang kemudian disertai oleh peningkatan

rangsangan. Reaksi ini disebut pemicu dan penguat pendukung karena memperkuat reaksi. Misalnya, seorang pekerja kesejahteraan melakukan kewajibannya dengan baik (menjawab serangkaian tanggung jawab yang diharapkan) dan kemudian mendapat kepercayaan dari atasannya, maka spesialis kesejahteraan akan jauh lebih unggul dalam menyelesaikan kewajibannya.

2.2.1 Faktor yang Memengaruhi Perilaku

Perilaku seseorang dipengaruhi atau dibentuk dari tiga variabel secara khusus (Irwan, 2020):

1. Faktor predisposisi (predisposing factors).
Komponen ini dipengaruhi oleh data dan pola pikir individu sehubungan dengan bantuan pemerintah, tradisi dan keyakinan individu mengenai isu-isu yang berkaitan dengan kesejahteraan, struktur nilai yang dianut oleh masyarakat, tingkat pendidikan, tingkat keuangan, dll. Faktor-faktor ini, terutama yang pasti yang membuatnya lebih jelas bagaimana harus bertindak, sehingga dalam banyak kasus disebut faktor pemudah.
2. Faktor pendukung (enabling factors)
Variabel ini meliputi keterbukaan sistem dan fasilitas kesehatan lingkungan sekitar, misalnya air bersih, tempat membuang sampah, akses terhadap makanan bergizi, dan sebagainya, termasuk fasilitas layanan kesehatan seperti klinik, pusat kesehatan lingkungan sekitar, poliklinik, pos pelayanan terpadu (Posyandu), pos poliklinik desa (Polindes), dokter spesialis atau pendamping persalinan, dan lain-lain. Fasilitas tersebut pada dasarnya memberikan dukungan atau memberdayakan pengakuan perilaku kesehatan, sehingga unsur-unsur tersebut disebut variabel pendukung atau faktor pemberdayaan.
3. Faktor penguat (reinforcing factors).
Variabel-variabel tersebut antara lain mentalitas dan perilaku para pemimpin daerah, para pemangku adat dan agama, perspektif dan perilaku pihak berwenang, tim kesehatan, termasuk peraturan,

pedoman, baik dari negara bagian pusat maupun provinsi, yang terkait dengan kesejahteraan.

2.2.2 Domain Perilaku

Seorang ahli psikologi membagi cara berperilaku manusia sesuai dengan tujuan instruktifnya menjadi 3 domain yaitu (Adventus, dkk, 2019):

1. Pengetahuan merupakan konsekuensi dari mengetahui, terlebih lagi, ini terjadi setelah seseorang mengidentifikasi item tertentu. Penemuan terjadi melalui lima deteksi manusia, secara eksplisit: indera penglihatan, pendengaran, penciuman, perasa dan peraba.
2. Mentalitas/sikap adalah reaksi atau tanggapan yang bersifat tunggal dalam bergerak menuju suatu dorongan atau suatu hal. Dalam kehidupan sehari-hari, sikap merupakan reaksi pribadi individu terhadap peningkatan sosial. Mentalitas adalah keadaan atau persiapan untuk bertindak, dan bukan pelaksanaan suatu harapan tertentu.
3. Praktek atau kegiatan (practice) yang terdiri dari berbagai tingkatan khususnya:
 - a. Persepsi, fase pembuktian pembeda dalam memilih berbagai item sehubungan dengan langkah yang akan diambil.
 - b. Respon terpimpin (guided respons), seseorang mampu menjalankan tindakan dengan tepat secara berurutan sesuai dengan objek yang menjadi contoh.
 - c. Mekanisme (mechanism), tingkatan ini menggambarkan individu yang sudah terbiasa dengan tindakan tertentu sehingga mampu melakukannya secara otomatis dengan benar.
 - d. Adaptasi, adalah suatu kegiatan atau praktek yang telah berkembang dengan baik.

2.2.3 Klasifikasi Perilaku

Berikut merupakan pembagian perilaku yang berhubungan dengan kesehatan (Irwan, 2020):

1. Perilaku sehat (health behavior) adalah semua perihal yang berhubungan dengan aktivitas atau latihan yang dilakukan individu untuk menjaga dan meningkatkan kesejahteraannya.
2. Perilaku sakit (illness behaviour) adalah semua aktivitas atau tindakan yang dilakukan oleh individu dengan masalah kesehatan, untuk merasakan dan memahami kondisi kesehatan atau rasa sakit.
3. Perilaku peran sakit (the sick role behaviour) adalah semua aktivitas yang diprakarsai oleh seseorang untuk mendapatkan penyembuhan. Perilaku peran sakit mencakup, antara lain:
 - a. Kegiatan untuk mendapatkan kembali kesehatan.
 - b. Tindakan untuk mengetahui fasilitas kesehatan yang tepat dan sesuai untuk mendapatkan kesehatan.
 - c. Melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya sebagai klien dengan tujuan untuk memperoleh kesembuhan dengan cepat.
 - d. Menghindari segala hal yang berdampak pada lamanya proses penyembuhan
 - e. Mencegah penyakit berulang dengan melaksanakan kewajiban dengan mengikuti anjuran dari dokter atau tenaga kesehatan lainnya.

2.2.4 Teori Perilaku

Para ahli teori perilaku menjelaskan tiga jenis utama pendekatan teori perilaku yaitu teori perilaku pengkondisian klasikal (classical conditioning), pengkondisian operan (operant conditioning), dan belajar sosial (social learning) (Jarvis, 2019).

1. Teori perilaku awal pelaziman klasikal

Pengkondisian klasikal mencakup penemuan yang menghubungkan peningkatan yang telah menyebabkan reaksi tertentu dengan peningkatan lain sehingga peningkatan baru menyebabkan reaksi serupa. Pendekatan klasikal dapat memahami seluruh bagian dalam

psikologi manusia. Segala sesuatu mulai dari wacana hingga reaksi emosional pada dasarnya adalah contoh dorongan dan reaksi. Watson benar-benar menolak kehadiran pikiran (mind) atau kesadaran (consciousness). Perasaan atau emosi hanya dipandang sebagai serangkaian reaksi yang dibentuk secara alami terhadap peristiwa-peristiwa di sekitar mereka. Berpikir pada dasarnya digambarkan sebagai berbicara dengan tenang secara diam-diam

2. Teori pengkondisian operan

Ahli psikologi lainnya mengusulkan jenis kemajuan lain selain pendekatan klasikal, yaitu pendekatan operan. Skinner adalah salah satu ahli psikologi yang menambahkan hipotesis operant molding. Skinner menerima bahwa kita memang mempunyai pikiran, namun kepribadian lebih berguna bila digunakan untuk berkonsentrasi pada cara berperilaku yang dapat dilihat daripada peristiwa mental batin. Pendekatan operan mencakup perolehan dari hasil perbuatan. Berperilaku operan adalah tingkah laku yang merupakan konsekuensi dari pembelajaran dan dilakukan secara tidak terduga karena keadaan, bukan reaksi yang terprogram. Seperti yang ditunjukkan oleh Skinner, sebagian besar cara manusia berperilaku adalah operan, yang menyiratkan bahwa perilaku dipelajari melalui dukungan positif atau negatif. Skinner mengenali tiga jenis reaksi atau operan yang mengikuti cara berperilaku, khususnya:

- a. Operan netral: reaksi dari lingkungan yang tidak dapat mengubah atau mengurangi kemungkinan terulangnya suatu cara berperilaku.
- b. Penguat: reaksi dari lingkungan yang meningkatkan kemungkinan terulangnya suatu cara berperilaku.
- c. Penghukum: reaksi dari iklim yang mengurangi kemungkinan terulangnya suatu cara berperilaku.

3. Teori belajar sosial

Dollar dan Mill menggunakan istilah pembelajaran sosial untuk menggambarkan siklus yang terjadi dalam menentukan bagaimana bertindak dengan memperhatikan cara berperilaku orang lain.

Bandura menganggap dampak utama dari perilaku adalah efek samping dari meniru cara berperilaku model. Kemungkinan bahwa anak-anak pada umumnya akan meniru cara berperilaku model menunjukkan banyak hal penting. Dukungan sangat penting dalam pembelajaran sosial. Ketika anak-anak melihat model perilaku agresif pada boneka Bobo, Bobo mendapat kompensasi dan tingkat agresi anak meningkat. Jenis dukungan memutarbalikkan ini disebut dukungan pengganti.

2.3 Konsep Dasar Teori Psikologi

Psikologi merupakan suatu bidang ilmu yang berfokus tentang jiwa, termasuk berbagai gejala, siklus, maupun landasan. Beberapa ahli telah mengemukakan pengertian psikologi antara lain seperti yang terlampir:

1. Singgih Dirgaganarsa, psikologi adalah ilmu yang berkonsentrasi pada cara berperilaku manusia.
2. Plato dan Aristoteles, psikologi adalah ilmu yang meninjau perilaku nyata (luar) dengan menggunakan strategi persepsi obyektif untuk peningkatan dan reaksi.
3. Wilhelm Wundt (tokoh percobaan), psikologi adalah ilmu yang berkonsentrasi pada perjumpaan yang muncul dalam diri manusia, seperti sentimen, kontemplasi, panca indera dan keinginan.

Berdasarkan penilaian para ahli di atas, cenderung beralasan bahwa psikologi adalah ilmu yang berkonsentrasi pada seluruh tingkah laku dan aktivitas manusia (individu), yang tidak dapat dipisahkan dari keadaan sekitarnya saat ini. Sementara itu, psikologi kesehatan memiliki arti penting untuk mengkaji, memahami bagaimana variabel mental berdampak pada menjaga kondisi tetap sehat, saat menghadapi penyakit, dan bagaimana menyikapi saat seseorang mengalami sakit (Wijayaningsih, 2014).

2.3.1 Kaitan antara Mind and Body

1. Psikoanalisa

Sigmund Freud adalah salah satu perspektif psikoanalitik dalam mempertimbangkan dan memusatkan perhatian pada orang, termasuk pemeriksaan orang dalam kaitannya dengan psikologi kesehatan, bahwa adanya efek samping atau kejengkelan yang sebenarnya berarti konflik yang belum terselesaikan.

2. Psikosomatis

Klarifikasi hubungan antara otak dan tubuh menurut perspektif psikosomatis, dipelopori oleh Dunbar sekitar tahun 1930 dan Alexander sekitar tahun 1940. Sebagaimana dikemukakan oleh Dunbar (1930-an) dan Alexander (1940-an) bahwa permasalahan atau penyakit yang dialami manusia disebabkan oleh psikosomatik. Hal ini terjadi akibat adanya pertikaian mental subliminal pada organ tubuh melalui kerangka taktil otonom, menyebabkan penyakit pada seseorang (Suarya, 2017).

2.3.2 Pendekatan Biopsikososial

1. Pendekatan biopsikososial adalah perubahan dari model atau gagasan biomedis yang pada umumnya hanya mengedepankan sudut pandang alamiah dan klinis dalam melihat kondisi kesehatan dan penyakit yang dialami manusia.
2. Keadaan sehat atau sakit apa yang dialami seseorang merupakan konsekuensi dari hubungan antara infeksi, sudut pandang tunggal (seperti kondisi mental), dan sudut pandang sosial.
3. Konsekuensi klinis dari model biopsikososial harus didasarkan pada ekspektasi, gagasan pengobatan, dan implikasinya berdampak pada hubungan antara pasien dan pekerja kesejahteraan.
4. Penyempurnaan pendekatan biopsikososial dalam penelitian psikologi kesehatan menjadi acuan dalam mengembangkan ilmu pengetahuan lebih lanjut dan kemajuan psikologi kesehatan, sehingga meyakinkan munculnya sistem bantuan berbasis biopsikososial.

5. Faktor-faktor yang berperan dalam menggarap informasi psikologi kesehatan adalah:
 - a. Penyakit mengalami perubahan dari akut menjadi kronis.
 - b. Semakin berkembangnya teknologi yang mendukung penelitian.
 - c. Adanya epidemiologi yang berkontribusi besar dalam pengembangan penelitian.
 - d. Pelayanan kesehatan yang semakin berkembang.
 - e. Reaksi positif yang semakin meningkat pada komunitas medis.
 - f. Adanya peran penting psikologi dalam kesehatan.
 - g. Metodologi penelitian yang berkontribusi terhadap kesehatan (Suarya, 2017).

2.3.3 Kontribusi dan Keterbatasan Psikologi Perilaku

1. Pendekatan psikologi perilaku umumnya dipandang sebagai kemampuan yang hebat dan dapat diandalkan. Hipotesis ini dapat dicoba secara efektif dan didukung oleh sebagian besar eksplorasi.
2. Standar Psikologi perilaku tidak sulit diterapkan dalam kerangka berpikir untuk memahami keadaan sehari-hari. Ilmu psikologi perilaku telah mengajarkan bahwa kita semua sering berdampak satu sama lain tanpa menyadarinya.
3. Salah satu alasan mengapa psikologi perilaku sangat masuk akal adalah karena pendekatan ini membangun kapasitas individu untuk berubah dengan memberikan iklim yang sesuai. Meskipun setiap orang mempunyai sifat keturunan yang berbeda-beda, pemeriksaan terhadap sifat keturunan dalam beberapa kasus dapat menimbulkan sikap sinis karena hanya menggarisbawahi hal-hal yang tidak dapat diubah. Sudut pandang psikologi mempunyai pandangan yang penuh harapan dan benar-benar masuk akal dalam memberikan bantuan yang bermanfaat dengan menggarisbawahi cara berpikir kebebasan yang memberi energi pada pemulihan kemungkinan bahwa semua orang adalah serupa. (Jarvis, 2019).

Teori psikologi perilaku memberikan kontribusi yang besar terhadap psikologi namun juga memiliki keterbatasan yang dijelaskan sebagai berikut (Jarvis, 2019):

1. Hipotesis psikologi perilaku salah mengartikan (reduksionis), dan itu menyiratkan bahwa pendekatan ini mendistorsi kerumitan cara berperilaku manusia menjadi beberapa standar pembelajaran dasar. Jadi menurut sudut pandang mental, psikologi perilaku juga mengabaikan pentingnya siklus mental yang lebih tinggi, misalnya proses pengambilan keputusan.
2. Pendekatan perilaku mengabaikan pentingnya hubungan dan elemen keluarga dan pertemuan di mana pembelajaran terjadi. Menurut sudut pandang biologi, psikologi perilaku mengabaikan pentingnya perkembangan, kualitas keturunan dan fisiologi pikiran pada perilaku.
3. Psikologi manusia bersifat mekanis dan tidak dapat memahami kapasitas manusia dengan harapan akan kemauan dan pencapaian yang saling melengkapi.
4. Beberapa ahli menyatakan keraguan tentang tujuan psikologi perilaku adalah mengantisipasi dan mengendalikan cara berperilaku (Jarvis, 2019).

Bab 3

Psikologi Pasien dan Adaptasi terhadap Penyakit

3.1 Psikologi Pasien

Psikologi pasien mengacu pada pemahaman dan analisis aspek psikologis dari individu yang sedang menjalani perawatan medis atau terapi. Hal ini mencakup sejumlah konsep dan faktor yang harus dipertimbangkan:

1. **Evaluasi Psikologis:**

Psikologi pasien dimulai dengan melakukan evaluasi psikologis. Ini melibatkan pengumpulan informasi tentang sejarah kesehatan mental pasien, gejala yang dialami, dan faktor-faktor lain yang mungkin memengaruhi kondisi psikologis mereka.

2. **Kesehatan Mental:**

Kesehatan mental pasien dapat sangat memengaruhi pemulihan fisik mereka. Kondisi seperti depresi, kecemasan, atau gangguan stres pasca-trauma dapat mempersulit pemulihan pasien (Aslamiyah, 2021).

3. Dukungan Sosial:

Hubungan pasien dengan keluarga, teman, dan lingkungan sosialnya juga dapat memainkan peran penting dalam psikologi pasien. Dukungan sosial yang kuat dapat meningkatkan kesejahteraan mental pasien.

4. Kepatuhan dan Motivasi:

Psikologi pasien juga memperhitungkan tingkat motivasi dan kepatuhan pasien terhadap perawatan medis mereka. Ini termasuk kepatuhan terhadap obat-obatan dan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan.

5. Stres dan Koping:

Pasien mungkin mengalami tingkat stres yang tinggi karena kondisi medis mereka. Memahami strategi koping yang digunakan pasien dapat membantu dalam merencanakan intervensi psikologis yang sesuai.

6. Aspek Psikososial:

Psikologi pasien juga mempertimbangkan aspek-aspek psikososial, seperti identitas, self-esteem, dan persepsi diri pasien. Masalah psikososial ini bisa memengaruhi kualitas hidup pasien.

7. Perawatan Psikologis:

Terkadang, pasien mungkin membutuhkan perawatan psikologis tambahan seperti konseling, terapi perilaku kognitif, atau intervensi psikologis lainnya. Ini dapat membantu mereka mengatasi masalah psikologis yang mungkin muncul selama perawatan medis (Hidayah, 2021).

8. Keterlibatan Pasien:

Psikologi pasien juga berkaitan dengan keterlibatan pasien dalam perawatan mereka. Pasien yang merasa memiliki peran aktif dalam proses pemulihan mereka cenderung memiliki hasil yang lebih baik.

9. Edukasi Pasien:

Pendidikan pasien tentang kondisi medis mereka dan prosedur perawatan yang akan mereka jalani juga merupakan bagian penting

dari psikologi pasien. Pasien yang lebih informasi cenderung lebih baik dalam mengatasi kecemasan dan ketidakpastian.

10. Pemahaman Budaya:

Faktor budaya dan latar belakang pasien juga harus dipertimbangkan dalam psikologi pasien. Nilai-nilai budaya dan keyakinan individu dapat memengaruhi respon mereka terhadap perawatan (Jannah, et.al. 2020).

Pemahaman aspek psikologis pasien adalah penting dalam praktik medis yang holistik dan membantu dalam merencanakan perawatan yang sesuai dengan kebutuhan psikologis pasien. Ini membantu mencapai hasil yang lebih baik dalam pemulihan dan kualitas hidup pasien.

3.2 Faktor yang Memengaruhi Psikologi Pasien

Ada berbagai faktor yang dapat memengaruhi psikologi pasien, dan faktor-faktor ini bisa berdampak pada kesejahteraan mental dan emosional mereka selama perawatan kesehatan.

Beberapa faktor yang dapat memengaruhi psikologi pasien antara lain sebagai berikut ini:

1. Diagnosis Penyakit:

Menerima diagnosis penyakit serius atau kronis dapat memiliki dampak besar pada psikologi pasien. Mereka mungkin mengalami kecemasan, ketakutan, depresi, atau stres yang signifikan sebagai akibat dari diagnosis tersebut.

2. Rasa Sakit:

Rasa sakit kronis atau akut dapat memengaruhi psikologi pasien. Rasa sakit yang tidak terkontrol dapat mengganggu tidur, mood, dan kualitas hidup secara keseluruhan.

3. **Prosedur Medis dan Perawatan:**
Proses perawatan medis, terutama yang melibatkan prosedur invasif atau intensif, dapat menjadi sumber stres dan kecemasan bagi pasien. Mereka mungkin khawatir tentang efek samping, keberhasilan prosedur, atau periode pemulihan (Lestari, et. al. 2020)
4. **Tingkat Dukungan Sosial:**
Dukungan dari keluarga, teman, dan lingkungan sosial berperan penting dalam psikologi pasien. Pasien dengan dukungan sosial yang kuat cenderung lebih baik mengatasi stres dan tekanan.
5. **Kondisi Ekonomi:**
Kendala ekonomi dapat menjadi faktor stres yang signifikan. Pasien yang tidak memiliki asuransi kesehatan atau akses terbatas ke perawatan medis mungkin merasa khawatir tentang biaya perawatan dan obat-obatan.
6. **Pengalaman Trauma:**
Pasien yang pernah mengalami pengalaman trauma, seperti kecelakaan, kekerasan, atau kehilangan yang mendalam, dapat mengalami dampak jangka panjang pada kesehatan mental mereka.
7. **Persepsi Diri:**
Bagaimana pasien melihat diri mereka sendiri dan persepsi diri mereka dapat memengaruhi psikologi mereka. Perubahan fisik atau fungsi tubuh yang disebabkan oleh penyakit atau cedera mungkin memengaruhi persepsi diri pasien.
8. **Faktor Budaya dan Nilai-Nilai:**
Budaya, nilai-nilai, dan keyakinan individu dapat memengaruhi pandangan mereka tentang kesehatan, penyakit, dan perawatan medis. Perawat perlu menghormati dan memahami keragaman budaya dalam merawat pasien (Setiawati, et.al. 2021).
9. **Kualitas Komunikasi dengan Tim Medis:**
Komunikasi yang buruk atau kurang jelas antara pasien dan tim medis dapat menyebabkan kebingungan, kecemasan, dan ketidakpercayaan. Komunikasi yang efektif sangat penting untuk memahami dan merawat psikologi pasien.

10. Penyakit Ganda (Comorbidity):

Pasien yang menderita beberapa penyakit seringkali memiliki beban psikologis yang lebih besar. Menyusun rencana perawatan yang sesuai untuk penyakit ganda dapat menjadi tantangan.

11. Penggunaan Obat dan Zat Tergantung:

Penggunaan obat-obatan terlarang atau alkohol dapat memengaruhi kesehatan mental pasien. Ini dapat menyebabkan gangguan psikologis tambahan atau mempersulit perawatan medis (Lestari, et.al 2020).

12. Kepatuhan dan Motivasi:

Tingkat kepatuhan dan motivasi pasien terhadap perawatan mereka juga berdampak pada psikologi pasien. Pasien yang tidak mematuhi perawatan atau kurang termotivasi mungkin menghadapi konflik internal yang signifikan.

13. Isolasi Sosial:

Pasien yang merasa terisolasi sosial, seperti orang tua yang tinggal sendiri, mungkin lebih rentan terhadap masalah kesehatan mental.

14. Kualitas Hidup Saat Ini:

Kualitas hidup saat ini, termasuk faktor seperti pekerjaan, hubungan, dan hobi, juga dapat memengaruhi psikologi pasien.

15. Aspek Genetik dan Riwayat Keluarga:

Riwayat keluarga dan faktor genetik dapat memainkan peran dalam kerentanan pasien terhadap masalah kesehatan mental (Saputri & Rahayu, 2019).

Memahami faktor-faktor ini dan berkomunikasi secara efektif dengan pasien adalah penting dalam merawat psikologi pasien. Perawat dan tim medis lainnya perlu memperhitungkan aspek psikologis pasien dan menyediakan dukungan yang sesuai untuk mengatasi masalah yang mungkin muncul.

3.3 Adaptasi Terhadap Penyakit

Adaptasi pasien terhadap penyakit adalah proses yang melibatkan perubahan dalam pandangan, perilaku, dan emosi pasien sebagai respons terhadap penyakit atau kondisi medis yang mereka alami. Adaptasi ini dapat berlangsung dalam beberapa tahap dan mungkin memerlukan waktu, dukungan, dan intervensi yang tepat.

Berikut adalah beberapa langkah dan strategi yang dapat membantu pasien beradaptasi dengan penyakit, sebagai berikut ini:

1. Pendidikan Pasien:

Memberikan informasi yang jelas dan akurat tentang penyakit, termasuk penyebabnya, gejala, perjalanan alaminya, serta opsi perawatan yang tersedia, adalah langkah awal yang penting. Pendidikan pasien membantu mengurangi ketidakpastian dan memberikan dasar pengetahuan yang diperlukan untuk pengambilan keputusan yang informasi.

2. Dukungan Psikologis:

Pasien mungkin mengalami perasaan kebingungan, kecemasan, ketakutan, atau depresi sebagai respons terhadap diagnosis penyakit. Menyediakan dukungan psikologis yang memadai melalui konseling, terapi, atau dukungan kelompok dapat membantu pasien mengatasi perasaan ini (Toding & Masfuri, 2021).

3. Keterlibatan Pasien dalam Perawatan:

Melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan tentang perawatan mereka dapat meningkatkan rasa memiliki dan kontrol atas situasi. Pasien harus merasa bahwa mereka memiliki suara dalam perawatan mereka.

4. Pengembangan Strategi Koping:

Pasien perlu belajar dan mengembangkan strategi koping yang sehat untuk mengatasi tantangan yang timbul akibat penyakit. Ini bisa mencakup teknik relaksasi, meditasi, olahraga, atau aktivitas kreatif yang membantu mengurangi stres dan meningkatkan kesejahteraan.

5. **Rencana Perawatan yang Tepat:**
Menciptakan rencana perawatan yang sesuai dengan kebutuhan dan preferensi pasien penting. Ini termasuk pemilihan perawatan medis, obat-obatan, dan terapi yang sesuai dengan kondisi dan preferensi pasien.
6. **Pertimbangan Sosial dan Ekonomi:**
Faktor sosial dan ekonomi pasien harus diperhitungkan. Ini mencakup pertimbangan mengenai akses pasien terhadap perawatan medis, dukungan sosial yang mereka miliki, dan bagaimana penyakit dapat memengaruhi kehidupan sehari-hari mereka (Lestari, et.al. 2020)
7. **Pemahaman Terhadap Perubahan Fisik dan Fungsi:**
Jika penyakit mengakibatkan perubahan fisik atau fungsi tubuh, pasien perlu memahami perubahan tersebut dan belajar bagaimana beradaptasi. Bantuan dalam pemahaman dan penerimaan perubahan ini penting.
8. **Dukungan dari Keluarga dan Teman:**
Keluarga dan teman-teman pasien dapat memberikan dukungan emosional yang sangat dibutuhkan. Mendukung hubungan positif dengan orang-orang di sekitar pasien adalah kunci dalam adaptasi yang sukses.
9. **Konsistensi dalam Perawatan:**
Menjalani perawatan yang konsisten adalah penting. Perawat atau tenaga medis lainnya dapat membantu pasien untuk menjaga konsistensi dalam minum obat, menjalani terapi, dan mengikuti pedoman perawatan.
10. **Menetapkan Tujuan dan Harapan yang Realistis:**
Pasien perlu diberi pemahaman tentang harapan realistis terkait dengan penyakit mereka. Ini membantu mencegah frustrasi yang mungkin muncul jika harapan tidak terpenuhi (Mait, et.al. 2021).
11. **Evaluasi Teratur:**
Proses adaptasi pasien terhadap penyakit adalah dinamis, dan perlu dievaluasi secara teratur. Perawat dan tim medis harus mengikuti

perkembangan pasien dan mengidentifikasi perubahan yang mungkin memerlukan perubahan dalam perawatan atau pendekatan.

12. Penguatan Resiliensi:

Membantu pasien mengembangkan ketahanan atau resiliensi mental adalah penting. Resiliensi membantu pasien mengatasi stres dan kembali ke tingkat kesejahteraan yang lebih tinggi.

13. Pendekatan Holistik:

Perawatan pasien sebaiknya bersifat holistik, mempertimbangkan aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual dari kesehatan. Ini menciptakan pendekatan yang komprehensif terhadap perawatan pasien (Rosliana & Huriah, 2019).

Selama proses adaptasi, penting untuk mengingat bahwa setiap pasien adalah individu yang unik, dan respon terhadap penyakit dapat bervariasi. Perawat dan tenaga medis lainnya harus bersifat sensitif terhadap kebutuhan dan preferensi pasien, dan mereka perlu berperan dalam menyediakan dukungan yang sesuai selama perjalanan adaptasi pasien terhadap penyakit.

3.4 Faktor yang Memengaruhi Adaptasi Pasien terhadap Penyakit

Adaptasi pasien terhadap penyakit adalah proses kompleks yang dipengaruhi oleh sejumlah faktor. Faktor-faktor ini dapat memengaruhi sejauh mana pasien mampu mengatasi dan beradaptasi dengan penyakit atau kondisi medis yang mereka alami.

Berikut adalah beberapa faktor utama yang memengaruhi adaptasi pasien:

1. Jenis dan Beratnya Penyakit:

Jenis penyakit dan tingkat keparahannya dapat memengaruhi sejauh mana pasien mampu beradaptasi. Penyakit yang serius atau mengancam jiwa seringkali menghasilkan reaksi adaptasi yang lebih sulit.

2. Prognosis (Perkiraan Hasil):

Pengetahuan tentang prognosis penyakit, yaitu perkiraan hasil atau perkembangan penyakit, dapat memengaruhi psikologi pasien. Prognosis yang positif dapat meningkatkan harapan dan kemampuan pasien untuk beradaptasi.

3. Pengalaman Sebelumnya:

Riwayat medis pasien, terutama pengalaman sebelumnya dengan penyakit atau perawatan medis, dapat memengaruhi cara mereka menghadapi penyakit saat ini. Pengalaman positif atau negatif sebelumnya dapat memberikan panduan.

4. Dukungan Sosial:

Tingkat dukungan dari keluarga, teman, dan lingkungan sosial pasien berperan penting dalam adaptasi. Dukungan yang kuat dapat membantu pasien mengatasi stres dan ketidakpastian.

5. Kemampuan Koping:

Kemampuan koping pasien untuk mengatasi stres dan tantangan yang muncul akibat penyakit adalah faktor kunci. Kemampuan koping yang baik dapat membantu pasien beradaptasi dengan lebih baik.

6. Pendekatan Perawatan:

Pendekatan perawatan yang digunakan oleh tim medis dan perawat dapat memengaruhi adaptasi pasien. Kualitas komunikasi, pemahaman pasien, dan pendekatan yang terkonsultasi dengan pasien sangat penting (Septiwi & Setiaji, 2020).

7. Kepatuhan terhadap Perawatan:

Kepatuhan pasien terhadap rekomendasi perawatan medis, termasuk minum obat, menjalani terapi, dan mengikuti pedoman perawatan, dapat memengaruhi hasil adaptasi.

8. Kualitas Informasi:

Pasien yang mendapatkan informasi yang jelas, akurat, dan relevan tentang penyakit mereka cenderung lebih baik dalam beradaptasi. Informasi yang buruk atau tidak memadai dapat meningkatkan kebingungan dan kecemasan.

9. Faktor Psikologis:

Faktor psikologis, seperti kecenderungan seseorang terhadap optimisme atau pesimisme, self-esteem, dan tingkat ketahanan terhadap stres, dapat memengaruhi adaptasi pasien.

10. Aspek Budaya dan Nilai-Nilai:

Nilai-nilai budaya dan keyakinan individu dapat memengaruhi cara pasien menginterpretasikan penyakit dan pengambilan keputusan perawatan mereka (Hidayah, 2021).

11. Kondisi Ekonomi:

Kendala ekonomi, termasuk akses terbatas ke perawatan medis atau biaya perawatan yang tinggi, dapat memengaruhi adaptasi pasien.

12. Rasa Sakit:

Pasien yang mengalami rasa sakit kronis atau akut seringkali mengalami kesulitan dalam beradaptasi. Rasa sakit dapat memengaruhi kualitas hidup dan psikologi pasien.

13. Isolasi Sosial:

Pasien yang merasa terisolasi sosial, seperti orang tua yang tinggal sendiri, mungkin memiliki risiko adaptasi yang lebih buruk.

14. Komorbiditas (Penyakit Ganda):

Pasien yang menderita beberapa penyakit atau kondisi medis seringkali menghadapi tantangan adaptasi yang lebih besar.

15. Kepatuhan Terhadap Gaya Hidup Sehat:

Gaya hidup sehat, seperti diet seimbang, olahraga, dan berhenti merokok, dapat memengaruhi adaptasi pasien. Kepatuhan terhadap perubahan gaya hidup yang sehat dapat membantu pasien mengatasi penyakit (Toding & Masfuri, 2021)

16. Persepsi Diri dan Kualitas Hidup:

Bagaimana pasien melihat diri mereka sendiri dan persepsi terhadap kualitas hidup saat ini dapat memengaruhi cara mereka beradaptasi dengan penyakit.

17. Faktor Genetik dan Riwayat Keluarga:

Riwayat keluarga dan faktor genetik dapat memainkan peran dalam kerentanan pasien terhadap penyakit atau kondisi medis tertentu.

18. Pendekatan Holistik:

Pendekatan perawatan yang holistik yang mempertimbangkan aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual dari kesehatan pasien juga dapat memengaruhi adaptasi (Mait, et.al. 2021).

Memahami faktor-faktor ini dan berkolaborasi dengan pasien untuk mengidentifikasi dan mengatasi hambatan yang mungkin muncul selama proses adaptasi sangat penting dalam perawatan kesehatan yang efektif. Perawat dan tim medis lainnya harus merespons kebutuhan individu pasien dengan penuh empati dan pemahaman.

Bab 4

Keterampilan Komunikasi Empatik

4.1 Pendahuluan

Pengalaman hidup di dalam berinteraksi membuktikan betapa sulitnya hubungan antar manusia. Tidak jarang orang mengerahkan sekian banyak tenaga hanya untuk menguraikan persoalan sepele. Dia menyisihkan sekian banyak waktu untuk menjelaskan maksud baik yang disalahpahami. Tidak menyapa pada saat bertemu, tidak tersenyum saat merawat klien, tidak berkomentar saat teman berpakaian baru, dan sebagainya, yang boleh jadi dinilai sepele oleh satu pihak akan dapat mengakibatkan rentannya hubungan terapeutik. Memang, hubungan antar manusia sering diliputi oleh kabut, yang sering kali memicu lahirnya perselisihan dan aneka problem (David J. Leiberan, 2010).

Dengan berinteraksi dan berkomunikasi, maka dapat membentuk rasa saling pengertian, menumbuhkan persahabatan, memelihara kasih sayang, menyebarkan pengetahuan, dan melestarikan peradaban. Namun, komunikasi juga dapat menyuburkan perpecahan, menghidupkan permusuhan, menanamkan kebencian, merintangi kemajuan, dan menghambat pemikiran. Tidak jarang, konflik sesama manusia terjadi akibat komunikasi yang kurang

empatik. Kualitas hidup dan hubungan sesama manusia dapat ditingkatkan dengan memahami dan memperbaiki komunikasi yang dilakukan (Sylvia Moss, 1996). Tidak sedikit orang menganggap bahwa komunikasi itu mudah dilakukan, laksana semudah bernapas. Barulah pada saat seseorang memasuki pengalaman bahwa proses komunikasi yang biasa ia lakukan rusak atau macet, maka ia akan menyadari bahwa komunikasi itu ternyata tidak mudah.

Kemampuan manusia dalam berkomunikasi secara empatik, kelihatannya mulai sirna dari individu-individu dalam masyarakat kontemporer. Akhir-akhir ini, kemampuan komunikasi empatik makin dibutuhkan untuk memperbaiki berbagai kegagalan komunikasi antar pribadi, komunikasi kelompok, komunikasi organisasi, komunikasi sosial ataupun komunikasi antar budaya, yang tak jarang dalam kehidupan sehari-hari telah menyulut kesalahpahaman, sikap saling menghakimi, saling menyalahkan, bahkan memicu terjadinya konflik (Effendi, 1985).

Manusia sering mengabaikan hal-hal yang kelihatannya kecil seperti cara berkomunikasi dalam kehidupan sehari-hari di bidang keperawatan.

4.2 Pengertian Komunikasi Empatik

4.2.1 Definisi Komunikasi

Istilah komunikasi atau dalam bahasa Inggris adalah communication, yang berasal dari kata Latin communicatio, dan bersumber dari kata communis, yang berarti sama. Sama di sini maksudnya adalah sama makna. Dalam hal ini, apabila dua orang terlibat dalam komunikasi, misalnya dalam bentuk percakapan, maka komunikasi akan terjadi atau berlangsung selama ada kesamaan makna mengenai hal yang dipercakapkan. Kesamaan bahasa yang dipergunakan dalam percakapan itu belum tentu menimbulkan kesamaan makna. Hal itu dikarenakan setiap orang mempunyai maksud dari sesuatu yang dikatakan, dan maksud itu kadang dapat dipahami dan kadang tidak. Hal itu tergantung situasi dan kondisi kedua pihak yang terlibat dalam komunikasi tersebut (Idi Subandny ibrahim, 2014).

Wilbur Schramm, seorang ahli komunikasi kenamaan, dalam karyanya, *Communication Research in the United States* menyatakan bahwa komunikasi akan berhasil apabila pesan yang disampaikan oleh komunikator cocok dengan

kerangka acuan (frame of reference), yakni paduan pengalaman dan pengertian (collection of experiences and meanings) yang pernah diperoleh komunikan. Menurut Schramm, bidang pengalaman (field of experience) merupakan faktor yang penting dalam komunikasi. Komunikasi akan berlangsung lancar bila komunikator dan komunikan memiliki banyak kesamaan dalam hal pengalaman.

Sementara itu, Lasswell merumuskan komunikasi sebagai proses penyampaian pesan oleh komunikator kepada komunikan melalui media yang menimbulkan efek tertentu. Dalam pengertian paradigmatis, komunikasi mengandung tujuan tertentu, yang bersifat informatif dan persuasif. Komunikasi persuasif (persuasive communication) lebih sulit daripada komunikasi informatif (informative communication) karena tidak mudah untuk mengubah sikap, pendapat, atau perilaku seseorang atau sejumlah orang. (Idi Subandny ibrahim, 2014)

Hal penting dalam komunikasi ialah caranya agar pesan yang disampaikan komunikator dapat menimbulkan dampak atau efek tertentu pada komunikan. Dampak itu bisa berupa kognitif (menjadi tahu dan mengerti), afektif (tergerak hatinya dan menimbulkan perasaan tertentu misalnya perasaan iba, terharu sedih, gembira, marah dan sebagainya) dan behavioral (berupa perilaku atau tindakan).

4.2.2 Definisi Empatik

Kata empati (empathy) sendiri berasal dari kata “*einfuhlung*” yang semula digunakan oleh seorang psikolog Jerman. Kata ini secara harfiah berarti merasa terlibat (feeling into). Empati (empathy) menurut Onong Uchjana Effendy adalah kemampuan memproyeksikan diri kepada orang lain. Dengan lain perkataan, empati adalah kemampuan menghayati perasaan orang lain atau merasakan sesuatu yang dirasakan orang lain (Idi Subandny ibrahim, 2014).

Empati didefinisikan sebagai kemampuan atau kecakapan untuk mengidentifikasi atau memahami—dengan cara seolah mengalami sendiri—perasaan, pikiran, atau sikap orang lain. Empati dihubungkan dengan ungkapan-ungkapan seperti “berjalan dengan memakai sepatu orang lain” atau “memandang dunia melalui mata orang lain”. Empati secara signifikan memengaruhi kualitas kehidupan pribadi dan profesional manusia, terutama aktivitas-aktivitas yang terkait dengan hubungan sosial. Empati memfasilitasi

komunikasi, kerjasama, sikap menghormati, dan sifat kasih sayang. Empati memberikan kekuatan untuk mengubah kondisi-kondisi negatif ketika seseorang berusaha meningkatkan interaksi-interaksi dengan orang lain (Idi Subandy Ibrahim, 2014).

Empati bukan sekadar komponen penting, tetapi juga merupakan komponen paling mendasar dari sebuah mindset berdaya tahan. Daniel Goleman menggambarkan empati sebagai sebuah ciri penting dari kecerdasan emosional dan itu dapat dipelajari. Empati tidak berarti bahwa seseorang setuju dengan orang lain, tetapi semata menunjukkan bahwa seseorang menghargai dan mendukung sudut pandang orang itu (Boyatzis, 2002).

Empati menurut De Vito, memungkinkan Anda untuk memahami secara emosional dan intelektual mengenai sesuatu yang sedang dialami orang lain. Empati tidak akan terlalu bermakna jika Anda tidak mampu mengomunikasikan pemahaman empatik ini kembali kepada orang lain tersebut. Seseorang lebih mudah untuk berempati terhadap orang-orang yang ide-idenya cocok dengannya dan bersikap kooperatif. Hal itu jauh lebih sulit untuk berempati pada saat seseorang bingung, marah, jengkel, atau kecewa pada orang lain.

Penyair sufistik Jalaluddin Rumi pernah berkata: "Karena untuk berbicara, orang harus lebih dulu mendengarkan, belajarlah bicara dengan mendengarkan". "Siapa yang paling baik mendengarkannya, dialah yang paling cepat memperoleh manfaat". Dalam berkomunikasi, manusia sering mengalami atau menyaksikan orang-orang yang sepertinya mendengarkan, tetapi hakikatnya tidak mendengarkan.

Menurut hasil penelitian, banyak terjadi kesalahpahaman, pertengkaran, atau kegagalan karena salah mendengarkan. Karena itu, perlu membiasakan untuk melatih pendengaran. Ada beberapa teknik mendengar yang baik: Pertama, belajar mendengarkan pembicaraan yang tidak menyenangkan hati. Mendengarkan pembicaraan yang mengenakan hati itu mudah, tidak perlu dilatih. Misalnya, kalau datang seseorang, kemudian memuji-muji, telinga langsung mendengarkan dengan baik, tetapi ketika seseorang datang dan memberi nasihat atau mengingatkan perbuatan yang salah, maka telinga segera menjadi disfungsi (kurang berfungsi). Dengan demikian, latihan pertama untuk melatih pendengaran ialah belajar mendengarkan pembicaraan yang tidak dikehendaki. Kedua, belajar mendengarkan orang yang membicarakan tentang dirinya sendiri. Kalau ada orang yang membicarakan dirinya, itu

kadang tidak menarik, tetapi menarik bagi orang yang berbicara. Oleh karena itu, perlu dihargai. Ketika mendengarkan secara aktif, berusaha memahami dan menyokong hal yang sedang dikomunikasikan orang lain. Sokongan tidak berarti kesepakatan, melainkan memahami tanpa meremehkan. Empati berarti mempunyai kesanggupan dapat meneliti dengan baik kesulitan-kesulitan yang dialami orang lain (David J. Leiberan, 2010).

Dengan demikian, komunikasi empatik berarti mendengarkan dengan mata, telinga, dan hati Anda untuk memahami, berintuisi, dan merasa. Mendengarkan di sini adalah mendengarkan untuk mengerti, bukan untuk menjawab dan mendengarkan isi pembicaraan dan bukan siapa yang berbicara. Respon yang tepat juga menjadi kunci komunikasi empatik, maka berikanlah respon seperti baru pertama kali mendengarkan topik pembicaraan. Kegagalan komunikasi salah satunya karena kurangnya kemampuan mendengarkan dengan empati. Oleh karenanya, Floyd (1985) yakin bahwa empati adalah "the key to effective listening and therefore to communication." Empati adalah kunci untuk mendengarkan secara efektif sehingga menghasilkan komunikasi yang efektif pula.

4.3 Prinsip Komunikasi Empatik

Agar terjalin komunikasi empatik, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan, antara lain:

1. Membuat kontak mata dengan pembicara

Agar pembicaraan yang sedang berlangsung dapat berlanjut terus maka tataplah mata lawan bicara kita. Tatapan mata juga dapat mengurangi kemungkinan perhatian kita teralihkan. Tampilkan komunikasi nonverbal, seperti anggukan atau gelengan kepala dan ekspresi wajah yang sesuai untuk menunjukkan kepada pembicara bahwa kita menaruh perhatian terhadap pembicaraan tersebut. Kontak mata dengan lawan bicara akan memberi kesan dan pesan kepada orang tersebut bahwa kita sungguh-sungguh terhadap sesuatu yang dikomunikasikan. Kesungguhan ini akan menciptakan suasana keakraban dan rasa saling percaya sehingga akan lebih mudah

baginya memberikan dukungan ataupun memberikan jawaban "ya" atau melakukan apapun yang kita harapkan.

2. **Hindari gerakan atau komunikasi non verbal yang mengganggu**
Pada saat mendengarkan, hindari gerakan-gerakan yang dapat mengganggu proses mendengarkan itu sendiri, seperti: melihat-lihat jam, memutar-mutar pensil atau pulpen, merobek-robek kertas, melihat-lihat pemandangan atau melakukan aktivitas lainnya. Dengan melakukan hal seperti itu, pembicara akan mengartikan bahwa kita tidak tertarik, bosan dan tidak peduli sehingga akhirnya topik pembicaraan tidak sesuai dengan maksud komunikasi tersebut. Bersikaplah yang wajar dan tidak berlebih-lebihan.
3. **Mengungkapkan kembali dan mengajukan pertanyaan**
Apabila memang perlu, ulangi apa yang disampaikan pembicara dengan menggunakan bahasa sendiri. Ini merupakan tahap perkembangan mendengar secara empatik. Proses ini selain merupakan proses untuk memperjelas makna, juga merupakan cara terbaik untuk mengetahui jika kita benar-benar mengerti atau tidak. Pendengar yang empatik akan menganalisis yang dia dengar dan akan mengajukan pertanyaan. Dengan mengajukan pertanyaan, akan memperjelas maksud yang dibicarakan dan meyakinkan pembicara bahwa kita mengerti, sekaligus memberikan dukungan kepada pembicara untuk berbicara lebih lanjut karena kita benar-benar memperhatikan dan mendengarkan secara serius.
4. **Buat transisi antara menjadi pendengar yang baik dan pembicara yang baik**
Kita memiliki kecenderungan untuk berbicara daripada mendengarkan. Dan kita juga memiliki kecenderungan untuk berbicara sambil mendengarkan. Pendengar yang empatik tidak akan melakukan hal tersebut. Sebuah proses komunikasi adalah proses antara mendengarkan dan berbicara, dan dalam proses komunikasi yang efektif, kita melakukan peran tersebut secara bergantian. Lakukan peran transisi antara peran mendengarkan dan peran berbicara secara baik.

5. Berusaha mengerti, kemudian dimengerti

Usaha untuk mengerti orang lain tidak terbatas pada mengerti kata-kata yang diucapkannya. Kalau kita mengerti orang lain seperti itu, berarti kita masih melihat orang lain melalui kaca mata kita sendiri. Kita harus melangkah lebih jauh lagi masuk ke diri orang itu, untuk melihat duniasebagaimana ia memandangnya, mengerti keadaannya, dan juga harus bisa merasakan emosi kejiwaannya (Boyatzis, 2002).

6. Diagnosis sebelum respons

Mendiagnosis terlebih dahulu sebelum membuat resep merupakan prinsip yang penting bagi semua profesional. Pendengar yang empatik akan melakukan diagnosis terlebih dahulu untuk meneliti permasalahan yang dihadapi oleh lawan bicaranya sebelum memberikan pendapat, masukan, atau jawaban. Setelah menemukan akar permasalahannya, akan lebih mudah untuk membantu memberikan jawaban, solusi ataupun masukan yang diperlukan lawan bicara. Mungkin ada orang yang protes bahwa melakukan hal itu akan menghabiskan terlalu banyak waktu. Memang hal itu akan menghabiskan banyak waktu pada awalnya, tetapi akan menghemat waktu nantinya.

7. Tunjukkan minat, perhatian, dan kepedulian

Dalam berkomunikasi kita bisa menunjukkan minat kita yang begitu besar kepada lawan bicara kita dengan perhatian dan kepedulian kepadanya. Apabila ia merasakan bahwa ia mendapatkan perhatian, kepedulian, dan rasa hormat ketika berbicara ataupun menyampaikan pendapat, maka ia juga akan bersedia mendengarkan dengan penuh perhatian sesuatu yang kita komunikasikan kepadanya. Dengan fokus perhatian kita kepada orang lain akan bisa lebih mudah memahami dan mengetahui keadaannya, apakah seputar tentang keinginan, permasalahan atau apa yang ia perlukan dari kita. Jika telah dipahami dengan baik, kita tentu bisa mengomunikasikan hal yang mungkin dapat menarik perhatiannya dan sesuatu yang mungkin mereka mau terima atau dukung.

4.4 Hambatan dalam Komunikasi Empatik

Semakin jelas seseorang memahami kendala-kendala untuk memiliki empati, maka semakin baik orang tersebut menghadapi kendala-kendala itu.

Berikut ini empat rintangan dalam berempati.

1. Lingkungan Keluarga

Empati memang sulit bagi orang yang tumbuh dalam keluarga yang orangtuanya tidak punya empati. Dalam keluarga semacam itu, anak sering kali diberi tahu cara mereka harus berperasaan dan berpikir. Tentu saja, anak dari orangtua yang punya empati tidak serta-merta tumbuh menjadi orang yang bisa berempati. Ada banyak faktor yang turut memengaruhi kepribadian dan perilakunya. Namun, lebih mudah untuk memiliki rasa empati apabila seseorang dalam sehari-hari menyaksikan praktik empati dari orangtua dan orang-orang yang merawatnya.

2. Kebiasaan Buruk dalam Proses Mendengarkan

Bramantyo & Prasetyo (2007), kebiasaan buruk yang terjadi dalam sebuah komunikasi, antara lain:

- a. *Pseudo Listening*; menunjukkan kepalsuan, orang yang terlihat seolah-olah mendengarkan pembicaraan, mengangguk setuju dan memahami apa yang disampaikan padahal semua itu palsu. Pada hakikatnya, ia tidak setuju dan tidak mau melakukan sesuatu yang disampaikan pembicara.
- b. *Stage Hogging*; hanya tertarik pada ide dan konsep pemikiran diri sendiri dan tidak peduli pada apa yang disampaikan orang lain.
- c. *Selective Listening*; hanya memberikan respons terhadap apa yang menjadi perhatiannya dan mengabaikan yang lain.
- d. *Filling in Gaps*; orang dengan tipe seperti ini mendengarkan sedikit dan selanjutnya merekayasa informasinya sendiri berdasarkan konsep yang ada pada dirinya.

- e. *Insulated Listening*; kebiasaan ini hampir merupakan kebalikan dari *selective listening*. Orang dengan tipe seperti ini memiliki kebiasaan jika mendapatkan topik yang tidak menarik baginya maka ia cenderung untuk tidak mendengar keseluruhan informasi yang disampaikan.
 - f. *Defensive Listening*; orang yang tidak percaya diri atau merasa tidak aman. Orang ini cenderung menyampaikan komentar-komentar yang menyerang untuk mempertahankan dirinya.
 - g. *Ambushing*; kebiasaan mendengarkan pembicara secara saksama dimaksudkan untuk mendapatkan informasi yang dapat dipergunakan olehnya untuk menyerang kembali apa yang disampaikan oleh pembicara. Kebiasaan ini juga sebagai bentuk untuk mempertahankan diri.
3. Menyembunyikan Kekecewaan atau Kemarahan

Kebanyakan orang menilai diri sendiri punya empati. Empati lebih kentara ketika orang lain berperilaku dan bersikap sesuai dengan preferensi. Misalnya, orang lebih mudah untuk berempati kepada temannya yang bersikap dan berperilaku baik kepadanya. Namun, apabila sikap temannya tidak sesuai dengan keinginannya, maka sering kurang berempati kepadanya. Dalam hal ini, jauh lebih sulit untuk berempati ketika tindakan teman, kerabat, dan kolega tidak sesuai dengan harapan orang tersebut.

Rasa marah dan kecewa yang tersembunyi dapat meredupkan empati dan membutuhkan dari dampak negatif perkataan serta perbuatan seseorang. Ketika marah atau kecewa, seseorang jarang berhenti sejenak untuk merenungkan pertanyaan-pertanyaan berikut: Bagaimana orang ini menggambarkan diri saya sekarang, ketika saya membentaknya? Apakah cara saya mengatakan atau melakukan sesuatu bisa membuat orang lain benar-benar mau mendengarkan dan merespons saya? Secara teoritis, tim peneliti di rumah sakit Lehigh Valley Pennsylvania Amerika Serikat, menemukan bahwa orang yang gampang marah, menyimpan perasaan bermusuhan, suka

bersikap sinis, dan agresif, berkaitan erat dengan peningkatan kematian akibat penyakit infark jantung.

4. Membuat Asumsi tentang Motivasi Orang Lain

Disadari atau tidak, seseorang sering menilai motif perilaku orang lain berupa prasangka negatif. Menurut Baron dan Byrne (1994), yang dikutip Sarlito, prasangka adalah sikap yang negatif terhadap kelompok tertentu atau seseorang. Hal ini semata-mata karena keanggotaannya dalam kelompok tertentu. Prasangka juga tidak selalu salah dan irasional. Iadapat juga positif. Hanya saja, prasangka yang positif biasanya tidak menimbulkan masalah dalam hubungan sosial. Perasaan empati berkurang bila prasangka (negatif) muncul dalam komunikasi. Hal ini akan mendistorsi hubungan dan mengakibatkan rusaknya komunikasi.

5. Terlalu Berempati

Salah satu keberatan yang kadang terdengar jika terlalu berempati adalah menjadi mudah dimanfaatkan oleh orang lain. Orangtua menyuarakan keberatan ini terkait dengan anak-anak mereka. Para majikan menyuarakannya terkait dengan karyawan. Para suami menyuarakannya terkait dengan istri. Sementara itu, para istri menyuarakannya terkait dengan suami. Sikap empati sering dirancukan dengan sikap mengalah, tidak jujur mengutarakan perasaan, tidak tegas atau tidak terus terang. Orang yang empati tidak menahan diri dari memberikan umpan balik kepada orang lain atau menahan diri dari menetapkan batasan-batasan yang tepat.

Menurut Goleman, Boyatzis dan McKee, empati bukanlah sikap sentimental "saya oke, kamu oke." Hal itu tidak berarti bahwa setiap komunikator memakai perasaan orang lain dan berusaha menyenangkan setiap orang. Hal itu akan menjadi pengalaman yang mengerikan dan akan menutup berbagai kemungkinan tindakan yang seharusnya dilakukan. Sebaliknya, empati berarti mempertimbangkan secara mendalam perasaan orang lain dan kemudian membuat keputusan-keputusan cerdas yang berhasil merespons perasaan-perasaan itu

4.5 Sikap Suportif Dan Defensif dalam Komunikasi Empatik

Salah satu faktor yang menumbuhkan hubungan sosial yang baik dalam komunikasi empatik adalah sikap suportif, yakni sikap yang mengurangi sikap defensif dalam komunikasi. Orang bersikap defensif bila ia tidak menerima, tidak jujur, dan tidak empatis. Orang defensif akan lebih banyak melindungi diri dari ancaman yang ditanggapinya dalam situasi komunikasi daripada memahami pesan orang lain. Komunikasi defensif dapat terjadi karena faktor-faktor personal (ketakutan, kecemasan, harga diri yang rendah, pengalaman defensif, dan sebagainya) atau faktor-faktor situasional.

Ada enam perilaku yang menimbulkan perilaku suportif yaitu sebagai berikut:

1. Evaluasi

Evaluasi artinya penilaian terhadap orang lain, baik memuji maupun mengecam. Dalam mengevaluasi, seseorang cenderung mempersoalkan nilai dan motif orang lain. Bila seseorang menyebutkan kelemahan orang lain, mengungkapkan betapa jelek perilakunya, dan meruntuhkan harga dirinya, maka akan melahirkan sikap defensif. Kebalikan dari evaluasi adalah deskripsi. Deskripsi artinya penyampaian perasaan dan persepsi tanpa menilai. Pada evaluasi, umumnya menggunakan kata-kata sifat (salah, ngawur, bodoh dan ungkapan lainnya yang negatif). Pada deskripsi, biasanya, seseorang menggunakan kata-kata kerja misalnya: "Anda seringkali berpindah dari satu persoalan ke persoalan lain"; atau "Anda tidak mengikuti perkembangan terakhir dalam bidang ini". Sebenarnya, hal ini dapat dievaluasi pada gagasan, bukan pada pribadi (walaupun banyak orang merasa dirinya diserang ketika gagasannya dipersoalkan). Deskripsi dapat terjadi juga ketika seseorang mengevaluasi gagasan orang lain, "merasa" bahwa dia menghargai diri mereka (menerima mereka sebagai individu yang patut dihargai).

2. Kontrol

Perilaku kontrol artinya berusaha untuk mengubah orang lain, mengendalikan orang perilakunya, mengubah sikap, pendapat, dan

tindakannya. Melakukan kontrol berarti mengevaluasi orang lain sebagai orang yang jelek sehingga perlu diubah. Dalam hal ini, setiap orang tidak ingin didominasi orang lain. Orang ingin menentukan perilaku yang dia senangi. Oleh karena itu, kontrol orang lain akan dia tolak. Untuk mengatasi masalah ini, perlu adanya orientasi masalah dengan mengkomunikasikan keinginan untuk bekerja sama dan mencari pemecahan masalah. Solusi konkretnya, mengajak orang lain bersama-sama untuk menetapkan tujuan dan memutuskan cara mencapainya.

3. Strategi

Strategi adalah penggunaan tipuan-tipuan atau manipulasi untuk memengaruhi orang lain. Seseorang menggunakan strategi bila orang lain menduga ada motif-motif tersembunyi. Lawan dari strategi adalah spontanitas, yaitu sikap jujur dan dianggap tidak menyelimuti motif yang terpendam.

4. Netralitas

Netralitas adalah sikap impersonal—memperlakukan orang lain tidak sebagai personal, melainkan sebagai objek. Bersikap netral bukan berarti objektif, melainkan menunjukkan sikap tak acuh serta tidak menghiraukan perasaan dan pengalaman orang lain. Kebalikan sifat ini adalah sikap empati. Tanpa empati, orang seakan-akan "mesin" yang hampa perasaan dan tanpa perhatian.

5. Superioritas

Superioritas artinya sikap menunjukkan diri lebih tinggi atau lebih baik daripada orang lain karena status, kekuasaan, kemampuan intelektual, kekayaan, atau kecantikan. Superioritas akan melahirkan sikap defensif. Sifat sebaliknya adalah bersikap merasa sama atau setara dan tidak menggurui. Dengan persamaan, manusia mengomunikasikan penghargaan dan rasa hormat kepada perbedaan pandangan dan keyakinan.

6. Kepastian

Orang yang memiliki kepastian bersifat dogmatis, ingin menang sendiri, dan melihat pendapatnya sebagai kebenaran mutlak yang

tidak dapat diganggu-gugat. Dalam hal ini, harus dikembangkan sikap provisionalisme, yakni kesediaan untuk meninjau kembali pendapat, untuk mengakui bahwa pendapat manusia adalah tempat kesalahan. Dengan demikian, wajar juga kalau satu saat pendapat dan keyakinannya bisa berubah.

Kemampuan komunikasi empatik perlu dibangkitkan kembali untuk memperbaiki berbagai kegagalan komunikasi, baik antar pribadi, kelompok, organisasi, sosial maupun komunikasi antar budaya yang tak jarang telah menyulut kesalahpahaman, sikap saling menghakimi, saling menyalahkan, Jika hal ini dibiarkan, maka akan memunculkan konflik, bahkan kekerasan yang dapat mengancam hubungan perawat dengan klien. Kegagalan dalam berkomunikasi salah satunya diakibatkan oleh kurangnya kemampuan dalam mendengarkan dengan empati. Oleh karenanya, Floyd (1985), yakin bahwa empati adalah "the key to effective listening and therefore to communication." Empati merupakan kunci untuk mendengarkan secara efektif sehingga menghasilkan komunikasi yang efektif. Adapun dalam membangun komunikasi empatik, komunikator (seorang perawat) harus mampu memahami, memiliki kepedulian dan penghargaan serta perhatian terhadap orang lain

Bab 5

Komunikasi Interkultural

Meningkatnya migrasi global, sehingga perawat merawat pasien di lingkungan yang semakin beragam secara budaya dan bahasa. Pergerakan orang yang bebas lintas negara di dunia kita yang mengglobal membuat pendekatan yang kompeten secara budaya diperlukan untuk memenuhi persyaratan individu yang membutuhkan perawatan kesehatan. Tenaga kesehatan profesional harus peka terhadap perbedaan budaya dan mempertimbangkannya perbedaan tersebut dalam praktik mereka untuk memastikan bahwa pasien menerima perawatan yang holistik dan perawatan berkualitas tinggi. Keperawatan multikultural mengharuskan perawat untuk merawat pasien sebagai individu unik dengan mempertimbangkan kebutuhan budaya mereka. Kemampuan berkomunikasi secara efektif dengan pasien dari budaya berbeda sangat penting untuk memahami dan memberikan perawatan pasien yang optimal (Tuohy 2019). Komunikasi perlu dipertimbangkan dalam konteks pelayanan secara keseluruhan; Oleh karena itu, bab 5 menjelaskan konsep dasar yang penting tentang komunikasi Interkultural.

5.1 Komunikasi Interkultural

Komunikasi merupakan hal terpenting atau vital bagi manusia. Tanpa komunikasi maka manusia bisa dikatakan tersesat, karena ia tidak bisa menaruh dirinya dalam lingkungan sosial. Indonesia terkenal dengan keanekaragaman suku dan bangsa, yang di mana masing-masing daerah memiliki berbagai macam bahasa yang digunakan untuk berkomunikasi. Setiap daerah memiliki ciri khas berkomunikasi yang berbeda dengan lainnya. Komunikasi merupakan hal vital pula dalam penerapan asuhan keperawatan, pemahaman akan komunikasi sangat diperlukan dalam penerapan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat lintas budaya.

Memadukan konsep budaya dan komunikasi, pengertian komunikasi antarbudaya adalah proses interaksi antara pasien dan profesional kesehatan dari latar belakang budaya yang berbeda yang didasarkan pada pemahaman akan budaya masing-masing (Akova 2016; Bayik 2011). Komunikasi lintas budaya memungkinkan perawat untuk lebih memahami pasien dan merespons kebutuhan mereka secara lebih efektif. Hal ini memainkan peran penting dalam keperawatan dengan meningkatkan kemampuan perawat untuk Menilai kondisi pasien secara akurat. Berhasil menjelaskan masalah medis kepada pasien.

Bahasa dipahami sebagai sistem komunikasi lisan dan tulisan komunikasi yang digunakan oleh suatu negara, orang masyarakat, dan lain lain., biasanya terdiri dari kata-kata yang digunakan dalam struktur tata bahasa dan sintaksis yang teratur (Halliday 1987). Komunikasi antarbudaya adalah didefinisikan sebagai interaksi antara orang-orang dari latar belakang budaya yang berbeda di mana terdapat risiko kesalahpahaman atau kesalahpahaman karena perbedaan nilai, kepercayaan kesehatan harapan, dan kesulitan bahasa (Philip, Manias, and Woodward-Kron 2015). Tenaga keperawatan yang terintegrasi adalah penting untuk memberikan perawatan kesehatan yang aman dan berkualitas (Xiao, Willis, and Jeffers 2014).

Pemahaman budaya dan komunikasi interpersonal sangat penting dalam perawatan kesehatan. Komunikasi yang empatik, hangat, dan otentik menciptakan hubungan yang saling berpartisipasi antara perawat dan pasien (Pavord and Donnelly 2015). Selain itu, pemahaman budaya juga penting untuk tujuan perawatan, pendidikan, dan kepatuhan (Richardson, McEldowney, and Puckey 2015; Schyve 2007). Risiko miskomunikasi dan

kerusakan meningkat ketika ada hambatan bahasa atau budaya antara perawat dan pasien.

Perawat yang bekerja di lingkungan dengan budaya yang beragam memiliki pengetahuan dan pengalaman berharga dalam komunikasi budaya (Hershovich et al. 2022). Namun, masih ada kekurangan dalam deskripsi pengalaman dan pengetahuan perawat dalam berkomunikasi dan merawat pasien dengan latar belakang budaya yang beragam. Penting bagi perawat untuk meningkatkan pemahaman mereka tentang budaya dan berkomunikasi secara efektif dengan pasien dari berbagai budaya. Hal ini akan memastikan pemberian asuhan keperawatan yang aman dan berkualitas tinggi bagi semua pasien.

5.2 Peran Bahasa dalam Komunikasi Antar Budaya

Laju globalisasi modern telah menghasilkan konsensus tujuan bagi masyarakat dunia, dan di antara tujuan-tujuan tersebut, pencapaian pengembangan kompetensi komunikatif antarbudaya yang efektif tetap menjadi yang terpenting (Abisheva et al. 2019). Pembelajaran bahasa asing adalah paradigma utama dan kunci untuk pembentukan keterampilan yang efektif dan berkualitas tinggi dalam dialog antar budaya (Al Jarrah 2019).

Banks (2015) mengidentifikasi tiga tujuan utama pendidikan multikultural:

1. Membuat penyesuaian yang diperlukan di sekolah-sekolah sehingga mereka menyediakan lingkungan pendidikan yang lebih mendukung;
2. Memberikan pengalaman pendidikan yang berkualitas tinggi bagi semua siswa tanpa memandang etnis, kelompok ras, dan kelas sosial mereka;
3. Memberikan kesempatan pendidikan yang sama bagi kedua jenis kelamin

Pendidikan di lingkungan multikultural harus didasarkan pada doktrin dialog antarbudaya yang spiritual dan bermoral (Zhukova et al. 2019). Stimulus yang tak terbantahkan dalam pembentukan dan pengembangan kompetensi

komunikatif masyarakat modern adalah belajar bahasa asing sebagai kunci untuk dialog dan pemahaman antarbudaya yang efektif (Ter-Minasova, 2000).

5.3 Fungsi Komunikasi Antar Budaya

Komunikasi juga yang memperdalam interaksi antara komunitas migran atau perkotaan dengan komunitas lokal. Perpaduan budaya ini akhirnya berkembang menjadi faktor yang lebih penting dalam kehidupan komunitas imigran dan faktor yang lebih penting dalam komunitas lokal. Hal-hal kecil seperti bahasa, nada suara dan aksen pada akhirnya akan membawa sedikit perubahan pada kebiasaan yang diturunkan dari generasi ke generasi oleh masyarakat lokal, dan hal sebaliknya juga terjadi pada komunitas pendatang. Kebudayaan kuno yang dibawa oleh masyarakat primitif dari daerah primitif lambat laun mulai menyatu dengan kebudayaan yang ada di daerah setempat. Penjelasan fungsi dari komunikasi adalah (Devito 1997; Lileri 2007; Richard Lewis 2004; Tubbs, Stewart, and Moss Sylvia 2001).

5.3.1 Fungsi Pribadi

Fungsi pribadi/personal adalah fungsi komunikasi yang diungkapkan melalui perilaku komunikasi yang berasal dari individu. Berikut identitas pada fungsi personal:

1. Menyatakan Identitas Sosial

Komunikasi antarbudaya ini memiliki beberapa perilaku komunikasi pribadi dapat digunakan untuk mengekspresikan identitas sosial. Perilaku ini diungkapkan melalui tindakan bahasa baik verbal maupun nonverbal. Dari perilaku berbahasa itulah dapat diketahui identitas diri maupun sosial, misalnya dapat diketahui asal usul suku bangsa, agama, maupun tingkat pendidikan seseorang.

2. Deklarasi Integrasi Sosial

Hakikat konsep integrasi sosial adalah penerimaan solidaritas dan persatuan antar individu dan antar kelompok, dengan tetap mengakui perbedaan yang diwakili oleh masing-masing komponen. Dan kita juga harus memahami bahasa salah satu tujuan komunikasi adalah memberikan makna yang sama terhadap pesan yang disampaikan

antara komunikator dan komunikan. Komunikasi antarbudaya melibatkan perbedaan budaya antara komunikator dan komunikan, integrasi sosial menjadi tujuan utama komunikasi. Aturan utama dalam komunikasi lintas budaya adalah saya memperlakukan anda sebagaimana budaya memperlakukan anda, bukan seperti yang saya inginkan. Dengan cara ini, komunikator dan komunikan dapat meningkatkan integrasi sosial dalam hubungannya.

3. Menambah Pengetahuan

Komunikasi antarbudaya melibatkan perbedaan budaya antara komunikator dan komunikan, integrasi sosial menjadi tujuan utama komunikasi. Aturan utama dalam komunikasi lintas budaya adalah saya

4. Melepaskan Diri

Hubungan saling melengkapi selalu dilakukan oleh dua pihak yang mempunyai perilaku berbeda. Dalam hubungan yang saling melengkapi, perbedaan antara kedua belah pihak dimaksimalkan. Sebaliknya, simetri dalam suatu hubungan dicapai ketika dua orang mencerminkan perilaku satu sama lain. Sebaliknya, simetri dalam suatu hubungan dicapai ketika dua orang mencerminkan perilaku satu sama lain.

5.3.2 Fungsi Sosial

1. Fungsi Sosial Pengawasan

Praktik komunikasi antarbudaya antara komunikator dan komunikan yang berbeda budaya mempunyai fungsi saling memantau. Dalam setiap proses komunikasi antarbudaya, fungsi ini berguna untuk menginformasikan “perkembangan” di lingkungan.

2. Menjembatani

Proses komunikasi antarbudaya, fungsi komunikasi antara dua orang yang berbeda budaya adalah menjembatani perbedaan di antara keduanya. Fungsi bridging dapat dikendalikan melalui pertukaran pesan, keduanya akan saling menjelaskan penafsiran yang berbeda terhadap suatu pesan sehingga tercipta makna yang sama. Fungsi ini

disediakan oleh berbagai konteks komunikasi, termasuk komunikasi massa.

3. Sosialisasi Nilai

Fungsi sosialisasi merupakan fungsi untuk mengajarkan dan memperkenalkan nilai-nilai kebudayaan suatu masyarakat kepada masyarakat lain.

4. Hiburan

Fungsi hiburan juga sering muncul dalam proses komunikasi antarbudaya. Misalnya menonton tarian tradisional. Hiburan ini masuk dalam kategori hiburan multikultural.

5.4 Prinsip Komunikasi Antar Budaya

Komunikasi antar budaya dalam keperawatan adalah komunikasi tatap muka, baik verbal maupun nonverbal yang terjadi di antara orang-orang yang berbeda budaya (Mosed, Periord, and Caboral-Stevens 2021).

Atribut penentunya adalah:

1. Pertemuan antara bahasa dan budaya untuk tujuan tertentu dan
2. Interaksi manusia secara tatap muka (langsung atau virtual) antara individu dari budaya yang berbeda. Antecedent komunikasi antarbudaya dalam keperawatan adalah globalisasi, teknologi, dan lingkungan sosial. Konsekuensinya termasuk berkurangnya etnosentrisme dan stereotip negatif.

a. Relativitas Bahasa

Gagasan umum bahwa bahasa memengaruhi pemikiran dan perilaku diungkapkan secara luas oleh para antropolog linguistik. Pada akhir tahun 1920-an dan sepanjang tahun 1930-an, ditemukan bahwa ciri-ciri linguistik memengaruhi pemrosesan kognitif kata-kata. Mengingat bahwa bahasa-bahasa di dunia sangat berbeda dalam fitur semantik dan strukturalnya, masuk akal untuk mengatakan bahwa pengguna bahasa yang berbeda

juga akan berbeda dalam cara mereka memandang dan berpikir tentang dunia.

b. Bahasa Sebagai Cermin Budaya

Bahasa tentu mencerminkan suatu budaya. Semakin besar perbedaan budaya, semakin jelas pula perbedaan dalam komunikasi, baik dari segi bahasa maupun isyarat nonverbal. Semakin besar perbedaan antar budaya, semakin sulit komunikasinya.

c. Mengurangi Ambigu Antar Budaya

Bahasa tentu mencerminkan suatu budaya. Semakin besar perbedaan budaya, semakin jelas pula perbedaan dalam komunikasi, baik dari segi bahasa maupun isyarat nonverbal. Semakin besar perbedaan antar budaya, semakin sulit komunikasinya.

d. Perbedaan Antar Budaya

Semakin besar perbedaan antar budaya, semakin sadar diri partisipan saat berkomunikasi. Hal ini mempunyai dampak positif dan negatif. Sisi positifnya, kesadaran diri ini bisa membuat kita lebih waspada. hal ini menghalangi kita untuk mengatakan hal-hal yang tampaknya bijaksana atau tidak pantas. Dan sisi negatifnya tentu akan membuat kita terlalu berhati-hati, tidak wajar dan kurang percaya diri.

5.5 Faktor yang memengaruhi Komunikasi Antar Budaya

Kebudayaan adalah sesuatu yang kompleks yang mencakup pengetahuan, seni, kepercayaan, hukum, moral, adat istiadat dan kemampuan serta kebiasaan lain yang diperoleh seseorang sebagai anggota masyarakat. Budaya mewakili cara seseorang memandang, berperilaku, dan mengevaluasi dunia. Memberikan panduan untuk menentukan nilai keyakinan dan praktik dalam kehidupan seseorang.

Poin penting dalam hubungan interpersonal yang memengaruhi komunikasi antar budaya, yaitu (Arnold 2013):

1. Karakteristik antar budaya yang memengaruhi interaksi
2. Masalah kepercayaan
3. Tingkat kesamaan antara komunikator dan komunikator
4. Kemampuan menyampaikan pesan verbal antar individu
5. Kemampuan untuk menyampaikan pesan nonverbal antar individu.

5.5.1 Komunikasi Non-Verbal

Hubungan interpersonal, ada dua faktor yang timbul dari pesan nonverbal yang memengaruhi komunikasi antarbudaya.

Perilaku nonverbal ada beberapa macam Purba et al, (2003), yaitu:

1. Kinesika adalah ilmu yang mempelajari tentang bahasa tubuh, meliputi posisi tubuh, orientasi tubuh, penampilan wajah, citra tubuh, dan lain-lain.
2. Oftalmologi adalah ilmu yang mempelajari gerak dan posisi mata.
3. Haptics adalah ilmu yang mempelajari tentang sentuhan atau sejauh mana seseorang memeluk dan mencium orang lain.
4. Proxemics adalah ilmu yang mempelajari hubungan antara ruang, jarak dan waktu komunikasi, diklasifikasikan oleh Hall pada tahun 1973, kecenderungan manusia menunjukkan bahwa dalam berkomunikasi harus ada jarak antar individu, terlalu dekat atau terlalu jauh.
5. Kronemik adalah studi tentang konsep waktu, sama seperti pesan non-verbal yang lain maka konsep tentang waktu yang menganggap kalau suatu kebudayaan taat pada waktu maka kebudayaan itu tinggi atau peradaban maju.
6. Tampilan, appearance yaitu cara bagaiman seseorang menampilkan diri telah cukup menunjukkan berkolerasi sangat tinggi dengan evaluasi tentang pribadi.
7. Posture adalah tampilan tubuh waktu sedang berdiri dan duduk.
8. Pesan paralinguistik interpersonal adalah pesan komunikasi yang memadukan perilaku verbal dan nonverbal.

9. Symbolisme dan komunikasi nonverbal pasif, beberapa di antaranya berupa simbol warna dan angka.

5.5.2 Komunikasi Verbal

Secara umum komunikasi verbal adalah komunikasi yang dilakukan dengan cara berbicara. Komunikasi verbal adalah bentuk komunikasi dari komunikator ke komunikator melalui komunikasi tertulis atau lisan (Ariani 2018). Pengertian lain dari komunikasi verbal adalah kegiatan berbicara atau menyampaikan suatu pesan (informasi) kepada orang lain, baik secara lisan maupun tulisan (Morse dan English, 1986). Arti lain dari komunikasi verbal adalah proses penyampaian pikiran, pesan atau perasaan kepada orang lain dengan menggunakan simbol-simbol sebagai medianya, dan media ini kemudian digunakan dalam bahasa, karena bahasa dapat menerjemahkan pikiran kepada orang lain.

Pesan => komunikator => medium => komunikator => tanggapan

1. Pesan:
Ketika komunikator ingin menyampaikan kepada komunikator, ia berusaha membuat hipotesis atau dengan mudahnya komunikator mengubah pesan yang ingin disampaikannya dalam bentuk simbol.
2. Medium:
Setelah komunikator menyelesaikan langkah praanggapan, langkah selanjutnya adalah komunikator memikirkan media yang ingin dia gunakan untuk menyampaikan pesan yang disandikan. Medianya bisa berupa bahasa atau simbol.
3. Komunikator:
Setelah pesan komunikator dikirimkan ke komunikator, komunikator melakukan decoding atau enkripsi.
4. Respon:
Menunjukkan apakah pesan yang diberikan oleh komunikator dapat diterima oleh komunikator.

5.6 Bahasa Cerminan Budaya

Bahasa adalah paradigma utama dalam dialog antar budaya. Bahasa merupakan fenomena sosial dengan dasar teritorial, etnis, historis, religius, yang digunakan untuk komunikasi, pemahaman, transmisi, dan asimilasi informasi (Ter-Minasova 2000). Fungsi pengintegrasian dari sebuah bahasa sangat dominan dalam komunikasi antarbudaya, baik dalam konteks interpersonal maupun sosiokultural (Parekh, 2003). Peta bahasa di planet kita sangat beragam dan berkembang dalam berbagai tingkatan. Hal ini memberikan peluang unik untuk berbagai aktivitas manusia (Burgos-Ayala, Jiménez-Aceituno, and Rozas-Vásquez 2022). Namun, fungsi terpenting dari sebuah bahasa adalah pemahaman (Crosbie 2018). Istilah "komunikasi antarbudaya" berarti pemahaman yang memadai tentang perwakilan dari budaya yang berbeda (Ter-Minasova 2000). Pemahaman yang memadai adalah penghormatan terhadap nilai-nilai etnis, budaya, dan agama dari semua bangsa. Isu-isu ras, antarbenua, dan geopolitik akan menjadi arkaisme historis dalam hal komunikasi antarbudaya.

5.7 Manfaat Mempelajari Komunikasi Antar Budaya

Komunikasi antarbudaya memengaruhi proses komunikasi melalui nilai-nilai, hubungan politik dan sosial, serta pandangan dunia pengirim dan penerima. Hal ini juga memengaruhi latar belakang sejarah dan relasi, posisi individu dalam suatu komunitas tutur dan memengaruhi bagaimana pesan verbal dan bagaimana pesan verbal dan non verbal disampaikan. Selain itu, komunikasi yang efektif antara kelompok budaya dipengaruhi oleh hambatan-hambatan tertentu. Ini termasuk asumsi kesamaan daripada perbedaan, kecemasan, etnosentrisme, bahasa dan salah tafsir non-verbal, stereotip dan prasangka (Jandt 2017).

Chi, Zhang and Kulich, (2022) komunikasi antarbudaya sebagai ilmu sosial melibatkan pelaksanaan penelitian di berbagai bidang (seperti psikologi dan sosiologi) untuk memprediksi pengaruh budaya pada komunikasi serta pengaruh komunikasi terhadap hasil yang berbeda. Banyak peneliti telah menggunakan ilmu sosial sosial untuk mengidentifikasi variasi tertentu dalam

komunikasi antara individu dari kelompok budaya yang berbeda, serta variabel sosiologis dan psikologis yang memengaruhi proses komunikasi. (Oetzel and Oh 2019). Meskipun banyak sekali karya ilmiah tentang berbagai topik yang berkaitan dengan komunikasi antarbudaya, hanya ada sedikit atau bahkan tidak ada informasi tentang pentingnya studi komunikasi antarbudaya sebagai ilmu sosial.

Bab 6

Merawat Pasien dengan Masalah Psikososial

6.1 Merawat Pasien dengan Masalah Fisik dengan Masalah Psikososial

Penyakit fisik yang menyebabkan angka kematian terbanyak di Indonesia adalah stroke, gagal jantung, diabetes melitus, TBC, gangguan sirosis hati, PPOK, diare, Hipertensi, infeksi pernapasan, dan kelahiran prematur (WHO, 2019). Masalah penyakit fisik seringkali menyebabkan masalah pada psikososial pasien. Penyakit fisik seperti stroke, hipertensi, TBC, dan diabetes melitus merupakan penyakit yang berkepanjangan, bersifat menetap yang mengakibatkan ketidakmampuan pasien dalam berbagai aspek kehidupan sehingga memunculkan masalah fisik, psikologis, sosial, dan spiritual serta penurunan kualitas (QOL), yang mengakibatkan individu menjadi beban ekonomi bagi diri sendiri, keluarga, dan komunitas yang berada disekitar lingkungannya. Penyakit kronis yang mengakibatkan lama masa perawatan sehingga menyebabkan beban pikiran terhadap kepastian sembuh (Purbaningsih, 2018).

Pasien yang mengalami penyakit fisik akan mendapatkan perawatan sesuai dengan diagnosis yang didapatkan, karena penanganan terhadap tindakan keperawatan yang berbeda maka asuhan keperawatan juga berbeda.

Menurut NANDA, (2017); Keliat et al., (2019) 10 diagnosis keperawatan dengan masalah psikososial adalah:

1. Ansietas
2. Gangguan Citra Tubuh
3. Harga diri rendah Situasional
4. Ketidakberdayaan
5. Keputusanasaan
6. Ketidakefektifan koping individu
7. Dukacita
8. Ketidakefektifan manajemen Kesehatan
9. Ketidakefektifan Performa peran
10. Distress Spiritual

6.2 Merawat Pasien dengan Ansietas

Ansietas atau kecemasan adalah perasaan khawatir, cemas, dan takut, yang samar samar seolah-olah ada sesuatu yang mengancam. Kecemasan merupakan respons emosional terhadap suatu ancaman umum ketika seseorang mengantisipasi terjadinya bahaya, bencana, atau kerugian non-spesifik (NANDA-I, 2021)

Penyebab kecemasan antara lain perubahan kesehatan, rawat inap, risiko kematian, dan bencana. Selain itu, kondisi klinis seperti penyakit organik (diabetes melitus, stroke, hipertensi dan kanker), penyakit kronis progresi (kanker), penyakit akut, paska melahirkan, dan prosedur perencanaan bedah juga dapat menimbulkan kecemasan (Keliat et al., 2019).

Tanda dan gejala ansietas

1. Tanda dan gejala utama: keluhan sakit kepala, keluhan kehilangan nafsu makan, mengeluh lemas dan cemas, gelisah, tampak tegang, sulit tidur atau kurang tidur, dan gangguan pencernaan.

2. Tanda dan gejala ringan: mengeluh takut, cepat lelah, merasa tidak berdaya, gemetar, menangis, tidak bisa melakukan aktivitas sehari-hari secara keseluruhan, dan sulit konsentrasi.

Tindakan Keperawatan

Tujuan:

1. Pasien memiliki kemampuan mengenal ansietas
2. Pasien memiliki kemampuan melakukan teknik relaksasi untuk mengatasi ansietas.
3. Pasien memiliki kemampuan melakukan teknik distraksi.
4. Pasien memiliki kemampuan melakukan teknik hipnotis lima jari.
5. Pasien dapat mengatasi kecemasannya melalui teknik cara spiritual.

Tindakan Keperawatan Pasien

1. Bantu pasien mengenal kecemasan
2. Latih dan Ajari pasien teknik relaksasi pernapasan dalam untuk meningkatkan kontrol dan rasa kepercayaan diri.
3. Latih mengatasi ansietas dengan cara distraksi, seperti berbicara dengan kerabat mengenai hal positif, dll.
4. Latih melakukan hipnotis lima jari untuk mengatasi ansietas.
Hipnotis 5 untuk menfokuskan pada hal positif
 - a. Kaitkan jempol dengan telunjuk, membayangkan badan berada pada keadaan sehat.
 - b. Kaitkan jempol dengan jari tengah, membayangkan orang bersama dengan orang yang paling dicintai dan disayangi.
 - c. Kaitkan jempol dengan jari manis, membayangkan saat mendapat keberhasilan dan prestasi.
 - d. Kaitkan jempol dengan jari kelingking, membayangkan tempat yang paling ingin dikunjungi
5. Latih mengatasi ansietas dengan teknik spiritual
6. Buatlah jadwal latihan

Tindakan Keperawatan pada Keluarga

1. Mengkaji hal hal yang bermasalah dalam merawat pasien dengan ansietas
2. Menjelaskan definisi, sebab, tanda dan gejala, dan bagaimana ansietas terjadi serta pengambilan keputusan merawat pasien.
3. Melatih cara merawat dan membimbing pasien mengurangi atau menghilangkan ansietasnya sesuai dengan tindakan yang telah diberikan.
4. Meminta keluarga menyediakan sarana dan prasarana yang mendukung perawatan ansietas
5. Beritahu tanda tanda dan gejala ansietas yang memerlukan tindakan rujukan segera dan meminta follow up ke fasilitas puskesmas terdekat.

6.3 Merawat Pasien dengan Gangguan Citra Tubuh

Gangguan citra tubuh merupakan perasaan atau persepsi negatif individu tentang dirinya atau bentuk tubuhnya. yang disebabkan oleh struktur, ukuran, bentuk dan fungsi tubuhnya yang tidak seperti yang individu inginkan individu tersebut (NANDA-I, 2021). Penyebab terjadinya gangguan citra tubuh adalah adanya perubahan fungsi tubuh akibat proses penyakit, perubahan struktur tubuh akibat luka atau operasi, perubahan bentuk tubuh akibat tindakan, dan perubahan pandangan pada tampilan tubuh (Keliat et al., 2019).

Tanda dan gejala gangguan citra tubuh

1. Tanda mayor: menolak perubahan atau kehilangan anggota tubuh, perasaan negatif tentang tubuh, kehilangan bagian tubuh, fungsi dan bentuk tubuh berubah, menghindari melihat dan/atau menyentuh bagian tubuh yang hilang atau berubah, menyembunyikan bagian tubuh yang hilang atau berubah

2. Tanda minor: pandangan pada tubuh berubah, takut pada reaksi orang lain, menarik diri dan adanya perasaan trauma terhadap disfungsi pada bagian tubuh.

Penyakit penyerta pada pasien dengan gangguan citra tubuh antara lain mastektomi, amputasi, jerawat, luka bakar, obesitas, kehamilan, dan stroke (Keliat et al., 2019).

Seseorang dengan gangguan citra tubuh merasa terganggu dengan penampilannya yang bisa berlangsung beberapa jam atau selama sehari, sulit dikontrol, menyebabkan seseorang tidak fokus pada apapun tapi hanya pada ketidaksempurnaan. Hal ini berakibat pada kurangnya penghargaan terhadap diri sendiri, menghindari lingkungan sosial, dan bermasalah di pekerjaan dan sekolah. Membandingkan bagian tubuhnya dengan bagian tubuh orang lain, mencari pelayanan operasi plastik, menghindari cermin, dan lain-lain (ADAA, 2014)

Tindakan Keperawatan pada Pasien Gangguan Citra Tubuh

Tujuan

1. Mengidentifikasi bagian tubuh yang tidak pasien sukai
2. Mengetahui bagian-bagian tubuh yang sehat
3. Mengafirmasi serta melatih bagian tubuh sehat
4. Memberikan latihan pada bagian tubuh yang mengalami gangguan

Tindakan Keperawatan pada Pasien

1. Melakukan pengkajian
2. Melatih pasien menilai citra tubuh: fungsi, bentuk, dan struktur tubuh yang masih sehat dan yang mengalami gangguan
3. Memberikan latihan pada bagian tubuh yang tetap berfungsi
 - a. Bicarakan bagian tubuh sehat
 - b. Melatih memakai tubuh yang sehat
 - c. Melatih afirmasi positif bagian tubuh yang sehat.
4. Memberikan latihan pada bagian tubuh yang mengalami disfungsi
 - a. Bicarakan manfaat yang telah bagian tubuh disfungsi berikan pada waktu sehat.
 - b. Berikan semangat dan mengatur bagian tubuh disfungsi

- c. Melatih pasien meningkatkan bagian tubuh disfungsi, seperti penyesuaian pakaian, memakai alat bantu, kosmetik dan perencanaan protesa.
5. Melatih peningkatan citra tubuh: fungsi, bentuk dan bagian tubuh yang masih sehat dan yang terganggu.
6. Melatih peningkatan citra tubuh: fungsi, bentuk dan struktur tubuh terganggu akibat penggunaan protese, kosmetik atau alat lain, dan minta segera menggunakan pakaian yang baru
7. Melatih mendemonstrasikan afirmasi positif dalam meningkatkan citra tubuh yang masih berfungsi dan terganggu (3 kali)

Tindakan Keperawatan pada Keluarga

1. Mengkaji hal hal yang bermasalah dalam merawat pasien dengan gangguan citra tubuh
2. Menjelaskan definisi, sebab, tanda dan gejala, dan bagaimana gangguan citra tubuh terjadi serta pengambilan keputusan merawat pasien.
3. Melatih cara merawat dan membimbing pasien dalam mengatasi gangguan citra tubuh sesuai dengan tindakan yang telah diberikan.
4. Meminta keluarga menyediakan sarana dan prasarana yang mendukung perawatan gangguan citra tubuh
5. Beritahu tanda tanda dan gejala gangguan citra tubuh yang memerlukan tindakan rujukan segera dan meminta follow up ke fasilitas puskesmas terdekat.

6.4 Merawat Pasien dengan Harga Diri Rendah Situasional

Harga diri rendah situasional adalah pemikiran negatif terhadap arti hidup diri, penerimaan diri, sebagai tanggapan terhadap keadaan saat ini, dari positif menjadi negatif (NANDA-I, 2021). Penyebab harga diri rendah situasional adalah adanya gangguan pada penilaian tubuh, gangguan peran di masyarakat,

harapan tidak tercapai, korban tindak kekerasan, gagal, tidak berdaya, adanya kehilangan, kegagalan, riwayat pengabaian, dan riwayat penolakan (Keliat et al., 2019).

Tanda dan gejala

1. Tanda dan gejala mayor adalah evaluasi diri yang negatif, perasaan malu, dan menilai negatif diri sendiri, berbicara pelan-pelan, menarik diri dengan orang lain, dan berjalan dengan kepala tertunduk (Keliat et al., 2019).
2. Tanda dan gejala minor adalah mudah teralihkan, buruknya kontak mata, apatis, kurang antusias, dan tidak mampu mengambil keputusan.

Kondisi harga diri rendah biasanya diikuti gejala klinis seperti cedera traumatis, pembedahan, kehamilan, diagnosis yang diterima, dan stroke.

Tindakan Keperawatan pada Pasien Harga Diri Rendah Situasional

Tujuan:

1. Individu menunjukkan visi masa depan yang positif dan kembali ke tingkat fungsi sebelumnya
2. Mampu menemukan sumber masalah yang mengancam harga diri dan pekerjaan.
3. Mampu mengenal kemampuan positif dari diri sendiri.
4. Mampu menilai tindakan dan akibat yang ditimbulkan
5. Menemukan cara penggunaan kontrol dan membuat hasil yang positif

Tindakan Keperawatan pada Pasien

1. Membantu pasien dalam menemukan dan meluapkan emosinya.
2. Praktikkan self talk: tuliskan penjelasan ringkas perubahan dan akibat yang ditimbulkan (contoh: saya ditolak wawancara kerja dan buat tulisan positif mengenai hal ini minimal 3).
3. Menentukan kemampuan yang dimiliki pasien dan aspek positif yang masih dapat dicapai oleh pasien.

Perawat dapat melakukan hal berikut:

- a. Diskusikan beberapa sejumlah kemampuan pasien dan aspek positifnya.
- b. Hargai tindakan yang telah dilakukan.
- c. Bantu pasien untuk memilih/mengidentifikasi keterampilan yang akan dipraktikkan.
- d. Latih keterampilan yang pasien pilih
- e. Bantu pasien membuat perencanaan kemampuan dengan membuat jadwal latihan sesuai dengan pilihannya
- f. Berikan bantuan penerimaan terhadap emosi negatif dan positif
- g. Berikan anjuran untuk menganalisis tindakan terkini dan akibat yang akan ditimbulkan
- h. Berikan bantuan mengidentifikasi tanggung jawab dan pengendalian pada keadaan (misalnya, bila terus-menerus menyalahkan orang lain atas masalah).

Tindakan Keperawatan pada Keluarga

1. Mengkaji hal hal yang bermasalah dalam merawat pasien dengan harga diri rendah situasional
2. Menjelaskan definisi, sebab, tanda dan gejala, dan bagaimana harga diri rendah situasional terjadi serta pengambilan keputusan merawat pasien.
3. Melatih cara merawat dan membimbing pasien dalam mengatasi harga diri rendah situasional sesuai dengan tindakan yang telah diberikan dan beritahu keluarga untuk selalu memberikan reinforcement atas tindakan pasien.
4. Meminta keluarga menyediakan sarana dan prasarana yang mendukung peningkatan harga diri pasien
5. Beritahu tanda tanda dan gejala harga diri rendah situasional yang memerlukan tindakan rujukan segera dan meminta follow up ke fasilitas puskesmas terdekat.

6.5 Merawat Pasien dengan Ketidakberdayaan

Ketidakberdayaan merupakan suatu bentuk kehilangan kendali atau pengaruh aktual yang dirasakan terhadap situasi yang memengaruhi kesejahteraan, kehidupan pribadi seseorang atau masyarakat (APA, 2013). Ketidakberdayaan merupakan kurangnya pengendalian hidup terhadap situasi pada seseorang secara signifikan yang tidak memberikan hasil bermakna pada proses kehidupan (NANDA, 2017). Penyebab terjadinya ketidakberdayaan adalah nyeri, ansietas, harga diri rendah, strategi koping tidak efektif, pengetahuan yang kurang pada pengelolaan kesehatan, dan support system yang buruk (Keliat et al., 2019).

Tanda dan gejala

1. Tanda dan gejala utama ketidakberdayaan adalah mengatakan ketidakmampuan, frustrasi menghadapi masalah, tidak mampu merawat, mencari informasi tentang solusi masalah, memutuskan, dan bergantung pada orang lain
2. Tanda dan gejala minor ketidakberdayaan adalah menyatakan keraguan tentang kemampuan, menyatakan kurang mampu mengontrol situasi, malu, kurang partisipasi dalam perawatan, dan depresi.

Kondisi klinis terkait ketidakberdayaan seperti penyakit kronis (stroke, gagal ginjal, gagal jantung, penyakit terminal, diabetes melitus), dan fraktur/kecelakaan (Nuraliyah and Burmanajaya, 2019).

Tindakan Keperawatan Pasien Ketidakberdayaan

Tujuan

1. Pasien dapat mengidentifikasi dan mengungkapkan perasaannya
2. Pasien dapat mengubah pola pikir negatifnya
3. Pasien dapat dilibatkan dalam pengambilan keputusan mengenai perawatannya sendiri
4. Memotivasi untuk bekerja keras dalam mencapai tujuan yang nyata.

Tindakan Keperawatan pada Pasien

1. Mendiskusikan faktor predisposisi dan presipitasi dan ketidakberdayaan
2. Diskusikan cara mengatasi ketidakberdayaan
3. Dorong pasien untuk bertanggung jawab atas perawatannya sendiri
4. Beri waktu pada pasien untuk menentukan tujuan perawatan dirinya (mis: pasien memilih menggunakan kosmetik, menyikat gigi atau berganti pakaian).
5. Memberikan waktu menentukan aktivitas perawatan diri untuk mencapai tujuan
6. Berikan pengajaran dalam melaksanakan aktivitas yang telah ditetapkan
7. Berikan jadwal untuk cara berkenalan kepada orang lain mulai dari 1 orang.

Tindakan Keperawatan pada Keluarga

1. Mengkaji hal hal yang bermasalah dalam merawat pasien dengan ketidakberdayaan
2. Menjelaskan definisi, sebab, tanda dan gejala dan bagaimana ketidakberdayaan terjadi serta pengambilan keputusan merawat pasien.
3. Melatih cara merawat dan membimbing pasien dalam mengatasi ketidakberdayaan sesuai dengan tindakan yang telah diberikan dan beritahu keluarga untuk selalu memberikan reinforcement atas tindakan pasien.
4. Meminta keluarga menyediakan sarana dan prasarana yang mendukung perawatan ketidakberdayaan pasien
5. Beritahu tanda tanda dan gejala ketidakberdayaan yang memerlukan tindakan rujukan segera dan meminta follow up ke fasilitas puskesmas terdekat.

6.6 Merawat Pasien dengan Keputusanasaan

Keputusanasaan merupakan perasaan individu yang tidak mengalami emosi positif atau perbaikan pada kondisinya (NANDA-I, 2021). Keputusanasaan merupakan keadaan seseorang yang menyadari terbatasnya atau tidak ada solusi terhadap masalah yang dihadapi (SDKI, 2017). Penyebab terjadinya keputusanasaan adalah beban pikiran yang terlalu lama, distress spiritual dan nilai, pembatasan aktivitas jangka panjang, dan isolasi sosial (Keliat et al., 2019).

Tanda dan gejala keputusanasaan (Keliat et al., 2019)

1. Tanda dan gejala mayor keputusanasaan: Subyektif: mengungkapkan keputusanasaan, mengungkapkan “sy tidak bisa”, bingung, dan kurang konsentrasi, Obyektif: pasif, kontak mata kurang, perubahan pola tidur, kurang nafsu makan, dan diam.
2. Tanda dan gejala keputusanasaan minor: Subyektif: sulit tidur, selera makan menurun, mengungkapkan keraguan dan frustasi. Obyektif: Afek datar, kurang inisiatif, malas bercakap-cakap, kurang perawatan diri, dan sulit mengambil keputusan.

Kondisi medis terkait ketidakberdayaan adalah penyakit klinis (stroke, diabetes melitus, hipertensi, dan Tuberculosis), depresi, penyimpangan kondisi fisiologis, gangguan mental, neoplasma, penyakit terminal, dan gangguan penyediaan dan proses makan (NANDA-I, 2021).

Tindakan Keperawatan pada Pasien Keputusanasaan

Tujuan

1. Pikiran, pasien bisa:
 - a. Mengenali perubahan/kemunduran kondisi fisiknya
 - b. Mengetahui arti, tanda dan gejala, sebab dan konsekuensi dari keputusanasaan
 - c. Mengetahui cara-cara menghadapi perasaan putus asa
2. Psikomotorik, pasien bisa:
 - a. Menemukan kemampuan dalam mengatasi rasa putus asa

- b. Menemukan support system yang ada
 - c. Mempraktikkan berinteraksi dengan support system
 - d. Mempraktikkan dalam kehidupan sehari hari
3. Emosional, pasien bisa:
- a. Memunculkan hasil yang bermanfaat dari latihan yang dikerjakan
 - b. Memunculkan perasaan bahagia dan positif

Tindakan Keperawatan pada pasien

1. Nilai tanda dan gejala keputusasaan
2. Jelaskan proses munculnya keputusasaan
3. Diskusikan pada pasien tentang:
 - a. Kemampuan yang dimiliki
 - b. Sistem pendukung yang dimiliki
 - c. Harapan kehidupan
4. Latih hubungan sosial dengan lingkungan, dengan cara:
 - a. Bercakap cakap dengan sistem pendukung
 - b. Bercakap cakap dengan lingkungan
5. Latih melakukan kegiatan sehari hari, dengan cara:
 - a. Memenuhi kebutuhan makan
 - b. Memenuhi kebutuhan istirahat/tidur
 - c. Merawat diri: kebersihan diri
 - d. Melakukan kegiatan spiritual
6. Latih membangun harapan yang realistis, dengan cara ;
 - a. Diskusikan harapan dan keinginan masa depan
 - b. Bantu pasien membuat rencana menggapai harapan secara bertahap
7. Berikan motivasi dan pujian atas keberhasilan pasien

Tindakan Keperawatan pada Keluarga

1. Mengkaji hal hal yang bermasalah dalam merawat pasien dengan keputusasaan
2. Menjelaskan definisi, sebab, tanda dan gejala dan bagaimana keputusasaan terjadi serta pengambilan keputusan merawat pasien.

3. Melatih cara merawat dan membimbing pasien dalam mengatasi keputusan sesuai dengan tindakan yang telah diberikan dan beritahu keluarga untuk selalu memberikan reinforcement atas tindakan pasien.
4. Meminta keluarga menyediakan sarana dan prasarana yang mendukung perawatan keputusan pasien: suasana positif
5. Beritahu tanda dan gejala keputusan yang memerlukan tindakan rujukan segera dan meminta follow up ke fasilitas puskesmas terdekat.

6.7 Merawat Pasien dengan Ketidakefektifan Koping Individu

Ketidakefektifan koping merupakan suatu pola penilaian yang tidak valid tentang stressor dengan daya pikiran dan/atau perilaku, yang gagal memproses masalah yang berhubungan dengan kesejahteraan (NANDA-I, 2021). Penyebab terjadinya ketidakefektifan koping adalah perawatan rumah sakit, berubahnya fungsi, bentuk dan bagian tubuh, kurang percaya diri, dan support system yang tidak mendukung (Keliat et al., 2019).

Tanda dan gejala ketidakefektifan koping individu

1. Tanda mayor: Subyektif; menyatakan ketidakmampuan menghadapi situasi, tidak mampu meminta bantuan, dan tidak mampu memenuhi kebutuhan. Obyektif; kelelahan, sakit terus menerus, dan kurang tidur.
2. Tanda minor: Subyektif ; perubahan kemampuan berkonsentrasi dan berkomunikasi. Obyektif; tidak aktif, kurang penerimaan informasi/pengetahuan, dan berperilaku merusak (Keliat et al., 2019)

Penyakit penyerta: riwayat sakit kronis yang berkepanjangan dan bencana alam atau kondisi kritis.

Tindakan Keperawatan Ketidakefektifan Koping Individu

Tujuan

1. Pasien mengetahui tanda dan gejala ketidakefektifan koping individu
2. Pasien bisa menghadapi dan menyelesaikan masalah ketidakefektifan koping individu
3. Pasien memiliki kemampuan mempraktikkan dan mengaplikasikan perilaku yang baik dalam memecahkan masalahnya

Tindakan Keperawatan pada Pasien

1. Membina hubungan saling percaya
2. Berucap terapeutik
3. Bersalaman
4. Melakukan kontrak masalah keperawatan, waktu, dan lokasi pada setiap pertemuan
5. Mengkaji sistem koping pasien
6. Berikan apresiasi dan dukung kalau pasien meluapkan isi hatinya
7. Berikan semangat untuk mengevaluasi tindakan yang bisa dilakukan
8. Berikan bantuan dalam pemecahan masalah dengan koping yang konstruktif.

Tindakan Keperawatan pada Keluarga

1. Mengkaji hal hal yang bermasalah dalam merawat pasien dengan ketidakefektifan koping
2. Menjelaskan definisi, sebab, tanda dan gejala dan bagaimana ketidakefektifan koping terjadi serta pengambilan keputusan merawat pasien.
3. Melatih cara merawat dan membimbing pasien dalam mengatasi ketidakefektifan koping sesuai dengan tindakan yang telah diberikan dan beritahu keluarga untuk selalu memberikan reinforcement atas tindakan pasien.
4. Meminta keluarga menyediakan sarana dan prasarana yang mendukung perawatan ketidakefektifan koping pasien

5. Beritahu tanda dan gejala ketidakefektifan koping yang memerlukan tindakan rujukan segera dan meminta follow up ke fasilitas puskesmas terdekat.

6.8 Merawat Pasien dengan Dukacita

Dukacita merupakan kelainan akibat kehilangan kerabat dan adanya pengalaman stress bersamaan dengan kedukaan yang gagal menyesuaikan dengan kemauan atau harapan sosial-budaya (NANDA-I, 2021). Penyebab terjadinya duka cita adalah meninggalnya salah satu anggota keluarga atau orang yang penting, adanya peringatan atau ramalan meninggalnya salah satu keluarga atau orang penting, kehilangan (benda, pekerjaan, fungsi, bagian tubuh, dan hubungan sosial), dan peringatan atau ramalan kehilangan (objek, pekerjaan, fungsi, bagian tubuh, dan hubungan sosial) (Keliat et al., 2019)

Tanda dan gejala dukacita

1. Tanda dan gejala utama: subjektif; menolak kehilangan, melampiaskan kesalahan pada orang lain, menyalahkan diri sendiri, murung, dan mengabaikan masa depan. Obyektif ; emosi yang berlebihan, bersedih berlebihan, kurang tidur, kurang fokus, dan tidak mau bergaul/
2. Tanda dan gejala penyerta: subyektif; bermimpi yang menakutkan dan frustrasi. Obyektif ; berhubungan dengan orang yang meninggal dan mudah sakit

Kondisi klinis terkait duka cita: amputasi, melahirkan meninggal, penyakit kronis dan terminal.

Tindakan Keperawatan pada Pasien Dukacita

Tujuan

1. Pasien dan perawat membina hubungan saling percaya
2. Pasien mengetahui kejadian dukacita yang terjadi
3. Pasien mampu membedakan keterkaitan dukacita dengan perih pasien

4. Pasien mampu menemukan jalan menghadapi dukacita yang terjadi
5. Pasien mampu memelihara hubungan dengan support system

Tindakan Keperawatan pada Klien

1. Kaji tanda dan gejala berduka dan identifikasi kehilangan yang terjadi.
2. Jelaskan proses terjadinya berduka sesuai tahapan kehilangan berduka, yaitu pengingkaran, marah, tawar-menawar, depresi, dan menerima.
3. Melatih tahapan kehilangan/berduka:
 - a. Mengingkari: Bicarakan fakta-fakta tentang kehilangan. Seperti:
 - 1) Kehilangan Kesehatan: sampaikan hasil pemeriksaan penunjang.
 - 2) Kehilangan orang penting: sampaikan proses kematiannya
 - b. Marah: Melatih relaksasi dan mengekspresikan perasaan konstruktif.
 - c. Tawar-menawar: Diskusikan harapan/rencana yang tidak tercapai dan kaitannya dengan kenyataan.
 - d. Depresi: Melatih mengenali aspek positif dari kehilangan dan kehidupan yang masih berjalan.
 - e. Menerima: melatih menjalani kehidupan sehari hari dengan bantuan support system.
4. Berikan apresiasi terhadap tindakan yang telah dilakukan.

Tindakan Keperawatan pada Keluarga

1. Mengkaji hal hal yang bermasalah dalam merawat pasien dengan berduka
2. Menjelaskan definisi, sebab, tanda dan gejala dan bagaimana berduka/tahapan berduka/kehilangan terjadi serta pengambilan keputusan merawat pasien.
3. Melatih cara merawat dan membimbing pasien dalam mengatasi tahapan berduka/kehilangan sesuai dengan tindakan yang telah

diberikan dan beritahu keluarga untuk selalu memberikan reinforcement atas tindakan pasien.

4. Meminta keluarga menyediakan sarana dan prasarana yang mendukung perawatan berduka pasien. Misalnya, seseorang ada yang terus menemani dan mengawasi melalui proses berduka/kehilangan.
5. Beritahu tanda dan gejala ketidakberdayaan yang memerlukan tindakan rujukan segera dan meminta follow up ke fasilitas puskesmas terdekat. Khususnya bersedih lebih dari 2 minggu.

6.9 Merawat Pasien dengan Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan

Ketidakefektifan manajemen kesehatan mandiri merupakan penatalaksanaan gejala, program pengobatan, konsekuensi fisik, psikososial, dan spiritual, serta perubahan gaya hidup yang tidak memuaskan karena hidup dengan gangguan kronis (NANDA-I, 2021). Penyebab terjadinya ketidakefektifan manajemen kesehatan adalah kurangnya pengetahuan cara hidup sehat, pola kesehatan keluarga yang tidak terapeutik, kurang dukungan sosial, kurang mengenal sistem kesehatan yang tersedia, dan konflik pengambilan keputusan tentang manajemen kesehatan (Keliat et al., 2019).

Tanda dan gejala ketidakefektifan peran

1. Tanda dan gejala mayor, subyektif; mengungkapkan tidak ada masalah kesehatan, mengungkapkan berperilaku sehat dan sakit tidak ada perbedaan, dan menyatakan lelah dengan penyakitnya karena sering kambuh. Obyektif; tidak mampu menjalankan perilaku sehat, gagal mengatasi faktor risiko, dan gagal melakukan regimen terapeutik.
2. Tanda dan gejala minor, Subyektif; mengatakan kesehatan tidak penting, mengatakan support system tidak setuju. Obyektif ; acuh terhadap perilaku sehat dan tidak peduli pada perilaku sehat (Keliat et al., 2019)

Kondisi klinis terkait ketidakefektifan manajemen kesehatan adalah penyakit asimtomatik, disabilitas perkembangan, penyakit akuitas tinggi, gangguan neurokognitif, polifarmasi, dan komorbiditas signifikan (NANDA-I, 2021).

Tindakan Keperawatan Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan

Tujuan

1. Kognitif, pasien mampu:
 - a. Memahami penyakit dan faktor risikonya
 - b. Mengetahui perilaku sehat dan terapeutik
2. Psikomotor, pasien mampu:
 - a. Membuat daftar risiko dan masalah kesehatan
 - b. Melakukan cara mengatasi faktor risiko
 - c. Melakukan perilaku terapeutik untuk masalah kesehatannya
3. Perasaan, pasien bisa:
 - a. Memunculkan perasaan positif dari latihan.
 - b. Membedakan perilaku sehat dan tidak sehat.

Tindakan Keperawatan pada Pasien

1. Mengkaji tanda dan gejala ketidakefektifan manajemen kesehatan.
2. Deskripsikan proses terjadinya ketidakefektifan manajemen kesehatan.
3. Diskusikan masalah kesehatan, faktor risiko, dan manajemen kesehatan yang perlu dilakukan; daftar risiko masalah kesehatan.
4. Latih cara mengatasi faktor risiko
5. Latih cara merawat kondisi kesehatan.
6. Bantu pasien melihat hasil dari nomor 4 dan 5.
7. Berikan pujian dan motivasi karena telah melakukan manajemen kesehatan.

Tindakan Keperawatan pada Keluarga

1. Mengkaji hal hal yang bermasalah dalam merawat pasien.
2. Menjelaskan definisi, sebab, tanda dan gejala dan bagaimana ketidakefektifan manajemen kesehatan terjadi serta pengambilan keputusan merawat pasien.

3. Melatih cara merawat dan membimbing pasien dalam mengatasi ketidakefektifan manajemen kesehatan sesuai dengan tindakan yang telah diberikan dan beritahu keluarga untuk selalu memberikan reinforcement atas tindakan pasien.
4. Meminta keluarga menyediakan sarana dan prasarana terapeutik yang mendukung melakukan manajemen kesehatan yang baik.
5. Beritahu tanda dan gejala ketidakefektifan manajemen kesehatan yang memerlukan tindakan rujukan segera dan meminta follow up ke fasilitas puskesmas terdekat.

6.10 Merawat Pasien dengan Ketidakefektifan Performa Peran

Ketidakefektifan performa peran adalah ketidaksesuaian harapan, norma, dan konteks lingkungan dengan pola perilaku dan ekspresi (NANDA-I, 2021). Penampilan peran tidak efektif berhubungan dengan perubahan persepsi diri tentang peran, perubahan kapasitas fisik untuk memulai peran, dan tidak mampu memenuhi perubahan pola tanggung jawab (DeLaune and Ladner, 2011). Penyebab terjadinya ketidakefektifan performa peran adalah harapan peran tidak efektif, hambatan fisik, harga diri rendah, perubahan cairan tubuh, ketidakadekuatan sistem pendukung, stress dan konflik, dan nyeri (Keliat et al., 2019).

Tanda dan gejala ketidakefektifan performa peran

1. Tanda mayor, subyektif; kurang pengetahuan atas tuntutan peran, kurang percaya diri, kurang motivasi, dan kurang terampil. Obyektif; mobilisasi terbatas, tidak berdaya, dan ragu ragu.
2. Tanda minor, Subyektif; konflik peran dan bingung peran. Obyektif; tidak dapat melakukan peran baru dan kurang ketepatan untuk meningkatkan peran.

Kondisi gejala klinis terkait adalah penyakit yang menghambat aktivitas fisik/mobilisasi.

Tindakan Keperawatan Ketidakefektifan Performa Peran

Tujuan

1. Pola komunikasi sesama anggota keluarga menjadi sistematis dan jelas
2. Mampu melaksanakan peran baru

Tindakan Keperawatan pada Pasien

1. Memperkenalkan peran pasien berupa menjalani kehidupan, berperan dalam lingkungan keluarga, transisi peran dalam hidup, perasaan pada peran yang telah pasien lakukan.
2. Memperkenalkan transisi perubahan peran: tindakan yang perlu pasien lakukan pada proses transisi perubahan peran dan perubahan peran pasien ketika mengalami sakit.
3. Memberikan latihan pasien menggunakan manajemen perubahan peran.
4. Memberikan latihan pada pasien tentang cara beradaptasi terhadap proses perubahan peran.

Tindakan Keperawatan pada Keluarga

1. Mengkaji hal hal yang bermasalah dalam merawat pasien dengan ketidakefektifan performa peran
2. Menjelaskan definisi, sebab, tanda dan gejala dan bagaimana ketidakefektifan performa peran terjadi serta pengambilan keputusan merawat pasien.
3. Melatih cara merawat dan membimbing pasien dalam mengatasi ketidakefektifan performa peran sesuai dengan tindakan yang telah diberikan dan beritahu keluarga untuk selalu memberikan reinforcement atas tindakan pasien.
4. Meminta keluarga menyediakan sarana dan prasarana yang mendukung pasien mengembangkan peran baru untuk mengatasi ketidakefektifan performa peran.

5. Beritahu tanda dan gejala ketidakefektifan performa peran yang memerlukan tindakan rujukan segera dan meminta follow up ke fasilitas puskesmas terdekat.

6.11 Merawat Pasien dengan Distress Spiritual

Distress spiritual merupakan suatu keadaan menderita yang berhubungan dengan hambatan kemampuan mengintegrasikan makna dan tujuan hidup melalui keterhubungan dengan diri sendiri, orang lain, dunia dan/atau kekuatan yang lebih tinggi dari diri individu (NANDA-I, 2021). Distress spiritual merupakan respons terhadap peristiwa traumatis, baik fisik maupun mental, yang berbeda dengan keyakinan atau kepercayaan dalam menerima kehidupannya (Keliat, Wiyono and Susanti, 2015). Penyebab terjadinya distress spiritual adalah kehilangan, kematian orang terdekat, menerima berita buruk tentang kesehatan atau hubungan sosial, dan perubahan kehidupan (Keliat et al., 2019).

Adapun tanda dan gejala pada seseorang yang mengalami distress spiritual yaitu (Heather, H. T. and Kamitsuru, 2014):

1. Masalah dalam diri
 - a. Pengungkapan diri yang kurang
 - 1) Perasaan putus asa
 - 2) Tidak memiliki makna dan masa depan
 - 3) sering terganggu
 - b. Menerima diri
 - c. Hubungan dengan orang terkasih
 - d. Menerima kekurangan
 - e. Berani: kesal, tidak pernah benar, koping desktruktif
2. Masalah dengan orang lain:
 - a. Tidak mau berinteraksi dengan ahli agama
 - b. Tidak mau berkomunikasi dengan keluarga
 - c. Mengatakan tidak memiliki support system

- d. Merasa sendiri
- 3. Ikatan dengan kesenian, musik, bacaan, dan alam
 - a. Tidak memiliki kemampuan berekspresi.
 - b. Kurang memiliki ketertarikan dengan alam
 - c. Kurang memiliki ketertarikan dengan bacaan agama
- 4. Ikatan dengan sesuatu yang lebih besar dari kekuatan pasien.
 - a. Tidak mampu berdoa
 - b. Tidak tertarik dengan kegiatan agama
 - c. Mengatakan diabaikan oleh tuhan
 - d. Mau bertemu dengan pemuka agama
 - e. Mengubah praktik agama
 - f. Tidak mampu untuk menilai diri sendiri
 - g. Mengatakan hidup sia sia dan penuh penderitaan

Kondisi terkait distress spiritual adalah menjelang ajal, penyakit kronis dan paliatif, kehilangan fungsi dan bentuk struktur tubuh, dan perubahan kehidupan.

Tindakan Keperawatan Distress Spiritual

Tujuan

- 1. Kognitif
 - a. Mengatakan menderita terhadap sesuatu
 - b. Mengetahui arti hidup dan kekuatan yang melebihi dirinya
- 2. Afektif
 - a. Membuat list arti hidup
 - b. Melaksanakan aktivitas yang berguna
 - c. Melakukan aktivitas ritual keagamaan dan merasakan manfaatnya
- 3. Psikomotor
 - a. Merasakan kekuatan yang mahakuasa
 - b. Munculnya perasaan dipedulikan dan disayangi orang terdekat
 - c. Merasa bahagia dalam menjalani hidup

Tindakan Keperawatan pada pasien

1. Membina hubungan saling percaya
2. Kaji faktor yang menyebabkan distress spiritual.
3. Diskusikan dengan pasien:
 - a. Penderitaan pasien
 - b. Kekuatan yang lebih besar darinya
 - c. Arti hidup
4. Melatih melakukan aktivitas sehari hari dan memberikan makna padanya
5. Melatih melakukan ritual dan memberikan makna padanya
6. Berikan apresiasi dalam melaksanakan ritual dan kehidupan sehari hari

Tindakan Keperawatan pada Keluarga

1. Mengkaji hal hal yang bermasalah dalam merawat pasien dengan distress spiritual.
2. Menjelaskan definisi, sebab, tanda dan gejala dan bagaimana distress spiritual terjadi serta pengambilan keputusan merawat pasien.
3. Melatih cara merawat dan membimbing pasien dalam mengatasi distress spiritual sesuai dengan tindakan yang telah diberikan dan beritahu keluarga untuk selalu memberikan reinforcement atas tindakan pasien.
4. Meminta keluarga menyediakan sarana dan prasarana yang mendukung pasien melakukan kegiatan bermakna.
5. Beritahu tanda tanda dan gejala distress spiritual yang memerlukan tindakan rujukan segera dan meminta follow up ke fasilitas puskesmas terdekat.

Bab 7

Etika dan Batasan dalam Memberikan Dukungan Psikososial

7.1 Pendahuluan

Berdasarkan panduan *Inter Agency Standing Committee (IASC) Mental Health Psychosocial Support*, dukungan psikososial dan kesehatan mental mengacu pada semua jenis dukungan baik internal maupun eksternal yang bertujuan untuk menjaga kesejahteraan psikososial dan/atau mencegah masalah gangguan kesehatan mental. Istilah kesehatan mental dan dukungan psikososial pada dasarnya berkaitan erat dan beririsan, bagi pekerja sosial atau kemanusiaan istilah ini merefleksikan pendekatan yang berbeda namun saling melengkapi. Lembaga kemanusiaan di luar sektor kesehatan cenderung menggunakan istilah dukungan psikososial, sedangkan lembaga di sektor kesehatan cenderung menyebutnya kesehatan mental, meskipun pada masa lampau menggunakan istilah rehabilitasi atau perawatan psikososial untuk menggambarkan intervensi non biologis bagi orang dengan gangguan kesehatan mental.

Dukungan psikososial bukanlah sebuah terapi psikologis. Dukungan psikososial merupakan sebuah cara untuk membantu masyarakat membina kembali hubungan dengan orang lain, menggunakan kearifan lokal dan sumberdaya yang ada untuk pemulihan di masa mendatang. Dalam pengaplikasiannya, masyarakat menentukan sendiri tujuan yang ingin dicapai agar mereka dapat membantu komunitasnya sendiri.

Tujuan utama dari Dukungan Psikososial Berbasis Masyarakat adalah:

1. Membantu masyarakat yang terdampak bencana untuk mengembalikan kehidupan yang stabil dan fungsi yang terintegrasi
2. Mengembalikan harapan, martabat, kesejahteraan jiwa dan sosial, dan normalitas masyarakat

Dalam situasi darurat, penyintas baik anak-anak maupun orang dewasa dapat mengalami tekanan. Anak-anak biasanya mengalami kesulitan mengatasi permasalahan yang ada karena sulit mengekspresikan kebutuhannya, keterbatasan pengalaman hidup, keterampilan penyelesaian masalah, dan kemampuan. Seringkali anak-anak mendapatkan perlakuan yang kurang tepat dari orang tua maupun orang dewasa yang berada di sekitarnya. Tekanan seperti ini dapat menimbulkan perubahan hidup anak dan memunculkan berbagai perubahan pada hubungan sosial, tingkah laku, fisik, dan emosi anak. Oleh karena itu, anak-anak penting mendapatkan pemenuhan kebutuhan psikososial dan kesehatan jiwanya. Dukungan psikososial merupakan semua kegiatan yang berfokus pada penguatan faktor resiliensi (aspek psikologis) dan aspek sosial atau hubungan individu dengan lingkungannya. Dukungan yang diberikan harus dapat memfasilitasi kemampuan penyintas anak baik laki-laki maupun perempuan untuk bangkit kembali (resiliensi) dan membantu mereka membangun kemampuan untuk mengatasi masalah yang sama di masa mendatang.

Adapun prinsip-prinsip dalam memberikan dukungan psikososial kepada anak-anak yang menghadapi masalah pada situasi darurat:

1. Non diskriminatif.
2. Untuk kepentingan terbaik anak.
3. Melindungi hak hidup, kelangsungan hidup, dan tumbuh kembang anak.
4. Penghargaan atas pandangan anak.

5. Tidak menyebabkan masyarakat yang terpapar mengalami kondisi yang lebih buruk.
6. Akses terhadap bantuan yang tidak berpihak.
7. Melindungi masyarakat untuk mendapatkan hak-hak mereka, memperoleh perlindungan hukum untuk pulih dari dampak kekerasan.
8. Memperkuat sistem perlindungan anak, dan
9. Memperkuat daya tahan anak terhadap berbagai masalah.



Gambar 7.1: Piramida Intervensi (diadaptasi dari IASC MHPSS in Emergency Setting, 2007)

1. Penyelenggaraan layanan kesehatan jiwa dan dukungan psikososial adalah dengan membangun sistem berlapis yang saling melengkapi dalam pemenuhan kebutuhan berbagai kelompok yang berbeda, termasuk anak dengan disabilitas.
2. Setelah kebutuhan dasar untuk bertahan hidup (makanan, tempat tinggal, air bersih, layanan kesehatan dasar, dan pengendalian penyakit menular) terpenuhi, keselamatan dan keamanan teratasi, sebagian besar anak dan orang dewasa akan kembali berfungsi normal, tanpa dukungan profesional (level 1).
3. Anak-anak yang kehilangan dukungan dari keluarga dan masyarakat akan membutuhkan dukungan khusus untuk memulihkan faktor

- pelindung yang biasanya disediakan oleh keluarga dan masyarakat tadi (level 2).
4. Tingkat ketiga mewakili dukungan yang dibutuhkan untuk anak-anak dalam jumlah yang lebih sedikit (contohnya anak penyintas kekerasan berbasis gender atau perekrutan kelompok bersenjata) yang juga membutuhkan tindakan yang lebih fokus dari individu, keluarga, atau dari pekerja sosial yang telah mengikuti pelatihan khusus. Dalam lapisan ini juga tercakup layanan dukungan psikologis awal, perawatan kesehatan jiwa dasar oleh relawan sosial, dan kegiatan psikososial terstruktur dengan anak-anak atau orang tua (level 3).
 5. Lapisan teratas piramida (level 4) adalah sebagian kecil populasi yang membutuhkan dukungan lanjutan karena tidak dapat menanggung penderitaan mereka dan memiliki kesulitan besar dalam menjalankan fungsi dasar sehari-hari walaupun telah mendapatkan berbagai bentuk dukungan seperti yang telah diuraikan di atas. Anak-anak ini bisa saja telah mengalami gangguan kesehatan jiwa sebelum terjadinya bencana, dan kondisi mereka semakin memburuk karenanya.

Berdasarkan piramida tersebut yang dapat memberikan dukungan psikososial bukan hanya tenaga kesehatan saja namun juga relawan. Oleh sebab itu, pembekalan mengenai etika dan batasan dalam memberikan dukungan psikososial menjadi hal yang penting.

7.2 Etika

Penerapan prinsip-prinsip etika pada situasi darurat diperlukan untuk menghindari hal-hal yang berisiko atau hal buruk guna menjaga keamanan komunitas. Standar etika untuk program dukungan psikososial dalam keadaan darurat ada 6 prinsip inti berdasarkan panduan Pedoman IASC tentang MHPSS yaitu:

1. Kebutuhan dan sumber daya dari populasi yang terkena dampak darurat menjadi pertimbangan utama ketika merencanakan dan melaksanakan intervensi, tidak hanya agenda penyedia atau donor.
2. Tidak mengeksploitasi dan melakukan kekerasan seksual.
3. Menjaga rahasia klien termasuk memberikan layanan kepada kelompok rentan.
4. Memperlakukan semua golongan secara adil tanpa memandang suku, agama, ras, orientasi gender dan peyandang disabilitas atau bukan.
5. Menghormati budaya dan nilai-nilai lokal dan menyesuaikan keterampilan mereka dengan kondisi lokal.
6. Meminimalisir efek negatif yang berpotensi dan mendiskusikannya sejak awal untuk mencari solusi mengatasinya.

Pemberian intervensi dalam melakukan dukungan psikososial harus memiliki kerangka kerja untuk membantu menyeimbangkan keuntungan maupun kerugian, sehingga meminimalisir dampak negatif kepada klien dan memungkinkan pengambilan keputusan yang etis.

Beberapa prinsip yang menjadi landasan dalam pengambilan keputusan etis sebagai berikut:

1. Non maleficence – tidak membahayakan klien ketika diberikan intervensi psikososial. Misalnya: Terapis yang menangani kasus kekerasan dalam rumah tangga membutuhkan pelatihan dan kepekaan yang tinggi agar klien aman dan tidak mengalami kekerasan lebih lanjut. Selain mengatasi masalah kekerasan, mengubah perilaku dan memperhatikan aspek hukum.
2. Beneficence-berbuat baik
Intervensi psikososial apapun harus berbasis bukti. Seorang pemberi dukungan psikososial harus dapat mengevaluasi apakah semua berjalan sesuai rencana dan intervensi yang diberikan bermanfaat bagi klien.
3. Otonomi
Sebelum diberikan intervensi, klien wajib memberikan persetujuan terlebih dahulu. Klien memiliki hak untuk memutuskan apakah klien akan melakukan intervensi tertentu atau tidak dan kapan memutuskan

akan berhenti. Walaupun kekutan terbesar dalam budaya kita adalah peran dan dukungan dari keluarga, hal ini tidak berarti bahwa dapat mengesampingkan otonomi individu. Pemaksaan bukan saja tidak etis tetapi akan menjadi sia-sia dalam jangka panjang karena keterlibatan klien dan hubungan terapis yang baik penting untuk keberhasilan dalam perawatan. Menghormati hak otonomi klien juga merupakan bentuk penghormatan hak asasi manusia.

4. Keadilan

Pemberian dukungan psikososial tidak membedakan klien satu dengan yang lainnya.

5. Menghormati satu sama lain antara klien dan pemberi dukungan psikologis

6. Kejujuran, komunikasi yang jujur antara klien dan terapis akan membangun hubungan saling percaya sehingga terjalin komunikasi yang baik.

7. Kerahasiaan, informasi yang diberikan oleh klien harus dijaga kerahasiaannya. Tidak ada seorang pun yang boleh membagikan informasi dari klien tanpa seijin klien tersebut.

7.3 Dilema Etis dan Kesulitan Praktis

Kegiatan pemberian dukungan psikososial yang melibatkan masyarakat luas erat kaitannya terjadi dilema etik. Adapun hal-hal yang memiliki potensi terjadinya dilema etik sebagai berikut:

1. Menyeimbangkan antara pengkajian klien secara komprehensif dan kebutuhan melakukan tindakan dengan cepat. Pemberian dukungan psikososial berbasis masyarakat bertujuan untuk mendorong kolaborasi antar pihak terkait, Untuk memulai program ini memerlukan waktu sedangkan kebutuhan klien yang terkena dampak pada saat bersamaan harus cepat tanggap dan diberikan intervensi yang tepat. Sehingga dibutuhkan keseimbangan yang tepat untuk

merespons dan melibatkan serta berkonsultasi dengan masyarakat yang terkena dampak.

2. Diskriminasi dan Stigmatisasi

Ketika di lapangan, ada banyak kemungkinan diskriminasi atau pengucilan yang terjadi tanpa disadari. Kadang-kadang, memberikan perhatian khusus pada suatu kelompok saja dapat menyebabkan kebutuhan perhatian kelompok lain terabaikan atau merasa diabaikan sehingga membuat klien merasa didiskriminasi. Marginalisasi juga dapat disebabkan oleh perhatian pada orang yang selamat dan cenderung mendapatkan stigma sosial. Oleh karena itu, penting memahami dinamika dan struktur kekuasaan masyarakat untuk pendekatan yang inklusif sekaligus tanggap dengan kebutuhan sub kelompok yang berbeda. Selain itu analisis gender juga membantu untuk membantu menganalisis dinamika kekuasaan. Metodologi program perlu disesuaikan untuk menjangkau sub kelompok yang berbeda meskipun memiliki tujuan hasil yang sama. Misalnya: melakukan kepedulian di tingkat rumah tangga untuk memastikan kaum perempuan, penyandang disabilitas atau orang yang memiliki keterbatasan pergerakan keluar rumah juga memiliki akses informasi. Namun, pemberi dukungan psikososial harus berhati-hati jika tidak sengaja memperkuat kelompok tertentu sehingga menciptakan ketegangan dan penindasan lebih lanjut. Oleh karena itu, sangat penting memahami struktur kekuasaan lokal dan pola konflik masyarakat setempat ketika memberikan bantuan kemanusiaan dan memfasilitasi partisipasi masyarakat agar terhindar dari pengistimewaan kelompok tertentu.

3. Jangan merugikan:

Dukungan melalui narasi yang berbeda dapat meningkatkan perasaan marah dan benci. Memperhatikan komposisi kelompok (misalnya: perbedaan pilihan politik dan perbedaan gender) dapat dijadikan pertimbangan untuk melakukan diskusi kelompok tertentu. Selain itu, waktu yang paling cocok untuk diskusi dan wawancara juga harus diperhatikan.

4. Menghormati budaya setempat dan mendorong perubahan.
Beberapa tradisi memiliki hubungan kekuasaan yang tidak setara, hal ini menjadi sumber pelanggaran hak atau memicu kekerasan sosial. Misalnya: memberikan dukungan psikososial pada korban kekerasan yang berbasis gender.

7.4 Batasan dalam Memberikan Dukungan Psikososial

Banyak profesional yang terjun di bidang sosial untuk membantu orang lain tumbuh dan memperbaiki keadaan hidup klien. Namun ketika berinteraksi dengan klien, pekerja sosial harus menjaga batasan yang jelas untuk menjamin integritas dan tanggung jawab sebagai tenaga profesional. Beberapa pengaduan terhadap pekerja sosial karena adanya pelanggaran kerahasiaan, pemalsuan pencatatan, penyimpangan, dan sebagainya yang mengakibatkan dikenakannya denda, hukuman, skorsing, dan pencabutan izin.

Batasan mendasari hampir semua hal yang kita lakukan dalam bidang sosial. Terapis bekerja dan ada untuk melindungi semua orang yang terlibat. Pada tingkatan yang paling luas, dapat dikatakan bahwa seluruh populasi mempunyai keterlibatan dan ketergantungan pada pekerjaan sosial. Oleh sebab itu, profesionalisme dan batasan yang jelas harus dijunjung tinggi baik oleh klien maupun pekerja sosial itu sendiri.

1. Klien: individu yang menerima layanan dari pekerja dan organisasi. Klien dapat disalahgunakan oleh klien lain atau oleh pekerja, dan dapat menderita akibat kelalaian pekerja atau organisasi. Hal ini perlu perlindungan dan batasan yang jelas sejauh mana interaksi klien dan terapis dilakukan.
2. Pekerja: staf yang mengelola dan memberikan layanan kepada klien. Pekerja bisa disalahgunakan oleh kliennya atau pekerja lain, dan bisa menderita akibat kelalaian diri sendiri atau anggota timnya dari konsekuensi tindakan buruk atau tidak sesuai yang dilakukan.

Untuk membangun hubungan yang aman dan suportif, banyak batasan yang berlaku pada perilaku pekerja yang membantu menciptakan hubungan yang aman, terbuka, stabil, transparan dan jelas berdasarkan kebutuhan klien. Jika klien memahami apa yang akan atau tidak terjadi dalam keadaan tertentu, hal itu memberikan klien kendali dan mengontrol tindakan yang dilakukan. Jika tujuan hubungan, peran yang dimainkan pekerja dan klien, dan aturan yang mengaturnya sudah jelas, maka klien akan aman.

Dalam upaya pemenuhan kebutuhan klien, pekerja sosial terkadang dituntut untuk simpati bahkan empati pada pengalaman atau rasa sakit klien. Penelitian Norcross (2011) menunjukkan bahwa pasien dengan terapis yang berempati cenderung mengalami kemajuan lebih pesat dalam pengobatan dan mengalami perbaikan yang lebih cepat. Banyak klien yang menjadi sasaran pelecehan, penelantaran, dan bentuk kekerasan lainnya. Pekerja sosial harus mengidentifikasi dan mengelola masalah emosional secara jelas sebelum terjun ke lapangan sehingga hubungan antara klien dan pekerja sosial tidak kabur atau bias.

Beberapa perilaku di bawah ini menandakan adanya pelanggaran dalam hubungan pekerja dan klien:

1. Pekerja sosial telah memberikan email pribadi, nomor ponsel, alamat rumah atau nomor telepon kepada klien, atau bahkan akun sosial media.
2. Pekerja dan klien saling berkomunikasi melalui pesan singkat melalui telepon seluler pribadi maupun telepon seluler milik kantor.
3. Pekerja memiliki sifat hangat dan melakukan kontak fisik yang berlebihan dengan klien seperti berpelukan atau berpelukan saat melakukan kontak, mencium, menggosok bahu, tangan, atau wajah untuk memberikan kenyamanan dan dukungan kepada klien.
4. Pekerja menghabiskan waktu berjam-jam menelepon klien selama hari kerja atau bahkan diluar jam kerja.
5. Pekerja berpakaian provokatif pada ketika dijadwalkan untuk menemui klien
6. Pekerja cenderung menghabiskan banyak waktu dengan klien, baik kunjungan terjadwal maupun tidak terjadwal, dibandingkan dengan klien lain

7. Pekerja sering berbicara tentang klien, dan bahkan secara terbuka menceritakan mengungkapkan perasaannya terhadap klien.
8. Pekerja sering menyalahgunakan waktu kunjungan klien.
9. Pekerja dengan bebas berbagi dan mendiskusikan pengalaman pribadinya dengan klien
10. Pekerja menghabiskan dana pribadinya untuk mendukung kebutuhan klien, terutama jika agen tidak mau membayar kebutuhan klien, sementara pekerja memilih untuk menanggung biayanya sendiri
11. Pekerja terlibat dalam penggunaan narkoba dan/atau alkohol dengan klien
12. Rekan kerja mulai berbicara tentang pekerja dan hubungannya dengan klien tertentu
13. Keluarga dan/atau teman pribadi klien mulai berbicara tentang jumlah waktu yang dihabiskan pekerja bersama klien, dan bahkan mungkin berbagi informasi tersebut dengan agensi. Perubahan dan ketidakpastian menciptakan kecemasan dan tidak ada seorang pun yang peduli

Berbeda dengan orang dewasa, ada perbedaan batasan yang dilakukan ketika menghadapi klien anak-anak. Berikut adalah batasan atau yang sebaiknya tidak dilakukan ketika memberikan intervensi ketika mendampingi anak-anak:

1. Memaksa anak untuk menceritakan informasi yang tidak ingin disampaikan.
2. Menilai subjektif berdasarkan perasaan atau tindakan yang mereka lakukan.
3. Memotong pembicaraan ketika mereka sedang bercerita dan mencurahkan perasaannya.
4. Menghakimi anak dari cerita yang disampaikan baik secara verbal maupun nonverbal.
5. Beranggapan bahwa bantuan yang diberikan pasti ditanggapi positif.
6. Menggunakan kesempatan menolong untuk memperoleh keuntungan pribadi.
7. Menjanjikan sesuatu yang tidak bisa ditepati.
8. Memberikan informasi yang tidak tepat.

9. Membesar-besarkan kemampuan atau keahlian yang dimiliki.
10. Memaksa anak untuk mau menerima pertolongan yang ditawarkan.

Rasa percaya menjadi modal awal untuk melakukan proses pendampingan pemberian dukungan psikososial. Hubungan awal yang terjalin dengan baik akan menjamin adanya keterbukaan antara anak dan relawan pendamping. Keterbukaan ini akan membantu relawan memfasilitasi anak dalam mengatasi masalahnya atau memenuhi kebutuhannya.

Kesepakatan dalam membuat aturan bersama perlu dilakukan sebelum berkegiatan dengan anak. Hal ini memastikan kegiatan dapat berjalan dengan kondusif. Konsekuensi saat melanggar aturan yang ada juga perlu untuk didiskusikan dengan peserta yang lain. Pendamping perlu memastikan konsekuensi yang diberikan tidak memperlakukan atau membuat anak merasa tidak nyaman. Saat terjadi pelanggaran, relawan pendamping perlu untuk menemukan dan memahami alasan yang membuat anak tidak mematuhi aturan yang ada. Langkah selanjutnya adalah mencari dan memutuskan apa yang bisa dilakukan untuk mencegah situasi tersebut tidak terjadi kembali. Berikut ini adalah beberapa hal yang perlu diperhatikan saat melakukan kegiatan bersama anak:

Tabel 7.1: Hal yang Boleh Dan Tidak Boleh Dilakukan Ketika Berkegiatan Dengan Anak (Kemenpppa, 2014)

Hal yang Bisa Dilakukan dalam Berkegiatan	Hal yang TIDAK Boleh Dilakukan dalam Berkegiatan
<ul style="list-style-type: none"> • Memperlakukan anak dengan sopan, ramah dan perilaku baik. • Lakukan kegiatan yang dapat memberikan kesempatan pada anak untuk mengungkapkan perasaan yang mereka miliki saat mereka siap atau membutuhkannya. • Mendengarkan, menghargai dan menganggap penting pandangan yang anak sampaikan. • Memberikan respon sesuai dengan tingkat perkembangan anak. 	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan lebih dari satu topik untuk diskusikan dalam waktu yang sama.. • Memaksa anak untuk berpartisipasi dalam kegiatan atau sebaliknya tidak memberikan kesempatan berpartisipasi. Partisipasi seharusnya bersifat sukarela. Coba untuk mendorong anak yang kurang berpartisipasi agar lebih terlibat dalam aktivitas yang ada, pastikan relawan menciptakan kesempatan kesempatan berpartisipasi untuk semua anak. • Mengarahkan anak dalam menyampaikan pendapat mereka atau

<ul style="list-style-type: none"> • Meminta izin apabila ingin mengambil foto atau membuat video dari anak, orangtua, pengasuh anak. Jika izin tersebut disetujui, pastikan semua foto anak tidak disalahgunakan dan dalam foto yang tetap menjaga martabat anak dan keluarganya. • Pastikan kegiatan yang dilakukan telah diketahui oleh masyarakat setempat dan kegiatan yang dilakukan juga didasari dengan pertimbangan mengenai adat istiadat dan nilai yang ada di masyarakat. • Cari bantuan pada profesional untuk membantu menangani anak tertentu saat kita tidak tahu apa yang harus kita lakukan dan apa yang kita lakukan mungkin memperburuk kondisi anak. 	<p>membatasi ekspresi dirinya – biarkan mereka bicara secara bebas...menyentuh atau berbicara pada anak secara kasar atau tidak sopan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menggunakan berbagai bentuk hukuman fisik, seperti memukul, menampar, mencubit, atau kekerasan fisik lainnya dalam rangka mengontrol perilaku anak. • Mempermalukan, menghina, menjatuhkan, merendahkan, mengkritik, menyalah-nyalahkan, atau membandingkan anak. • Merokok selama beraktivitas dengan anak. • Menggunakan dan memaparkan pada anak konten yang berunsur pornografi.
--	--

Bab 8

Penghormatan Budaya dalam Praktek Keperawatan

8.1 Penghormatan Budaya dalam Perspektif Kompetensi Budaya Keperawatan

Menghormati menurut kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) adalah sikap menaruh hormat, sopan, menghargai, atau menjunjung tinggi pendapat dan keyakinan orang lain. Sebagai kata kerja, menghormati berarti menganggap orang lain layak dan memiliki harga diri, untuk menahan diri dari mengganggu, menjadi prihatin, dan untuk menunjukkan rasa hormat. Rasa hormat adalah kewajiban moral terhadap orang lain. Hal ini sejalan dengan kewajiban untuk bersikap adil, memberikan manfaat dan tidak merugikan orang lain, sebab dihormati juga merupakan hak asasi manusia (Browne, 1993) dan karenanya tidak bergantung pada persetujuan orang lain.

Rasa hormat muncul sebagai etika keperawatan utama yang berfungsi sebagai dasar bagi orientasi sikap, kognitif, dan perilaku perawat terhadap klien. Konsep keperawatan mengungkapkan bahwa rasa hormat adalah komponen

dan awal dari kepedulian, kehadiran, dan perawatan yang manusiawi atau humanistik (Browne, 1993). Definisi rasa hormat ini mencerminkan nilai-nilai martabat manusia, kelayakan intrinsik, otonomi, keunikan individu dan penentuan keputusan sendiri.

Penghormatan terhadap privasi, martabat, dan keyakinan agama serta budaya klien merupakan hak istimewa klien. Semua praktik keperawatan dipenuhi dengan konsep rasa hormat, di mana tanpa rasa hormat, klien akan merasa tidak dimanusiakan dan tidak aman, bahkan merasa teraniaya (McGee, 1994). Hal ini akan berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan dasar manusia menurut Hierarki Maslow, di mana pada tingkatan ke dua yaitu kebutuhan rasa aman.

Kompetensi budaya adalah salah satu landasan utama keperawatan klinis (Sharifi et al., 2019). Globalisasi dan migrasi internasional telah menyebabkan keragaman budaya dalam masyarakat, oleh karena itu perawat di tengah keragaman masyarakat menghadapi tantangan klien dengan budaya dan kebutuhan asuhan peka budaya yang berbeda (Sharifi et al., 2019). Meskipun istilah kompetensi budaya masih diperdebatkan (Carey, 2015), namun terdapat kesepakatan bahwa prinsip-prinsip untuk memastikan lingkungan layanan kesehatan yang aman secara budaya dan penuh hormat tetap menjadi hak asasi manusia (Power et al., 2018).

Peka budaya adalah sikap dan perilaku menghargai, menghormati, dan mengagumi keberagaman budaya, dan berupaya memahami dunia orang lain tanpa kacamata rasisme, di mana dampak dari kepekaan ini nantinya akan membantu perawat memahami bagaimana sikap dan sudut pandang klien dapat memengaruhi perilaku dan pola pencarian perawatan mereka (Guidry, 2000).

Konsep rasa hormat meresap dalam praktik keperawatan, pendidikan dan penelitian, tidak hanya pada tingkat makro perencanaan dan pengambilan keputusan besar tetapi juga, dan mungkin yang lebih penting, dalam hal-hal kecil sehari-hari dalam aktivitas keperawatan dengan klien. Landasan untuk memenuhi harapan klien adalah memiliki pengetahuan dan rasa hormat terhadap perbedaan pribadi dan budaya (Larsen et al., 2021). Oleh karena itu, sebagai etika keperawatan, rasa hormat harus terjadi tanpa kecuali dalam semua interaksi dengan klien.

Jika seorang perawat tidak mempunyai rasa hormat terhadap klien yang dirawat, maka asuhan jenis apapun tidak akan memberikan dampak terhadap

klien. Pelayanan keperawatan tanpa rasa hormat akan merendahkan martabat klien, di mana klien akan menjadi objek dan diperlakukan dengan tidak semestinya (Levine, 1977).

Menunjukkan rasa hormat dalam konteks penghormatan budaya melibatkan fokus pada individu, menghargai sudut pandang, mendengarkan dan memperlakukan mereka secara setara dalam hubungan perawat-klien.

Browne (1993) mengemukakan bahwa ada tiga cara di mana perawat dapat menunjukkan rasa hormat, di antaranya melalui:

1. Isyarat non-verbal seperti kontak mata, ekspresi wajah dan gerak tubuh seperti sentuhan
2. Pesan verbal yang ditujukan kepada klien seperti nada suara, penggunaan nama asli klien
3. Kesopanan, kejujuran dan penggunaan gaya komunikasi yang menunjukkan ketertarikan dan menghindari ekspresi yang cenderung menyebabkan pelanggaran
4. Kejujuran dan penerimaan, serta penyampaian yang tulus ketertarikan pada klien sebagai pribadi; tindakan keperawatan yang bertujuan melindungi privasi klien dan rasa kesopanan, memungkinkan klien untuk bertindak menentukan pilihan mengenai perawatannya, dan menjelaskan prosedur sepenuhnya sebelum melaksanakannya.
5. Bertindak dengan cara yang menunjukkan pengakuan atas hak klien atas informasi dan pengambilan keputusan serta pemeliharaan berfungsi dengan baik.

Beberapa item berikut dapat dimasukkan dalam skala pengukuran diri yang dirancang untuk mengukur rasa hormat:

1. Saya akan memperlakukan klien ini dengan cara yang sama, tidak peduli siapapun dia (martabat dan nilai yang melekat),
2. Saya mempertimbangkan pendapat klien ketika merencanakannya peduli atau mencoba mendapatkan sarannya untuk rencana tindakan (penentuan nasib sendiri),
3. Jika saya mempunyai pilihan, saya lebih suka tidak berurusan dengan klien dari budaya lain (penerimaan)

Item yang akan mencerminkan persepsi klien tentang rasa hormat yang disampaikan oleh perawat antara lain:

1. Perawat sepertinya mempertimbangkan apa yang ingin saya lakukan merencanakan perawatan saya (penentuan keputusan sendiri),
2. Saya merasa perawat akan memperlakukan saya sama, tidak peduli siapa pun Saya (nilai yang melekat),
3. Saya ingin jika perawat memeriksa langsung ke dalam tubuh saya mata ketika dia berbicara dengan saya (penerimaan).

Rasa hormat adalah sebuah kewajiban bahkan ketika nilai-nilai individu bertentangan dengan nilai-nilai profesional. Klien dapat mengambil keputusan berdasarkan kesalahan atau yang dapat merugikan orang lain, dan mereka dapat meminta tindakan yang dapat merugikan orang lain. Perawat yakin itu salah. Dalam keadaan seperti itu perawat masih bisa menunjukkan rasa hormat dengan bersikap jujur kepada klien (Gillon, 1985). Oleh karena itu, demonstrasi rasa hormat juga berbeda antara satu budaya dan budaya lainnya. Perawat perlu menjadi lebih sadar akan perbedaan-perbedaan ini dan implikasinya terhadap pelayanan. Pengetahuan harus dilihat sebagai elemen penting dalam pembelajaran untuk menunjukkan rasa hormat melintasi batas-batas budaya.

Anggota keluarga tidak diharuskan atau diharapkan berfungsi sebagai individu yang terpisah tetapi sebagai suatu unit di mana setiap orang mempunyai tanggung jawab terhadap satu sama lain yang mencakup setiap aspek kehidupan. Di negara seperti India, keluarga adalah satu-satunya jaringan pendukung, yang tanpanya individu akan kesulitan, bahkan mustahil, untuk mengatasinya. Implikasinya bagi perawat harus mencakup pengakuan bahwa anggota keluarga mungkin merasa bertanggung jawab, bahkan dalam situasi yang tidak dapat mereka atasi, dan bahwa keputusan dibuat oleh keluarga dan bukan anggota individu. Bantuan perlu diberikan dengan cara yang mempertimbangkan perasaan kekeluargaan, serta cara anggota keluarga memandang tanggung jawab mereka.

8.2 Faktor yang Memengaruhi Perilaku Penghormatan Budaya dalam Praktek Keperawatan

Penghormatan budaya merupakan salah satu bagian dari kompetensi budaya. Sebelum menguraikan tentang faktor yang memengaruhi penghormatan budaya, maka perlu sebelumnya diurai tentang ut penentu kompetensi budaya. Atribut penentu kompetensi budaya meliputi 6 hal yang paling umum yaitu kesadaran budaya, pengetahuan budaya, kepekaan budaya, keterampilan budaya, kemahiran budaya, dan dinamika.

1. Kesadaran budaya

Kesadaran budaya adalah memahami dampak dari budaya sendiri. Hal ini akan membantu individu menilai bias dan prasangka, membentuk dasar untuk menghargai keyakinan dan nilai orang lain; dapat digunakan untuk mengidentifikasi persamaan dan perbedaan budaya lain dengan budaya sendiri (Leonard and Plotnikoff, 2000; Zander, 2007). Tanpa kesadaran budaya, individu dapat memaksakan keyakinan, nilai, dan pola perilaku budayanya sendiri kepada orang lain (Campinha-Bacote, 2002).

2. Pengetahuan budaya

Pengetahuan budaya adalah perolehan informasi terus menerus tentang budaya yang berbeda. Ini mencakup pembelajaran kerangka konseptual dan teoritis, yang membantu pengolahan data. Pengetahuan budaya merupakan dasar pemahaman budaya (Kim-Godwin et al., 2001). Untuk memperoleh pengetahuan budaya, penyedia layanan kesehatan perlu mengintegrasikan pengetahuan mereka tentang keyakinan yang berhubungan dengan kesehatan, nilai-nilai budaya, kejadian dan prevalensi penyakit, dan efektivitas pengobatan. Pengetahuan mengenai isu-isu tersebut membantu penyedia layanan kesehatan memahami bagaimana klien berpikir dan berperilaku selama sakit, dan hal-hal apa saja yang harus diperhatikan

ketika membuat keputusan perawatan untuk klien dari kelompok etnis yang berbeda (Campinha-Bacote, 2002).

3. Kepekaan budaya

Kepekaan budaya adalah menghargai, menghormati, dan mengagumi budaya keberagaman. Ciri-ciri sensitivitas budaya adalah pengetahuan, perhatian, pemahaman, rasa hormat, dan optimalisasi intervensi berdasarkan kebutuhan budaya klien (Foronda, 2008). Sensitivitas budaya membantu perawat memahami bagaimana sikap dan sudut pandang klien memengaruhi perilaku dan pola pencarian perawatan mereka.

4. Keterampilan budaya

Keterampilan budaya adalah kemampuan untuk menjalin komunikasi yang efektif dengan individu dari budaya lain. Kemampuan ini merupakan pertimbangan terhadap keyakinan, nilai, dan metode yang berbeda dalam merencanakan dan memberikan perawatan (Cai et al., 2017).

5. Kemahiran budaya

Kemahiran budaya mengacu pada perolehan dan transfer pengetahuan baru melalui penelitian yang menggunakan pendekatan terapeutik yang sensitif secara budaya. Hal ini mencerminkan komitmen terhadap perubahan. Memperoleh pengetahuan dan keterampilan budaya baru dan membagikannya melalui artikel, program pendidikan, dan metode lain merupakan indikasi kemahiran budaya.

6. Dinamis

Dinamika menyiratkan bahwa alih-alih menjadi kompeten secara budaya perawat, seorang perawat menjadi kompeten secara budaya melalui pertemuan yang sering dengan klien yang berbeda (Capell et al., 2007)

Faktor yang memengaruhi perilaku penghormatan budaya klien oleh perawat meliputi 6 aspek, sebagaimana diuraikan di bawah ini:

1. Adanya keanekaragaman budaya

Perbedaan di antara klien sehubungan dengan warna kulit, ras, etnis, kebangsaan, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan agama menghasilkan keragaman budaya. Keberagaman budaya, pada gilirannya, menciptakan sikap dan harapan terkait kesehatan yang berbeda-beda. Pemenuhan harapan tersebut memerlukan perawat yang memiliki kompetensi budaya (Dudas, 2012).

2. Pertemuan dan interaksi budaya

Pertemuan budaya mengacu pada kontak antarpribadi dan hubungan antara orang-orang dari budaya yang berbeda. Perawat tidak dapat memperoleh kompetensi budaya hanya melalui belajar mandiri atau aktivitas mental lainnya; sebaliknya, mereka perlu mengembangkan interaksi pribadi dan profesional langsung dengan klien dari budaya berbeda untuk memperbaiki perilaku mereka. memiliki keyakinan tentang budaya yang berbeda dan menghindari perilaku yang merugikan (Sharifi et al., 2019).

3. Kerendahan hati budaya

Kerendahan hati budaya adalah sebuah proses yang terdiri dari keterbukaan, kesadaran diri, tanpa ego, dan kritik diri setelah kesukarelaan interaksi dengan orang-orang dari budaya yang berbeda. Kemampuan ini menghasilkan pemberdayaan timbal balik, rasa hormat, kolaborasi, kepedulian yang ideal, dan pembelajaran seumur hidup tentang klien dari budaya yang berbeda

4. Kompetensi humanistik umum

Perawat perlu memiliki serangkaian kompetensi umum, yang diperlukan untuk praktik keperawatan di semua budaya dan konteks. Karakteristik kepribadian positif, sikap humanistik, empati, rasa hormat, dan rasa hormat merupakan prasyarat penting untuk memberikan perawatan kepada klien. semua klien tanpa memandang latar belakang budaya mereka. Setelah mengembangkan kompetensi

tersebut, perawat perlu mengembangkan kompetensi budaya untuk menangani klien dari budaya tertentu.

5. Pendidikan yang memadai tentang kompetensi budaya

Kemampuan untuk memberikan perawatan yang efektif dalam masyarakat yang beragam budaya memerlukan pendidikan keperawatan berbasis budaya. Partisipasi dalam workshop dan kompetensi budaya perawat dapat mengembangkan pengetahuan budaya perawat, wawasannya dan keterampilan. Perawat dengan persiapan pendidikan terbatas untuk menghadapi keragaman budaya menghindari kontak dengan klien dari budaya yang berbeda, Prasyarat utama untuk persiapan pendidikan untuk keperawatan peka budaya kongruen adalah kompetensi budaya instruktur keperawatan, yang pada gilirannya bergantung pada kemampuan mereka untuk menjadi teladan yang baik dan berhasil mengajar mahasiswa keperawatan dari budaya yang berbeda.

6. Dukungan organisasi

Pemberian perawatan yang selaras secara budaya dan pemenuhan kebutuhan etnis minoritas menimbulkan tantangan yang tidak dapat dikelola tanpa dukungan organisasi layanan kesehatan. Organisasi layanan kesehatan perlu mengubah filosofi, misi, tujuan, dan visi mereka serta menyediakan apa yang diperlukan perawat. alat, sumber daya, dan motif untuk merawat klien dari budaya yang berbeda.

8.3 Contoh Kasus Penghormatan Budaya

Berikut akan disajikan contoh kasus yang memenuhi penghormatan budaya sepenuhnya, tidak memenuhi penghormatan budaya sepenuhnya, dan kasus yang bertentangan dengan penghormatan budaya.

8.3.1 Kasus yang Memenuhi Penghormatan Budaya Sepenuhnya

Ny. Y ditugaskan untuk menerima dan merawat seorang wanita muda yang dirujuk bersama suaminya ke unit gawat darurat dengan keluhan sakit perut. Klien sedang duduk dengan gelisah dan tidak nyaman di kursi di samping tempat tidurnya dan menunggu dokter. Suaminya meminta kunjungan medis ke dokter wanita dan oleh karena itu, Ny. Y memperhatikan kepekaan klien dan suaminya terhadap kunjungan medis sesama jenis. Setelah melakukan anamnesis singkat dan memonitor tanda-tanda vital, Ny. Y menuju ruang dokter. kembali dengan putus asa, dan dengan hormat berkata, "Saya menghormati permintaan Anda dan memahami kepekaan Anda; tetapi tidak ada dokter wanita di unit gawat darurat". Suami klien dengan sedih mengatakan bahwa mereka tidak memperbolehkan kunjungan medis oleh dokter laki-laki, mengucapkan terima kasih kepada Ny. Y yang menolak persetujuan perawatan medis, dan meninggalkan unit gawat darurat.

Dalam hal ini, Ny. Y secara budaya sadar akan nilai-nilai klien dan menunjukkan kepekaan budayanya dengan menghormati permintaan suami klien untuk kunjungan medis oleh dokter yang berjenis kelamin sama; namun, dia tidak berusaha membujuk klien dan suaminya untuk dikunjungi oleh satu-satunya dokter laki-laki di departemen tersebut. Akibatnya proses perawatan terganggu dan klien meninggalkan rumah sakit tanpa mendapatkan perawatan yang layak.

8.3.2 Kasus yang Tidak Memenuhi Penghormatan Budaya Sepenuhnya

Ny. Z, seorang perawat gawat darurat, bertanggung jawab untuk memberikan perawatan kepada seorang wanita penderita diabetes berusia 50 tahun yang dirujuk bersama suaminya ke unit gawat darurat dengan nyeri dada dan dispnea. Klien hanya berbicara bahasa Arab. Nyonya Z yang baru berbicara bahasa Persia berusaha berkomunikasi dengan klien dan suaminya. Karena ketidakmampuannya memahami bahasa Arab, Ny. Z hanya menyikapi perkataan klien dan suaminya itu dengan senyuman dan kepala mengangguk dan menggunakan bahasa tubuh untuk memberikan penjelasannya sendiri. Setiap kali dia merujuk klien untuk melakukan aktivitas terkait perawatan, dia menjawab pertanyaan klien dengan tersenyum dan mengatakan bahwa dia tidak mengerti bahasanya, Dengan demikian, klien menjadi diam.

Meskipun Ny. Z berusaha untuk memperlakukan klien dengan hormat dan memberikan semua layanan perawatan rutin, dia tidak dapat membangun komunikasi yang efektif dengannya dan memberikan perawatan yang sesuai dengan budaya karena kendala bahasa. Nyonya Z tidak memiliki pengetahuan yang memadai tentang budaya klien dan tidak berusaha keras untuk berkomunikasi dengannya. Praktiknya menunjukkan terbatasnya kepekaan budaya dan keterampilan budayanya.

8.3.3 Kasus yang Bertentangan Dengan Penghormatan Budaya

Ny. K ditugaskan untuk merawat seorang wanita penderita diabetes dengan nyeri dada dan sesak napas. Pada pertemuan pertamanya dengan klien tersebut, dia menyadari bahwa budaya dan bahasa klien berbeda dengan dirinya. Dia tidak terbiasa dengan budaya dan bahasa klien dan oleh karena itu, lebih memilih untuk menghindari komunikasi dengan klien, melakukan admisi, memberikan layanan perawatan rutin kepada klien, dan memberi tahu perawat seniornya tentang ketidakmampuannya berkomunikasi dengan klien karena gangguan Bahasa.

Ny. K adalah contoh yang baik dari seorang perawat yang tidak memiliki kompetensi budaya. Dia tidak memiliki karakteristik kompetensi budaya dan menyatakan ketidakmampuannya memberikan perawatan kepada klien dari budaya yang berbeda.

Rasa hormat adalah konsep yang masih sering diabaikan namun penting dalam keperawatan. Tanpa rasa hormat, klien merasa tidak dimanusiakan dan mungkin merasa dianiaya. Dalam lingkungan perawatan transkultural, hal ini bahkan lebih rentan karena gagasan mengenai cara menunjukkan rasa hormat yang tepat berbeda dari satu budaya ke budaya lainnya. Perawat perlu mengembangkan basis pengetahuan yang memungkinkan mereka memberikan respons yang sensitif dan tepat terhadap klien etnis minoritas.

Menghormati dan mendukung kebutuhan budaya sehari-hari klien sangatlah penting, sebab ini menjadi salah satu bagian dari rasa kasih dan sayang serta memenuhi kebutuhan keamanan. Kasih sayang didefinisikan sebagai memiliki empati, mampu memahami dan dipahami, penuh perhatian dan toleran, serta memberikan perawatan yang menenangkan. Kenyamanan berarti mengembangkan kepercayaan antara perawat dan klien, dan membentuk

landasan kepercayaan di mana klien merasa bebas untuk mengajukan pertanyaan apapun.

Kasih sayang dan kenyamanan merupakan kondisi yang sangat penting untuk komunikasi timbal balik, mendengarkan, pengertian, dan kepercayaan. Terutama pada saat-saat memalukan atau memalukan, perawat merasa bahwa hubungan interpersonal penting untuk mendorong kenyamanan dan kepercayaan diri klien. Dari sana klien bisa mengemukakan masalah sulit atau kekhawatiran pribadi. Para klien dapat mengungkapkan ketakutan dan kekhawatiran yang mungkin terjadi sebaliknya (Larsen et al., 2021).

Melalui pertemuan budaya yang berkelanjutan, perawat memperoleh pengetahuan dan kesadaran yang lebih besar tentang budaya yang berbeda, mengembangkan keterampilan budaya yang lebih besar, memberikan perawatan yang lebih kongruen secara budaya, dan mendapatkan kepercayaan dan rasa hormat klien. Selain itu, kompetensi budaya memfasilitasi hubungan timbal balik perawat dan interaksi yang sukses dengan klien, mereka perasaan hormat dan pemberdayaan diri, dan mengembangkan nilai-nilai, hubungan, dan hubungan pribadi dan profesional. Salah satu strategi untuk meningkatkan penghormatan budaya pada klien adalah dengan lebih mempersiapkan para profesional kesehatan untuk menghormati budaya. Hal yang penting dalam menciptakan sumber daya manusia yang diinginkan ini adalah mengembangkan perawat yang tanggap secara budaya dan mampu memahami, dan menghormati, permasalahan yang dihadapi oleh masyarakat (Power et al., 2018).

Bab 9

Komunikasi Lintas Budaya

9.1 Pendahuluan

Perkembangan dunia sangat pesat dengan dinamika yang tinggi dan kemajuan di segala bidang. Fenomena komunikasi lintas budaya tidak selalu kita jumpai pada individu yang berasal dari beda negara melainkan adanya perbedaan suku atau etnik yang kemudian melahirkan keanekaragaman budaya. Komunikasi lintas budaya sudah ada sejak pertama kali orang dari latar belakang budaya berbeda saling bertemu dan berinteraksi satu sama lain. Menurut paradigma keperawatan, terdapat empat unsur pokok meliputi manusia, sehat sakit, lingkungan, dan asuhan keperawatan. Manusia mempunyai kedudukan sebagai makhluk sosial (zoon politicon) yang berarti bahwa manusia selalu membutuhkan bantuan orang lain dan tidak dapat hidup sendiri (Mahmudah & Mansyur 2021).

Di samping itu, manusia juga mempunyai kedudukan sebagai makhluk yang berbudaya yang berarti mempunyai budi pekerti dan akal atau pikiran untuk menghasilkan sebuah budaya. Terwujudnya keselarasan aspek tersebut di atas membutuhkan sebuah komunikasi atau interaksi antar sosial budaya. Manusia tercipta dari kondisi sosial lingkungan dan budaya yang sangat beranekaragam. Oleh karena itu, komunikasi lintas budaya sangat penting yang bertujuan untuk mengatasi perbedaan budaya atau konflik sosial budaya. Pada kehidupan nyata, manusia berinteraksi dengan orang lain yang berasal dari latar belakang

sosial dan budaya yang berbeda-beda. Oleh karena itu, norma dan pedoman dalam berkomunikasi sangat diperlukan agar tidak menyinggung perasaan orang lain saat berinteraksi (Mulyana 2005).

9.2 Komunikasi Lintas Budaya

Komunikasi merupakan proses transaksi untuk mencapai tujuan tertentu. Komunikasi efektif terwujud apabila pengirim pesan dan penerima pesan mempunyai kesamaan pemahaman pesan. Sedangkan komunikasi lintas budaya adalah proses komunikasi yang melibatkan individu yang berasal dari lingkungan sosial budaya yang berbeda. Proses komunikasi yang terjadi di masyarakat dengan perbedaan suku, agama, ras, dan budaya biasa disebut dengan komunikasi lintas budaya yang melibatkan interaksi antar individu maupun kelompok. Komunikasi lintas budaya secara istilah dapat digunakan secara luas untuk semua bentuk komunikasi di antara orang-orang yang berasal dari kelompok yang berbeda, selain itu juga digunakan secara lebih sempit, yang mencakup komunikasi antara kultur yang berbeda (Pratiwi 2021).

Selain itu dikatakan bahwa komunikasi lintas budaya adalah proses komunikasi yang terjadi saat individu atau kelompok dari budaya yang berbeda berinteraksi dan bertukar pesan. Hal ini mencakup pemahaman, interpretasi, penggunaan bahasa, norma-norma sosial, nilai-nilai, dan praktik budaya yang memengaruhi komunikasi. Komunikasi lintas budaya mengkaji aktivitas komunikasi yang memengaruhi aktivitas sebuah komunikasi. Aktivitas komunikasi mencakup semua makna pesan berdasarkan budaya masing-masing (Mardiyah, 2015).

Selain itu Suraya (2017) mengemukakan bahwa komunikasi lintas budaya adalah komunikasi yang dilakukan antar individu melalui sikap saling pengertian dan toleransi antar masing-masing budaya dan keragaman budaya dalam masyarakat. Pada komunikasi lintas budaya, apabila individu memiliki latar belakang budaya yang tidak sinkron dengan budaya orang lain maka wajib mampu mendalami dan mengkaji bagaimana cara berkomunikasi dengan mempertimbangkan peka budaya.

Di samping itu, komunikasi lintas budaya menurut Liliweri (2009) adalah:

1. Pernyataan diri antar pribadi yang paling efektif antara dua individu yang saling berbeda latar belakang budaya.
2. Merupakan pertukaran pesan-pesan yang disampaikan secara lisan, tertulis, bahkan secara imajiner antara dua orang yang berbeda latar belakang budaya.
3. Pembagian pesan yang berbentuk informasi atau hiburan yang disampaikan secara lisan, tertulis atau metode lainnya yang dilakukan oleh dua orang yang berbeda latar belakang budayanya.
4. Pengalihan informasi dari seseorang dengan budaya tertentu kepada seseorang yang berbeda budaya.
5. Pertukaran makna yang berbentuk simbol yang dilakukan dua orang yang berbeda latar belakang budaya.
6. Proses pengalihan pesan yang dilakukan seorang melalui saluran tertentu kepada orang lain dan keduanya berasal dari latar belakang budaya yang berbeda serta menghasilkan efek tertentu
7. Setiap proses pembagian informasi, gagasan atau perasaan di antara mereka yang berbeda latar belakang budaya. Proses pembagian informasi itu dilakukan secara lisan dan tertulis, juga melalui bahasa tubuh, gaya atau tampilan pribadi, serta hal lain di sekitarnya yang memperjelas pesan.

9.3 Hambatan dan Manfaat Komunikasi Lintas Budaya

9.3.1 Hambatan Komunikasi Lintas Budaya

Hambatan komunikasi lintas budaya di antaranya adalah kurang menghormati dan mengahrgai norma etik lawan bicara, kurangnya pengetahuan terkait etnik lawan bicara, rendahnya harapan untuk dapat memahami budaya lawan bicara, dan frekuensi interaksi yang rendah atau jarang dan waktu relatif singkat (Dewi and Zuroida, 2022). Selain itu, hambatan lainnya yaitu faktor

keengganan untuk berkomunikasi, kuatnya stereotipe yang mengakibatkan ketidaksetaraan saat aktivitas komunikasi, dan tidak ada kesadaran untuk saling menyesuaikan diri dan menghargai satu sama lain saat komunikasi, serta tidak ada apresiasi apabila sudah melakukan komunikasi peka budaya dengan baik (Prabowo 2016).

Di samping itu, hambatan komunikasi lintas budaya menurut (Jefriyanto et al. 2020) yaitu:

1. Perbedaan norma sosial

Norma sosial merupakan suatu cara, kebiasaan, tata krama, adat istiadat, kepercayaan yang dianut secara turun temurun yang dapat memberikan petunjuk bagi individu untuk bersikap dan bertingkah laku dalam pergaulan masyarakat. Norma sosial mencerminkan sifat-sifat yang hidup pada suatu masyarakat dan dilaksanakan sebagai alat pengawas secara sadar dan tidak sadar oleh masyarakat terhadap perilaku dan perkataan anggotanya.

2. Etnosentrisme

Etnosentrisme yaitu penghakiman atau penilaian suatu kelompok masyarakat terhadap kebudayaan kelompok masyarakat lain dengan cara membandingkan atau menggunakan standar kebudayaannya sendiri. Pada etnosentrisme, segala sesuatu dipandang dalam perspektif kelompok sendiri sebagai pusat pembenaran, dan diukur atau dinilai berdasarkan rujukan kelompoknya sendiri. Pada etnosentrisme, sebuah komunitas menganggap budayanya sendiri superior, sedangkan budaya lain inferior. Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa etnosentrisme identik dengan egoisme budaya (Soelhi, 2015).

3. Stereotip dan Prasangka

Stereotip merupakan penilaian yang salah kaprah, membabi buta, dan tidak berdasar. Stereotip adalah konsepsi mengenai sifat suatu golongan masyarakat berdasarkan prasangka yang subjektif dan tidak tepat. Adanya stereotip dan prasangka ini menghasilkan komunikasi yang tidak efektif. Hal ini menjadi pagar pembatas interaksi sosial lintas budaya bagi orang yang percaya akan stereotip tersebut, hingga

memicu terjadinya konflik karena tidak terima dengan stereotip yang disematkan.

4. Perbedaan Perspektif

Perspektif adalah cara pandang terhadap suatu objek, benda, peristiwa, atau realita yang bergantung pada pengamatan (observasi) dan penafsiran (interpretasi) seseorang.

5. Perbedaan pola pikir

Perbedaan pola pikir adalah bagian dari kajian mental-psikologis. Jika perspektif berkaitan dengan persepsi dan sikap dalam memandang realita maka pola pikir berkaitan dengan pencarian kebenaran yang mengandalkan rasionalitas. Pola pikir seseorang berbeda satu sama lain sebagai akibat dari perbedaan pengalaman dan acuan yang digunakan.

6. Faktor Bahasa

Bahasa sebagai alat komunikasi dikatakan sebagai penghambat utama komunikasi ketika di antara para peserta komunikasi tidak memiliki persamaan bahasa. Bahasa menjadi suatu alat komunikasi vital yang dibutuhkan untuk mencapai suatu pengertian antar individu. Ketidakhahaman bahasa verbal dan nonverbal sering menimbulkan ketidakpercayaan dan prasangka.

7. Faktor Sintaksis dan Semantik

Sintaksis adalah pengetahuan tentang tata bahasa, sedangkan semantik adalah pengetahuan tentang pengertian atau makna kata yang sebenarnya. Dalam arti spesifik, hambatan sintaksis kerap terjadi ketika peserta komunikasi dengan kaidah bahasa aslinya, sedangkan bahasa asing menentukan aturan atau tata bahasa yang berbeda.

8. Geger Budaya (Culture Shock)

Komunikator yang berkomunikasi dengan komunika yang belum pernah dikenal dan dalam lingkungan asing, biasanya mengalami geger budaya. Geger budaya merupakan disorientasi psikologis yang dialami ketika seseorang bergerak selama periode waktu tertentu ke

dalam sebuah lingkungan budaya yang berbeda dari budaya mereka sendiri.

9.3.2 Manfaat Komunikasi Lintas Budaya

Manfaat melakukan komunikasi lintas budaya menurut (Mardiyah 2015) yaitu sebagai berikut:

1. Perasaan senang mendapatkan informasi baru, yaitu sesuai kebudayaan orang lain yang belum pernah diketahui maupun menyadarinya.
2. Pengetahuan baru terkait komunikasi lintas budaya yang dapat digunakan untuk mengantisipasi permasalahan dalam komunikasi atau konflik budaya.
3. Menambah peluang kerja yang terbuka dalam bidang komunikasi lintas budaya.
4. Memberi peluang untuk memahami dan mempersepsikan diri sendiri dan orang lain.
5. Upaya untuk memahami kebudayaan orang lain sehingga dapat memberikan pengertian atau sebuah respon yang rasional.

Manfaat lain komunikasi lintas budaya menurut Liliweri (2009) yaitu:

1. Mengurangi tingkat ketidakpastian tentang orang lain. Terdapat tiga interaksi untuk mengurangi ketidakpastian yaitu menggunakan tahap pra-kontak (tahap pembentukan kesan melalui simbol verbal dan nonverbal), initial contact and impression (tanggapan lanjut atas kesan awal yang muncul dari kontak awal), closure (mulai membuka diri yang awalnya tertutup melalui untuk mencoba berinteraksi).
2. Efektivitas lintas budaya. Manusia dikatakan tidak berinteraksi secara sosial pada saat melakukan komunikasi. Sama halnya komunikasi lintas budaya yang efektif tergantung dari pola komunikasinya. Efektivitas komunikasi antar pribadi dalam komunikasi lintas budaya dari komunikator dan komunikan dengan latar belakang budaya yang berbeda sangat ditentukan oleh faktor keterbukaan, perasaan positif, empati, pemeliharaan keseimbangan, dan pemberian dukungan.

9.4 Strategi Komunikasi Lintas Budaya

Strategi komunikasi lintas budaya meliputi memahami dan menggunakan bahasa yang baik, memahami norma dan karakter lawan bicara, dan prasangka yang positif terhadap lawan bicara (Muhajir 2022). Strategi lain yang dapat diterapkan dalam komunikasi lintas budaya yaitu strategi smart power meliputi soft power dan hard power. Implementasi dari strategi ini dengan melaksanakan tiga pendekatan yaitu agama, budaya, kesetaraan. Pertama, Soft Power dimaksudkan untuk menjalin kedekatan dengan masyarakat. Kedua, Hard Power diimplementasikan untuk menumbuhkan semangat dan nilai-nilai kekompakan. Hal ini bertujuan motivasi masyarakat saling berkomunikasi dan membantu antar sesama serta adaptasi lintas budaya (Prabawa et al. 2022).

Charles Berger dalam (Liliweri 2007) membagi tiga tipe umum strategi dalam komunikasi lintas budaya yang dapat digunakan untuk mengumpulkan informasi untuk mengurangi tingkat ketidakpastian atau ketidakselarasan, yakni strategi pasif, strategi aktif, dan strategi interaktif.

1. Strategi Pasif

Strategi pasif untuk mengetahui orang lain dengan menjadikan diri sendiri berperan sebagai seorang pengamat. Ketika kita ingin berkenalan dengan seseorang yang berbeda budaya maka yang perlu diamati adalah bagaimana cara orang tersebut berkomunikasi dengan orang lain, cara individu tersebut menyapa dan berbincang-bincang.

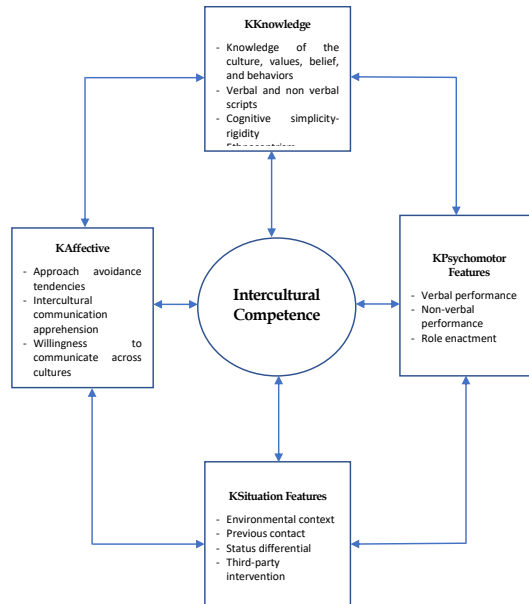
2. Strategi Aktif

Strategi aktif dilakukan untuk mencari tahu pribadi seseorang yang berbeda budaya dengan kita melalui orang-orang terdekat yang sudah mengenalnya. Strategi ini dapat digunakan, namun perlu berhati-hati karena penilaian orang-orang terdekat juga bersifat subjektif dipengaruhi pengalaman masa lalunya. Langkah untuk mereduksinya adalah membaca literatur tentang budaya tersebut.

3. Strategi Interaktif

Strategi interaktif yaitu diri sendiri berhubungan dan terlibat langsung dengan orang yang berbeda budaya tersebut. Strategi ini sangat menguntungkan karena kita dapat menekan bias informasi. Siapkan

beberapa pertanyaan secukupnya tentang apa yang ingin ketahui dari budaya itu.



Gambar 9.1: Intercultural Competence Model (Neuliep, 2006)

9.5 Prinsip Komunikasi Lintas Budaya

Pertukaran pesan dan informasi dari individu yang berbeda latar belakang budaya akan mewujudkan sudut pandang yang beragam pula. Perbedaan yang muncul mencakup aspek kebudayaan, lingkungan sekitar, serta persepsi maupun kondisi saat pengirim pesan dan penerima pesan berinteraksi dalam bentuk lisan atau bahasa isyarat.

Prinsip dasar saat melakukan komunikasi antar budaya menurut (Martin dan Nakayana dalam Tito Edy Priandono 2016), (Stephen W. Littlejohn dan Karen A. Foss 2009), (West Richard dan H Turner 2008) yaitu:

1. Pesan atau informasi yang disampaikan bukan pesan yang dapat diterima secara langsung.

2. Saat berkomunikasi dengan individu lain yang berbeda latar belakang budaya, akan terwujud proses pertukaran informasi atau pesan.
3. Setiap individu membawa semua sifat kebudayaan yang diwariskan dan diyakini.
4. Pesan atau informasi yang diterima atau diberikan individu akan dikode sesuai sudut pandang masing-masing.
5. Seharusnya pada komunikasi lintas budaya akan menunjukkan perilaku gaya komunikasi.
6. Orang lain dapat menilai latar belakang budaya kita saat proses interaksi dan bagaimana gaya interaksinya.
7. Dapat menilai sifat dan asal daerah saat seseorang berbicara.
8. Komunikasi lintas budaya adalah pesan yang disampaikan dengan gerakan tubuh semua pelaku yang terlibat dalam interaksi tersebut.
9. Pertukaran informasi atau pesan lintas budaya memiliki ciri pada setiap proses gerakan atau bahasa tubuh terkait pesan yang disampaikan secara langsung.
10. Pertukaran informasi lintas budaya merupakan peristiwa yang terjadi pada sekelompok individu yang melibatkan individu lain terlibat langsung atau mengalami keadaan tersebut.
11. Penyampaian pesan secara langsung atau nonverbal dapat diselaraskan melalui rasa dan dugaan sementara.
12. Pada saat melakukan interaksi dengan orang berbeda budaya (lintas budaya) akan membawa rasa dan dugaan sementara pada individu tersebut.

9.6 Kompetensi Komunikasi Lintas Budaya

Competence adalah *state of being capable*, yang berarti suatu keadaan yang menunjukkan kemampuan atau kapabilitas seseorang sehingga berfungsi dalam peristiwa yang mendesak dan penting (Busthomi 2021). Kompetensi

lintas budaya merupakan kompetensi yang dimiliki individu baik secara pribadi, kelompok/organisasi, maupun suku/etnik yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan berkaitan dengan kebutuhan utama dari orang-orang lain yang berbeda latar belakang budayanya. Kompetensi lintas budaya yaitu perilaku yang kongruen mencakup struktur, sikap, dan kebijakan yang hadir secara bersamaan atau menghasilkan sebuah kerja sama dalam situasi lintas budaya.

Setiap kompetensi lintas budaya dari seseorang tergantung dari institusi sosial, kelompok kerja, organisasi, dan di mana individu tersebut tinggal baik secara fisik maupun sosialnya. Faktor tersebut membentuk sebuah sistem yang memengaruhi kompetensi lintas budaya individu yang efektif. Beberapa faktor pendorong seseorang mempelajari dan mempunyai kompetensi lintas budaya adalah adanya perbedaan nilai lintas budaya. Peraturan budaya cenderung mengatur individu yang bersangkutan, kesadaran untuk mengelola dinamika perbedaan atau keanekaragaman, pengetahuan kebudayaan yang sudah bersifat institusional, dan mengadaptasikan kekuatan semangat layanan dalam keragaman budaya demi melayani orang lain dengan pelayanan prima (Kusumawardani, et. al, 2023).

9.7 Proses dan Pola Komunikasi Lintas Budaya

9.7.1 Proses Komunikasi Lintas Budaya

Komunikasi tidak hanya dipandang sebagai kegiatan yang menghubungkan antar individu secara pasif, namun komunikasi dipandang sebuah proses yang menghubungkan sesama manusia melalui sebuah tindakan yang terus bervariasi dan diperbaharui. Proses komunikasi terinci pada rangkaian aktivitas yaitu seorang komunikator mengirim pesan melalui media terhadap komunikan disertai dampak tertentu. Respon atau dampak berbeda-beda, tetapi saling berkaitan atau rangkaian tersebut diaktifkan secara bertahap dan berubah sepanjang waktu. Karakteristik komunikasi yaitu komunikasi sebagai proses. Pada dasarnya proses komunikasi lintas budaya hampir sama dengan proses komunikasi yang lain yaitu proses transaksional, interaktif, dan dinamis. Komunikasi lintas budaya interaktif adalah komunikasi antara komunikator

dengan komunikasi terjadi secara simultan dua arah. Selanjutnya, komunikasi transaksional mencakup tiga unsur penting yaitu pertama, keterlibatan emosional yang tinggi, berkesinambungan dan pertukaran informasi berlangsung terus menerus.

Kedua, Proses komunikasi meliputi seri waktu yang berarti selalu berkaitan dengan masa lalu, saat ini serta masa yang akan datang. Ketiga, partisipan pada komunikasi lintas budaya menjalankan peran tertentu. Wujud komunikasi lintas budaya mengalami proses yang sangat dinamis. Proses tersebut berlangsung pada konteks sosial secara terus-menerus, dapat berubah dan berkembang berdasarkan waktu, dan situasi tertentu (Lubis 2012), (Liliweri 2009).

9.7.2 Pola Komunikasi Lintas Budaya

Pola komunikasi lintas budaya bertujuan untuk mengetahui pola komunikasi antar budaya. Pola komunikasi terbagi menjadi dua yaitu pola komunikasi secara primer dan pola komunikasi secara sirkular. Pola komunikasi primer dibagi menjadi dua bagian yang lebih spesifik mencakup terjadinya komunikasi verbal dan komunikasi nonverbal. Sedangkan komunikasi secara sirkular adalah adanya umpan balik (feedback) dalam bentuk upaya saling memengaruhi dan saling memahami (Ishanan & Ardiansyah 2022). Sejalan dengan Malinda, Hariyanto and Lubis, (2020) mengatakan bahwa pola komunikasi lintas budaya meliputi pola komunikasi primer dan dan sirkular.

9.8 Unsur-unsur Proses Komunikasi Lintas Budaya

1. Komunikator

Komunikator pada komunikasi lintas budaya merupakan pihak yang memprakarsai atau yang mengawali pengiriman informasi atau pesan kepada lawan bicara yaitu sebagai komunikan. Karakteristik komunikator pada komunikasi lintas budaya yaitu latar belakang etnis, ras, faktor demografis hingga latar belakang politik. Secara makro, perbedaan karakteristik lintas budaya ditentukan oleh faktor

nilai dan norma. Sedangkan secara mikro, ditentukan oleh kepercayaan, minat, serta kebiasannya. Faktor lainnya yaitu keterampilan berbahasanya.

2. Komunikan

Komunikan pada komunikasi lintas budaya merupakan pihak penerima pesan, sebagai sasaran dari komunikator. Tujuan komunikasi tercapai jika komunikan berhasil memahami makna atau isi pesan dari komunikator. Proses awal komunikan mencakup memperhatikan, mendengarkan pesan, melihat/menonton, atau membaca pesan tersebut. Selanjutnya, komunikan menerima pesan secara menyeluruh dan memahaminya secara keseluruhan sesuai yang diharapkan komunikator.

3. Pesan/symbol

Pesan berisi ide, pikiran, perasaan, atau gagasan. Di samping itu, simbol merupakan sesuatu yang digunakan untuk mewakili maksud atau tujuan tertentu. Pada model komunikasi lintas budaya, pesan adalah sebuah hal yang ditekankan oleh komunikator kepada komunikan. Pesan minimal terdiri dari dua aspek meliputi isi dan perlakuan. Isi meliputi daya tarik pesan. Daya tarik pesan seharusnya diiringi dengan perlakuan. Pilihan isi dan perlakuan terhadap sebuah pesan tergantung dari kemampuan komunikasi, pengetahuan, sikap, dan posisi pada sistem kebudayaan yang dipelajari dan diyakininya.

4. Media

Pada komunikasi lintas budaya, media adalah tempat, saluran yang digunakan dalam menyampaikan pesan. Misalnya: tertulis, media massa baik cetak atau elektronik, atau disampaikan secara langsung pada komunikasi lintas budaya tatap muka.

5. Efek/Umpan balik

Umpan balik yaitu tanggapan dari komunikan atas pesan yang disampaikan komunikator. Pada komunikasi lintas budaya, jika tidak ada umpan balik maka komunikator dan komunikan tidak bisa memahami ide atau pikiran yang terkandung pada pesan tersebut.

6. Suasana

Disebut *setting of communication* mencakup tempat, waktu, dan suasana ketika komunikasi lintas budaya berlangsung. Suasana juga berkaitan dengan waktu yang tepat dalam berinteraksi sedangkan tempat berpengaruh terhadap kualitas interaksi lintas budaya.

7. Gangguan

Gangguan dalam komunikasi lintas budaya adalah segala sesuatu yang menjadi penghambat pesan disampaikan. Paling fatal yaitu jika makna pesan lintas budaya berkurang atau bahkan tidak sesuai. Berikut ini tiga macam penggolongan gangguan yaitu fisik (berupa intervensi dengan transmisi fisik), psikologis (intervensi mental atau kognitif), semantik (berupa pembicara dan pendengar memberi arti saling berlainan) (Liliweri, 2009).

Bab 10

Keanekaragaman Budaya dalam Praktik Keperawatan

10.1 Konteks Budaya dalam Keperawatan

Manusia memiliki budaya dan pengetahuan yang berbeda dalam praktik perawatan profesional. Nilai-nilai yang diyakini individu dipengaruhi oleh lingkungan dari konteks budaya, riwayat etnis, teknologi, ekonomi, pendidikan, hukum, politik, agama/spiritualitas, bahasa dan filosofi yang dimiliki. Asuhan keperawatan mengandung unsur budaya yang dimiliki oleh pasien sehingga dapat memengaruhi kesejahteraan individu, keluarga, kelompok dan komunitas. Penyembuhan yang dilaksanakan dalam konteks budaya berbeda memiliki cara penanganan pasien yang berbeda pula. Oleh karena itu, penerapan pendekatan cultural sensitive memerlukan penilaian yang tepat, intervensi dan dukungan yang efektif antara pemberi asuhan keperawatan dan pemberi kebijakan di rumah sakit yang merawat pasien. Terlepas dari semakin berkembangnya kebijakan kesehatan dan pendidikan yang memprioritaskan kompetensi budaya dalam penyediaan layanan kesehatan, namun ada sedikit kesepakatan mengenai makna kompetensi budaya. Budaya profesional memengaruhi cara tenaga kesehatan berinteraksi

dengan pasien. Sehingga komunikasi dua arah akan tercipta antara pasien dan perawat (Luh et al., 2019).

Salah satu kompetensi yang harus dimiliki oleh seorang perawat adalah kompetensi kultural. Seorang perawat yang memiliki kompetensi kultural akan mempedulikan dan peka terhadap kebutuhan budaya pasien yang menerima asuhan keperawatan. Pada saat ini, kompetensi kultural perawat di Indonesia masih belum menjadi perhatian, mayoritas perawat belum dipersiapkan kompetensi kulturalnya selama proses pendidikan. Kurangnya kompetensi kultural perawat dapat berakibat pada banyaknya masalah dalam berinteraksi antara pasien dan perawat. Pemahaman perawat bahwa kepercayaan yang dimiliki oleh seseorang berkaitan dengan etiologi dari suatu penyakit (illness) yang dideritanya akan membantu perawat untuk dapat membantu pasien mengatasi penyakitnya. Andrews dan Boyle (2003) menjelaskan bahwa sejumlah masalah kesehatan yang dialami oleh pasien dewasa dipengaruhi oleh faktor budaya. Selain faktor penyebab penyakit, aspek-aspek yang terkait perubahan kebiasaan, gaya hidup dan sistem keluarga sebagai faktor-faktor kebudayaan merupakan faktor penting dalam penanganan penyakit kronis (Novieastari et al., 2018).

Asuhan Keperawatan Peka Budaya merupakan asuhan keperawatan yang menggunakan kompetensi budaya dalam membantu pasien memenuhi kebutuhan sesuai dengan kebutuhan budayanya (Leininger & McFarland, 2002a; Leininger & McFarland, 2002b). Seorang perawat yang memiliki kompetensi kultural diharapkan dapat memberikan asuhan keperawatan yang lebih bermakna bagi kehidupan pasien yang berasal dari beragam kebudayaan dan secara tidak langsung dapat meningkatkan kualitas hidup pasien dengan pendekatan budaya yang diberikan oleh perawat (Novieastari et al., 2018).

Madeline Leininger merupakan pelopor keperawatan transkultural sekaligus seorang pemimpin keperawatan transkultural serta pencetus teori asuhan keperawatan yang berfokus pada manusia di tahun 1961. Leininger mempelajari berbagai macam kebudayaan dan menyatakan bahwa keperawatan yang terdiri dari care merupakan esensi dalam bidang keperawatan. Perawatan berbasis budaya yang berfokus untuk kesejahteraan secara komperhensif dan bersifat holistik dalam menginterpretasikan fenomena asuhan keperawatan. Keperawatan transkultural yang berfungsi untuk melayani individu maupun kelompok, caring berbasis budaya dan konsep asuhan budaya yang memiliki makna, ekspresi, pola serta bentuk

struktural dari perawatan yang beragam utamanya pada penyakit kronis (Luh et al., 2019).

Persepsi tentang pengetahuan budaya dan sikap perawat dalam menanggapi pasien dengan budaya yang berbeda sangat penting. Pengetahuan tentang suatu budaya dan dampaknya terhadap interaksi dengan pelayanan kesehatan merupakan hal esensial bagi perawat, karena pengetahuan dan keterampilan tersebut akan makin menguatkan dan meluaskan sistem pemberian pelayanan kesehatan. Perawat perlu mengetahui tentang bagaimana kelompok budaya tertentu memahami proses kehidupan, mendefinisikan sehat-sakit, mempertahankan kesehatan dan keyakinan mereka tentang penyebab penyakit dan sebagainya, begitu juga dengan perawat yang bersikap menghargai budaya kliennya atau keluarganya dengan berusaha untuk memahami budaya-budaya klien yang sangat variatif. Menurut Leininger budaya pasien perlu dipertahankan bila budaya pasien tidak bertentangan dengan kesehatan. Perencanaan dan Implementasi keperawatan diberikan sesuai nilai-nilai yang relevan dan telah dimiliki klien sehingga klien dapat meningkatkan atau mempertahankan status kesehatannya (Yellyanda et al., 2022).

Latar belakang adanya kebudayaan dalam praktik keperawatan berasal dari pemahaman bahwa setiap individu, termasuk pasien, memiliki latar belakang budaya yang unik. Kebudayaan mencakup nilai-nilai, keyakinan, norma, tradisi, dan praktik yang dianut oleh suatu kelompok manusia. Budaya memengaruhi persepsi, harapan, dan sikap terhadap kesehatan dan penyakit seseorang. Dalam praktik keperawatan, keberagaman budaya menjadi faktor penting yang harus dipertimbangkan. Perawat harus menghormati dan memahami budaya pasien agar dapat memberikan perawatan yang efektif, sensitif secara budaya, dan berpusat pada pasien.

Beberapa alasan mengapa kebudayaan penting dalam praktik keperawatan menurut (Douglas et al., 2014) adalah:

1. **Komunikasi:** Bahasa dan cara komunikasi mencerminkan budaya seseorang. Perawat perlu memahami cara berkomunikasi pasien agar pesan yang disampaikan dapat dipahami dengan baik. Adapun perbedaan bahasa, cara menyampaikan informasi, atau etika berbicara dapat memengaruhi hubungan perawat dengan pasien dan pemahaman tentang kondisi kesehatan.

2. Nilai dan Keyakinan: Budaya memengaruhi nilai-nilai dan keyakinan seseorang terkait kesehatan dan penyakit. Beberapa kelompok budaya mungkin memiliki cara pandang yang berbeda tentang penyakit, perawatan medis, atau praktek alternatif. Memahami nilai dan keyakinan ini membantu perawat menghormati perspektif pasien dan memberikan perawatan yang sesuai dengan preferensi mereka.
3. Perencanaan Asuhan keperawatan: Budaya juga memengaruhi cara seseorang merencanakan perawatan kesehatan. Praktik tradisional, pengobatan herbal, atau upacara khusus dapat menjadi bagian dari rencana asuhan keperawatan. Perawat perlu memperhitungkan faktor-faktor ini untuk mendukung pemulihan pasien secara holistik.
4. Pengambilan Keputusan: Budaya juga dapat memengaruhi proses pengambilan keputusan terkait perawatan medis. Beberapa kelompok budaya mungkin lebih memilih melibatkan keluarga atau tokoh agama dalam pengambilan keputusan kesehatan. Memahami konteks budaya ini membantu perawat berkolaborasi dengan pasien dan keluarga dalam membuat keputusan yang terbaik untuk pasien.

Dalam praktik keperawatan yang berpusat pada pasien, penanganan budaya menjadi penting untuk mencapai hasil perawatan yang optimal. Perawat tidak hanya bertanggung jawab untuk mengevaluasi kondisi fisik pasien tetapi juga memahami dan merespons kebutuhan budaya mereka. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan kepatuhan pasien, pemulihan yang lebih baik, serta membangun hubungan terapeutik yang kuat antara perawat dan pasien.

10.2 Pendekatan Budaya dalam Praktik Keperawatan

Perkembangan masyarakat menuntut adanya peningkatan kualitas pelayanan kepada masyarakat khususnya pada pelayanan kesehatan termasuk tuntutan asuhan keperawatan yang berkualitas. Dinamika globalisasi yang terjadi menyebabkan perpindahan penduduk baik antar daerah maupun antar negara (migrasi) dimungkinkan dapat terjadi dan mampu menimbulkan pergeseran

terhadap tuntutan asuhan keperawatan. Indonesia sebagai negara kepulauan dan memiliki keragaman budaya yang sangat kaya menyebabkan ada beberapa kebiasaan kultur yang terpengaruh dalam kehidupan sehari-hari khususnya bidang kesehatan. Perawat memandang pasien sebagai makhluk bio-psikosocio-kultural dan spiritual yang berespon secara holistik dan unik terhadap perubahan kesehatan. Asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat tidak bisa terlepas dari aspek kultural yang merupakan bagian integral dari interaksi perawat dengan pasien. Perawat berupaya memberikan pemahaman terhadap pasien sebagai bagian kebutuhan menyeluruh pasien dalam kaitan dengan kesehatannya (Aprilia Rohman et al., 2023).

Teori transcultural nursing yang berasal dari disiplin ilmu antropologi dan dikembangkan dalam konteks keperawatan, teori ini menjabarkan konsep keperawatan yang didasari oleh pemahaman tentang adanya perbedaan-perbedaan cultural yang melekat dalam masyarakat. Leininger beranggapan bahwa sangatlah penting memperhatikan keanekaragaman budaya dan nilai-nilai dalam penerapan asuhan keperawatan kepada klien. Bila hal tersebut diabaikan maka akan terjadi cultural shock. Pendekatan transkultural merupakan suatu perspektif yang unik karena bersifat kompleks dan sistematis secara ilmiah yang secara kontekstual melibatkan banyak hal, seperti bahasa yang digunakan dalam tradisi dan nilai historis yang teraktualisasikan (Aprilia Rohman et al., 2023).

Untuk memahami keperawatan transkultural secara lebih komprehensif, maka perlu dipahami tentang bagaimana aplikasi dari konsep serta prinsip keperawatan transkultural ini. Sebelum membedah lebih jauh, maka setiap praktisi atau pembelajar ilmu keperawatan harus mengingat prinsip dasar yang menjadi acuan. Prinsip ini merupakan sebuah asumsi dasar keperawatan transkultural yaitu perilaku caring. Secara literal, caring sendiri adalah sebuah kata dalam bahasa Inggris yang berarti peduli. Kemudian jika dihubungkan dengan konsep keperawatan maka caring adalah esensi utama dari keperawatan. Caring juga yang membedakan keperawatan dengan konsep lainnya, serta konsep caring ini seharusnya juga mampu mendominasi serta mempersatukan berbagai tindakan keperawatan yang dilakukan oleh seluruh praktisi dalam alur asuhan keperawatan (Putri D, 2018).

Caring adalah sebuah tindakan yang dilakukan oleh seluruh elemen dalam asuhan keperawatan dalam rangka memberikan dukungan kepada individu secara utuh. Seharusnya, perilaku caring ini diberikan kepada manusia sejak lahir hingga masa perkembangan dan pertumbuhan, sampai manusia itu pada

akhirnya meninggal. Perilaku caring ini secara umum dikatakan sebagai hal yang berkaitan dengan dukungan dan bimbingan kepada manusia yang dilakukan secara utuh dan dalam konteks keperawatan transkultural. Munculnya human caring ini adalah sebuah fenomena universal di mana ekspresi, struktur dan polanya amat beragam dan bervariasi tergantung latar belakang sosial dan kultur di mana proses ini diaplikasikan (Putri D, 2018).

Pendekatan budaya dalam praktik keperawatan adalah pendekatan yang mengakui dan memperhatikan perbedaan budaya pasien sebagai faktor yang penting dalam memberikan perawatan yang efektif dan holistik. Pendekatan ini melibatkan pemahaman dan penghormatan terhadap nilai-nilai, keyakinan, norma, tradisi, dan praktik budaya pasien serta penyesuaian strategi perawatan untuk memenuhi kebutuhan budaya mereka. Beberapa aspek yang tercakup dalam pendekatan budaya dalam praktik keperawatan yaitu komunikasi (memahami cara komunikasi yang sesuai dengan budaya pasien, termasuk bahasa, etika berbicara, dan kebiasaan verbal maupun nonverbal), pengertian nilai dan keyakinan (mengakui dan menghormati nilai-nilai dan keyakinan pasien terkait kesehatan dan penyakit serta mempertimbangkan hal tersebut dalam perencanaan perawatan), kesadaran budaya (memiliki kesadaran budaya yang tinggi, yaitu pemahaman terhadap keberagaman budaya dan refleksi terhadap pengaruh budaya dalam praktik keperawatan), penyesuaian praktik (menyesuaikan praktik keperawatan dengan mempertimbangkan preferensi budaya pasien, baik dalam pengobatan medis maupun praktik alternatif), kolaborasi dengan keluarga dan komunitas (melibatkan keluarga dan komunitas pasien dalam pengambilan keputusan perawatan dan menjalin hubungan kemitraan yang kuat) (Sagar & Ali, 2019).

Pendekatan budaya dalam praktik keperawatan di sisi lain adalah strategi atau cara yang dilakukan oleh perawat untuk mempertimbangkan dan menghormati keberagaman budaya pasien dalam memberikan perawatan yang holistik. Pendekatan ini melibatkan pemahaman mendalam tentang kepercayaan dan nilai-nilai budaya pasien serta penyesuaian praktik perawatan untuk memenuhi kebutuhan budaya mereka. Pendekatan budaya membantu perawat untuk memberikan perawatan yang efektif dan responsif terhadap budaya pasien (Sagar & Ali, 2019).

10.3 Unsur Keanekaragaman Budaya dalam Praktik Keperawatan

Penjelasan budaya dalam praktik keperawatan mengacu pada pemahaman dan penghormatan terhadap nilai-nilai, keyakinan dan praktik-praktik budaya yang dimiliki oleh individu atau kelompok pasien. Budaya dapat memengaruhi persepsi, preferensi dan respons terhadap perawatan kesehatan, termasuk praktik keperawatan. Oleh karena itu, penting bagi para perawat untuk memahami dan mengakomodasi faktor budaya dalam memberikan pelayanan yang efektif dan holistik kepada pasien.

Menurut Suhada, Rachmawati and Andriyani, (2020) Pendekatan budaya dalam praktik keperawatan melibatkan beberapa aspek, antara lain:

1. Kesadaran Budaya

Perawat harus memiliki pengetahuan dan pemahaman tentang berbagai budaya yang ada di masyarakat. Hal ini meliputi pemahaman tentang norma-norma budaya, ritual, bahasa, kepercayaan, dan nilai-nilai yang dianut oleh pasien dari latar belakang budaya yang berbeda-beda. Kesadaran budaya dalam praktik keperawatan mengacu pada pemahaman dan pengakuan terhadap perbedaan budaya yang ada di masyarakat. Hal ini penting karena setiap individu memiliki latar belakang budaya yang unik, termasuk norma-norma budaya, ritual, bahasa, kepercayaan, dan nilai-nilai yang memengaruhi cara mereka berkomunikasi, berperilaku, dan merawat kesehatan. Perawat yang memiliki kesadaran budaya dapat lebih efektif dalam memberikan perawatan yang holistik, sensitif dan responsif terhadap kebutuhan pasien dari berbagai latar belakang budaya. Mereka mampu menggali informasi tentang kebutuhan dan preferensi budaya pasien, sehingga dapat memberikan perawatan yang lebih tepat dan terkait dengan nilai-nilai dan keyakinan mereka.

2. Komunikasi Lintas Budaya

Ketika merawat pasien dari budaya yang berbeda, penting bagi perawat untuk dapat berkomunikasi secara efektif dengan

menggunakan bahasa yang dimengerti oleh pasien. Perawat juga harus mempertimbangkan adanya perbedaan budaya dalam gaya komunikasi, sehingga dapat menghindari kesalahpahaman dan meningkatkan hubungan terapeutik. Komunikasi lintas budaya dalam praktik keperawatan merujuk pada kemampuan perawat untuk berkomunikasi secara efektif dengan pasien yang berasal dari budaya yang berbeda. Hal ini penting karena perbedaan budaya dapat memengaruhi gaya komunikasi dan cara individu memahami informasi serta meresponnya. Sebagai perawat, memahami dan menyesuaikan komunikasi dengan budaya pasien adalah kunci untuk menciptakan hubungan terapeutik yang baik. Ketika merawat pasien dari budaya yang berbeda, perawat harus menggunakan bahasa yang dimengerti oleh pasien. Jika pasien tidak fasih berbahasa lokal, perawat dapat menggunakan jasa penerjemah atau alat bantu komunikasi seperti papan komunikasi atau aplikasi penerjemah untuk memastikan pesan dapat disampaikan dengan jelas. Penggunaan bahasa yang dimengerti oleh pasien akan membantu meningkatkan pemahaman dan kepatuhan pada perawatan yang diberikan. Selain itu, perawat juga harus memperhatikan perbedaan budaya dalam gaya komunikasi. Setiap budaya memiliki norma dan aturan yang berbeda dalam berkomunikasi, seperti tingkat keberanian dalam mengungkapkan diri, kekhususan dalam penggunaan bahasa, dan kebiasaan non-verbal seperti kontak mata atau sentuhan fisik. Memahami dan menghormati perbedaan ini akan membantu perawat menghindari kesalahpahaman dan meningkatkan hubungan terapeutik dengan pasien.

3. Pengakuan Nilai Budaya

Perawat harus mengakui dan menghormati nilai-nilai budaya pasien, bahkan jika nilai-nilai tersebut berbeda dengan nilai-nilai yang dimiliki oleh perawat. Dalam praktik keperawatan, penting untuk tidak mengekspresikan penilaian atau mengubah keyakinan pasien, tetapi tetap memberikan perawatan yang memenuhi standar klinis dan etis. Pengakuan nilai budaya dalam praktik keperawatan mengacu

pada pentingnya perawat untuk menghormati dan mengakui nilai-nilai budaya pasien, meskipun nilai-nilai tersebut mungkin berbeda dengan nilai-nilai yang dimiliki oleh perawat. Hal ini melibatkan penghargaan terhadap keyakinan, norma, dan nilai-nilai yang mendasari kehidupan dan pandangan dunia pasien. Pengakuan nilai budaya merupakan prinsip etis dalam praktik keperawatan yang didukung oleh banyak organisasi kesehatan, termasuk *American Nurses Association (ANA)* dan *International Council of Nurses (ICN)*. Ini adalah bagian dari pendekatan pelayanan yang holistik dan dapat membantu membangun hubungan terapeutik yang baik antara perawat dan pasien. Dalam praktik keperawatan, penting bagi perawat untuk tidak mengekspresikan penilaian atau mengubah keyakinan pasien. Perawat harus fokus pada memberikan perawatan yang memenuhi standar klinis dan etis, serta menghormati integritas budaya dan spiritual pasien. Hal ini melibatkan penyesuaian dalam memberikan asuhan keperawatan agar sesuai dengan nilai-nilai budaya pasien, seperti diet khusus, tradisi spiritual, atau kepercayaan terhadap pengobatan alternatif.

4. Adaptasi Praktik Keperawatan

Dalam beberapa kasus, praktik keperawatan mungkin perlu disesuaikan dengan budaya pasien agar sesuai dengan preferensi dan kebutuhan mereka. Misalnya dalam praktik keperawatan jiwa, terapi seni atau praktik spiritual mungkin menjadi bagian penting dalam pemulihan pasien dari budaya tertentu. Dalam praktik keperawatan, adaptasi seringkali diperlukan untuk memenuhi preferensi dan kebutuhan budaya pasien. Ini membantu memastikan bahwa perawatan yang diberikan sesuai dengan konteks budaya mereka, sehingga dapat lebih efektif dalam mempromosikan pemulihan dan kesejahteraan pasien. Sebagai contoh, dalam praktik keperawatan jiwa, terapi seni atau praktik spiritual seringkali menjadi bagian penting dalam pemulihan pasien dari budaya tertentu. Terapi seni dapat melibatkan aktivitas seperti melukis, membuat kerajinan tangan, atau menulis jurnal, yang dapat membantu pasien

mengungkapkan emosi, meningkatkan kreativitas, dan mengurangi stres. Praktik spiritual, seperti meditasi, doa, atau ritual keagamaan, juga dapat memberikan dukungan pada dimensi spiritual pasien dan memainkan peran penting dalam pemulihan mereka. Adaptasi praktik juga dapat mencakup penyesuaian dalam komunikasi, pemahaman nilai-nilai budaya dalam pengambilan keputusan, mempertimbangkan adat atau kepercayaan dalam perencanaan asuhan keperawatan, serta menghormati praktik tradisional yang berhubungan dengan kesehatan dan penyembuhan.

Kebudayaan memiliki sejumlah unsur yang membuat konsep ini semakin lengkap. Menurut C. Kluckhohn dalam (Putri D, 2018) terkait bukunya yang berjudul *Universal Categories of Culture* terdapat tujuh unsur dalam kebudayaan yang sifatnya universal.

Unsur-unsur itu di antaranya adalah:

1. Sistem religi dan upacara keagamaan

Ketika berproses dengan dunia dan semesta yang luas, manusia menemukan bahwa ia tidak hidup sendiri. Ada kekuatan-kekuatan besar serta berbagai energi yang melingkupi kehidupannya. Energi-energi itu begitu besar dan kuat, sehingga manusia yakin bahwa mereka harus berdamai dengan kekuatan-kekuatan itu. Dengan berbagai pengalaman interaksi, serta berbagai respon dan strategi manusia untuk bertahan hidup, maka lahirlah berbagai kepercayaan lokal, serta agama yang lebih terlembaga. Agar berbagai kepercayaan atau agama itu tetap lestari, serta salah satu wujud untuk berkomunikasi dan merespon energi-energi itu, manusia pun menciptakan berbagai upacara atau ritual yang dilaksanakan secara rutin.

2. Sistem organisasi kemasyarakatan

Ketika mulai sampai pada tahap menetap, manusia mulai menyadari bahwa ia tidak bisa hidup sendiri. Ia pun mulai menyadari bahwa ia membutuhkan berbagai aturan untuk mengatur hubungan dengan sesamanya. Maka manusia pun membentuk berbagai organisasi kemasyarakatan agar ia dapat bekerja bersama dan mencapai tujuan

bersama. Dalam konteks masyarakat tradisional, aplikasi yang paling jelas adalah pada acara gotong-royong. Sedangkan dalam masyarakat modern, aplikasinya adalah pada tingkat negara atau bangsa.

3. Sistem pengetahuan

Pengetahuan adalah berbagai hal yang manusia dapatkan saat ia berinteraksi dengan sesama, alam semesta atau hal-hal lain dalam kehidupannya. Pengetahuan ini bisa ia dapatkan dari hasil refleksinya sendiri, atau dari hasil refleksi orang lain. Ketika manusia mengingat berbagai hal yang ia ketahui dari berbagai medium itu, lalu menyampaikannya kepada orang lain lewat bahasa, maka pengetahuan itu pun menyebar. Dan ketika manusia mulai menulis pengetahuannya itu, atau mendokumentasikannya dalam berbagai bentuk, maka pengetahuan itu bisa ia sebarkan dari generasi ke generasi.

4. Sistem mata pencaharian hidup

Sistem ini merupakan bagian dari fitrah manusia sebagai *homo economicus* atau manusia ekonomi. Secara natural manusia memang memiliki insting untuk memenuhi kebutuhan hidupnya secara mandiri. Selain kebutuhan primer, manusia pada akhirnya juga memiliki kebutuhan-kebutuhan lain yang muncul karena manusia akhirnya semakin materialistis. Setelah bercocok tanam, beternak, menciptakan berbagai kerajinan, dan berdagang, kebutuhan manusia akhirnya semakin meningkat. Dengan kebutuhan yang makin tinggi itulah, yang membuat manusia membutuhkan berbagai sumber daya untuk memenuhi kebutuhan itu.

5. Sistem teknologi dan peralatan

Sebagai makhluk yang berakal budi, manusia akhirnya makin berkembang menjadi makhluk yang kompleks dan cerdas. Semakin maju manusia, semakin banyak alat, serta teknologi yang ia ciptakan dan butuhkan untuk membantu kemudahan hidupnya sendiri. Misalnya saja, manusia menciptakan mobil atau pesawat untuk memudahkan kebutuhan mereka akan transportasi. Atau misalnya

komputer yang diciptakan manusia untuk memudahkan berbagai pekerjaan tulis-menulis.

6. Bahasa

Bahasa adalah salah satu elemen dalam kebudayaan manusia yang sangat kompleks. Lewat bahasa, manusia bisa berkomunikasi dan bisa menerjemahkan dunianya dengan berbagai kode. Mulanya, bahasa manusia itu diwujudkan dalam bentuk tanda (code) lalu kode itu mengalami penyempurnaan menjadi bahasa dalam bentuk lisan dan akhirnya menjadi tulisan. Semua itu adalah bagian dari symbol sehingga manusia disebut sebagai animal symbolic. Berbagai bahasa yang maju pasti memiliki kekayaan kata (kosa kata) yang jumlahnya amat besar, sehingga manusia semakin mudah berkomunikasi.

7. Kesenian

Kesenian ini adalah perwujudan manusia sebagai makhluk *homo aestheticus*. Kebutuhan manusia rupanya bukan sebatas pada pemenuhan kebutuhan fisik, tetapi psikis juga amat penting. Kebutuhan psikis ini bisa dipenuhi lewat berbagai medium kesenian. Misalnya saja manusia bisa menjadi gembira ketika ia bernyanyi atau mendengarkan orang bernyanyi, ini merupakan salah satu bentuk keanekaragaman budaya yang dapat diwujudkan dan diterapkan dalam lingkup praktik keperawatan.

Kebudayaan pun memiliki berbagai nilai yang tidak dapat dipisahkan dari berbagai elemen budaya itu sendiri. Nilai-nilai itulah yang membuat budaya jadi bermakna dan selalu menjadi pegangan para masyarakat pendukungnya. Nilai budaya ini merupakan keinginan atau tindakan individu yang dipegang teguh atau dipertahankan oleh komunitasnya. Berbagai nilai ini berlaku pada suatu waktu tertentu serta selalu melandasi berbagai tindakan serta keputusan. Misalnya dalam budaya Jawa, ada tradisi ziarah kubur kepada para leluhur serta orang-orang terkasih yang telah meninggal. Ziarah kubur ini memiliki sejumlah nilai yang begitu dalam, di antaranya adalah nilai penghormatan kepada orang yang lebih tua dari kita, penghormatan kepada para leluhur, serta perwujudan dari penghargaan terhadap makrokosmos dan mikrokosmos yang ada pada semesta kita (Suhani, 2018).

Keanekaragaman budaya dalam praktik keperawatan sangat penting karena berkontribusi pada perawatan yang lebih holistik, efektif, dan responsif terhadap kebutuhan budaya pasien. Melibatkan konteks budaya dalam perawatan kesehatan akan menghormati perspektif, nilai-nilai dan keyakinan pasien sehingga mereka secara aktif dan mandiri mampu mengambil keputusan tentang perawatan kesehatan. Pendekatan budaya membantu perawat untuk memahami perbedaan budaya yang ada, menghargai keunikannya dan penyesuaian praktik perawatan sesuai kebutuhan budaya pasien (Omeri & Atkins, 2014).

Bab 11

Psikososial dan Budaya dalam Pengambilan Keputusan Medis

11.1 Keputusan Medis

Prinsip dasar mengenai peran pasien dalam perawatan medis didasarkan pada otonomi pasien, yang merujuk pada kemampuan pasien untuk mengambil keputusan mengenai perawatan medis mereka. Ini mencakup hak pasien untuk memilih dokter mereka dan menentukan program perawatan yang sesuai. Otonomi pasien adalah tentang kemampuan individu pasien untuk membuat keputusan medis, yang juga mencakup kemampuan untuk mengubah keputusan mereka jika diperlukan. Prinsip ini tidak hanya bertujuan untuk memahami alasan awal pasien, tetapi juga memberikan kesempatan bagi pasien untuk mengubah motivasi mereka jika ada perubahan dalam preferensi mereka (Hutomo, 2020).

Pasien memiliki tanggung jawab untuk menceritakan keluhannya secara jujur ketika berhadapan dengan dokter agar dokter bisa menasihatkan anjuran yang sesuai untuk keluhan yang disampaikan kepadanya. Pasien juga memiliki hak dalam hal pemilihan dokter dengan keahlian dan kemampuan yang sesuai dengan masalah kesehatannya, serta hak untuk menerima informasi yang jelas mengenai kondisi kesehatannya. Di sisi lain, seorang dokter melekat haknya

dalam memperoleh perlindungan terhadap hukum untuk saran atau tindakan yang diberikan ke pasien, di mana saran tersebut didasarkan pada keluhan yang dinyatakan oleh pasien (Hutomo, 2020).

Pasien, dijamin oleh undang-undang, memiliki hak untuk memperoleh layanan seefektif-efisien mungkin untuk kesehatannya agar terhindarkan dari potensi kerugian fisik, emosional, dan materi. Mereka juga memiliki haknya dalam menentukan dokter dan tingkat perawatan kesehatan misalnya perawatan di rumah sakit sesuai dengan preferensi mereka, namun harus tetap mematuhi aturan yang berlaku. Di sisi lain, selain mendapatkan perlindungan atas hak-hak mereka, pasien juga memiliki tanggung jawab yang harus dipatuhi selama mereka menerima perawatan di fasilitas kesehatan. Contohnya, pasien wajib membuka informasi akurat dan sejujurnya mengenai permasalahan kesehatan mereka, mengikuti arahan yang diberikan oleh dokter, patuhi peraturan yang ada di tempat pelayanan kesehatan yang mereka datangi, dan membayar kompensasi yang sesuai untuk layanan yang mereka terima.

Konsultasi medis melalui platform daring di Indonesia memberikan dampak yang baik dan buruk. Keuntungannya termasuk memungkinkan pasien dengan cepat bisa berkonsultasi dengan dokter yang tepat mengenai masalah kesehatan mereka, baik itu dokter umum maupun spesialis, serta memberi mereka kesempatan untuk mendapatkan pendapat kedua (Karakoro R, 2018).

Pemanfaatan informasi kesehatan dari internet dalam konteks layanan kesehatan terus mengalami pertumbuhan pesat dan dapat dianggap sebagai perubahan besar dalam pengalaman pasien. Pasien melakukan serangkaian tindakan rutin dalam menggunakan internet, seperti (1) menentukan metode pengobatan penyakit, (2) mencari informasi baru atau meminta pendapat dokter lain, (3) membuat keputusan apakah perlu berkonsultasi dengan dokter, dan (4) mencari langkah-langkah perawatan mandiri. Hal ini menciptakan model konsumeris dalam hubungan dokter dan pasiennya, yang dapat menyebabkan peningkatan efisiensi dalam berkomunikasi. Dokter seringkali dihadapkan dengan pertanyaan-pertanyaan dari pasien yang berhubungan dengan informasi yang mereka temukan di internet, terutama saat pasien mempertimbangkan konsultasi medis. Beberapa pasien mungkin merasa perlu untuk melakukan penelitian yang cermat sebelum mengunjungi dokter karena mereka merasa lebih percaya diri dalam mengelola kondisi kesehatan mereka. Walaupun demikian, dokter yang biasanya berperan otoriter atau terbiasa dengan pasien yang mengikuti petunjuknya mungkin mengalami kesulitan dalam beradaptasi dengan model konsumeris ini. Pasien yang memiliki

pemahaman yang baik mengenai informasi kesehatan mungkin dianggap sebagai tantangan terhadap peran medis yang bersifat "tradisional."

Sejalan dengan prinsip-prinsip tersebut, hubungan yang terjalin pasien dan dokternya di dalam kaitannya dengan hukum perdata berasal dari interaksi antara individu hukum, yakni dokter atau profesional kesehatan yang memberikan layanan kesehatan dalam rangka transaksi terapeutik atau dalam konteks kesepakatan penyembuhan yang bertujuan penentuan terapi atau tindakan medis yang sesuai demi kepentingan pasien oleh dokternya. Hal transaksi terapeutik ini menggambarkan hubungan hukum yang mengikat yang bersifat sebagai *inspanningsverbintenis*, di mana seorang dokter berkomitmen secara maksimal untuk berupaya menyembuhkan penderita. Hal ini perlu ditekankan bahwa hubungan hukum ini bukan suatu bentuk ikatan yang mengharuskan salah satu pihak mencapai hasil konkret yang bisa diukur secara nyata, sehingga tidak bersifat sebagai *resultaatsverbintenis* semata. Selain itu, dalam kaitannya antara dokter dan individu yang mencari konsultasi atau pengobatan, terdapat sebuah perjanjian yang ditujukan untuk melaksanakan beragam layanan.

11.2 Hak Pasien

Pasien dalam Undang-Undang Praktik Kedokteran diatur Haknya untuk melakukan penolakan terhadap tindakan medis. Namun, hak ini tidak berlaku dalam kasus penyakit menular yang dapat membahayakan masyarakat secara luas, pasien yang tidak sadar, dan individu dengan gangguan mental berat (Herisasono, 2023).

Jika seorang pasien menggunakan haknya untuk menolak suatu tindakan medis setelah menerima informasi yang memadai, maka pasien akan bertanggung jawab atas semua konsekuensi dari penolakan tersebut. Dalam kasus penolakan, pasien secara hukum melepaskan haknya terhadap dokter. Sementara itu, dari sudut pandang hukum, jika dokter telah memenuhi kewajibannya dan tindakan medis telah dijalankan, maka dokter akan terbebas dari konsekuensi hukum apa pun yang mungkin timbul ketika terjadi penolakan, dalam konteks hukum pidana maupun hukum perdata.

Perselisihan yang melibatkan pasien dan tenaga kesehatan atau pihak rumah sakit sering menjadi fokus utama dalam liputan media massa. Sayangnya,

tidak semua peliputan semacam itu memberikan manfaat yang jelas bagi masyarakat, bahkan seringkali berdampak negatif. Misalnya, ketika media melaporkan kasus malpraktik, hal ini dapat mengikis kepercayaan masyarakat pada profesi medis dan penyedia layanan jasa kesehatan. Orang yang berobat mempunyai pemahaman yang memadai untuk mengambil keputusan tentang kesehatan mereka sendiri, terutama pasien dewasa yang berkapasitas dalam membuat penentuan keputusan secara sadar, yang berarti bahwa mereka adalah pasien dewasa yang kompeten.

Pasien yang dianggap kompeten sesuai dengan PERMENKES RI tahun 2008 adalah pasien dewasa yang sadar, secara fisik, mampu melakukan komunikasi secara baik, tidak ada retardasi mental, dan bisa dengan independen membuat keputusan (Herisasono, 2023).

Dilihat dari tingkat kompetensinya, pasien diberikan hak penuh oleh hukum untuk mengambil keputusan terkait pelayanan medis atas dirinya, bahkan jika keputusan tersebut diambil saat pasien dalam kondisi mengalami sakit. Kehendak keputusan medis pasien yang mungkin dianggap tidak bijaksana, kurang arif, atau bersifat parsial, tidak menjadi hambatan bagi pasien untuk menyampaikan keputusan medis tersebut. Ini dikarenakan oleh kenyataan bahwa keputusan medis telah menjadi hak prerogatif individu pasien yang memiliki kompetensi (Pujiyono, 2017).

Standar profesi kedokteran dalam Undang-Undang jelas diterangkan batasan pengetahuan, keterampilan, dan sikap profesional minimal yang harus dimiliki oleh individu agar dapat menjalankan praktik profesional secara mandiri di masyarakat, sesuai dengan pedoman yang ditetapkan oleh organisasi profesi.

Selama standar operasional prosedur tindakan medis mencakup memberikan informasi yang sejelas-jelasnya kepada pasien, kecuali jika dokter berpendapat informasi itu bisa berpotensi kerugian bagi kesehatan pasien. Bagaimanapun, apabila setelah menerima penjelasan yang memadai sesuai standar operasional prosedur, pasien memilih untuk menolak tindakan medis, maka langkah selanjutnya adalah memberikan tanda tangan pada surat penolakan sebagai upaya menghormati hak asasi pasien yang harus dijunjung tinggi. Penolakan tindakan medis oleh pasien adalah hak dasar pasien sebagai subjek hukum yang perlu dihormati (Guwandi, 2006).

Pada dasarnya, hak pasien dalam penolakan tindakan medis memang mencerminkan suatu hak dasar dalam memperoleh layanan kesehatan (hak pasien untuk perawatan kesehatannya) dan hak untuk mengatur nasib sendiri

(hak untuk membuat keputusan sendiri) dan keduanya adalah hak pasien dalam konteks kesehatan yang wajib diakui dan dihormati.

Tanggung jawab harus berdasarkan pada dasar yang memberikan hak hukum bagi seseorang untuk menuntut orang lain, sekaligus menimbulkan kewajiban hukum bagi orang lain untuk memberikan pertanggungjawabannya. Dalam konteks hubungan hukum, selalu ada hak dan kewajiban yang berkaitan; hak dokter menjadi kewajiban pasien, dan hak pasien menjadi kewajiban dokter. Ini menempatkan kedudukan dokter-pasien pada tingkat yang sama dan setara. Hubungan dokter dan pasien adalah hubungan yang berkaitan dengan penyediaan pelayanan kesehatan. Perjanjian Terapeutik memiliki karakteristik yang khusus yang membedakannya dari perjanjian konvensional, karena dalam transaksi terapeutik, obyeknya tidak hanya mencakup penyembuhan pasien, melainkan juga upaya yang sesuai dengan kesembuhan pasien. Perjanjian antara dokter dan pasien termasuk dalam kategori perjanjian yang berfokus pada upaya (*Inspanings verbinten*). Dari perspektif hukum perdata, *informed consent* adalah syarat mutlak terjadinya perjanjian terapeutik. Dalam konteks ini, persetujuan harus diberikan dengan kehendak bebas, tanpa unsur paksaan atau tipuan. Selain itu, dalam Pasal 1321 pada KUH Perdata menyatakan bahwa persetujuan dikatakan tidak sah jika diberikan karena salah pemahaman, paksaan, ataupun tipuan.

Dalam konteks transaksi terapeutik, terdapat kesepakatan antara dua entitas hukum, yakni dokter dan pasien, yang menghasilkan hak dan kewajiban bagi keduanya. Transaksi terapeutik adalah bentuk perjanjian antara dokter dan pasien dalam rangka pengobatan penyakit. Pihak tenaga kesehatan memiliki tugas untuk memberikan penjelasan yang komprehensif kepada pasien mengenai penyakit, pilihan tindakan medis, estimasi hasil, dan aspek lainnya. Pasien dewasa yang memiliki kapasitas kompeten berhak mengambil keputusan medis setelah menerima informasi medis dari dokter atau tenaga kesehatan. Keputusan pasien yang menolak tindakan medis dianggap sebagai keputusan hukum dalam kerangka transaksi terapeutik. Penolakan tindakan medis oleh pasien dewasa yang memiliki kapasitas kompeten harus dicatat secara tertulis sebagai bukti penolakan. Penolakan tersebut dianggap sebagai penutup dari transaksi terapeutik, dan dengan berakhirnya transaksi tersebut, dokter tidak lagi bertanggung jawab atas pasien dewasa yang kompeten dan situasinya. Oleh karena itu, penolakan tindakan medis oleh pasien dewasa yang kompeten dipersepsikan sebagai keputusan hukum yang mengakhiri transaksi terapeutik.

11.3 Gugatan Medis

Gugatan, pada satu sisi, adalah penggunaan hak individu melalui jalur peradilan untuk memaksa pihak lain untuk memenuhi kewajiban yang belum dipenuhi kepada individu tersebut. Di sisi lain, gugatan adalah alat untuk mencari keadilan dan mencapai keseimbangan antara hak dan kewajiban yang telah diikatkan. Oleh karena itu, pada dasarnya gugatan bukanlah hal yang diinginkan oleh pihak-pihak terlibat, meskipun mungkin diperlukan dalam situasi tertentu. Gugatan berperan sebagai saluran hukum bagi individu yang merasa bahwa hak-hak mereka diabaikan oleh pihak lain (Ujiyanto, 2020).

Hubungan hukum antara pihak-pihak terlibat menjadi dasar bagi gugatan perdata, bahkan jika pada awalnya tidak ada konflik yang muncul di antara mereka. Dari segi psikologis, pihak-pihak yang memiliki hubungan hukum cenderung awalnya merasa senang dan penuh dengan rasa persaudaraan, karena biasanya ada kecenderungan manusiawi untuk saling membantu. Dalam berbagai bidang, perjanjian muncul karena adanya kebutuhan antara satu pihak dan pihak lain, yang dalam terminologi ekonomi disebut sebagai supply dan demand. Prinsip-prinsip perjanjian muncul karena adanya ketergantungan alami antara individu, baik dalam hal jasa maupun barang. Ini juga berlaku dalam situasi ketika dokter dan pasien berinteraksi, sebuah hubungan yang umum dan sering dihadapi dalam kehidupan sehari-hari (Hutomo, 2020).

Selama semua pihak mematuhi kewajiban mereka dengan wajar, tidak ada ancaman hukum yang ada di antara mereka. Selain untuk melindungi masyarakat atau pihak yang menggunakan layanan kesehatan, regulasi memiliki peran dalam menetapkan aturan yang jelas bagi penyedia layanan kesehatan (Healthcare). Peraturan yang kuat terkait dengan rekam medis sangat penting untuk fasilitas kesehatan di Indonesia, dan akan memiliki dampak signifikan pada berbagai aspek bisnis kesehatan, termasuk asuransi, farmasi, rumah sakit, radiologi, dan sektor lainnya (Hutomo, 2020).

Ketika kita melihat kondisi konsumen di Indonesia saat ini, sepertinya konsumen masih berada dalam posisi yang relatif lemah jika dibandingkan dengan produsen. Oleh karena itu, penting untuk memberdayakan konsumen agar mereka tidak terus-menerus menjadi pihak yang merugi. Pemberdayaan konsumen dapat dicapai dengan menerapkan regulasi perlindungan konsumen yang memadai, yang berlaku pada tiga tahap transaksi konsumen: sebelum

pembelian, saat pembelian, dan setelah pembelian. Walaupun pemberdayaan konsumen bukan tugas yang sederhana, hal ini perlu diperjuangkan agar kondisi konsumen tidak semakin merosot, bahkan berupaya mencapai keseimbangan dengan posisi produsen yang selama ini lebih dominan daripada konsumen. Mengingat hubungan yang saling terkait antara keduanya, sebenarnya konsumen memiliki potensi untuk mencapai posisi yang setara dengan produsen, karena perkembangan produsen sangat bergantung pada dukungan konsumen. Terutama jika konsumen bersatu untuk meningkatkan posisinya hingga mampu bersaing bahkan mengungguli produsen.

Dalam domain hukum kesehatan, hubungan antara dokter dan pasien terbentuk dalam bentuk perjanjian terapeutik atau ikatan transaksi. Setiap pihak, baik yang memberikan layanan medis (penyedia medis) maupun yang menerima layanan medis (penerima medis), memiliki hak dan kewajiban yang harus dihormati. Dalam kerangka ikatan ini, muncul permasalahan terkait Persetujuan Tindakan Medis. Artinya, di satu sisi, dokter (tim dokter) memiliki tanggung jawab untuk melakukan diagnosis, pengobatan, dan tindakan medis yang paling sesuai berdasarkan penilaian profesional dan pertimbangannya. Namun, di sisi lain, pasien atau keluarga pasien memiliki hak untuk menentukan jenis pengobatan atau tindakan medis yang akan diterapkan pada pasien.

Gugatan berdasarkan pelanggaran kontrak atau wanprestasi bisa diajukan oleh pasien yang mengalami kerugian jika tenaga kesehatan telah berkomitmen untuk melaksanakan atau tidak melakukan layanan kesehatan tertentu, namun ternyata melanggar komitmen tersebut, bahkan ketika pasien tidak memaksa mereka untuk melakukannya.

11.4 Aspek Psikososial dalam Pengambilan Keputusan Medis

Perkembangan perilaku psikososial beragam, tetapi tampaknya terdapat kesamaan dalam cara orang mengekspresikan gangguan ketidakseimbangan. Ada beberapa tanda ekspresi yang dapat diamati, seperti rentan tersinggung, kesulitan dalam empati atau memahami perasaan orang lain, keinginan untuk menjaga jarak dari keluarga atau teman, lebih memilih kesendirian, perilaku

yang cenderung menunjukkan perlawanan, sikap yang sangat kritis terhadap orang lain, tidak ingin melaksanakan tugas, dan tampak sangat tidak puas dengan diri mereka sendiri. Kondisi psikososial yang dialami oleh pasien disebabkan oleh berbagai faktor, termasuk kemampuan dalam mengatasi masalah (koping), tingkat dukungan yang diterima dari lingkungan masyarakat dan dukungan keuangan, serta hubungan satu sama lain (Suryani, 2016).

Dukungan sosial juga memiliki dampak yang berarti pada individu yang menjalani terapi. Dukungan sosial merujuk pada bantuan yang dirasakan oleh seseorang yang dapat meningkatkan perasaan kenyamanan, rasa percaya diri, semangat, serta kesehatan mental melalui interaksi dengan orang lain (Nurhayati, 2016). Sumber utama dukungan sosial ini berasal dari keluarga, pasangan, teman-teman, dan rekan kerja. Dukungan tersebut mampu mengurangi tingkat kecemasan, gangguan umum, somatisasi, dan depresi. Berbagai jenis dukungan, termasuk dukungan emosional, penghargaan, dukungan praktis, informasi, dan jaringan sosial, dapat memberikan manfaat dalam hal ini (Utami, 2017).

Efek psikososial, seperti yang diungkapkan oleh Jong (2011), mencakup masalah emosional yang berkaitan dengan penyakit, seperti perasaan cepat bosan, kurangnya motivasi individu, hingga adanya gangguan kejiwaan seperti depresi. Selain itu, dampak psikososial mencakup stigmatisasi dalam masyarakat, rasa takut terhadap penyakit yang tidak dapat disembuhkan, perasaan terisolasi, kurangnya rasa percaya terhadap diri sendiri, dan masalah ekonomi. Bagi individu yang mengalami gangguan jiwa seperti depresi dan merasa putus asa terhadap penyakit mereka, mereka mungkin enggan untuk mengikuti pengobatan, yang berpotensi menghambat proses penyembuhan dan dapat menyebabkan penularan penyakit kepada orang lain di sekitarnya.

Psikoedukasi merujuk pada pendidikan kesehatan yang diberikan kepada pasien, baik yang mengalami masalah kesehatan fisik maupun gangguan mental, dengan tujuan mengatasi masalah psikologis yang mereka alami. Masalah kesehatan fisik bisa mencakup penyakit seperti hipertensi, kanker, penyakit kulit, tuberkulosis, dan sebagainya. (Yusi, 2018). Sementara gangguan mental bisa mencakup depresi, kecemasan, dan skizofrenia. Terapi psikoedukasi dapat dilakukan dalam bentuk pasif, seperti memberikan informasi melalui pamflet, email, atau situs web, dan juga dalam bentuk aktif, seperti konseling atau penyuluhan kesehatan secara individu atau dalam kelompok. Hasil tinjauan sistematik terhadap 9010 abstrak penelitian dari Cochrane, PsycInfo, dan PubMed yang dilakukan oleh Donker et al. (2009) di

Belanda menunjukkan bahwa psikoedukasi pasif, seperti pemberian pamflet kepada individu yang mengalami depresi dan distress psikologis, dapat secara signifikan mengurangi gejala tersebut. Penelitian lain yang menggunakan metode randomized multicenter oleh Bauml et al. (2006) di Jerman, yang menguji efek psikoedukasi pada individu dengan skizofrenia dan keluarganya, menunjukkan bahwa terapi psikoedukasi dapat mengurangi tingkat rawat inap dari 58% menjadi 41%.

Terapi psikoedukasi dapat menggabungkan pendekatan psikoedukasi aktif dan pasif. Penggabungan kedua jenis pendekatan ini didasarkan pada penemuan sebelumnya oleh Moulton et al. (2004), yang menyatakan bahwa informasi kesehatan yang disampaikan kepada pasien cenderung terlupakan dalam beberapa menit setelah pasien menerimanya. Oleh karena itu, diberikan booklet agar pasien dapat mengulang kembali di rumah apa yang telah dibahas dengan dokter atau perawat sebelumnya.

Penelitian yang dilaksanakan oleh Suryani dan Widiyanti menyimpulkan bahwa pasien TB yang termasuk dalam kelompok intervensi pertama kali menerima sesi konseling yang membahas aspek psikososial yang mereka alami. Kemudian, mereka diberikan booklet berisi panduan yang membahas cara mengatasi permasalahan psikososial yang sering dihadapi oleh pasien TB. Hasil menunjukkan bahwa kombinasi dari dua pendekatan psikoedukasi, baik yang bersifat pasif maupun aktif, terbukti sangat berhasil dalam mengatasi masalah psikososial yang sering dialami oleh pasien TB. Temuan ini dikuatkan oleh perbedaan yang signifikan dalam tingkat depresi, kecemasan, dan stres antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol (Suryani, 2016).

11.5 Aspek Budaya dalam Pengambilan Keputusan Medis.

Pendapat masyarakat sebagai konsumen terhadap jenis pengobatan memiliki variasi yang beragam. Pengetahuan, persepsi, atau pengalaman individu terhadap jenis pengobatan memiliki dampak pada preferensi mereka dalam memilih pengobatan, baik itu herbal atau medis (Marwati, 2018).

Ada tiga alasan utama mengapa seseorang memilih jenis pengobatan tertentu:

1. Pengaruh Budaya dan Kebiasaan. Cara penyembuhan yang dipilih oleh individu dapat sangat dipengaruhi oleh faktor budaya atau kebiasaan mereka. Sebagai contoh, jika sebuah keluarga tidak terbiasa menggunakan pengobatan herbal untuk mengatasi masalah kesehatan, maka anggota keluarganya kemungkinan besar akan mengikuti kebiasaan tersebut. Jika pengobatan medis yang digunakan secara konsisten memberikan hasil positif, kecenderungan untuk terus memilih pengobatan medis akan semakin kuat. Faktor ini sering kali dapat dikategorikan sebagai faktor budaya atau kebiasaan.
2. Persepsi tentang Waktu Penyembuhan. Terdapat pandangan umum di masyarakat bahwa pengobatan herbal memerlukan waktu lebih lama untuk mencapai kesembuhan. Bagi sebagian orang, penggunaan herbal dianggap lebih sebagai langkah pencegahan penyakit atau perawatan setelah sakit. Oleh karena itu, ketika seseorang mengalami penyakit yang dirasakan dengan jelas, produk herbal sering kali dianggap kurang dapat diandalkan. Keberhasilan penyembuhan melalui pengobatan herbal sering kali dianggap tidak sekuat pengobatan medis, yang telah didukung oleh berbagai penelitian ilmiah selama bertahun-tahun. Faktor ini dapat dikaitkan dengan persepsi.
3. Tingkat Kepercayaan Keyakinan individu yang menjalani pengobatan dapat memengaruhi keberhasilan pengobatan tersebut. Pengobatan herbal sering dianggap berhasil ketika pasien memiliki keyakinan kuat akan kesembuhan melalui pengobatan herbal. Sebaliknya, bagi individu yang kurang percaya pada khasiat pengobatan herbal, mencapai kesembuhan melalui pengobatan herbal menjadi lebih sulit. Tingkat kepercayaan ini sering dihubungkan dengan tingkat keberhasilan pengobatan.

Faktor budaya, persepsi, dan kepercayaan adalah komponen karakteristik pasien yang memengaruhi keputusan medis yang mereka ambil.

Daftar Pustaka

- Abisheva, K., K. Nagimzhanova, R. Aykenova, A. Kapanova, Z. Koldasbayeva, and A. Kanapyanova. (2019). "Cross-Cultural Competence of Communicators as a Way to Create a Positive Eco-Informational Environment." *Space and Culture, India* 7(2). doi: 10.20896/saci.v7i2.460.
- ADAA (2014) Body Dysmorphic Disorder (BDD). Available at: <https://adaa.org/understanding-anxiety/body-dysmorphic-disorder> (Accessed: 9 October 2023).
- Adventus, M., Jaya, I. M. M., & Mahendra, N. D. (2019) 'Buku Ajar Promosi Kesehatan.' Jakarta: Universitas Kristen Indonesia Jakarta.
- Aguilar Guzmán, O. et al. (2018) 'Madeleine Leininger: un análisis de sus fundamentos teóricos', *Enfermería Universitaria*, 4(2), pp. 26–30. Available at: <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2007.2.457>.
- Akova, S. (2016). "Intercultural Communication and Cultural Awareness Creation: From Local to Global Municipal Dialogue, Istanbul Maltepe Municipality Sample." *Journal of Academic Social Research* 4:26:416–28.
- Al Jarrah, H. .. (2019). "Six Thinking Hats: An Analysis of the Skill Level of Jordanian Vocational Education Teachers and the Extent of Skill Application." *Space and Culture, India* 7(1). doi: 10.20896/saci.v7i1.470.
- APA (2013) 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders', in. American Psychiatric Association, Arlington.
- Aprilia Rohman A., Ginanjar Y., Permana I., Wahyudin A. (2023). 'Pendekatan Transkultural Nursing Terhadap Persepsi Masyarakat Tentang Perawatan Paliatif di Kampung Adat Kuta Kecamatan Tambaksari', *Jurnal*

- Keperawatan Galuh, 5(1), pp. 13–16. Available at: <https://jurnal.unigal.ac.id/index.php/JKG/13>.
- Ariani, Tutu April. (2018). *Komunikasi Keperawatan: Komunikasi*. Vol. 1. UMM Press.
- Arnold, Elizabeth C. (2013). “Intercultural Communication.” *Interpersonal Relationships-E-Book: Professional Communication Skills for Nurses* 197.
- Aslamiyah, S. (2021). Dampak Covid-19 Terhadap Perubahan Psikologis, Sosial Dan Ekonomi Pasien Covid-19 Di Kelurahan Dendang, Langkat, Sumatera Utara. *Jurnal Riset Dan Pengabdian Masyarakat*, 1(1), 56-69.
- Asmadi (2018) *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Banks, J. A. (2015). *Cultural Diversity and Education: Foundations, Curriculum, and Teaching*. Routledge.
- Barley, E. and Lawson, V. (2016) ‘patients: theories of behaviour change’, (August).
- Bauce, K., Kridli, S.A.-O. and Fitzpatrick, J.J. (2014) ‘Cultural Competence and Psychological Empowerment Among Acute Care Nurses’, *Online Journal of Cultural Competence in Nursing and Healthcare*, 4(2), pp. 27–38. Available at: <https://doi.org/10.9730/ojccnh.org/v4n2a3>.
- Bauml, J., et al. 2006. *Psychoeducation: A Basic Psychotherapeutic Intervention for Patients With Schizophrenia and Their Families*. <https://doi.org/10.1093%2Fschbul%2Fsbl017>
- Bayik, T. A. (2011). “Globalization and Internationalization in Nursing Education.” *Deuhyo Ed* 4(3):144–50.
- Bayik, T. (2008) ‘Intercultural (multicultural) nursing education’, *Atatürk University Nursing School Journal*, 11(2), pp. 92–101.
- Boyatzis, R. E. (2012). *Primal Leadership: Realizing the Power of Emotional Intelligence*. <https://www.researchgate.net/publication/230854764>
- Browne, A. (1993), “A conceptual clarification of respect”, *Journal of Advanced Nursing*, Wiley Online Library, Vol. 18 No. 2, pp. 211–217.
- Burgos-Ayala, Aracely, Amanda Jiménez-Aceituno, and Daniel Rozas-Vásquez. (2022). “Lessons Learned and Challenges for Environmental

- Management in Colombia: The Role of Communication, Education and Participation Strategies.” *Journal for Nature Conservation* 70:126281. doi: 10.1016/j.jnc.2022.126281.
- Busthomi, I., (2021), ‘Strategi Interkultural dan Kebutuhan Pelatihan Kompetensi Komunikasi Antar Budaya Bagi Ekspatriat Untuk Pengembangan Sumber Daya Manusia’, *Jejaring Administrasi Publik*, 13(2).
- Cai, D., Kunaviktikul, W., Klunklin, A., Sripusanapan, A. and Avant, P.K. (2017), “Identifying the essential components of cultural competence in a Chinese nursing context: A qualitative study”, *Nursing & Health Sciences*, Wiley Online Library, Vol. 19 No. 2, pp. 157–162.
- Campinha-Bacote, J. (2002) ‘The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care’, *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), pp. 181–4.
- Capell, J., Veenstra, G. and Dean, E. (2007), “Cultural competence in healthcare: critical analysis of the construct, its assessment and implications.”, *Journal of Theory Construction & Testing*, Vol. 11 No. 1.
- Caresearch (2022) Psychosocial care. Available at: [https://www.caresearch.com.au/tabid/7467/Default.aspx#:~:text=What it is,and interacts with their environment.](https://www.caresearch.com.au/tabid/7467/Default.aspx#:~:text=What%20it%20is,and%20interacts%20with%20their%20environment.) (Accessed: 22 October 2023).
- Carey, M. (2015), “The limits of cultural competence: an indigenous studies perspective”, *Higher Education Research & Development*, Taylor & Francis, Vol. 34 No. 5, pp. 828–840.
- Chen, C.S. et al. (2017) ‘Nurses’ perceptions of psychosocial care and barriers to its provision: A Qualitative Study’, *Journal of Nursing Research*, 25(6), pp. 411–418. Available at: <https://doi.org/10.1097/JNR.000000000000185>.
- Chi, Ruobing, Hongling Zhang, and Steve Kulich. (2022). “A Collaborative Autoethnography of Developing a ‘Cultural Stories’ Exercise for Intercultural Teaching in China.” *Language and Intercultural Communication* 22(5):519–33. doi: 10.1080/14708477.2022.2112207.
- Chiumento, A., Rahman, A., Frith, L., Snider, L., & Tol, W. A. (2017). Ethical standards for mental health and psychosocial support research in

- emergencies: review of literature and current debates. *Globalization and health*, 13, 1-19.
- Cooper, F. (2012). *Professional boundaries in social work and social care: A practical guide to understanding, maintaining and managing your professional boundaries*. Jessica Kingsley Publishers
- Crosbie, Veronica. (2018). "Intercultural Dialogue in Practice: BlueFire's Community Integration Activities Viewed Through a Participatory Action Research Capability Lens." *Journal of Human Development and Capabilities* 19(2):198–215. doi: 10.1080/19452829.2018.1445704.
- David J. Leiberman. (2010). *Get Anyone to Do Anything* (Supriyanto Abdullah., Ed.; 1st ed., Vol. 1). Ikon Teralitera.
- Değer, V.B. (2018) 'Transcultural Nursing', IntechOpen [Preprint]. Available at: <https://cdn.intechopen.com/pdfs/61494.pdf>.
- DeLaune, S. . and Ladner, P. . (2011) *Fundamentals of Nursing Standards and Pracice* (4th Ed). Fouth Edit. USA: Delmar Cengage Learning.
- Devito, J. (1997). *Komunikasi Antar Manusia*. Jakarta: Profesional Books.
- Dewi, Y.L. & Zuroida, A., (2022), 'MODEL KOMUNIKASI ANTAR BUDAYA ETNIK MADURA DAN ETNIK MELAYU', *Prosiding Seminar Nasional & Call for Paper 'Peran Perempuan Sebagai Pahlawan di Era Pandemi' PSGESI LPPM UWP*, 9(01).
- Domenig, D. (2004) 'Transcultural change: A challenge for the Public Health system', *Applied Nursing Research*, 17(3), pp. 213–216. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.apnr.2004.07.001>.
- Donker, T., et al. (2009). Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. *BMC Medicine*, 7(1), 79. Available at: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/7/79>
- Douglas, M. K., Rosenkoetter, M., Pacquiao, D. F., Callister, L. C., Hattar-Pollara, M., Lauderdale, J., & Purnell, L. (2014). 'Guidelines For Implementing Culturally Competent Nursing Care', *Journal of Transcultural Nursing*, 25(2), 109-121.
- Dr. Irwan. S. KM, M. K. (2020) *Etika dan Perilaku Kesehatan*. Yogyakarta: Absolute Media.

- Dudas, K.I. (2012), "Cultural competence: An evolutionary concept analysis", *Nursing Education Perspectives*, LWW, Vol. 33 No. 5, pp. 317–321.
- Duffy, M.E. (2002) 'A critique of cultural education in nursing', *Journal of Advanced Nursing*, 36(4), pp. 487–495. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.02000.x>.
- Effendi, O. U. (1985). *Ilmu komunikasi : teori dan praktek / Onong Uchjana Effendi* (2nd ed.). Bandung : Remaja karya, 1985.
- Flowers, D.L. (2004) 'Culturally competent nursing care: a challenge for the 21st century', *Critical Care Nurse*, 24(4), pp. 48–52.
- Foronda, C.L. (2008), "A concept analysis of cultural sensitivity", *Journal of Transcultural Nursing*, Sage Publications Sage CA: Los Angeles, CA, Vol. 19 No. 3, pp. 207–212.
- Giger, J.N. and Davidhizar, R. (2002) 'The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model', *Journal of Transcultural Nursing*, 3(3), pp. 185–8. Available at: <https://doi.org/10.1177/10459602013003004>.
- González, D.L. (2006) 'Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural', *Gaceta de Antropología*, 22(32).
- Guidry, J.J. (2000), "Cultural sensitivity: BaFa BaFa cross-cultural simulation exercise and its implications for rural health professionals", *Texas Journal of Rural Health*, Vol. 18 No. 4, pp. 16–21.
- Gustafson, D.L. (2005) 'Transcultural nursing theory from a critical cultural perspective', *Advances in Nursing Science*, 28(1), pp. 2–16. Available at: <https://doi.org/10.1097/00012272-200501000-00002>.
- Guwandi, J. (2006). *Informed Consent & Informed Refusal*. 4 th edition. FKUI, Jakarta.
- Halliday, Michael A. K. (1987). "Spoken and Written Modes of Meaning." Pp. 55–82 in *Comprehending oral and written language*. Brill.
- Hawari, D. (2013) *Manajemen Stres, Cemas, dan Depresi*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Heather, H. T. and Kamitsuru, S. (2014) *Nursing diagnoses: definitions & classification 2015-2017*. oxford: Wiley Blackwell.

- Herisasono, A., Herawati, L. (2023) Penolakan Keputusan Medis Pasien Dewasa Kompeten. *Journal Evidence Of Law*. 2(1). 75-79.
- Hershovich, Daniel, Stella Frank, Heather Lent, Miryam de Lhoneux, Mostafa Abdou, Stephanie Brandl, Emanuele Bugliarello, Laura Cabello Piqueras, Ilias Chalkidis, Ruixiang Cui, and others. (2022). "Challenges and Strategies in Cross-Cultural NLP." *ArXiv Preprint ArXiv:2203.10020*.
- Hidayah, N. (2021). Dampak Psikologis Pasien Pasca COVID-19 Di Medan Sunggal (Doctoral Dissertation, Universitas Sumatera Utara).
- Higginbottom, G.M.A. (2000) 'Heart health-associated health beliefs and behaviours of adolescents of African and African Caribbean descent in two cities in the United Kingdom', *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), pp. 1234–1242. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01594>.
- Hotun, Ş.N., Onat, B.G. and Avcı, D. (2009) 'Responsive approach to cultures: Transcultural nursing', *Journal of Nursing Education and Research*, 6(1), pp. 2–7.
- Hutomo, M., Kurniawan., Suhartana, L. (2020). Perlindungan Hukum Terhadap Pasien Pengguna Jasa Layanan Kesehatan Online. *Jurnal Education and Development*. 8(3). 967-975.
- Idi Subandy ibrahim. (2014). *simarnya komunikasi empatik : Krisis budaya komunikasi dalam masyarakat kontemporer (Idi Subandy Ibrahim, Ed.)*. Bandung Pustaka Bani Quraisy .
- Ishanan, I. & Ardiansyah, A., (2022), 'Pola Komunikasi Etnis Arab dengan Masyarakat Pribumi di Kota Tua Ampenan', *Al-I'lam: Jurnal Komunikasi dan Penyiaran Islam*, 6(1).
- İz, B. and Bayık, T.A. (2009) 'Cultural competence in nursing', *Family and Society*, 5(17), pp. 51–58.
- Jandt, Fred E. (2017). *An Introduction to Intercultural Communication: Identities in a Global Community*. Sage Publications.
- Jannah, R. J., Jatimi, A., Azizah, M. J., Munir, Z., & Rahman, H. F. (2020). Kecemasan Pasien Covid-19: A Systematic Review. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*, 11(2), 33-37.

- Jarvis, M. (2019) *Teori-Teori Psikologi: Pendekatan Modern Untuk Memahami Perilaku, Perasaan, dan Pikiran Manusia*. Bandung: Nusa Media.
- Jeffreys, M.R. (2000) 'Development and Psychometric Evaluation of the Transcultural Self-Efficacy Tool: A Synthesis of Findings', *Journal of Transcultural Nursing*, 11(2), pp. 127–136. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/104365960001100207>.
- Jefriyanto, J., Mayasari, M., Lubis, F.O. & Kusrin, K., (2020), 'Culture Shock dalam Komunikasi Lintas Budaya pada Mahasiswa', *Jurnal Politikom Indonesiana*, 5(1).
- Jong, K. (2011). *Psychosocial and mental health interventions in areas of massive violence*. Edisi 2. Medecins san frontier. Amsterdam: Rozenberg Publishing Services.
- Karakuş, Z., Babadağ, B. and Abay, H. (2013) 'Nurses ' Views Related to Transcultural Nursing in Turkey', *International Journal of Caring Sciences*, 6(2), pp. 201–207.
- Karokaro, R., Pasaribu, D. (2018). *Aspek Hukum Konsultasi Dokter Melalui Media Online Di Indonesia*. Tadulako Master Law Journal. 1(1).
- Keliat, B. A. et al. (2019) *Asuhan Keperawatan Jiwa*. 1st edn. Jakarta: EGC.
- Keliat, B. A., Wiyono, akemat parwiro and Susanti, H. (2015) *manajemen kasus gangguan jiwa CMHN (Intermediate Course)*. JAKARTA: EGC.
- Kemenppa. (2020). *Buku panduan dukungan psikososial bagi anak korban bencana alam*. Diakses melalui <https://www.kemenpppa.go.id/lib/uploads/list/cd4df-buku-dukungan-psikososial.pdf>.
- Kenny, A. and Allenby, A. (2013) 'Barriers to nurses providing psychosocial care in the Australian rural context', *Nurs Health Sci*, 15(2), pp. 194–200. Available at: <https://doi.org/10.1111/nhs.12014>.
- Kim-Godwin, Y.S., Clarke, P.N. and Barton, L. (2001), "A model for the delivery of culturally competent community care", *Journal of Advanced Nursing*, Wiley Online Library, Vol. 35 No. 6, pp. 918–925.
- KS, W. (2014) *Psikologi Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Medika.
- Kurpad, S. S. (2018). *Ethics in psychosocial interventions*. *Indian Journal of Psychiatry*, 60(Suppl 4), S571. doi: 10.4103/psychiatry

- Kusumawardani, V., Agustin, D.A.C. & ..., (2023), 'INTRODUCTION TO CULTURAL LITERACY AND CONFLICT PREVENTION IN INDONESIA: PENGENALAN LITERASI BUDAYA DAN PENCEGAHAN KONFLIK DI ...', KHIDMATUNA
- Lacay, S. (2013) Breaking Boundaries with empathy: How ThebTherapeutic Alliance Can Defy Client/ Worker Differences. The Social Work Careers Magazine. Diambil dari https://www.socialworker.com/feature-articles/practice/Breaking_Boundaries_With_Empathy%3A_How_the_Therapeutic_Alliance_Can_Defy_Client-Worker_Differences/ . diakses 24 Oktober 2022 pukul 16:00
- Larsen, R., Mangrio, E. and Persson, K. (2021), "Interpersonal communication in transcultural nursing care in India: A descriptive qualitative study", *Journal of Transcultural Nursing*, Sage Publications Sage CA: Los Angeles, CA, Vol. 32 No. 4, pp. 310–317.
- Legg, M.J. (2011) 'What is psychosocial care and how can nurses better provide it to adult oncology patients', *Australian Journal of Advanced Nursing*, 28(3), pp. 61–67.
- Leininger, M. and Mcfarland, M. (2002) *Transcultural Nursing Concepts, Theories, Research and Practice*. 3rd edn. New York, USA.
- Leonard, B.J. and Plotnikoff, G.A. (2000), "Awareness: The heart of cultural competence", *AACN Advanced Critical Care*, AACN, Vol. 11 No. 1, pp. 51–59.
- Lestari, A., Budiarti, Y., & Ilmi, B. (2020). Study Fenomenologi: Psikologis Pasien Kanker Yang Menjalani Kemoterapi. *Jurnal Keperawatan Suaka Insan (Jksi)*, 5(1), 52-66.
- Levine, M.E. (1977), "Nursing ethics and the ethical nurse", *The American Journal of Nursing*, JSTOR, pp. 845–849.
- Lilieri, A. (2007). *Dasar-Dasar Komunikasi Antar Budaya*. Yogyakarta: Pustaka Belajar.
- Liliwari, A., (2007), *Makna Budaya Dalam Komunikasi Antar Budaya*, PT. LKiS Pelangi Askara, Yogyakarta.
- Liliwari, A., (2009), *Dasar-dasar Komunikasi Antarbudaya*, Pustaka Pelajar, Yogyakarta.

- Lubis, L.A., (2012), *Pemahaman Praktis Komunikasi Antarbudaya*, USU Press, Medan.
- Luh N., Dewi P., Arifin M., Ismail S., (2019). 'Budaya Berdampak Pada Proses Pemulihan Pasien Pasca Stroke', *Wira Medika Bali*, 3(6), 24–36.
- Mahmudah, M. & Mansyur, M.A., (2021), 'Komunikasi Antar Budaya Masyarakat Jawa Dan Madura', *JKaKa:Jurnal Komunikasi dan Konseling Islam*, 1(1).
- Mait, G., Nurmansyah, M., & Bidjuni, H. (2021). *Gambaran Adaptasi Fisiologis Dan Psikologis Pada Pasien Gagal Ginjal Kronis Yang Menjalani Hemodialisis Di Kota Manado*. *Jurnal Keperawatan*, 9(2), 1-6.
- Malinda, D., Hariyanto, F. & Lubis, F.O., (2020), 'Pola Komunikasi Lintas Budaya pada Pasangan Warga Negara Indonesia (WNI) dan Warga Negara Asing (WNA)', *JPRMEDCOM: Journalism, Public Relation and Media Communication Studies Journal*, 2(2), 58–68.
- Mardiyah, S.U.K., (2015), 'Membudayakan Komunikasi antar Budaya dalam Aktivitas di Perkantoran', *EFISIENSI - KAJIAN ILMU ADMINISTRASI*, 7(2).
- Martin dan Nakayana dalam Tito Edy Priandono, (2016), *Komunikasi Keberagaman*, Remaja Rosdakarya, Bandung.
- Marwati., Amidi. (2018). Pengaruh Budaya, Persepsi, dan Kepercayaan terhadap Keputusan Pembelian Obat Herbal. *Jurnal Ilmu Manajemen*. 7(2). 168-180.
- McFarland, M. and Wehbe-Alamah, H. (2018) *Transcultural Nursing Concepts, Theories, Research, & Practice*. 4th edn. McGraw-Hill Education.
- McGee, P. (1994), "The concept of respect in nursing", *British Journal of Nursing*, MA Healthcare London, Vol. 3 No. 13, pp. 681–684.
- Morse, Janice M., and Jennifer English. (1986). "The Incorporation of Cultural Concepts into Basic Nursing Texts." *Canadian Journal of Nursing Research Archive* 77–89.
- Mosed, Hameedah, Madison Periord, and Meriam Caboral-Stevens. (2021). "A Concept Analysis of Intercultural Communication." *Nursing Forum* 56(4):993–99. doi: 10.1111/nuf.12622.

- Moult, B., Franck, L., & Brady, H. 2004. Ensuring quality information for patients: development and preliminary validation of a new instrument to improve the quality of written healthcare material. *Health Expectations*, 7(2). 165–173. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2004.00273.x>
- Muhajir, M., & A.A. (2022)., ‘Strategi Komunikasi Budaya Mahasiswa Papua dalam Interaksi dengan Mahasiswa Aceh di Universitas Malikussaleh’, *Jurnal Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Malikussaleh (JSPM)*, 2(2), 301–311.
- Mulyana, D. dan J.R., (2005), *Komunikasi Antar Budaya: Panduan Berkomunikasi dengan Orang-Orang Berbeda Budaya*, Remaja Rosdakarya, Bandung.
- NANDA (2017) *NANDA-I Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2018-2020*. 11th edn. Edited by K. S. Herdman T Heather. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- NANDA-I (2021) *NANDA -I Diagnosis Keperawatan: Defenisi dan Klasifikasi 2021-2023*. 12th edn. Jakarta: EGC.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence based responsiveness (2nd ed.)*. New York: Oxford University Pres
- Novieastari, E., Gunawijaya, J. & Indracahyani, A. (2018). ‘Pelatihan Asuhan Keperawatan Peka Budaya Efektif Meningkatkan Kompetensi Kultural Perawat’, *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 21(1), pp. 27–33. Available at: <https://doi.org/10.7454/jki.v21i1.484>.
- Nuraliyah, S. and Burmanajaya, B. (2019) ‘Mekanisme Koping dan Respon Ketidakberdayaan pada Pasien Stroke Coping Mechanism and Impaired Response of Stroke Patients at Neuropathic Polyclinic PMI Bogor Hospital in 2017’, 11(1), pp. 38–43.
- Nurhayati, T. (2016). *Perkembangan Perilaku Psikososial pada Masa Pubertas*. *Edueksos Jurnal Pendidikan Sosial & Ekonomi*. 4(1).
- O’Gara, G. and Pattison, N.A. (2015) ‘Information and psychosocial needs of families of patients with cancer in critical care units’, *Cancer Nursing Practice*, 14(6), pp. 26–30.
- Oetzel, Jennifer, and Chang Hoon Oh. (2019). “Melting Pot or Tribe? Country-Level Ethnic Diversity and Its Effect on Subsidiaries.” *Journal of International Business Policy* 2:37–61.

- Omeri, A. and Atkins, K. (2014). 'Culturally Competent Nursing Care: A Cornerstone of Caring', *International Nursing Review*, 61(3), 313–321.
- Öztürk, E. and Öztaş, D. (2012) 'Transcultural nursing', *Batman University Journal of Life Sciences*, 1(1), pp. 293–300.
- Pavord, Erica, and Elaine Donnelly. (2015). *Communication and Interpersonal Skills*. Scion Publishing Ltd.
- Philip, Susan, Elizabeth Manias, and Robyn Woodward-Kron. (2015). "Nursing Educator Perspectives of Overseas Qualified Nurses' Intercultural Clinical Communication: Barriers, Enablers and Engagement Strategies." *Journal of Clinical Nursing* 24(17–18):2628–37. doi: 10.1111/jocn.12879.
- Power, T., Virdun, C., Gorman, E., Doab, A., Smith, R., Phillips, A. and Gray, J. (2018), "Ensuring Indigenous cultural respect in Australian undergraduate nursing students", *Higher Education Research & Development*, Taylor & Francis, Vol. 37 No. 4, pp. 837–851.
- PPNI, T. P. S. D. (2017) *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. 1st edn. Jakarta: PPNI.
- Prabawa, E., Widjayanto, J., Ali, Y., Saragih, H., Sarjito, A. & Sufa, S.A., (2022), 'Strategi Komunikasi Antar Budaya Tentara Nasional Indonesia (TNI) di Papua', *Jurnal Riset Komunikasi*, 5(1).
- Prabowo, A., & F.S., (2016), 'Kecemasan Komunikasi Dalam Relasi antar Etnik', *Jurnal Ilmu Komunikasi*, 12(3), 231–242.
- Pratiwi, C.S., (2021), 'Model Komunikasi Antarbudaya Mahasiswa Muslim Thailand dalam Proses Akulturasi Budaya di Kabupaten Jember', *Indonesian Journal of Islamic Communication*, 3(2).
- Pujiyono, E. (2017), *Keadilan Dalam Perawatan Medis (Penerapan Prinsip Otonomi Pasien: Teori Hukum & Praktik di Pengadilan)*. PT Citra Aditya Bakti, Bandung.
- Purba, Jenny Marlindawani, and others. (2003). "Komunikasi Dalam Keperawatan."
- Purbaningsih, E. S. (2018) 'Hubungan Penyakit Kronis Dengan Masalah Psikososial Pada Pasien Di Rsud Gunung Jati Cirebon', pp. 42–48.

- Putri D. (2018). *Keperawatan Transkultural; Pengetahuan dan Praktik Berdasarkan Budaya*. 1st edn. Edited by Elizabeth. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.
- Richard Lewis. (2004). *Komunikasi Bisnis Lintas Budaya*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.
- Richardson, Fran, Rosemary McEldowney, and Thelma Puckey. (2015). "11 Cultural Safety in Mental Health A PRACTICE EXAMPLE." *Cultural Safety in Aotearoa New Zealand* 159.
- Rodriguez, M., Tortorella, F. and St. John, C. (2010) 'Improving psychosocial care for improved health outcomes.', *Journal for Healthcare Quality*, 32(4), pp. 3–13. Available at: <https://doi.org/10.1111/j.1945-1474.2010.00099.x>.
- Rohrbach-Viadas, C. (1998) 'Introducción a la teoría de los cuidados culturales enfermeros de la diversidad y de la universalidad de Madeleine Leininger', *Cultura de los cuidados*, 2(3), pp. 41–45.
- Roslina, N., & Huriah, T. (2019). Adaptasi Pasien Penyakit Ginjal Kronik Pada Efektor Konsep Diri: A Literature Review. *Jurnal Edunursing*, 3(1), 31-42.
- Sagar, P., & Ali, P.A. (2019). 'Culturally Sensitive Nursing Care: A Literature Review.', *Journal of Transcultural Nursing*, 30(6), 600–607.
- Saputri, R., & Rahayu, D. A. (2019). Terapi Autogenik Terhadap Kondisi Psikologis Pasien CKD Yang Menjalani Hemodialisa. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 2(3), 139-148.
- Schyve, Paul M. (2007). "Language Differences as a Barrier to Quality and Safety in Health Care: The Joint Commission Perspective." *Journal of General Internal Medicine* 22:360–61.
- Septiwi, C., & Setiaji, W. R. (2020). Penerapan Model Adaptasi Roy Pada Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Penyakit Ginjal Kronis. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*, 16(2), 101-111.
- Setiawati, L., Windi, M. M., Tambunan, M. B., & Suawarni, L. (2021). Gambaran Gejala Klinis Dan Gangguan Psikologis Pasien Positif Covid-19 Di Kota Pontianak. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)*, 4(3), 401-405.

- Sharifi, N., Adib-Hajbaghery, M. and Najafi, M. (2019), "Cultural competence in nursing: A concept analysis", *International Journal of Nursing Studies*, Elsevier, Vol. 99, p. 103386.
- Sivri, B.B. and Karataş, N. (2015) 'Cultural Aspect of the Society: Traditional Practices of Mother and Baby Care during Post-Partum Period and the Relevant Examples from the World', *The Journal of Current Pediatrics*, 13(3), pp. 183–193. Available at: <https://doi.org/10.4274/jcp.50479>.
- Stanford, K. (2008). Analysis of An Ethical Dilemma. *The Social Work Careers Magazine*. Diambil dari https://www.socialworker.com/feature-articles/ethics-articles/Analysis_of_an_Ethical_Dilemma/. Diakses 24 Oktober 2023 pukul 17:10
- Stephen W. Littlejohn dan Karen A. Foss, (2009), *Teori Komunikasi*, Salemba Humanika, Jakarta.
- Suarya, L. M. K. S. D. (2017) *Bahan Ajar Psikologi Kesehatan*. Denpasar: Universitas Udayana.
- Suh, E.E. (2004) 'The model of cultural competence through an evolutionary concept analysis', *Journal of Transcultural Nursing*, 15(2), pp. 93–102. Available at: <https://doi.org/10.1177/1043659603262488>.
- Suhada, C., Rachmawati, I.N & Andriyani, D.H. (2020). 'The Importance of Cultural Sensitivity in Psychiatric Nursing Care for Ethnic Minority Patients in Indonesia', *Belitung Nursing Journal*, 6(3), 134–138.
- Suhani. (2018). 'Cultural Diversity in Nursing Care: A Literature Review', *Journal of Health Sciences and Nursing*, 4(1), 14–21.
- Suraya, S., (2017), 'MEMPERTAHANKAN INTEGRASI NASIONAL DENGAN KOMUNIKASI ANTAR BUDAYA', *Sociae Polites*, 15(1), 37–56.
- Suryani., Widiyanti, E., Hernawati, T., Sriati, A., (2016). *Psikoedukasi Menurunkan Tingkat Depresi, Stres Dan Kecemasan Pada Pasien Tuberkulosis Paru*. *Jurnal Ners*. 11(1). 128-133.
- Suwondo, P. E. (2023). *Penggunaan Teori Keperawatan Adaptasi Roy Terhadap Pasien Penyakit Jantung*. *Babul Ilmi Jurnal Ilmiah Multi Science Kesehatan*, 15(1).

- Sylvia Moss, S. L. T.-. (1996). *Human Communication, Prinsip-prinsip Dasar* (S. L. T.- Sylvia Moss, Ed.). PT. Remaja Rosdakarya.
- Taylor, R.A. and Alfred, M. V. (2010) 'Nurses' perceptions of the organizational supports needed for the delivery of culturally competent care', *Western Journal of Nursing Research*, 32(5), pp. 591–609. Available at: <https://doi.org/10.1177/0193945909354999>.
- Teo, I., Krishnan, A. and Lee, G.L. (2019) 'Psychosocial interventions for advanced cancer patients: A systematic review', *Psycho-Oncology*, 28(7), pp. 1394–1407. Available at: <https://doi.org/10.1002/pon.5103>.
- Ter-Minasova, S. .. (2000). *Language and Intercultural Communication*.
- Toding, D., & Masfuri, M. (2021). Efektivitas Penerapan Intervensi Berbasis Adaptasi Dan Guided Imagery Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*, 34-39.
- Tortumoğlu, G. (2004) 'Examples of transcultural nursing and cultural care models', *Cumhuriyet University Nursing School Journal*, 8(2), pp. 47–57.
- Tortumoğlu, G., Okanlı, A. and Özer, N. (2004) 'Cultural approach and its importance in nursing care.', *International Journal of Human Sciences*, 10(2), pp. 1–12.
- Tubbs, L., Stewrt, and Moss Sylia. (2001). *Human Communication I*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Tuohy, Dymrna. (2019). "Effective Intercultural Communication in Nursing." *Nursing Standard* 34(2):45–50. doi: 10.7748/ns.2019.e11244.
- Turner, F. (1992) *Mental Health and The Elderly : A Social Work Perspective*. New York: The Free Press.
- Ujianto, MB., Wijaya. (2020). Tanggung Jawab Hukum Dokter Terhadap Gugatan Pasien Dalam Pelayanan Kesehatan Di Rumah Sakit. *Juristic Jurnal*. 01(01). 52-66.
- Utami, SS., Mustikasari. (2017) Aspek Psikososial Pada Penderita Kanker Payudara: Studi Pendahuluan. *Jurnal Keperawatan Indonesia*. 20(2). 65-74. DOI: 10.7454/jki.v20i2.503

- Van Ommeren, M., & Wessells, M. (2007). Inter-agency agreement on mental health and psychosocial support in emergency settings. *Bulletin of the World Health Organization*, 85, 822-822.
- West Richard dan H Turner, Lynn., (Penerjemah: M.N. dan D.M., (2008), *Pengantar Teori Komunikasi*, Salemba Humanika, Jakarta.
- WHO (2019) Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability. Available at: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>.
- Winfred F. Hill, M. K. A. P. (2021) *Theories Of Learning: Teori Pembelajaran Menurut Skinner Serta Aplikasi dan Implikasinya*. Nusamedia.
- Xiao, Lily Dongxia, Eileen Willis, and Lesley Jeffers. (2014). "Factors Affecting the Integration of Immigrant Nurses into the Nursing Workforce: A Double Hermeneutic Study." *International Journal of Nursing Studies* 51(4):640–53. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.08.005.
- Yava, A. and Tosun, B. (2021) *Transcultural Nursing: Better & Effective Nursing Education For Improving Transcultural Nursing Skills (Benefits)*. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.
- Yellyanda Y., Ernawati E., Dewi M., Abbasiah A. (2022). 'Pengetahuan Perawat dan Penerapan Transcultural Nursing', *Jurnal Keperawatan Silampari*, 6(1), 593-600. Available at: <https://doi.org/10.31539/jks.v6i1.4650>.
- Yusi, N., Widagdo, L. (2018). Analisis Hubungan Antara Dukungan Psikososial dengan Perilaku Keberhasilan Pengobatan Pasien Tb Di Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (E-Journal)*. 6(5). 768-779.
- Zander, P.E. (2007), "Cultural Competence: Analyzing the Construct.", *Journal of Theory Construction & Testing*, Vol. 11 No. 2.
- Zhukova, T., V. Bogoslovskiy, T. Dobudko, S. Sevenyuk, and L. Vershinina. (2019). "Multicultural Teaching in Regions (Within Sustainability Conception in Education)." *Space and Culture, India* 7(1). doi: 10.20896/saci.v7i1.437.

Biodata Penulis



Mukhoirotin, S. Kep., Ns., M. Kep., lahir di Jombang, 28 Maret 1978. Lulus Studi Program Diploma Keperawatan di AKPER Darul Ulum Jombang tahun 1998, Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners Universitas Airlangga Surabaya tahun 2007. Selanjutnya pada tahun 2012 melanjutkan ke Program Pascasarjana Magister Keperawatan Universitas Gadjah Mada Yogyakarta lulus tahun 2014.

Pada tahun 2000 sampai sekarang menjadi tenaga pendidik di Universitas Pesantren Tinggi Darul Ulum (UNIPDU) Jombang, tahun 2007 s.d 2009 menjabat sebagai Kepala Departemen Ilmu Keperawatan Maternitas Program Studi Sarjana Ilmu Keperawatan FIK Unipdu, tahun 2010 s.d 2014 menjadi staf logistik dan Maintenance Laboratorium FIK Unipdu, tahun 2010 s.d 2012 menjadi Sekretaris Prodi Profesi Ners dan tahun 2015 sampai Agustus 2023 menjadi Sekretaris bidang Akademik Program Studi Sarjana Ilmu Keperawatan FIK Unipdu Jombang.

Buku yang pernah diterbitkan oleh penulis berjudul Pendidikan Kesehatan Persalinan (2017) dan DISMENOREA: Cara Mudah Mengatasi Nyeri Haid (2018). Selain itu juga penulis telah menulis buku kolaborasi dan menulis artikel di jurnal nasional maupun internasional.

E-mail: mukhoirotin@fik.unipdu.ac.id



Dr Muthia Mutmainnah, M.Kep, Sp.Mat lahir di Jambi, pada 20 Januari 1976. Lahir dari pasangan dr Samsuir dan Hj Rosni Seke, Penulis menyelesaikan pendidikan dasar hingga menengah atas di kota Jambi, selanjutnya meneruskan pendidikan S1 hingga S3 Ilmu Keperawatan di Universitas Indonesia. Penulis mengawali karirnya sebagai praktisi perawat di Rumah sakit Umum Propinsi Jambi, sebagai perawat dan instruktur klinik di Instalasi Gawat Darurat, WAKA Intensive Care Unit, Intensive Cardiology Care Unit, Instalasi Rawat Inap sekretaris pada komite keselamatan pasien RS, Kasubag Diklat, Kasubag Etik dan Profesi, Pengawas Perawatan, Satuan Pengawas Internal, dan Kepala Bidang Keperawatan. Saat ini penulis aktif sebagai Dosen dan peneliti di Jurusan Keperawatan Universitas Jambi



Natalia Elisa Rakinaung, S.Kep., Ns., MNS. lahir pada tanggal 10 Maret 1987. Lulus S1 di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado tahun 2009 lulus Profesi Ners di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado tahun 2010 dan lulus Master Nursing of Science dengan Peminatan Family and Community Health Nursing di Kasetsart University, Thailand pada tahun 2015. Saat ini penulis adalah dosen tetap di Program Studi Profesi Ners Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado.



Wiwiek Widiatie, S. Kep., Ns., M. Kes., lahir di Jombang, Jombang, 24 Nopember 1973. Riwayat pendidikan: Akper Darul Ulum Jombang lulus tahun 1997, D4 Perawat Pendidik Universitas Airlangga Surabaya lulus tahun 2001, S1 Keperawatan Unipdu Jombang lulus tahun 2008, S2 IKM Universitas Airlangga Surabaya lulus tahun 2015.

Bekerja di Prodi Pendidikan Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Unipdu Jombang mulai tahun 2013-sekarang, sebelumnya di Prodi D III Keperawatan mulai tahun 2001-2013. Menulis beberapa artikel yang telah dipublikasikan di Jurnal Nasional dan Internasional.

Menulis beberapa buku yang sudah diterbitkan, antara lain: Manajemen Patient Safety; Keperawatan Keluarga dan Komunitas; Community Manajemen Based; Pengantar Keperawatan Jiwa Pada Perubahan Psikososial.

Email: wiwiekwidiatie@gmail.com



Veronica Paula menyelesaikan D3 Keperawatan di Poltekkes Palangkaraya, S1 Keperawatan dan Ners di Universitas Binawan, melanjutkan S2 di Universitas Tarumanagara. Merintis karier sejak 2008 – 2014 menjadi perawat di Siloam Hospitals. 2014 hingga sekarang sebagai dosen tetap di Universitas Pelita Harapan departemen Keperawatan Jiwa.

Mengampu mata kuliah Keperawatan Jiwa 1 dan 2, Profesi Komunitas dan Keluarga, Keperawatan Dasar Selama ini terlibat aktif melakukan tri dharma fakultas seperti penelitian dan pengabdian kepada masyarakat. Beberapa buku yang terlibat di KITA menulis terdapat 8 buku tentang Jiwa dan Psikologi.



Muhammad Ardianto Rodin, Lahir Watampone, 29 April 1991, saat ini sedang menjadi dosen tetap di Institut Teknologi Kesehatan (ITKES) Muhammadiyah Sidenreng Rappang, Provinsi Sulawesi Selatan. Riwayat pendidikan Sarjana Keperawatan dan Pendidikan Ners di Universitas Islam Negeri (UIN)Alauddin Makassar dan Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Jiwa di universitas Indonesia (UI).

Mengampu mata kuliah Ilmu dasar Keperawatan, Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikososial, dan

Keperawatan Psikiatri di Sarjana Keperawatan serta Ilmu Keperawatan Jiwa dan Praktik Klinik pada mahasiswa pendidikan Ners.

Selain mengajar juga terlibat dalam pengembangan riset penelitian dan pengabdian masyarakat khususnya pada kesehatan jiwa komunitas di wilayah Kab. Sidenreng Rappang.

Email : ardiantorodin@gmail.com



Amrina Rasyada. Saat ini menjadi dosen tetap Program Studi Ilmu Keperawatan di STIKES Aisyiyah Palembang dan perawat ahli di ruang rawat inap RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang. Ia menyelesaikan program S1 + Nersnya di Universitas Sriwijaya , kemudian melanjutkan program magisternya di Universitas Padjadjaran dengan mengambil peminatan keperawatan jiwa.

Mengampu mata kuliah Ilmu Komunikasi, Falsafah, Sistem Informasi, Proses Keperawatan dan Berfikir Kritis, serta Ilmu Kesehatan Jiwa.. Selama ini terlibat aktif di Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa Indonesia (IPKJI) Sumatera Selatan dan berbagai kegiatan sosial lainnya seperti Tim Perawat Kesehatan Jiwa di Wisma Atlet Jakabaring Palembang, pernah menjadi relawan Covid 19 selama 7 bulan dan saat ini ia menjadi Koordinator wilayah Sumatera Selatan komunitas Perawatberbagi.

E-mail: amrina.rasyadaadnan@gmail.com , amrina@stikes-aisyiyah-palembang.ac.id



Nailiy Huzaimah saat ini merupakan Dosen pad Program Studi Keperawatan Universitas Wiraraja. Psikososial Budaya dalam Keperawatan menjadi salah satu bidng fokunya dalam melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi. Pendidikan Sarjana dan Magisternya diselesaikan di Universitas Airlangga Program studi Sarjana dan Magister Keperawatan.

Aktivitas akademiknya juga membimbing mahasiswa dalam menciptakan karya inovasi dan dn

tulisan ilmiah di bidang keperawatan, psikososial dan budaya, dimana sudah menghasilkan beberapa luaran berupa Hak Kekayaan Intelektual. Dalam 5 tahun ini telah menghasilkan 8 buku keperawatan dan kesehatan, serta banyak artikel ilmiah hasil penelitian dan pengabdian masyarakat baik terindeks nasional maupun internasional.

E-mail: nailiy.huzaimah@wiraraja.ac.id



Laeli Farkhah lahir di Banyumas, pada 24 Desember 1991. Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Padjadjaran Bandung. Wanita yang kerap disapa Laeli ini adalah anak dari pasangan Saring (ayah) dan Zaenah (ibu). Laeli Farkhah bukanlah orang baru di dunia keperawatan. Saat ini Ia mengabdikan menjadi Dosen di Universitas Al-Irsyad Cilacap. Pada 2021 lalu sampai sekarang aktif di organisasi Relawan ODGJ Banyumas, Jawa Tengah.



Brian Joel Sapulette, lahir pada tanggal 31 Juli 1999 di Saparua. Penulis menempuh Pendidikan di SDN 71 Ambon (2004 - 2010), SMPN 19 Ambon (2010 - 2013), SMAN 1 Ambon (2013 - 2016). Penulis melanjutkan Pendidikan Program Sarjana (S-1) Ilmu Keperawatan di Universitas Kristen Indonesia Maluku dan kemudian melanjutkan Pendidikan Program Profesi Ners di Universitas Respati Yogyakarta. Penulis selama menempuh Pendidikan S-1 dan Profesi Ners telah meraih dua kali (2x) Prestasi Akademik dengan memperoleh Predikat Pujian (Cumlaude). Penulis saat ini sedang menempuh Pendidikan Magister (S-2) Keperawatan di Universitas Gadjah Mada (UGM) Yogyakarta dengan bidang Peminatan Keperawatan Jiwa. Penulis dapat dihubungi melalui surat elektronik/ e-mail : bjoelsapulette@gmail.com.



Christian Apolinaris Lombogia. Seorang dokter dan doktor bidang Ilmu Entomologi Kesehatan,. Sebelumnya mengikuti Pendidikan Program S1 kedokteran umum dan S2 administrasi rumah sakit di Universitas Sam Ratulangi Manado. Ia adalah dosen tetap Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas Katolik De La Salle Manado.

Mengampu mata kuliah Pemeriksaan Kesehatan, Manajemen Keperawatan, Anatomi, Farmakologi Keperawatan dan Ilmu Dasar Keperawatan. Selama ini terlibat aktif sebagai dosen pembimbing mahasiswa dan penelitian serta pengabdian kepada masyarakat.

Telah menulis 6 artikel scopus, juga artikel terakreditasi lainnya. Keseluruhan artikel merupakan referensi mata kuliah Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas Katolik De La Salle Manado.

E-mail: clombogia@unikadelasalle.ac.id , christianlombogia4@gmail.com

Psikososial dan Budaya dalam Keperawatan

Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien, selain perawatan fisik, juga memberikan perawatan untuk memenuhi kebutuhan psikologis, sosial, dan spiritual pasien. Perawat juga diharapkan memiliki pengetahuan tentang beragamnya keyakinan dan praktik kesehatan pasien mereka dalam upaya untuk merencanakan dan melaksanakan intervensi yang sesuai dengan budaya. Dengan buku ini, diharapkan dapat menjadi tambahan referensi bagi mahasiswa keperawatan pada khususnya dan perawat pada umumnya terkait dengan psikososial dan budaya dalam keperawatan.

Pembahasan dalam buku ini meliputi :

Bab 1 Pengantar Psikososial dan Budaya dalam Keperawatan

Bab 2 Teori Perilaku dan Psikologi Pasien

Bab 3 Psikologi Pasien dan Adaptasi terhadap Penyakit

Bab 4 Keterampilan Komunikasi Empatik

Bab 5 Komunikasi Interkultural

Bab 6 Merawat Pasien dengan Masalah Psikososial

Bab 7 Etika dan Batasan dalam Memberikan Dukungan Psikososial

Bab 8 Penghormatan Budaya dalam Praktek Keperawatan

Bab 9 Komunikasi Lintas Budaya

Bab 10 Keanekaragaman Budaya dalam Praktik Keperawatan

Bab 11 Psikososial dan Budaya dalam Pengambilan Keputusan Medis



YAYASAN KITA MENULIS

press@kitamenulis.id

www.kitamenulis.id

ISBN 978-623-113-046-4

