



**BUKU AJAR**

# **PSIKOSOSIAL DAN BUDAYA DALAM KEPERAWATAN**

**Tim Penulis :**

**Ns. Ni Rai Sintya Agustini, S.Kep., M.Kep**

**Ns. Erlin Ifadah, M.Kep., Sp.Kep.M.B**

**Ni Ketut Sujati, APP., M.Kes**

**Dyah Juliastuti, S.Kp., MSc., M.Kep., Sp.Mat., Ph.D**

**Ns. Ayu Pratiwi, S.Kep., M.Kep**

**Ns. Remita Hutagalung, S.Kep., M.Kep**

**Ns. Fransiska Novita Sari, M.Kep., Sp.Kep.K**

**Ns. Kadek Eka Swedarma, S.Kep., M.Kes**

**SONPEDIA.COM**

PT. Sonpedia Publishing Indonesia

# **BUKU AJAR PSIKOSOSIAL DAN BUDAYA DALAM KEPERAWATAN**

## **Tim Penulis :**

Ns. Ni Rai Sintya Agustini, S.Kep., M.Kep  
Ns. Erlin Ifadah, M.Kep., Sp.Kep.M.B  
Ni Ketut Sujati, APP., M.Kes  
Dyah Juliastuti, S.Kp., MSc., M.Kep., Sp.Mat., Ph.D  
Ns. Ayu Pratiwi, S.Kep., M.Kep  
Ns. Remita Hutagalung, S.Kep., M.Kep  
Ns. Fransiska Novita Sari, M.Kep., Sp.Kep.K  
Ns. Kadek Eka Swedarma, S.Kep., M.Kes

**Penerbit**

**SONPEDIA.COM**

**PT. Sonpedia Publishing Indonesia**

# **BUKU AJAR PSIKOSOSIAL DAN BUDAYA DALAM KEPERAWATAN**

## **Tim Penulis :**

Ns. Ni Rai Sintya Agustini, S.Kep., M.Kep  
Ns. Erlin Ifadah, M.Kep., Sp.Kep.M.B  
Ni Ketut Sujati, APP., M.Kes  
Dyah Juliastuti, S.Kp., MSc., M.Kep., Sp.Mat., Ph.D  
Ns. Ayu Pratiwi, S.Kep., M.Kep  
Ns. Remita Hutagalung, S.Kep., M.Kep  
Ns. Fransiska Novita Sari, M.Kep., Sp.Kep.K  
Ns. Kadek Eka Swedarma, S.Kep., M.Kes

**ISBN : 978-623-514-088-9**

## **Editor :**

Putu Intan Daryaswanti

## **Penyunting :**

Efitra

## **Desain sampul dan Tata Letak :**

Yayan Agusdi

## **Penerbit :**

PT. Sonpedia Publishing Indonesia

## **Redaksi :**

Jl. Kenali Jaya No 166 Kota Jambi 36129 Telp. +6282177858344

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

Website : [www.buku.sonpedia.com](http://www.buku.sonpedia.com)

**Anggota IKAPI : 006/JBI/2023**

Cetakan Pertama, Agustus 2024

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara Apapun tanpa ijin dari penerbit

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Tuhan yang Maha Esa, telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan buku ini dengan baik. Buku ini berjudul “***Buku Ajar Psikososial dan Budaya dalam Keperawatan***”. Tidak lupa kami ucapkan terima kasih bagi semua pihak yang telah mendukung dan kontribusi dalam penulisan dan penerbitan buku ini. Buku ini dirancang untuk memberikan pemahaman yang komprehensif tentang konsep-konsep dasar psikososial dan Budaya dalam Keperawatan meliputi konsep psikososial dalam keperawatan, Konsep Diri, Kesehatan Spiritual, Konsep Seksualitas, Konsep Stres dan Adaptasi, Konsep Kehilangan, kematian dan berduka, budaya dalam keperawatan dan Transkultural dalam Keperawatan.

Buku Ajar Psikososial dan Budaya dalam Keperawatan ini merupakan sebuah buku yang dapat digunakan oleh dosen dalam melaksanakan kegiatan pembelajaran khususnya Program Studi Keperawatan. Buku ini umum dapat digunakan sebagai panduan dan referensi mengajar menyesuaikan Rencana Pembelajaran Semester di lingkungan kampus dan lainnya. Ditulis dengan bahasa yang jelas dan mudah dipahami, buku ajar ini dirancang untuk digunakan oleh dosen dalam kegiatan pembelajaran mahasiswa. Kami berharap buku ini memberikan wawasan berharga dan menjadi panduan yang berguna dalam memahami dan mempelajari psikososial dan budaya dalam keperawatan.

Buku ini mungkin masih terdapat kekurangan dan kelemahan. Oleh karena itu, saran dan kritik para pemerhati sungguh penulis harapkan. Semoga buku ini memberikan manfaat dan menambah khasanah ilmu pengetahuan dalam pembelajaran

Jambi, Agustus 2024

**Tim Penulis**

# DAFTAR ISI

<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>ii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>iii</b>
<b>KEGIATAN BELAJAR 1 KONSEP PSIKOSOSIAL DALAM KEPERAWATAN ..</b>	<b>1</b>
DESKRIPSI, KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARAN	
A. PENGERTIAN PSIKOSOSIAL .....	2
B. KEBUTUHAN PSIKOSOSIAL.....	3
C. MASALAH PSIKOSOSIAL MENURUT NANDA.....	5
D. HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN DALAM KEBUTUHAN PSIKOSOSIAL .....	5
E. JENIS KEBUTUHAN PSIKOSOSIAL .....	5
F. FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEBUTUHAN PSIKOSOSIAL .....	6
G. FUNGSI DAN PERAN PERAWAT DALAM PSIKOSOSIAL DALAM KEPERAWATAN.....	7
H. RANGKUMAN .....	9
I. TES FORMATIF .....	9
J. LATIHAN.....	10
<b>KEGIATAN BELAJAR 2 KONSEP DIRI.....</b>	<b>11</b>
DESKRIPSI, KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARAN	
A. PENGERTIAN KONSEP DIRI .....	12
B. KOMPONEN KONSEP DIRI.....	12
C. JENIS KONSEP DIRI.....	14
D. FAKTOR PEMBENTUK KONSEP DIRI .....	15
E. FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KONSEP DIRI .....	17
F. RANGKUMAN .....	19
G. TES FORMATIF .....	20
H. LATIHAN.....	20
<b>KEGIATAN BELAJAR 3 KESEHATAN SPIRITUAL.....</b>	<b>21</b>
DESKRIPSI, KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARAN	
A. PENGERTIAN KESEHATAN SPIRITUAL DALAM KEPERAWATAN ..	22
B. TEORI-TEORI DALAM KEPERAWATAN SPIRITUAL.....	23

C.	PRINSIP DALAM PRAKTIK KEPERAWATAN SPIRITUAL .....	25
D.	PRAKTIK KESEHATAN SPIRITUAL DALAM KEPERAWATAN .....	26
E.	RANGKUMAN .....	32
F.	TES FORMATIF .....	32
G.	LATIHAN.....	34
<b>KEGIATAN BELAJAR 4 KONSEP SEKSUALITAS .....</b>		<b>35</b>
DESKRIPSI, KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARAN		
A.	PENGERTIAN SEKS, GENDER, DAN SEKSUALITAS .....	36
B.	PERKEMBANGAN SEKSUALITAS MANUSIA.....	39
C.	FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KONSEP SEKSUALITAS MANUSIA .....	42
D.	RESPONS SEKSUALITAS DAN BERKAWIN .....	45
E.	KESEHATAN SEKSUAL .....	47
F.	GANGGUAN SEKSUAL.....	49
G.	RANGKUMAN .....	51
H.	TES FORMATIF .....	51
I.	LATIHAN.....	52
<b>KEGIATAN BELAJAR 5 KONSEP STRES DAN ADAPTASI .....</b>		<b>54</b>
DESKRIPSI, KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARAN		
A.	PENGERTIAN .....	55
B.	PENDEKATAN TEORI STRES.....	56
C.	MODEL ADAPTASI.....	61
D.	RANGKUMAN .....	65
E.	TES FORMATIF .....	66
F.	LATIHAN.....	67
<b>KEGIATAN BELAJAR 6 KONSEP KEHILANGAN, BERDUKA, DAN BERKABUNG .....</b>		<b>69</b>
DESKRIPSI, KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARAN		
A.	PENGERTIAN KEHILANGAN, BERDUKA DAN KEMATIAN .....	70
B.	TAHAP BERDUKA .....	71
C.	JENIS KEHILANGAN.....	72
D.	JENIS BERDUKA.....	74
E.	DAMPAK BERDUKA.....	77

F. RANGKUMAN .....	77
G. TES FORMATIF .....	78
H. LATIHAN.....	79
<b>KEGIATAN BELAJAR 7 BUDAYA DALAM KEPERAWATAN .....</b>	<b>80</b>
DESKRIPSI, KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARAN	
A. PENGERTIAN BUDAYA .....	81
B. KARAKTERISTIK BUDAYA .....	82
C. KOMPETENSI BUDAYA PERAWAT.....	82
D. TRANSKULTURAL DALAM KEPERAWATAN .....	84
E. PROSES KEPERAWATAN TRANSKULTURAL.....	86
F. RANGKUMAN .....	87
G. TES FORMATIF .....	87
H. LATIHAN.....	88
<b>KEGIATAN BELAJAR 8 TRANSKULTURAL DALAM KEPERAWATAN .....</b>	<b>89</b>
DESKRIPSI, KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARAN	
A. DEFINISI TRANSKULTURAL DALAM KEPERAWATAN.....	90
B. KONSEP TRANSKULTURAL DALAM KEPERAWATAN .....	91
C. PARADIGMA TRANSKULTURAL DALAM KEPERAWATAN.....	97
D. TREND ISU TRANSKULTURAL DALAM KEPERAWATAN.....	99
E. RANGKUMAN .....	101
F. TES FORMATIF .....	102
G. LATIHAN.....	103
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>104</b>
<b>TENTANG PENULIS .....</b>	<b>113</b>

# **KEGIATAN BELAJAR 1**

## **KONSEP PSIKOSOSIAL DALAM KEPERAWATAN**

### **DESKRIPSI PEMBELAJARAN**

Pada Bab ini mahasiswa mempelajari Konsep Psikososial Budaya dalam Keperawatan. Psikososial Budaya dalam Keperawatan membahas tentang konsep-konsep psikososial dalam praktik keperawatan yang mencakup konsep psikososial, jenis-jenis kebutuhan psikososial, faktor yang Mempengaruhi Kebutuhan Psikososial dan fungsi dan peran perawat dalam psikososial dalam keperawatan.

### **KOMPETENSI PEMBELAJARAN**

Setelah mengikuti perkuliahan ini diharapkan mahasiswa dan mahasiswi memiliki pengetahuan dan kemampuan:

1. Mampu menguraikan konsep Psikososial
2. Mampu menjelaskan jenis-jenis kebutuhan Psikososial
3. Mampu menjelaskan hal yang harus di perhatikan dalam kebutuhan psikososial
4. Mampu menguraikan jenis-jenis Kebutuhan Psikososial
5. Mampu menjelaskan faktor yang Mempengaruhi Kebutuhan Psikososial
6. Mampu menguraikan fungsi dan peran perawat dalam psikososial dalam keperawatan

## PETA KONSEP PEMBELAJARAN



### A. PENGERTIAN PSIKOSOSIAL

Psikososial adalah istilah yang menggambarkan hubungan antara kondisi sosial seseorang dengan kesehatan mental dan atau emosinya. Psikososial mencakup aspek psikologis dan sosial (Asmadi, 2008). Psikososial merujuk pada setiap perubahan dalam kehidupan individu, baik dari psikologis maupun sosial, yang saling mempengaruhi. Masalah yang berkaitan dengan kesejahteraan mental dan sosial juga memiliki pengaruh timbal balik, terutama akibat perubahan sosial atau gejala sosial dalam masyarakat yang dapat menyebabkan gangguan jiwa (Depkes, 2017).

Psikososial melibatkan aspek psikologis dan sosial dalam menggambarkan hubungan antara kondisi sosial seseorang

dengan kesehatan mental dan atau emosinya. Kebutuhan psikososial melibatkan aspek baik psikologis dan sosial yang menggabungkan layanan psikologis dan sosial klinis dan berkaitan dengan kondisi mentalnya/ sebagai contoh kekhawatiran individu (psikologis) terhadap cara berinteraksi seseorang dengan orang lain di lingkungan sosialnya.

Psikososial menekankan pada hubungan yang dekat dan dinamis antara aspek psikologis dari pengalaman individu (pemikiran, perasaan, tingkah laku) dan pengalaman sosial yang ada disekelilingnya (hubungan dengan orang lain, tradisi, dan budaya) yang saling mempengaruhi secara terus menerus. Contohnya, di saat seseorang sedang tertekan, selain perubahan fisiologis yang terjadi, tetapi faktor psikososial juga memiliki peranan penting. Stres mempengaruhi kesejahteraan emosional dalam berbagai cara. Karena kepribadian individu melibatkan hubungan kompleks antara banyak faktor, penting untuk mengevaluasi gaya hidup individu dan stresor terkini yang dialaminya, pengalaman masa lalu dengan stresor, mekanisme koping yang efektif yang telah digunakan sebelumnya, fungsi peran, konsep diri, dan ketahanan.

## **B. KEBUTUHAN PSIKOSOSIAL**

Kebutuhan psikososial melibatkan aspek baik psikologis dan sosial yang menggabungkan layanan psikologis dan sosial klinis untuk memenuhi kondisi mental individu. Dalam pengkajian keperawatan, psikososial merupakan salah satu komponen utama. Pemenuhan kebutuhan psikososial memiliki dampak yang signifikan terhadap kualitas hidup pasien karena terkait dengan perubahan fisik, sosial, kognitif, spiritual, emosional, dan fungsi peran. Gejala fisik seperti nyeri, gangguan tidur, dan gangguan pencernaan juga dapat berpengaruh pada kebutuhan psikososial (Asmadi, 2008).

Kebutuhan psikologis atau kebutuhan emosional diperlukan oleh semua usia, termasuk kebutuhan untuk memberikan cinta,

merasakan cinta, dicintai, diperlakukan dengan hormat, mengalami keintiman dengan orang lain, memberikan sentuhan, dan menjadi pendengar yang baik. Beberapa hal yang perlu diperhatikan terkait dengan kebutuhan psikologis antara lain: menyadari bahwa setiap pasien memiliki preferensi yang individual, membantu pasien mengisi waktu luang saat berada di rumah sakit, menghormati privasi pasien, tidak menghakimi perilaku dan pilihan yang berbeda dengan kita, serta menghargai perasaan dan kemampuan pasien.

Kebutuhan sosial dipenuhi melalui interaksi dengan orang lain dan kesempatan untuk berekspresi secara bebas. Dalam berinteraksi dengan orang lain, penting untuk memiliki kemampuan saling memahami dan dipahami, karena hubungan yang baik didasarkan pada kepercayaan diantara kedua belah pihak. Komunikasi yang efektif dapat dicapai dengan berbicara dengan pasien untuk memudahkan mereka mengungkapkan kebutuhan mereka. Oleh karena itu, dalam berinteraksi, perlu memperhatikan cara mengungkapkan kata-kata, nada suara (komunikasi verbal), serta ekspresi wajah dan sentuhan (komunikasi nonverbal). Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bersosialisasi dengan keluarga, kerabat, teman dan lingkungan juga merupakan upaya untuk memenuhi kebutuhan sosial yang mungkin sulit dipenuhi karena kondisi sakit.

Kebutuhan psikososial mencakup kebutuhan akan kasih sayang, rasa aman, harga diri, dan rasa memiliki. Kebutuhan akan kasih sayang mencerminkan pentingnya kebutuhan akan perhatian yang dapat memberikan kehidupan dan ketenangan secara psikologis. Kebutuhan akan rasa aman dan perlindungan psikologis (perlindungan dari ancaman pengalaman yang baru dan asing). Kebutuhan akan harga diri dan penghargaan dari orang lain terkait dengan keinginan untuk memiliki kekuatan, mencapai prestasi, merasa percaya diri, dan mendapatkan pengakuan dari orang lain.

### **C. MASALAH PSIKOSOSIAL MENURUT NANDA**

1. Berduka
2. Keputusan
3. Ansietas
4. Ketidakberdayaan
5. Risiko penyimpangan perilaku sehat
6. Gangguan citra tubuh
7. Koping tidak efektif
8. Koping keluarga tidak efektif
9. Sindroma post trauma
10. Penampilan peran tidak efektif
11. HDR situasional

(Hermand dan Kamitsuru, 2018)

### **D. HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN DALAM KEBUTUHAN PSIKOSOSIAL**

1. Menyadari bahwa pasien mempunyai rasa suka dan tidak suka yang bersifat individual
2. Membantu pasien untuk mengisi waktu luang selama berada di rumah sakit
3. Menghormati privasi pasien
4. Jangan menghakimi perilaku dan pilihan pasien yang berbeda dengan anda
5. Menghargai perasaan dan kemampuan pasien

(Ambarwati, 2017)

### **E. JENIS KEBUTUHAN PSIKOSOSIAL**

Menurut (Hidayat A, 2008), kebutuhan psikososial dapat dibagi menjadi:

1. Kebutuhan akan kasih sayang

Kebutuhan akan kasih sayang mencerminkan pentingnya kebutuhan akan penerimaan dan cinta yang memberikan kehidupan dan ketenangan secara psikologis.

2. Rasa aman

Kebutuhan akan rasa aman dan perlindungan terbagi menjadi perlindungan fisik (melindungi tubuh dari ancaman seperti penyakit dan kecelakaan) dan perlindungan psikologis (melindungi dari pengalaman baru dan asing yang mengancam)

3. Harga diri

Kebutuhan akan harga diri dan penghargaan dari orang lain terkait dengan keinginan untuk merasa berdaya, mencapai prestasi, memiliki rasa percaya diri, dan mendapatkan pengakuan dari orang lain.

4. Rasa memiliki

Kebutuhan untuk merasa memiliki adalah kebutuhan yang muncul ketika individu merasa perlu melindungi benda-benda yang mereka anggap sebagai milik mereka.

5. Kebutuhan mendapat pengalaman

Kebutuhan akan mendapatkan pengalaman memiliki nilai penting. Pengalaman memberikan kepercayaan diri dan kesuksesan yang memberikan manfaat besar dalam berbagai aktivitas yang dilakukan individu.

## **F. FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEBUTUHAN PSIKOSOSIAL**

Faktor yang mempengaruhi kebutuhan psikososial menurut Ambarwati, 2017) antara lain:

1. Mekanisme Koping

Mekanisme koping merupakan faktor penyeimbang yang membantu individu mengatasi tekanan dan menghindari depresi. Mekanisme koping adalah cara yang digunakan oleh individu untuk mengatasi masalah dan beradaptasi dengan

perubahan. Setiap individu memiliki mekanisme koping yang berbeda-beda, bergantung pada temperamen, persepsi, kognisi, dan latar belakang budaya mereka.

## 2. Dukungan Psikososial

Dukungan psikososial yang diberikan oleh keluarga dan masyarakat sangat penting dalam memenuhi kebutuhan psikososial klien kanker. Dukungan psikososial merupakan bentuk terapi yang bertujuan untuk terapi yang bertujuan untuk mengembalikan kemampuan adaptasi individu sehingga mereka dapat berfungsi secara normal dalam kehidupan sehari-hari dan lingkungan sosial mereka.

## 3. Peran Petugas Kesehatan

Peran petugas kesehatan, termasuk perawat, sangat penting dalam memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas kepada pasien. Perawat memiliki fungsi dan kemampuan untuk membantu pasien menghadapi perubahan lingkungan dan mengembalikan keseimbangan. Keluarga dan pasien berharap agar perawat memiliki hubungan yang baik dengan pasien. Namun, dalam kenyataannya perawat dinilai kurang menerapkan kepedulian (*caring*) dalam proses perawatan. Menurut pasien, perawat cenderung hanya melakukan tugas-tugas rutin seperti pemasangan infus, pengukuran tanda-tanda vital, dan kontrol harian, sehingga perhatian yang diberikan oleh perawat masih kurang.

## **G. FUNGSI DAN PERAN PERAWAT DALAM PSIKOSOSIAL DALAM KEPERAWATAN**

Dalam keperawatan, perawat memiliki fungsi dan peran yang sangat penting dalam aspek psikososial. Fungsi dan peran ini mencakup interaksi perawat dengan pasien dalam upaya meningkatkan kesejahteraan psikologis dan sosial pasien. Berikut adalah beberapa teori yang terkait dengan fungsi dan peran perawat dalam psikososial dalam keperawatan:

1. Teori Keterampilan Komunikasi yang efektif antara perawat dan pasien merupakan komponen kunci dalam pemenuhan kebutuhan psikososial pasien. Perawat menggunakan keterampilan komunikasi yang baik untuk membantu pasien merasa didengar, dipahami, dan dihargai. Ini meliputi kemampuan mendengarkan secara aktif, memberikan dukungan emosional, membangun hubungan terapeutik, dan menyampaikan informasi dengan jelas.
2. Teori Keperawatan Holistik: Pendekatan keperawatan holistik mengakui bahwa individu adalah entitas yang kompleks dan memiliki dimensi fisik, emosional, mental, dan spiritual. Perawat mengintegrasikan aspek-aspek ini dalam perawatan psikososial, dengan fokus pada pemenuhan kebutuhan psikologis dan sosial pasien. Mereka bekerja sama dengan pasien untuk mengidentifikasi dan memahami masalah psikososial, serta merencanakan intervensi yang sesuai.
3. Teori Dukungan Sosial: dukungan sosial adalah faktor penting dalam kesejahteraan psikososial pasien. Perawat membantu pasien membangun dan memperkuat jaringan dukungan sosial, baik dari keluarga, teman, maupun kelompok pendukung. Mereka juga memberikan dukungan emosional dan informasi yang relevan kepada pasien dan keluarganya, membantu mereka menghadapi tantangan psikososial yang mungkin muncul.
4. Teori Stres dan adaptasi: perawat memahami bahwa pasien dapat mengalami stres fisik dan emosional selama masa penyakit dan perawatan. Dalam teori stres dan adaptasi, perawat membantu pasien dalam mengidentifikasi dan mengatasi stres yang terkait dengan perubahan kesehatan, perubahan peran, dan penyesuaian dengan kondisi baru. Mereka memberikan dukungan, edukasi, dan intervensi yang tepat untuk membantu pasien menghadapi dan mengatasi stres tersebut.
5. Teori Pengembangan Diri: dalam konteks psikososial, perawat berperan sebagai fasilitator dalam pengembangan diri pasien. Mereka membantu pasien mengenali dan memahami diri

mereka sendiri, mengidentifikasi kekuatan dan sumber daya internal, serta membantu dalam proses pengembangan ketrempilan sosial dan pengambilan keputusan yang sehat. Perawat juga memberikan pendidikan dan dukungan dalam mempromosikan kemandirian dan pemulihan pasien.

Fungsi dan perawat dalam aspek psikososial dalam keperawatan mencakup komunikasi efektif, pendekatan holistik, dukungan sosial, pengelolaan stres dan pengembangan diri. Melalui pendekatan ini, perawat berperan dalam meningkatkan kesejahteraan psikologis dan sosial pasien serta memfasilitasi proses penyembuhan dan pemulihan.

## **H. RANGKUMAN**

Pengkajian budaya merupakan proses mengumpulkan informasi tentang budaya pasien, termasuk nilai-nilai, keyakinan, praktik dan preferensi budaya yang dapat mempengaruhi perawatan kesehatan. Tujuan pengkajian budaya adalah untuk memahami kebutuhan individu secara holistik, dan memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan budaya pasien.

Pengkajian budaya melibatkan observasi, wawancara, dan penggunaan alat pengkajian budaya yang valid dan reliabel. Faktor-faktor yang perlu diperhatikan dalam pengkajian budaya meliputi bahasa, komunikasi, keyakinan dan nilai-nilai budaya, praktik kesehatan tradisional, preferensi makanan dan dukungan sosial.

## **I. TES FORMATIF**

1. Apa yang dimaksud dengan pengkajian budaya dalam keperawatan?
  - a. Proses mengumpulkan informasi tentang budaya pasien
  - b. Proses menyusun rencana perawatan kesehatan

- c. Proses melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan kesehatan
- d. Proses memberikan intervensi medis kepada pasien

## **J. LATIHAN**

Berikan pendapat kealian berdasarkan *evidence based practice*, mengapa pengkajian budaya penting dalam keperawatan?

## KEGIATAN BELAJAR 2

### KONSEP DIRI

#### DESKRIPSI PEMBELAJARAN

Pada bab ini mahasiswa mempelajari pengenalan dan konsep dasar teoritis konsep diri. Diharapkan mahasiswa memiliki wawasan dan pemahaman untuk modal dasar mempelajari konsep diri lebih lanjut.

#### KOMPETENSI PEMBELAJARAN

Setelah mengikuti perkuliahan ini diharapkan mahasiswa dan mahasiswi memiliki pengetahuan dan kemampuan:

1. Mampu menguraikan definisi konsep diri
2. Mampu menjelaskan komponen dan jenis konsep diri
3. Mampu menjelaskan faktor pembentuk konsep diri
4. Mampu menjelaskan hal-hal yang mempengaruhi konsep diri

#### PETA KONSEP PEMBELAJARAN



## **A. PENGERTIAN KONSEP DIRI**

Konsep diri diartikan sebagai perasaan individu mengenai dirinya yang berperan sebagai pribadi utuh dan berkarakteristik unik, sehingga seorang individu tersebut akan dikenali sebagai individu yang memiliki ciri khas unik. Konsep diri juga berperan penting sebagai bagian diri yang dapat memahami kebutuhan dalam diri individu serta introspeksi terhadap kekurangan dan kelebihan atas dirinya secara obyektif (Hartanti, 2018).

Konsep diri adalah pandangan seseorang tentang dirinya sendiri yang meliputi gambaran dirinya dan kepribadian yang diinginkan yang diperoleh dari hasil pengalaman dan interaksi yang mencakup aspek fisik ataupun psikologis. Cara pandang individu terhadap dirinya akan membentuk suatu konsep tentang dirinya sendiri. Konsep tentang diri tersebut merupakan hal-hal yang penting bagi kehidupan individu. Hal ini dikarenakan konsep diri menentukan bagaimana individu tersebut bertindak dalam berbagai situasi (Putra & Usman, 2019).

## **B. KOMPONEN KONSEP DIRI**

### **1. Citra Tubuh**

Citra tubuh (*Body Image*) adalah sikap individu terhadap tubuhnya baik disadari atau tidak disadari meliputi persepsi masa lalu atau masa sekarang mengenai ukuran dan bentuk, fungsi, penampilan dan potensi tubuh. Citra tubuh sangat dinamis karena secara konstan berubah seiring dengan persepsi dalam pengalaman-pengalaman baru. Citra tubuh harus realistis karena semakin dapat menerima dan menyukai tubuhnya individu akan lebih bebas dan merasa aman dari kecemasan (Jayanti et al., 2022).

### **2. Harga Diri (*Self Esteem*)**

Harga diri atau *self-esteem* adalah penilaian individu mengenai dirinya dengan menganalisis bagaimana nilai personal yang dimiliki dan disesuaikan dengan ideal dirinya. Harga diri yang tinggi adalah menilai dirinya tetap baik, berharga, penting dan benar meskipun melakukan kesalahan ataupun kekalahan. Harga diri rendah bagai mana seseorang menilai dirinya tidak berharga. Harga diri dapat dicapai melalui diri sendiri dan orang lain. Keberhasilan dalam hidup akan mejadi motivasi dan dapat meningkatkan harga diri. Rasa berhasil dan bermakna dalam hidup akan muncul apabila mendapatkan pengakuan dari orang lain dengan demikian maka akan dapat menghadapi kehidupan dan mampu mengontrol dirinya. Semakin seringnya rasa keberhasilan dalam menggapai cita-cita akan dapat menumbuhkan harga diri yang tinggi begitu pula sebaliknya (Jayanti et al., 2022).

### 3. Identitas Diri

Kesadaran akan keunikan diri sendiri yang bersumber dari penilaian dan observasi diri sendiri. Hal ini mencakup keutuhan internal individu, konsistensi individu tersebut sepanjang waktu dan dalam berbagai situasi. Identitas menunjukkan ciri khas seseorang yang membedakannya dengan orang lain, tetapi menjadikannya unik. Seseorang yang memiliki identitas yang kuat akan memandang dirinya berbeda dengan orang lain, dan tidak ada keduanya. Kemandirian timbul dari perasaan berharga, kemampuan dan penguasaan diri (Putra & Usman, 2019).

### 4. Ideal Diri

Ideal diri atau *self-ideal* adalah gambaran individu tentang dirinya yang ideal atau sempurna. Ideal diri dapat memotivasi individu untuk meningkatkan diri dan mencapai tujuan hidupnya. Ideal diri akan mewujudkan cita-cita atau pengharapan diri berdasarkan norma-norma sosial di masyarakat tempat individu tersebut menunjukkan

penyesuaian diri. Seseorang yang memiliki konsep diri yang baik tentang ideal diri apabila dirinya mampu bertindak dan berperilaku sesuai dengan kemampuan yang ada pada dirinya dan sesuai dengan apa yang diinginkannya (Jayanti et al., 2022).

5. Peran Diri (*Self Role*)

Serangkaian pola perilaku individu dalam kehidupan sosial yang diharapkan oleh lingkungan sesuai dengan peran dan fungsi individu tersebut. Peran individu yang dinilai dalam keluarga, kelompok, masyarakat dan lingkungan tempat tinggal. Peran dalam hal ini bisa peran yang diterima atau dipilih oleh individu ataupun peran yang diberikan oleh lingkungan atau orang lain (Jayanti et al., 2022).

### **C. JENIS KONSEP DIRI**

1. Konsep Diri Positif

Konsep diri lebih berupa penerimaan diri bukan sebagai suatu kebanggaan yang besar tentang dirinya, dapat memahami dan menerima dirinya sendiri secara apa adanya, evaluasi terhadap dirinya sendiri menjadi positif dan dapat menerima orang lain. Seseorang yang memiliki konsep diri positif akan merancang tujuan-tujuan yang sesuai dengan realitas, yaitu tujuan yang memiliki kemungkinan besar untuk dapat dicapai, harga diri yang tinggi, mampu menghadapi kehidupan serta menganggap bahwa hidup adalah suatu proses penemuan. Pada dasarnya individu yang mempunyai konsep diri positif pasti mengenal siapa dirinya serta mampu merancang tujuan yang jelas sesuai dengan realitas. Ciri - ciri seseorang yang memiliki konsep diri positif adalah yakin akan kemampuannya dalam mengatasi masalah, merasa setara dengan orang lain, menyadari bahwa setiap individu memiliki perasaan, keinginan dan perilaku yang tidak seluruhnya disetujui oleh masyarakat serta mampu

memperbaiki diri karena sanggup mengungkapkan aspek-aspek kepribadian yang tidak disenangi dan melakukan introspeksi dan berusaha memperbaiki diri (Putra & Usman, 2019).

## 2. Konsep Diri Negatif

Pandangan seseorang yang menganggap dirinya tidak benar dan tidak teratur, tidak memiliki perasaan, tidak stabil. Individu tersebut benar-benar tidak tahu siapa dirinya, apa kelemahannya dan apa kelebihanannya atau apa yang ia hargai dalam kehidupannya. Apapun yang diperoleh, tidak akan berharga dibandingkan dengan apa yang diraih oleh orang lain. Ia selalu merasa cemas dan rendah diri dalam pergaulan sosialnya karena menganggap orang lain dan masyarakat dilingkungannya tidak menghargai serta tidak menerima terhadap keberadaan dirinya (Putra & Usman, 2019).

## D. FAKTOR PEMBENTUK KONSEP DIRI

### 1. Lingkungan

Lingkungan di mana individu dibesarkan dan memiliki peran yang sangat penting dalam membentuk konsep diri individu. Norma budaya, harapan sosial, dan nilai-nilai yang dianut oleh komunitas berkontribusi pada cara individu memandang diri mereka sendiri. Beberapa hal yang berpengaruh terhadap konsep diri dari lingkungan meliputi:

- Norma budaya  
Norma-norma budaya yang ada dalam suatu komunitas dapat mempengaruhi cara individu memandang diri mereka sendiri. Nilai-nilai yang dianut oleh komunitas, seperti nilai kejujuran, kerja keras, atau kepatuhan, dapat membentuk pandangan individu terhadap diri mereka sendiri
- Harapan sosial

Harapan yang ditetapkan oleh masyarakat terhadap individu juga dapat mempengaruhi konsep diri. Misalnya, jika masyarakat mengharapkan individu untuk sukses dalam karir atau memiliki penampilan fisik tertentu, individu tersebut mungkin akan membentuk konsep diri berdasarkan harapan tersebut.

- **Lingkungan belajar**  
Lingkungan belajar, seperti sekolah atau tempat kerja, juga dapat mempengaruhi konsep diri seseorang. Interaksi dengan teman sebaya, guru, atau rekan kerja dapat membentuk pandangan individu terhadap diri mereka sendiri. Misalnya, jika individu mendapatkan dukungan dan pengakuan atas prestasi mereka di lingkungan belajar, hal ini dapat memperkuat konsep diri yang positif (Suprpto B et al, 2023).

## 2. Keluarga

Faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan konsep diri dari keluarga antara lain:

- **Perhatian dan penerimaan**  
Individu yang merasa diterima dan dicintai oleh keluarga cenderung memiliki harga diri yang lebih tinggi.
- **Model perilaku**  
Individu cenderung meniru perilaku orang tua dan anggota keluarga lainnya, sehingga perilaku keluarga dapat membentuk konsep diri individu tersebut.
- **Komunikasi**  
Komunikasi yang terbuka dan positif antara anggota keluarga dapat membantu individu merasa didengar dan dihargai, serta membentuk persepsi positif tentang dirinya.
- **Pengasuhan**  
Cara orang tua mendidik dan membesarkan anak dapat membentuk konsep diri anak, misalnya dengan memberikan otonomi dan kesempatan untuk mengambil keputusan
- **Dinamika keluarga**

Konflik atau ketidakharmonisan dalam keluarga dapat mempengaruhi konsep diri individu, terutama jika individu merasa terlibat dalam konflik tersebut (Suprpto B et al, 2023).

### 3. Pengalaman Hidup

Konsep diri individu dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk pengalaman hidup. Pengalaman hidup, baik yang positif maupun penuh tantangan, meninggalkan jejak tak terhapuskan pada konsep diri individu. Kemenangan dan kegagalan, prestasi dan kegagalan, semuanya berkontribusi pada mozaik keyakinan yang dimiliki individu tentang kemampuan dan nilai diri mereka. Penelitian menunjukkan bahwa berbagai pengalaman hidup, termasuk pencapaian, kegagalan, dan peristiwa emosional, dapat mempengaruhi konsep diri. Pengalaman yang berhasil dan positif dapat meningkatkan kepercayaan diri dan memperkuat konsep diri, sementara pengalaman negatif dapat menyebabkan keraguan diri dan mengubah persepsi diri (Suprpto B et al, 2023) .

## E. FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KONSEP DIRI

### 1. Orang tua

Orang tua adalah kontak sosial yang paling awal dan paling kuat. Apa yang dikomunikasikan oleh orang tua pada anak lebih tertanam dari pada informasi lain yang diterima sepanjang daur kehidupannya. Orang tua mengajarkan bagaimana menilai diri sendiri dan lebih banyak membentuk kerangka dasar untuk konsep diri tersebut. Pola asuh orang tua menjadi faktor yang signifikan dalam membentuk konsep diri seseorang. Sikap positif orang tua akan menumbuhkan konsep pemikiran yang positif serta sikap menghargai diri sendiri. Sikap negatif orang tua akan mengundang pertanyaan pada individu

dan menimbulkan asumsi bahwa dirinya tidak cukup berharga untuk disayangi dan dihargai.

2. Teman sebaya

Penerimaan individu terhadap kelompok teman sebaya sangat dibutuhkan dan sangat berpengaruh terhadap konsep diri. Jika penerimaan ini tidak muncul, dibentak atau dijauhi maka konsep akan terganggu. Disamping masalah penerimaan atau penolakan, peran yang diukur individu dalam kelompok teman sebayanya sangat mempengaruhi pada persepsi terhadap dirinya sendiri.

3. Masyarakat

Individu tidak terlalu mementingkan kelahiran mereka, tetapi masyarakat menganggap penting fakta-fakta yang ada pada individu, seperti siapa bapaknya, ras dan lain lain. Akhirnya penilaian ini sampai kepada individu dan masuk kedalam konsep diri.

4. Nama dan pakaian

Nama-nama tertentu yang akhirnya menjadi bahan tertawaan dari teman-teman, akan membawa seseorang kepada pembentukan konsep diri yang lebih negatif, karena nama-nama julukan yang bernada negatif dapat menyebabkan individu benar-benar beranggapan bahwa dirinya memang demikian. Sebaliknya, nama-nama panggilan yang bernada positif dapat mengubah individu kearah positif pula. Demikian halnya dengan cara berpakaian, seseorang dapat menilai atau mempunyai gambaran mengenai dirinya sendiri.

5. Peranan seseorang

Setiap individu memakai peran yang berbeda-beda. Dalam suatu peran tersebut individu diharapkan melakukan perbuatan dengan cara-cara tertentu. Pengalaman dan harapan-harapan yang berhubungan dengan peran yang berbeda akan

berpengaruh pada konsep diri. Kritik terhadap diri sendiri berfungsi sebagai rambu-rambu dalam bertindak dan berperilaku agar keberadaan individu diterima dan dapat beradaptasi. Walau demikian, kritik terhadap diri sendiri yang berlebihan dapat mengakibatkan individu menjadi lemah dan rendah diri.

6. Identifikasi terhadap orang lain

Seringkali individu mengagumi orang lain, dan mencoba menjadi pengikut dan meniru beberapa nilai, keyakinan dan perbuatan. Proses identifikasi ini menyebabkan individu merasakan bahwa mereka telah memiliki beberapa sifat dari orang yang dikagumi tersebut. Dengan demikian, dapat ditarik kesimpulan bahwa individu tidak lahir dari konsep diri. Konsep diri merupakan interaksi individu dengan orang lain, yaitu orang tua, teman sebaya, dan masyarakat yang memberikan dampak secara langsung maupun tidak langsung (Putra & Usman, 2019).

## **F. RANGKUMAN**

Konsep diri merujuk kepada gambaran mental yang kita miliki tentang siapa diri kita, termasuk penilaian terhadap aspek-aspek seperti kepribadian, kemampuan, dan nilai-nilai yang dimiliki. Konsep diri bisa berubah seiring waktu, terutama dengan pengalaman baru, belajar, dan refleksi diri. Namun, ada juga elemen-elemen yang relatif stabil dalam konsep diri yang tidak mudah berubah. Konsep diri berperan penting dalam membentuk perilaku, mengambil keputusan, dan kesejahteraan psikologis seseorang. Memiliki konsep diri yang positif dan seimbang dapat meningkatkan rasa percaya diri dan kualitas hidup secara keseluruhan. Dengan memahami konsep diri dengan lebih baik, seseorang dapat mengelola perasaan diri, berinteraksi dengan

orang lain, dan mencapai potensi penuh mereka dalam kehidupan sehari-hari

.

### **G. TES FORMATIF**

1. Kepercayaan diri dan motivasi individu untuk mencapai tujuan hidupnya adalah konsep diri yang masuk dalam komponen?
  - a. Citra tubuh
  - b. Harga diri
  - c. Identitas diri
  - d. Ideal diri
  - e. Peran diri
  
2. Faktor yang mempengaruhi konsep diri adalah?
  - a. Orang tua
  - b. Teman sebaya
  - c. Masyarakat
  - d. Peranan seseorang
  - e. Semua benar

### **H. LATIHAN**

Berikan beberapa contoh komponen konsep diri yang dikaitkan dengan aktivitas kehidupan sehari-hari dalam bermasyarakat. Jika perlu sebutkan dan jelaskan berdasarkan pengalaman anda sebagai individu!

## KEGIATAN BELAJAR 3

### KESEHATAN SPIRITUAL

#### DESKRIPSI PEMBELAJARAN

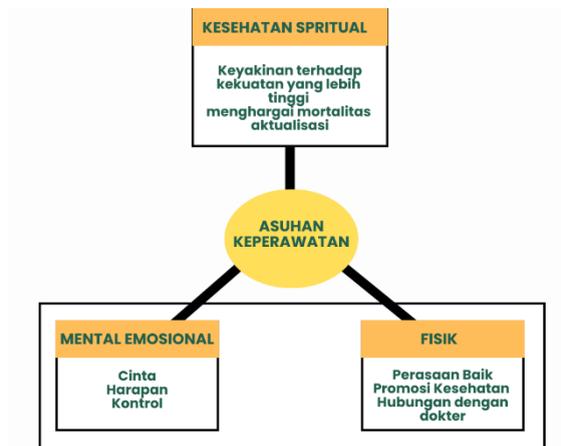
Pada bab ini mahasiswa mempelajari pengenalan konsep dasar teoritis dan praktik keperawatan spiritual untuk mencapai derajat kesehatan spiritual. Diharapkan mahasiswa memiliki wawasan dan pemahaman sebagai dasar praktik asuhan keperawatan spiritual.

#### KOMPETENSI PEMBELAJARAN

Setelah mengikuti perkuliahan ini diharapkan mahasiswa dan mahasiswi memiliki kompetensi:

1. Mampu menguraikan Pengertian kesehatan spiritual
2. Mampu menguraikan konsep prinsip dan teori kesehatan spiritual minimal didasari 2 teori dari tokoh keperawatan.
3. Mampu menjelaskan prinsip kesehatan spiritual sebagai landasan berpikir memberikan asuhan keperawatan
4. Mampu menjelaskan konsep asuhan keperawatan spiritual dengan pendekatan proses keperawatan.

#### PETA KONSEP PEMBELAJARAN



## **A. PENGERTIAN KESEHATAN SPIRITUAL DALAM KEPERAWATAN**

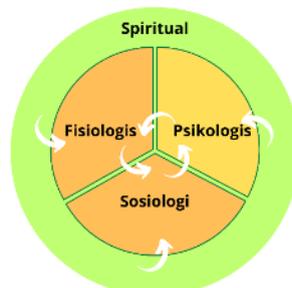
Asuhan keperawatan yang berkualitas diberikan secara holistik. Aspek spiritual diintegrasikan dalam keperawatan untuk memberikan perawatan holistik kepada pasien, Keperawatan spiritual adalah bidang yang mengintegrasikan dimensi spiritual dalam praktik keperawatan. Kata spirit merujuk pada aspek-aspek immaterial yang terkait dengan keberadaan manusia, seperti nilai, keyakinan, dan makna hidup. Dalam keperawatan spiritual, perawat tidak hanya fokus pada aspek fisik dan emosional pasien, tetapi juga memberikan perhatian pada kebutuhan spiritual mereka. Tujuan keperawatan spiritual untuk meningkatkan kesejahteraan pasien secara keseluruhan, sehingga pasien dapat merasa terbantu dan terlayani secara menyeluruh. Keperawatan spiritual berfokus pada pemahaman, pengakuan, dan penghargaan terhadap kebutuhan spiritual pasien yang sering kali terkait erat dengan kesehatan fisik, mental, dan emosional mereka.

Keperawatan spiritual adalah suatu pendekatan yang mempertimbangkan aspek spiritual pasien dalam proses penyembuhan dan perawatan. Menurut Puchalski et al. (2009), spiritualitas adalah pencarian makna, tujuan, dan hubungan dengan yang sakral atau transenden. Spiritualitas dapat diekspresikan melalui agama atau praktik non-religius lainnya, seperti meditasi, refleksi diri, dan hubungan interpersonal yang dalam (Pratiwi, 2012). Spiritualitas seseorang dapat mempengaruhi penerimaan kondisi penyakitnya. Kecerdasan spiritualitas membantu individu memiliki penerimaan diri terhadap penyakitnya, meningkatkan kualitas hidup, dan memberikan kekuatan dalam menghadapi tantangan sehari-hari. Perawat sering kali menyatukan konsep spiritual dengan religi. Sebetulnya sangat tipis nuansa sekat antara keduanya, namun berhubung perawat akan menghadapi klien yang beragam, ada kalanya klien tidak menganut suatu agama, maka dalam konteks ini kita sebaiknya berusaha menghargai apapun

agama yang dianut klien, dengan tetap memberi dukungan spiritual. Menurut Mansen (1993) dalam Potter dan Perry (2005), Apabila perawat menempatkan dimensi fisiologis, sosiologis, spiritual dan psikologis secara berdampingan (seperti gambar A), ada kalanya perawat menganalisis masalah klien adalah masalah psikososial, padahal sesungguhnya masalah klien yang dominan adalah masalah spiritual. Namun apabila perawat menempatkan dimensi spiritual mencakup dimensi fisiologis, psikologis, social (seperti gambar B) dengan demikian dimensi spiritual menyebar di antara dimensi lainnya, sehingga dalam praktiknya selama periode sakit klien akan diarahkan menjadikan kekuatan spiritual menyebabkan peralihan ke arah kesejahteraan.



Gambar A. Dimensi Spiritual yang merupakan pendekatan integral sejajar dengan fisiologis, psikososial



Gambar B. Dimensi Spiritual yang menyebar melingkupi dimensi fisiologis, psikologis dan sosial

Sumber: Digambarkan kembali dari Farron dalam Potter dan Perry (2005) hal. 564. Dan 565

## B. TEORI-TEORI DALAM KEPERAWATAN SPIRITUAL

Beberapa teori keperawatan spiritual yang signifikan termasuk:

### 1. Teori Transpersonal dari Jean Watson.

Watson mengemukakan bahwa perawatan transpersonal melibatkan koneksi yang mendalam antara perawat dan pasien, yang melampaui aspek fisik dan emosional untuk mencakup dimensi spiritual. Watson menekankan pentingnya

'kehadiran' dan hubungan antar pribadi yang otentik dalam proses penyembuhan.

## 2. Model Adaptasi Roy

Sister Callista Roy mengembangkan model adaptasi yang mengakui peran penting dari dimensi spiritual dalam adaptasi individu terhadap perubahan dan stres. Spiritualitas dianggap sebagai salah satu dari empat model adaptasi, bersama dengan fisiologis, konsep diri, dan fungsi peran.

## 3. Teori Kebahagiaan dan Kesejahteraan dari Viktor Frankl

Meskipun bukan seorang perawat, memberikan kontribusi besar melalui teori logoterapi yang menekankan pencarian makna sebagai aspek fundamental dari keberadaan manusia. Frankl percaya bahwa menemukan makna dalam penderitaan dapat memberikan kekuatan dan tujuan hidup, yang relevan dalam konteks keperawatan spiritual. Penting bagi perawat untuk memahami dan menerapkan konsep ini dalam praktik sehari-hari. Dalam Islam, konsep kebahagiaan dan kesejahteraan juga sangat penting, dengan ajaran-ajaran yang menekankan pentingnya menjalani kehidupan yang seimbang dan penuh makna. Perawat yang memahami nilai-nilai spiritual dapat lebih efektif dalam merawat pasien dengan pendekatan yang holistik. Dengan demikian, integrasi antara teori logoterapi Frankl dan nilai-nilai spiritual dapat memberikan landasan yang kuat bagi perawat dalam memberikan perawatan yang optimal bagi pasien mereka. Menurut Islam, konsep spiritual bagi orang sakit melibatkan Muḥāsabah Al-Nafs (self-evaluation) dalam menangani keresahan spiritual. Keresahan spiritual adalah gangguan sistem kepercayaan yang mempengaruhi kekuatan, harapan, dan makna hidup seseorang. Gangguan ini dapat menimbulkan emosi dan tindakan negatif seperti kesedihan, dan kegelisahan. Melakukan muhasabah (introspeksi diri) untuk mengatasi keresahan spiritual sangat penting dilatihkan kepada klien sehingga mereka terbiasa mengontrol perilakunya

dan mencapai kesejahteraan jiwa karena ikhlas dan ridho atas apa yang ditakdirkan Allah. (Sharifah et al., 2022) (Che & Loh, 2017).

### **C. PRINSIP DALAM PRAKTIK KEPERAWATAN SPIRITUAL**

Praktik keperawatan spiritual mencakup berbagai intervensi yang dirancang untuk mendukung dan memenuhi kebutuhan spiritual pasien. Beberapa praktik utama meliputi:

1. **Penilaian Spiritual.** Penilaian spiritual merupakan langkah awal yang krusial dalam keperawatan spiritual. Ini melibatkan eksplorasi terhadap keyakinan, praktik, dan kebutuhan spiritual pasien. Alat penilaian seperti FICA (Faith, Importance, Community, Address) dapat digunakan untuk menstrukturkan proses ini (Irman et al., n.d.).
2. **Komunikasi Terapeutik** Komunikasi yang penuh empati dan kehadiran yang tulus adalah esensi dari keperawatan spiritual. Perawat harus mendengarkan dengan penuh perhatian, mengakui dan menghargai perasaan, dan pengalaman spiritual pasien tanpa penilaian.
3. **Intervensi Spiritual.** Intervensi ini dapat mencakup berdoa bersama pasien, menyediakan ruang untuk meditasi atau refleksi, menghubungkan pasien dengan pemimpin agama atau spiritual, serta menyediakan bahan bacaan atau musik yang menenangkan.
4. **Penyediaan Lingkungan yang Mendukung** Lingkungan yang mendukung dapat membantu pasien merasa nyaman dan aman secara spiritual. Ini termasuk menyediakan privasi untuk beribadah, memastikan keberadaan simbol-simbol spiritual atau religius yang penting bagi pasien, dan menghindari intervensi medis yang dapat mengganggu praktik spiritual pasien.

Perawat harus memahami dan menghormati kebutuhan spiritual pasien, karena hal ini dapat berdampak pada keseluruhan

kesejahteraan dan pemulihan mereka. Dengan memasukkan aspek spiritual dalam perawatan, pasien dapat merasa didengar, dipahami, dan didukung secara holistik. Keperawatan spiritual bisa membantu pasien mendapatkan makna dan tujuan dalam hidup mereka baik dalam proses pertumbuhan perkembangan, maupun proses penyembuhan.

#### **D. PRAKTIK KESEHATAN SPIRITUAL DALAM KEPERAWATAN**

1. Pengkajian Spiritual
  - a. Riwayat Spiritual dan Kepercayaan: Melakukan pengkajian awal mengenai latar belakang spiritual klien, keyakinan, dan praktik keagamaan yang dijalani sebelum mengalami kondisi kesehatan saat ini.
  - b. Kebutuhan Spiritual: Mengidentifikasi kebutuhan spiritual klien yang mungkin melibatkan rasa kehilangan kontrol, perubahan citra diri, atau isolasi sosial akibat kondisinya.

Sebagai contoh format pengkajian sebagai berikut

- a. Data Demografi dan Riwayat Spiritual
  - 1) Nama
  - 2) Umur
  - 3) Jenis Kelamin
  - 4) Agama/Kepercayaan
  - 5) Latar Belakang Budaya
  - 6) Riwayat Praktik Keagamaan/Spiritual
- b. Penilaian Keyakinan and Praktik Spiritual
  - 1) Apa keyakinan spiritual atau agama yang paling penting bagi Anda?
  - 2) Apakah ada praktik spiritual tertentu yang Anda lakukan secara rutin?
  - 3) Seberapa sering Anda berpartisipasi dalam kegiatan keagamaan/spiritual (misalnya, doa, meditasi, ibadah)?

- c. Pengalaman Spiritual Saat Ini
  - 1) Apakah ada pengalaman spiritual yang signifikan yang Anda alami baru-baru ini?
  - 2) Bagaimana kondisi kesehatan Anda mempengaruhi praktik spiritual Anda?
- d. Kebutuhan dan Harapan Spiritual
  - 1) Apakah Anda merasa perlu bantuan dalam memenuhi kebutuhan spiritual Anda?
  - 2) Apa harapan Anda terkait dukungan spiritual dari tim kesehatan?
- e. Dukungan Spiritual yang Diinginkan
  - 1) Apakah Anda ingin berbicara dengan pemimpin spiritual atau rohaniwan?
  - 2) Apakah Anda memerlukan bahan bacaan atau musik yang bersifat spiritual?
- f. Observasi dan Dokumentasi
  - 1) Observasi tentang bagaimana pasien mengekspresikan keyakinan spiritualnya.
  - 2) Dokumentasi tentang respon pasien terhadap intervensi spiritual

2. **Diagnosis Keperawatan**

Setelah mendapat data, perawat melakukan analisis data senjang. Seperti telah kita bahas sebelumnya, bila kita mengkaji kebutuhan spiritual klien, kita tak bisa lepas dari dimensi bio psiko sosial kultural. Identifikasilah apakah klien mengalami hal hal sebagai berikut:

<b>Data Subjektif</b>	<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>	<b>Data Objektif</b>	<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>
Merasa bingung			Tampak gelisah		
Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi			Tampak tegang		
Sulit berkonsentrasi			Sulit tidur		
Merasa bingung			Menangis		
Merasa sedih			Pola tidur tidak berubah		

Merasa bersalah atau menyalahkan orang lain			Tidak mampu berkonsentrasi		
Tidak menerima kehilangan			Tidak mampu beribadah		
Merasa tidak ada harapan			Marah pada Tuhan		
[Mempertanyakan tujuan hidupnya			Kehilangan bagian tubuh		
Menyatakan hidupnya terasa tidak/ kurang bermakna			Perilaku tidak konsisten		
Merasa menderita/ tidak berdaya			Hubungan yang tidak efektif		
Mengungkapkan kecacatan/ kehilangan bagian tubuh			Bergantung pada orang lain		
<b>Data Subjektif</b>	<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>	<b>Data Objektif</b>	<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>
Persepsi terhadap diri berubah			Enggan mencoba hal yang baru		
Bingung dengan nilai-nilai budaya, tujuan hidup, jenis kelamin, dan/ atau nilai-nilai ideal			Berjalan menunduk		
Perasaan yang fluktuatif terhadap diri			Postur tubuh menunduk		
Menilai diri negatif (mis. tidak berguna, tidak tertolong)			Berperilaku pasif		
Merasa malu/ bersalah			Mengungkapkan keputusan		
Merasa tidak mampu melakukan apapun			Tidak memenuhi kebutuhan anggota keluarga		
Meremehkan kemampuan mengatasi masalah			Tidak toleran		
Merasa tidak memiliki kelebihan atau kemampuan positif			Mengabaikan anggota keluarga		
Melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri			Tidak toleran		
Menolak penilaian positif tentang diri sendiri			Mengabaikan anggota keluarga		
Menilai diri negatif (mis. tidak berguna, tidak tertolong)			Mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan konsep diri		
Merasa malu/ bersalah, Mengungkapkan tidak mampu mengatasi masalah			Mengekspresikan kepuasan dengan diri, harga diri, penampilan peran, citra tubuh		

			dan identitas pribadi		
Melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri			Menyalahkan orang lain		
Menolak penilaian positif tentang diri sendiri			Menyangkal adanya masalah		
Mengungkapkan keputusan			Menyangkal kelemahan diri		
Terdapat sumber-sumber daya yang adekuat untuk mengatasi stresor			Merasionalisasi kegagalan		
Menyatakan frustrasi atau tidak mampu melaksanakan aktivitas sebelumnya			Hipersensitif terhadap kritik		
Perencanaan aktif oleh komunitas mengenai prediksi stressor			Mengungkapkan ketidakberdayaan komunitas		
Pemecahan masalah aktif oleh komunitas saat menghadapi masalah			Tidak mampu memenuhi peran yang diharapkan (sesuai usia)		
Merasa diabaikan			Menggunakan mekanisme koping yang tidak sesuai		
Tidak memenuhi kebutuhan anggota keluarga			Menunjukkan upaya peningkatan status kesehatan yang minimal		
Komunitas tidak memenuhi harapan anggotanya			Menunjukkan penolakan terhadap perubahan status kesehatan		
Konflik masyarakat meningkat			Gagal melakukan tindakan pencegahan masalah kesehatan		
Insiden masalah masyarakat tinggi (mis. pembunuhan, pengrusakan, terorisme, perampokan, pelecehan, pengangguran, kemiskinan, penyakit mental)					

(didaftarkan ulang dengan modifikasi dari Tim Pokja DPP PPNI 2016)

Diagnosis ditegakkan berdasarkan data senjang yang telah ditemukan dari hasil analisis data. Penegakan diagnosis boleh dilakukan bila perawat menemukan 80-100% dari data mayor. kemudian perawat memilih intervensi keperawatan utama sesuai kondisi klien. Berikut ini daftar tautan diagnosis dan intervensi keperawatan yang mempengaruhi spiritual klien. Dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) Daftar Diagnosis ini termasuk Klasifikasi Psikologi:

Kode	Diagnosis	Kode	Intervensi Utama
D.008	Ansietas	I09134 I09326	Reduksi ansietas Terapi relaksasi
D.0081	Berduka	I09274 I09256	Dukungan proses berduka Dukungan Emosional
D.0082	Distress spiritual	I09276 I09312	Dukungan Spiritual Promosi koping
D.0083	Gangguan Citra tubuh	I09305 I09312	Promosi citra tubuh Promosi koping
D.0084	Gangguan identitas diri	I09297 I09311 I09312	Orientasi realita Promosi kesadaran diri Promosi koping
D.0085	Gangguan persepsi Sensori	I09288 I08241 I09301	Manajemen halusinasi Minimalisasi rangsangan Pengekangan kimiawi
D.0087	Harga Diri rendah Situasional	I12463 I09308 I09312	Manajemen Perilaku Promosi harga diri Promosi koping
D.0088	Keputusanasaan	I09256 I09307 I09312	Dukungan Emosional Promosi harapan Promosi koping
D.0089	Kesiapan peningkatan konsep diri	I09308 I09311 I09312	Promosi harga diri Promosi kesadaran diri Promosi koping
D.0090	Kesiapan peningkatan koping keluarga	I09260 I14525 I09312	Dukungan Koping Keluarga Pelibatan Keluarga Promosi Koping
D.0091	Kesiapan peningkatan koping komunitas	I09258 I09280 I09313	Dukungan kelompok Kelompok Pendukung Promosi sistem pendukung
D.0092	Ketidakberdayaan	I09307 I09312	Promosi harapan Promosi koping
D.0093	Ketidakmampuan koping keluarga	I09260 I09312	Dukungan koping keluarga Promosi koping
D.0094	Koping defensif	I09308	Promosi Harga diri

Kode	Diagnosis	Kode	Intervensi Utama
		I09311 I09312	Promosi kesadaran diri Promosi koping
D.0095	Koping Komunitas Tidak Efektif	I02383 I14515 I14548	Edukasi kesehatan lingkungan Manajemen komunitas Pengembangan kesehatan masyarakat
D.0096	Koping tidak efektif	I09265 I13478 I09312	Edukasi kesehatan Lingkungan Manajemen Kesehatan masyarakat
D.0097	Penurunan Koping Keluarga	I09260 I09312	Dukungan koping keluarga Promosi koping
D.0098	Penyangkalan tidak efektif	I09311 I09312	Promosi Kesadaran diri Promosi koping
D.0099	Perilaku Kesehatan Cenderung berisiko	I13484 I12472	Modifikasi perilaku keterampilan sosial Promosi Perilaku Upaya kesehatan
D.0100	Risiko Distress spiritual	I09269 I09306	Dukungan perkembangan spiritual Promosi dukungan spiritual
D.0101	Risiko harga diri rendah kronis	I09308 I09312 I03498	Promosi harga diri Promosi koping Promosi sosialisasi
D.0102	Risiko harga diri rendah situasional	I13478 I09308 I09311 I09312	Dukungan penampilan peran Promosi harga diri Promosi kesadaran diri Promosi koping
D.0103	Risiko ketidakberdayaan	I09307 I09312	Promosi harapan Promosi koping
D.0104	Sindroma pasca Trauma	I09274 I09134	Dukungan proses berduka Resduksi ansietas
D.0105	Waham	I09295 I09297	Manajemen waham Orientasi realita

### 3. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Implementasi dan evaluasi dilaksanakan sesuai dengan perencanaan klien dan keluarga serta interprofesional. Dalam buku ini kita tidak membahas tindakan keperawatan spiritual. Untuk mengembangkan pengetahuan dan kompetensi anda silahkan

merujuk kepada standar prosedur operasional dan referensi lain yang terkait.

## **E. RANGKUMAN**

1. Kesehatan spiritual dapat didefinisikan sebagai pencarian makna, tujuan, dan hubungan dengan yang suci atau transenden
2. Kesehatan spiritual dapat melibatkan praktik seperti meditasi, refleksi diri, dan hubungan interpersonal yang mendalam, yang dapat diekspresikan melalui agama atau kegiatan non-agama
3. spiritualitas seseorang dapat mempengaruhi penerimaan mereka terhadap penyakit mereka
4. Perawatan keperawatan dengan fokus spiritual bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan pasien secara keseluruhan, memastikan mereka merasa didukung dan dirawat secara komprehensif
5. Kecerdasan spiritual membantu individu menerima penyakit mereka, meningkatkan kualitas hidup mereka, dan memberikan kekuatan untuk menghadapi tantangan sehari-hari
6. Perawat harus dapat membedakan mengintegrasikan konsep spiritual dengan agama, meskipun ada garis tipis di antara keduanya
7. Sangat penting bagi perawat untuk menghormati keyakinan agama dari klien yang beragam dan memberikan dukungan spiritual, bahkan ketika klien tidak menganut agama tertentu

## **F. TES FORMATIF**

1. Apa yang dimaksud dengan kesehatan spiritual?
  - a. Kondisi fisik yang prima

- b. Kesehatan mental yang stabil
  - c. Keseimbangan antara tubuh, pikiran, dan jiwa**
  - d. Kemampuan untuk berinteraksi sosial dengan baik
2. Manakah dari berikut ini yang merupakan praktik yang dapat meningkatkan kesehatan spiritual seseorang?
- a. Mengonsumsi makanan sehat
  - b. Meditasi dan refleksi diri**
  - c. Berolahraga secara teratur
  - d. Menonton televisi
3. Mengapa penting untuk menjaga kesehatan spiritual dalam kehidupan sehari-hari?
- a. Agar dapat memiliki lebih banyak teman
  - b. Untuk meningkatkan kinerja kerja saja
  - c. Agar dapat menghadapi stres dan tantangan hidup dengan lebih baik**
  - d. Untuk mendapatkan pengakuan sosial
4. Salah satu tanda bahwa seseorang memiliki kesehatan spiritual yang baik adalah:
- a. Selalu merasa cemas
  - b. Merasa terhubung dengan diri sendiri dan orang lain**
  - c. Menghindari interaksi sosial
  - d. Terfokus hanya pada kesuksesan materi
5. Dalam konteks kesehatan spiritual, apa yang dimaksud dengan 'keterhubungan'?
- a. Kemampuan untuk berkomunikasi secara efektif
  - b. Rasa saling ketergantungan antara individu dengan lingkungan dan sesama**
  - c. Memiliki banyak teman di media sosial
  - d. Menjaga jarak dari orang lain untuk mencegah konflik

## G. LATIHAN

Seorang pasien yang baru saja didiagnosis dengan penyakit terminal merasa kehilangan harapan dan menyatakan kemarahan terhadap Tuhan. Pengkajian spiritual mengungkapkan bahwa pasien memiliki latar belakang religius yang kuat. Apakah diagnosis keperawatan yang dapat diidentifikasi oleh perawat? apakah intervensi dan luaran keperawatannya?

Coba tinjau kembali jawaban anda:

Diagnosis keperawatan: Distres Spiritual.

Intervensi keperawatan: dukungan spiritual

Implementasi keperawatan:

Menghubungkan pasien dengan pemimpin agama untuk dukungan spiritual.

Mendukung pasien dalam melaksanakan praktik spiritual yang bermakna bagi mereka.

Mendengarkan dengan penuh perhatian dan empati terhadap ekspresi perasaan pasien.

Luaran Keperawatan Spiritual

Distres Spiritual (Spiritual Distress)

Luaran yang diharapkan:

Status spiritual membaik dengan kriteria

- a. Verbalisasi makna tujuan hidup
- b. Verbalisasi terhadap kepuasan terhadap makna hidup
- c. Verbalisasi perasaan keberdayaan
- d. Verbalisasi perasaan tenang verbalisasi penerimaan  
Verbalisasi percaya pada orang lain

## KEGIATAN BELAJAR 4

### KONSEP SEKSUALITAS

#### DESKRIPSI PEMBELAJARAN

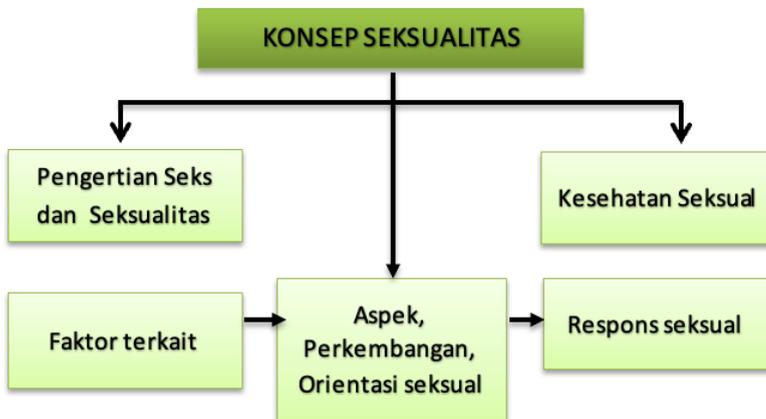
Pada bab ini mahasiswa mempelajari pengenalan dan konsep dasar seksualitas pada manusia. Diharapkan mahasiswa memiliki wawasan dan pemahaman untuk modal dasar mempelajari asuhan Keperawatan lebih lanjut.

#### KOMPETENSI PEMBELAJARAN

Setelah mengikuti perkuliahan ini diharapkan mahasiswa dan mahasiswi memiliki pengetahuan dan kemampuan:

1. Mampu menjelaskan perbedaan seks, seksualitas, dan kesehatan seksual
2. Mampu menjelaskan aspek, perkembangan, faktor yang mempengaruhi, orientasi, respons, dan masalah kesehatan seksualitas manusia.
3. Mampu menganalisis kebutuhan kesehatan seksual manusia.

#### PETA KONSEP PEMBELAJARAN



## A. PENGERTIAN SEKS, GENDER, DAN SEKSUALITAS

Seks dan seksualitas adalah dua istilah yang saling terkait namun memiliki makna yang berbeda. Secara umum, istilah 'seks' dapat dibedakan berdasarkan definisi biologis dan definisi perilaku. Secara **definisi biologis**, 'seks' atau '**jenis kelamin**' mengacu pada karakteristik fisik dan fisiologis, yang membedakan laki-laki dan perempuan berdasarkan karakteristik primer (organ reproduksi, hormon, kromosom), dan karakteristik sekunder (seperti tinggi, kahmluasan kulit, penyebaran bulu, dan massa otot) . Sedangkan menurut **definisi perilaku**, '**seks**' mengacu pada aktivitas seksual, baik yang dilakukan sendiri, seperti masturbasi, maupun yang dilakukan bersama orang lain, seperti *touching*, *petting*, dan koitus. Aktivitas seksual bersama individu lainnya, yang dilakukan dengan cara penetrasi organ seksual ke dalam orang seksual atau organ tubuh lainnya, disebut dengan koitus, senggama, hubungan intim, hubungan badan, hubungan seksual, atau kontak seksual. (Ainsworth, 2015; Little et al., 2014).

Sementara itu, **gender** merupakan suatu konstruksi multidimensi yang menghubungkan identitas gender, ekspresi gender, dan ekspektasi budaya tentang status sosial, karakteristik, dan perilaku yang dikaitkan dengan sifat maskulin/pria atau feminim/perempuan. (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2022). Jenis kelamin seseorang tidak selalu sesuai dengan jenis kelamin biologisnya. Oleh karena itu, kata "gender" dan "seks" tidak dapat digunakan secara bersamaan. Bayi yang memiliki alat kelamin laki-laki akan diidentifikasi sebagai laki-laki. Seiring bertambahnya usia, ia mungkin menemukan aspek budayanya yang feminin. Karakteristik seks akan sama antara masyarakat manusia yang berbeda karena istilah seks mengacu pada perbedaan biologis atau fisik. Misalnya, semua orang yang berjenis kelamin perempuan pada akhirnya akan mengalami menstruasi dan mengembangkan payudara yang dapat menyusui, apapun budayanya. Gender, di sisi lain, dapat sangat berbeda antar

masyarakat. Misalnya, mengenakan rok atau gaun dianggap feminin (atau ciri gender perempuan) dalam berbagai budaya, sedangkan di banyak budaya Timur Tengah, Asia, dan Afrika, gaun atau rok (sering disebut sarung, jubah, atau gaun) dapat dianggap maskulin. Rok yang dikenakan oleh pria Skotlandia tidak membuatnya tampil feminin dalam budayanya. (Little et al., 2014; Rathus & Nevid, 2019).

**Seksualitas** sebagai suatu konsep yang lebih luas dan kompleks didefinisikan sebagai seluruh aspek diri seseorang yang berkaitan dengan hasrat seksual, identitas gender, orientasi seksual, keintiman, dan reproduksi. Berbicara tentang seksualitas, maka kita tidak hanya berbicara tentang perilaku seksual, melainkan juga tentang sikap, yaitu nilai-nilai (keyakinan dan norma yang berkaitan dengan seksualitas), aspek emosi (perasaan yang terkait dengan seksualitas, seperti cinta, gairah, dan keintiman), hubungan (cara seseorang berhubungan dengan orang lain secara seksual), dan tentunya kesehatan (aspek fisik dan mental yang berkaitan dengan seksualitas, termasuk kesehatan reproduksi dan pencegahan penyakit menular seksual) (Little et al., 2014; Macleod & McCabe, 2020).

Berbagai terminologi terkait seksualitas (Barry, Barry, & Chivers, 2020) mencakup:

1. **Identitas Gender**, yaitu perasaan seseorang tentang dirinya sebagai seorang yang maskulin, atau feminim.
2. **Orientasi seksual**, yaitu ketertarikan emosional, romantisme, dan/atau seksual seseorang terhadap jenis kelamin tertentu (laki-laki atau perempuan), terbagi menjadi heteroseksual (ketertarikan terhadap individu dengan jenis seks yang berbeda), homoseksual (ketertarikan terhadap individu dengan jenis kelamin yang sama), biseksual (ketertarikan terhadap laki-laki dan perempuan), dan aseksual (ketidaktertarikan kepada individu lain).

3. **Peran gender**, yaitu harapan dan norma sosial terkait dengan bagaimana seorang laki-laki atau perempuan seharusnya berperilaku.
4. **Ekspresi gender**, yaitu cara seseorang menyampaikan gendernya kepada orang lain melalui perilaku dan penampilan (seperti gaya rambut dan pakaian);
5. **Hasrat dan ketertarikan seksual**, yaitu perasaan, emosi, dorongan, atau keinginan untuk melakukan aktivitas seksual dengan diri sendiri atau dengan orang lain.
6. **Nilai dan keyakinan seksual**, yaitu pandangan pribadi dan budaya tentang seks dan seksualitas.
7. **Perilaku seksual**, yaitu cara seseorang mengekspresikan seksualitasnya secara fisik, baik melalui aktivitas seksual secara individual dengan orang dan/atau obyek lainnya.

Perlu dipahami bahwa seks, gender, dan seksualitas tidak selalu selaras, sehingga seseorang bisa saja memiliki karakteristik biologis laki-laki tetapi mengidentifikasi dirinya sebagai perempuan, atau sebaliknya. Dan, seksualitas adalah hal yang personal, sehingga setiap orang memiliki pengalaman dan pemahaman yang unik tentang seksualitasnya sendiri. Oleh karena itu, pemahaman yang baik tentang seks, gender, dan seksualitas penting untuk:

1. Meningkatkan kesehatan seksual, dimana seseorang diharapkan mampu membuat keputusan yang tepat tentang aktivitas seksual dan perlindungan diri dari risiko gangguan kesehatan, seperti penyakit infeksi menular seksual dan kekerasan seksual berbasis gender..
2. Mempertahankan hubungan yang sehat, yaitu hubungan yang dapat memberikan kepuasan dan kenyamanan diri dan pasangannya.
3. Mencapai penerimaan diri, yaitu kemampuan untuk menerima diri sendiri dan orang lain apa adanya, terlepas dari orientasi seksual atau identitas gendernya.

4. Menghindari diskriminasi gender, dimana seseorang dapat memahami bahwa setiap orang berhak atas hak kesehatan seksual dan reproduksi yang sama.

## **B. PERKEMBANGAN SEKSUALITAS MANUSIA**

Perkembangan seks sekunder adalah perubahan fisik yang terjadi selama masa pubertas pada anak laki-laki dan perempuan, yang membedakan jenis kelamin namun tidak secara langsung terlibat dalam reproduksi. Perubahan ini dipicu oleh hormon seks yang mulai diproduksi lebih banyak selama masa pubertas.

Perkembangan seks sekunder pada perempuan yang menandakan masa pubertas (Viner, Allen, & Patton, 2017), ditunjukkan dengan:

1. Payudara: Mulai tumbuh dan berkembang, puting membesar dan lebih menonjol.
2. Pinggul: Melebar untuk mempersiapkan tubuh untuk kehamilan dan persalinan.
3. Rambut: Tumbuh di area kemaluan dan ketiak.
4. Suara: Menjadi lebih tinggi dan lembut.
5. Kulit: Dapat menjadi lebih berminyak dan mungkin muncul jerawat.
6. Menstruasi: Siklus menstruasi dimulai, menandakan kemampuan untuk hamil.

Sedangkan pertumbuhan seks sekunder pada laki-laki yang menandakan masa pubertas (Viner et al., 2017), ditandai dengan:

1. Testis dan penis: Membesar.
2. Rambut: Tumbuh di area kemaluan, ketiak, wajah (kumis dan jenggot), serta bagian tubuh lainnya.
3. Suara: Menjadi lebih berat dan dalam karena pertumbuhan laring (jakun).
4. Otot: Berkembang lebih besar dan kuat.

5. **Mimpi basah:** Mengalami ejakulasi saat tidur, menandakan produksi sperma telah dimulai.

Perlu diingat bahwa usia dan kecepatan perkembangan seks sekunder bervariasi pada setiap individu.

Teori perkembangan psikoseksual adalah teori yang dikemukakan oleh Sigmund Freud yang menjelaskan bagaimana kepribadian berkembang selama masa kanak-kanak. Teori ini menyatakan bahwa energi libido (dorongan seksual) terfokus pada area tubuh yang berbeda pada setiap tahap perkembangan. Jika kebutuhan pada setiap tahap tidak terpenuhi atau terlalu terpenuhi, seseorang dapat mengalami fiksasi, yang dapat mempengaruhi kepribadian dan perilaku mereka di kemudian hari (Goerling & Wolfe, 2022). Berikut adalah perkembangan psiko-seksual manusia menurut Freud:

1. **Tahap Oral (usia 0-1 tahun):** Pada tahap ini, kenikmatan berpusat pada mulut, seperti menyusu, menggigit, dan mengunyah. Bayi yang tidak mendapatkan kepuasan yang cukup pada tahap ini dapat mengembangkan fiksasi oral, yang dapat menyebabkan kebiasaan seperti merokok, makan berlebihan, menggigit kuku, atau kecanduan alkohol di kemudian hari.
2. **Tahap Anal (usia 1-3 tahun):** Pada tahap ini, kenikmatan terkait dengan buang air besar dan kontrol kandung kemih. Anak yang terlalu keras dilatih toilet dapat mengembangkan kepribadian anal retentif, yang ditandai dengan keras kepala, pelit, penuh keteraturan, dan kehati-hatian yang berlebihan. Anak yang terlalu longgar dilatih toilet dapat mengembangkan kepribadian anal eksulsif, yang ditandai dengan ketidakrapihan, kecerobohan, dan pemberontakan. Orangtua sebaiknya memberikan pujian dan penghargaan terhadap hasil positif yang ditunjukkan anak pada periode ini yang dapat membuat anak merasa kompeten ke depannya.

3. Tahap Phallic (usia 3-6 tahun): Pada tahap ini, kenikmatan berpusat pada alat kelamin dan anak mulai mengenal tubuhnya dan menyadari perbedaan antara anak laki-laki dan anak perempuan. Anak laki-laki mengalami kompleks Oedipus, di mana mereka memiliki keinginan seksual terhadap ibu mereka dan melihat ayah mereka sebagai saingan. Anak perempuan mengalami kompleks Elektra, di mana mereka memiliki keinginan seksual terhadap ayah mereka dan melihat ibu mereka sebagai saingan. Kompleks Oedipus berhasil diselesaikan ketika anak laki-laki mulai mengidentifikasi dirinya dengan ayahnya sebagai cara tidak langsung untuk memiliki ibu. Kegagalan mengatasi kompleks Oedipus dapat mengakibatkan fiksasi dan pengembangan kepribadian yang sombong dan terlalu ambisius.
4. Tahap Laten (usia 6 tahun-pubertas): Pada tahap ini, dorongan seksual tidak aktif dan energi disalurkan ke kegiatan sosial, seperti sekolah dan persahabatan, olahraga dan hobi. Anak-anak umumnya terlibat dalam aktivitas dengan teman sebaya yang berjenis kelamin sama, yang berfungsi untuk mengkonsolidasikan identitas peran gender anak.
5. Tahap Genital (usia pubertas-dewasa): Pada tahap ini, ketertarikan seksual yang matang berkembang. Orang yang berhasil melalui tahap perkembangan psikoseksual sebelumnya akan mengembangkan kepribadian yang sehat dan hubungan yang memuaskan.

Teori perkembangan psikoseksual Freud telah banyak dikritik karena kurangnya bukti empiris dan terlalu menekankan seksualitas. Namun, teori ini masih memberikan wawasan berharga tentang perkembangan manusia dan terus mempengaruhi bidang psikologi.

## C. FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KONSEP SEKSUALITAS MANUSIA

Seksualitas manusia adalah aspek yang kompleks dan dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling terkait. Faktor-faktor ini dapat membentuk bagaimana seseorang mengekspresikan seksualitasnya, pilihan orientasi seksual, dan perilaku seksualnya. Berbagai studi menunjukkan beberapa faktor yang mempengaruhi seksualitas manusia (Potki, Ziaei, Faramarzi, Moosazadeh, & Shahhosseini, 2017; Rathus & Nevid, 2019), diantaranya:

1. Faktor Biologis
  - a. Hormon: Hormon seks seperti testosteron, estrogen, dan progesteron telah terbukti memainkan peran penting dalam perkembangan karakteristik seksual, hasrat seksual, dan fungsi reproduksi. Fluktuasi hormon selama siklus menstruasi, kehamilan, dan menopause dapat mempengaruhi seksualitas perempuan.
  - b. Genetika: Beberapa penelitian menunjukkan adanya pengaruh genetik terhadap orientasi seksual, meskipun belum ada gen tunggal yang secara pasti menentukan orientasi seksual seseorang.
  - c. Perubahan Fisik: Beberapa studi terdahulu menunjukkan bahwa perubahan fisik yang terjadi selama pubertas, kehamilan, dan menopause dapat memengaruhi fungsi seksual dan hasrat seksual.
  - d. Struktur otak: Penelitian neuroimaging menunjukkan perbedaan struktur otak antara individu dengan orientasi seksual yang berbeda, meskipun masih diperlukan penelitian lebih lanjut untuk memahami hubungan antara struktur otak dan seksualitas.
2. Faktor Psikologis:
  - a. Kepribadian: Sifat kepribadian seperti keterbukaan, ekstroversi, dan neurotisme dapat memengaruhi bagaimana seseorang mengekspresikan seksualitasnya dan menjalin

- hubungan. Penelitian menunjukkan bahwa sifat kepribadian tertentu, seperti keterbukaan terhadap pengalaman, dapat terkait dengan perilaku seksual yang lebih beragam.
- b. Harga Diri: Tingkat harga diri dan kepercayaan diri dapat memengaruhi bagaimana seseorang memandang diri sendiri secara seksual dan bagaimana mereka berinteraksi dengan orang lain.
  - c. Pengalaman Masa Lalu: Pengalaman seksual masa lalu, baik positif maupun negatif, dapat membentuk sikap dan perilaku seksual seseorang di masa depan. Pengalaman traumatis, pelecehan seksual, atau pengalaman negatif lainnya dapat berdampak jangka panjang pada fungsi seksual dan kesehatan mental seseorang.
  - d. Kesehatan Mental: Kondisi kesehatan mental seperti depresi, kecemasan, dan trauma dapat memengaruhi fungsi seksual dan hasrat seksual.
3. Faktor Sosial dan Budaya:
- a. Keluarga: Nilai-nilai keluarga, norma-norma sosial, dan pola asuh dapat memengaruhi sikap dan perilaku seksual seseorang. Pola asuh, komunikasi terbuka tentang seksualitas dalam keluarga, dan penerimaan orang tua terhadap orientasi seksual anak dapat mempengaruhi perkembangan seksual yang sehat.
  - b. Teman Sebaya: Pengaruh teman sebaya dapat memengaruhi bagaimana seseorang mengeksplorasi dan mengekspresikan seksualitasnya, terutama selama masa remaja. Tekanan dari teman sebaya dan norma sosial dapat mempengaruhi perilaku seksual remaja, terutama terkait dengan tekanan untuk melakukan hubungan seksual sebelum siap.
  - c. Media: Paparan terhadap media, termasuk film, televisi, musik, dan internet, dapat membentuk pandangan persepsi, dan ekspektasi tentang seksualitas dan mempengaruhi perilakunya.

- d. Agama dan Budaya: Keyakinan agama dan norma budaya dapat memengaruhi pandangan tentang seksualitas, perilaku seksual yang dapat diterima, dan peran gender.
4. Faktor Lingkungan:
- a. Pendidikan: Pendidikan seks yang komprehensif dapat memberikan informasi yang akurat dan membantu individu membuat keputusan yang sehat dan bertanggung jawab terkait seksualitas.
  - b. Akses terhadap Layanan Kesehatan: Akses terhadap layanan kesehatan reproduksi dan seksual yang berkualitas dapat membantu individu menjaga kesehatan seksual dan reproduksi mereka.
  - c. Hukum dan Kebijakan: Hukum dan kebijakan yang berkaitan dengan seksualitas, seperti usia legal untuk menikah dan mengakses layanan kesehatan reproduksi, dapat memengaruhi perilaku seksual dan akses terhadap informasi dan layanan.

Memahami faktor-faktor yang memengaruhi seksualitas manusia sangat penting agar kita dapat mendorong masyarakat agar dapat meningkatkan kesehatan seksual, menghormati keberagaman seksual, dan mencegah terjadinya diskriminasi dan stigma yang menghambat program kesehatan. Pengembangan program pendidikan dan intervensi kesehatan seksual penting untuk mencegah munculnya masalah kesehatan yang baru. Memahami bahwa seksualitas adalah spektrum yang beragam dapat membantu kita menghargai dan menghormati perbedaan individu dalam hal orientasi seksual, identitas gender, dan ekspresi gender. Melawan diskriminasi dan stigma yang terkait dengan seksualitas berarti menciptakan masyarakat yang lebih inklusif dan adil bagi semua orang.

## D. RESPONS SEKSUALITAS DAN BERCINTA

Respons seksualitas dan bercinta adalah dua hal yang saling terkait erat. Respon seksualitas mengacu pada serangkaian perubahan fisik dan emosional yang terjadi dalam tubuh saat seseorang terangsang secara seksual, baik melalui rangsangan fisik, mental, atau keduanya. Sedangkan bercinta adalah aktivitas seksual yang melibatkan dua orang atau lebih, yang bertujuan untuk mendapatkan kenikmatan dan kepuasan seksual (Goerling & Wolfe, 2022).

Siklus respon seksual (Goerling & Wolfe, 2022), umumnya dibagi menjadi empat fase:

1. Fase Keinginan (*Desire*): Fase ini dimulai dengan munculnya hasrat atau keinginan untuk melakukan aktivitas seksual. Hasrat ini bisa dipicu oleh berbagai faktor, seperti rangsangan visual, sentuhan, fantasi, atau pikiran erotis.
2. Fase Gairah (*Excitement*): Pada fase ini, tubuh mulai merespon rangsangan seksual dengan peningkatan aliran darah ke area genital, peningkatan detak jantung dan pernapasan, serta perubahan pada kulit dan otot. Pada pria, penis akan ereksi, sedangkan pada wanita, klitoris akan membesar dan vagina akan melumasi.
3. Fase Orgasme (*Orgasm*): Orgasme adalah puncak dari siklus respon seksual, ditandai dengan pelepasan ketegangan seksual yang intens dan perasaan senang yang luar biasa. Pada pria, orgasme biasanya disertai dengan ejakulasi, sedangkan pada wanita, orgasme melibatkan kontraksi otot-otot vagina dan uterus.
4. Fase Resolusi (*Resolution*): Setelah orgasme, tubuh kembali ke keadaan normal. Pada pria, penis akan kembali lembek, sedangkan pada wanita, klitoris dan vagina akan kembali ke ukuran semula. Fase ini juga ditandai dengan perasaan rileks dan puas.

Selama bercinta, pasangan akan mengalami siklus respon seksual ini bersama-sama. Namun, penting untuk diingat bahwa setiap orang memiliki respon seksual yang berbeda-beda. Beberapa orang mungkin membutuhkan waktu lebih lama untuk mencapai orgasme, sementara yang lain mungkin lebih cepat. Selain itu, intensitas respon seksual juga dapat bervariasi dari orang ke orang. Komunikasi yang baik antara pasangan sangat penting untuk memastikan bahwa keduanya merasa nyaman dan puas selama bercinta. Dengan memahami respon seksual masing-masing, pasangan dapat menciptakan pengalaman seksual yang lebih menyenangkan dan memuaskan bagi keduanya.

Beberapa faktor dapat mempengaruhi respon seksual seseorang, antara lain (Goerling & Wolfe, 2022; Ricoy-Cano, Obrero-Gaitán, Caravaca-Sánchez, & Fuente-Robles, 2020; van't Hof, Cera, & Reviews, 2021; van 't Hof & Cera, 2021):

1. Kadar Hormon: kadar hormon (estrogen dan progesteron) yang berubah mengikuti siklus menstruasi, pemakaian kontrasepsi hormonal dan menopause dapat mempengaruhi lubrikasi vagina penurunan sirkulasi darah di klitoris dan perubahan persepsi sensoris pada saraf perifer sehingga perempuan dapat mengalami peningkatan dan penurunan respons seksualnya.
2. Usia: Seiring bertambahnya usia, respon seksual dapat berubah. Misalnya, pria yang lebih tua mungkin membutuhkan waktu lebih lama untuk mencapai ereksi, sedangkan wanita yang lebih tua mungkin mengalami penurunan lubrikasi vagina.
3. Kesehatan: Kondisi kesehatan tertentu, seperti diabetes, penyakit jantung, dan depresi, dapat mempengaruhi fungsi seksual.
4. Obat-obatan: Beberapa obat, seperti antidepresan dan obat penurun tekanan darah, dapat memiliki efek samping yang mempengaruhi respon seksual.
5. Stres: Stres dapat menurunkan hasrat seksual dan membuat sulit untuk mencapai orgasme.

6. Kualitas hubungan: hubungan dengan pasangan juga dapat mempengaruhi respon seksual. Komunikasi yang buruk, konflik, atau kurangnya keintiman dapat membuat sulit untuk merasa terangsang dan menikmati seks.
7. Nilai-nilai sosial, keyakinan agama, dan spiritual: contoh, adanya budaya patriarki bahwa perempuan memiliki peran untuk memberikan kepuasan seksual pada laki-laki, sehingga hubungan seksual dilakukan perempuan hanya sebatas kewajiban saja dan bukan karena adanya kebutuhan untuk mendapatkan kepuasan seksual.

## E. KESEHATAN SEKSUAL

WHO (*World Health Organization*) pada tahun 2002 mendefinisikan kesehatan seksual sebagai kondisi sejahtera secara fisik, emosional, mental, dan sosial yang terkait dengan seksualitas. Ini bukan hanya tentang tidak adanya penyakit atau disfungsi, tetapi juga tentang memiliki pandangan positif terhadap seksualitas, kemampuan menikmati hubungan seksual yang aman dan menyenangkan, serta bebas dari paksaan, diskriminasi, dan kekerasan. (Chou, Cottler, Khosla, Reed, & Say, 2015; WHO, 2024). Aspek-aspek penting terkait kesehatan seksual (Hensel, Nance, & Fortenberry, 2016), mencakup:

1. Kesehatan Fisik: Meliputi kesehatan reproduksi, fungsi seksual, dan pencegahan serta pengobatan penyakit infeksi menular seksual (PIMS).
2. Kesehatan Emosional dan Mental: Melibatkan citra tubuh yang positif, merasa nyaman dengan seksualitas diri, dan mengelola emosi terkait seks dan hubungan.
3. Kesejahteraan Sosial: Mencakup hubungan yang sehat, komunikasi efektif tentang seks, dan pemahaman tentang persetujuan (*consent*).

Kesehatan seksual dipengaruhi oleh berbagai faktor (Hensel et al., 2016)(Hensel, 2016; Morris, 2015), antara lain:

1. Faktor Biologis: Usia, perubahan hormon, penyakit kronis, dan disabilitas dapat memengaruhi fungsi dan hasrat seksual. Penyakit pembuluh darah, diabetes melitus, penyakit saraf, dan keganasan, dapat berdampak langsung atau tidak langsung pada fungsi seksual.
2. Faktor Psikologis: Stres, kecemasan, depresi, dan masalah citra tubuh dapat berdampak pada kesehatan seksual.
3. Faktor Sosial, Budaya dan agama: Pola asuh, keyakinan agama, norma budaya, dan harapan masyarakat dapat membentuk sikap dan perilaku terkait seks.
4. Faktor Lingkungan: Akses terhadap pendidikan, layanan kesehatan, dan ruang aman dapat memengaruhi hasil kesehatan seksual.

Ada banyak hal yang dapat dilakukan seseorang dalam meningkatkan kesehatan seksualnya (Reed et al., 2016), diantaranya:

1. Mempelajari tentang seksualitas, kesehatan seksual, dan hubungan yang sehat sangatlah penting.
2. Berkomunikasi secara terbuka dan jujur dengan pasangan tentang kebutuhan, keinginan, dan batasan seksual sangatlah penting.
3. Melakukan praktik seks aman, yaitu dengan menggunakan kondom, tidak berganti-ganti pasangan, dan melakukan tes PIMS secara teratur.
4. Melakukan pemeriksaan rutin skrining dengan penyedia layanan kesehatan penting untuk menjaga kesehatan seksual.
5. Melakukan perawatan kesehatan mental agar dapat meningkatkan kesejahteraan secara keseluruhan, termasuk kesehatan seksual.

## F. GANGGUAN SEKSUAL

Fungsi seksual adalah proses bio-psiko-sosial yang melibatkan berbagai sistem tubuh. Sistem pembuluh darah, endokrin, dan saraf, dan hampir setiap sistem tubuh mempunyai pengaruh langsung atau tidak langsung terhadap fungsi seksual seseorang. Kesalahan diagnosis medis dapat menyebabkan gangguan fungsi seksual dan kualitas hidup. Oleh karena itu, pendekatan multidisiplin yang bekerja sama dengan spesialisasi lain merupakan kunci pengelolaan masalah kesehatan seksual.

Gangguan seksual atau disfungsi seksual (*sexual disorder*) adalah istilah umum yang mencakup berbagai masalah yang memengaruhi fungsi seksual, hasrat seksual, atau perilaku seksual seseorang. Gangguan ini dapat terjadi pada laki-laki maupun perempuan, dan dapat disebabkan oleh faktor biologis, psikologis, atau sosial.

Gangguan seksual dapat dikelompokkan menjadi beberapa kategori (Faubion & Rullo, 2015), antara lain:

1. **Disfungsi Seksual:** Gangguan yang memengaruhi kemampuan seseorang untuk menikmati aktivitas seksual secara memuaskan. Contohnya termasuk disfungsi ereksi, ejakulasi dini, gangguan orgasme, dan vaginismus.
2. **Gangguan Hasrat Seksual:** Gangguan yang ditandai dengan kurangnya minat atau hasrat untuk melakukan aktivitas seksual.
3. **Paraphilia:** Penyimpangan seksual yang ditandai dengan adanya fantasi, dorongan, atau perilaku seksual yang melibatkan objek, aktivitas, atau situasi yang tidak biasa. Contohnya termasuk esibisionisme (suka memamerkan alat kelamin di depan orang asing), voyeurisme/skopofilia (dorongan yang tidak terkendali untuk secara diam-diam mengintip atau melihat seseorang yang berlainan jenis atau sejenis yang sedang telanjang, menanggalkan pakian, atau melakukan kegiatan seksual), pedofilia (memiliki hasrat seksual

terhadap anak-anak yang belum mencapai usia pubertas atau remaja awal), dan sadomasokisme (kesenangan seksual yang dihasilkan dari penderitaan, rasa sakit, kesulitan atau penghinaan, yang terjadi pada diri sendiri maupun pasangan).

4. Gangguan Identitas Gender: Gangguan yang ditandai dengan ketidaksesuaian antara jenis kelamin biologis seseorang dengan identitas gender yang dirasakannya.

Gangguan seksual dapat disebabkan oleh berbagai faktor (Avasthi, Grover, & Sathyanarayana Rao, 2017; Brotto et al., 2016; Faubion & Rullo, 2015), antara lain:

1. Faktor Biologis: Kondisi medis tertentu, seperti diabetes, dapat mengakibatkan laki-laki kesulitan untuk ereksi dikarenakan adanya neuropati diabetik. Sementara itu, kondisi penyakit jantung, ketidakseimbangan hormon, menopause, dan efek samping obat-obatan, dapat menurunkan hasrat seksual akibat penurunan gambaran diri, ketakutan akan kematian, dan kecemasan.
2. Faktor Psikologis: Masalah psikologis, seperti depresi, kecemasan, stres, trauma masa lalu, dan masalah hubungan, dapat memengaruhi hasrat seksual dan fungsi seksual.
3. Faktor Sosial Budaya: Faktor sosial dan budaya, seperti kualitas hubungan dengan pasangan, tekanan sosial, norma agama, dan pengalaman seksual negatif, dapat memengaruhi perilaku seksual dan menyebabkan gangguan seksual.

Penanganan gangguan seksual tergantung pada jenis dan penyebab gangguan. Beberapa pilihan penanganan yang umum (Avasthi et al., 2017; Faubion & Rullo, 2015), meliputi:

1. Terapi Seks: Terapi yang dilakukan oleh terapis seks untuk membantu individu atau pasangan mengatasi masalah seksual, salah satunya dengan cara latihan relaksasi, seperti *Jacobson's Progressive Muscular Relaxation Technique* atau *Benson Henry Relaxation Technique*.

2. **Konseling Psikologis:** Konseling dengan psikolog, atau psikiater untuk mengatasi masalah psikologis yang mendasari gangguan seksual.
3. **Pengobatan Medis:** Obat-obatan tertentu, seperti Viagra untuk disfungsi ereksi, dapat digunakan untuk mengatasi masalah seksual yang disebabkan oleh kondisi medis tertentu. Sementara, penurunan lubrikasi pada vagina dapat diatasi dengan penggunaan jeli/pelumas vagina.

Penting untuk dipahami bahwa gangguan seksual bukanlah sesuatu yang memalukan dan dapat dialami oleh siapa saja dan dengan penanganan yang tepat, sebagian besar gangguan seksual dapat diatasi atau dikelola dengan baik.

## **G. RANGKUMAN**

Seksualitas adalah istilah yang luas, mencakup banyak aspek pengalaman manusia, termasuk perasaan, pikiran, ketertarikan, perilaku, dan identitas seksual. Seksualitas manusia sangat kompleks dan beragam, serta dipengaruhi oleh faktor biologis, psikologis, sosial, dan budaya.

## **H. TES FORMATIF**

1. Seorang pasien perempuan menyatakan kepada perawat bahwa ia merasakan adanya gairah dan sensasi pada area genital seksual, namun ia tidak dapat merasakan pelepasan ketegangan seksual dan perasaan yang senang luar biasa terhadap hubungan seks. Menurut perawat fase respon seksual mana yang tidak tercapai pada pasien tersebut?
  - a. Fase Gairah
  - b. Fase Resolusi
  - c. Fase Orgasme
  - d. Fase Relaksasi

- e. Fase Keinginan
2. Seorang pasien laki-laki, 24 tahun, menyatakan bahwa ia memiliki suatu dorongan yang tidak terkendali untuk diam-diam melihat aktivitas seksual orang lain atau melihat laki-laki lain yang telanjang. Menurut perawat, jenis penyimpangan seksual mana yang dinyatakan pasien:
    - a. Skopofilia
    - b. Lesbianisme
    - c. Homoseksual
    - d. Pedofilia
    - e. Eksibisionisme
  3. Seorang ibu menyatakan bahwa anak perempuannya, usia 4 tahun, menunjukkan bahwa menunjukkan keinginan seksual kepada ayahnya dan menganggap ibunya sebagai saingannya. Ia menanyakan kepada perawat apakah hal ini adalah hal yang wajar. Bagaimana perawat merespon pertanyaan ibu tersebut?
    - a. “Anak ibu memerlukan dukungan terapis seksual untuk mengatasi masalah kompleks elektranya.”
    - b. “Ibu tidak perlu khawatir, masalah seperti ini biasa terjadi pada anak usia 3-6 tahun.”
    - c. “Ibu perlu berhati-hati dengan perkembangana seksual anak yang tidak sesuai dengan usianya.”
    - d. “Anak ibu mengalami keterlambatan perkembangan psikoseksual.”
    - e. “Anak ibu mengalami perkembangan seksual yang terlalu dini.”

## I. LATIHAN

Kasus:

Seorang perempuan, usia 58 tahun, menyatakan bahwa ia sudah tidak memiliki hasrat seksual dan menyatakan sudah terlalu tua untuk melakukan hubungan intim dengan pasangannya. Klien memiliki status menikah dan memiliki penyakit hipertensi kronis.

Uraikan faktor-faktor yang mungkin terkait dengan permasalahan seksualitas klien dan berikan beberapa contoh intervensi keperawatan dan rasionalisasinya dalam menunjang penanganan permasalahan seksualitas klien.

## KEGIATAN BELAJAR 5

### KONSEP STRES DAN ADAPTASI

#### DESKRIPSI PEMBELAJARAN

Pada bab ini mempelajari memahami konsep stres dan adaptasi dan dinamika stres berdasarkan pendekatan model teori.

#### KOMPETENSI PEMBELAJARAN

Setelah mengikuti perkuliahan ini diharapkan dan memiliki pengetahuan dan kemampuan:

1. Mampu menjelaskan definisi stres
2. Mampu menjelaskan macam-macam stres
3. Mampu menjelaskan berbagai pendekatan teori stres
4. Mampu menjelaskan model adaptasi
5. Mampu menjelaskan Komponen Biospsikososial
6. Mampu menjelaskan penilaian stresor
7. Mampu menjelaskan sumber koping
8. Mampu menjelaskan strategi koping
9. Mampu menjelaskan mekanisme koping
10. Mampu mengerjakan Contoh soal dengan konsep stres dan adaptasi

#### PETA KONSEP PEMBELAJARAN



## A. PENGERTIAN

### 1. Definisi Stres

Setiap manusia mengalami berbagai tantangan dalam hidupnya. Cara seseorang dalam memaknai dan mempersepsikan suatu tantangan menentukan apakah stres yang dialami berperan sebagai dorongan untuk melakukan perubahan atau penyebab dari berbagai tekanan dan penyakit yang dialami. Stres dapat didefinisikan sebagai reaksi individu terhadap setiap perubahan yang membutuhkan penyesuaian secara fisik, mental atau emosi (Townsend & Morgan, 2018). Stres adalah respon tubuh yang sifatnya non-spesifik terhadap setiap rangsangan atau tekanan (Muafi, 2020), sedangkan stres kerja menurut Badri (2020) adalah suatu bentuk tanggapan seseorang, baik fisik maupun mental terhadap suatu perubahan dilingkungannya yang dirasakan mengganggu dan mengakibatkan dirinya terancam. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa stres kerja adalah kemampuan diri karyawan secara fisiologis maupun psikologis terhadap keinginan atau permintaan organisasi yang dapat menyebabkan tekanan terhadap produktivitas dan lingkungan kerja serta dapat mengganggu individu

### 2. Macam-Macam Stres

Menurut Asih, Widhiastuti dan Dewi (2018) mengutip dari Berney dan Selye dalam Dewi (2012), mengungkapkan ada empat jenis stres:

- a) Eustres (*good stress*). Merupakan stres yang menimbulkan stimulus dan kegairahan, sehingga memiliki efek yang bermanfaat bagi individu yang mengalaminya. Contohnya seperti: tantangan yang muncul dari tanggung jawab yang meningkat, tekanan waktu dan tugas yang berkualitas tinggi.
- b) Distress.

Merupakan stres yang memunculkan efek yang membahayakan bagi individu yang mengalaminya, seperti: tuntutan yang tidak menyenangkan atau berlebihan yang menguras energi individu sehingga membuatnya menjadi lebih mudah jatuh sakit.

c) **Hyperstress.**

Yaitu stres yang berdampak luar biasa bagi yang mengalaminya. Meskipun dapat bersifat positif atau negatif, tetapi stres ini tetap saja membuat individu terbatas kemampuan adaptasinya. Contohnya adalah stres akibat serangan teroris.

d) **Hypostress.**

Merupakan stres yang muncul akibat kurang yang mengalaminya. Contohnya seperti: tantangan yang muncul dari tanggung jawab yang meningkat, tekanan waktu dan tugas yang berkualitas tinggi.

## **B. PENDEKATAN TEORI STRES**

### **1. Stres sebagai respon biologis**

Teori ini dikembangkan oleh Hans Selye yang menyebutkan stres sebagai suatu kondisi yang menunjukkan adanya reaksi atau respon biologis terhadap stresor/sumber stres (Townsend & Morgan, 2018). Teori ini menyebutkan bahwa kondisi biologis sebagai respon dari stres tidak bergantung dari sifat stresornya melainkan durasi dari stresor yang mempengaruhi kondisi fisiologis. Model stres yang diperkenalkan adalah GAS atau *General Adaptation Syndrome* merupakan gambaran fisiologis tubuh ketika mengalami stres berkepanjangan. GAS terdiri dari tiga fase yaitu

#### **a. Fase Alarm**

Fase ini ditandai dengan kondisi seseorang yang merasakan adanya ancaman dan menunjukkan Reaksi

flight-flight repons. Aktifitas sistem saraf simpatis menghasilkan peningkatan denyut nadi, tekanan darah, pernapasan. Perubahan ini meningkatkan fokus dan energi yang tersedia kepada otot dalam waktu jangka pendek. Pada fase ini terjadi pelepasan hormone stres seperti kortisol dan adrenalin.

b. Fase Resistance

Tubuh mulai beradaptasi dengan kehadiran stres dan respon tubuh mulai normal. Tubuh terus mencoba untuk mempertahankan kondisi homeostasis yaitu upaya tubuh untuk mempertahankan kondisi keseimbangan meski dalam kondisi menghadapi tantangan. Kondisi stres yang dapat diatasi akan membuat fase ini berakhir namun ketika stres masih terus dirasakan, tubuh terus berupaya menyesuaikan tingkat stres. Pada kondisi jangka panjang, tubuh tidak dapat terus menerus menyesuaikan stres yang dirasakan sehingga berlanjut ke fase berikutnya.

c. Fase Exhaustion

Fase ini hasil dari stres berkepanjangan yang menyebabkan penurunan sumber daya fisik, emosional dan mental. Fase ini menandakan mekanisme coping tidak lagi bekerja dan menyebabkan penurunan respon tubuh sehingga tidak mampu menghadapi stres. Fase *exhaustion* paling sering terjadi pada individu yang terpapar stres kronis atau berat.

2. Stres sebagai peristiwa lingkungan individu

Konsep kedua mendefinisikan stres sebagai suatu peristiwa yang memicu adanya respon fisiologis dan psikologis dari individu (Townsend & Morgan, 2018). Peristiwa tersebut menciptakan perubahan pola hidup seseorang, turut mempengaruhi dan perkembangan kepribadian seseorang, misalnya melalui aturan-aturan kebiasaan yang berlaku dalam kebudayaan tersebut. Budaya dapat mencakup

kestabilan keluarga, pola mengasuh anak, tingkat ekonomi, perumahan. Disisi lain timbulnya waham dapat disebabkan oleh perasaan terasing dari lingkungannya dan kesepian. menuntut adanya penyesuaian, dan kesediaan sumber daya internal. Perubahan yang dialami dapat berupa peristiwa positif seperti memperoleh kenaikan jabatan, mendapatkan prestasi akademik, atau negatif seperti pemutusan hubungan kerja. Penekanan pada teori ini terjadinya suatu perubahan pola kehidupan seseorang dari kondisi sebelumnya. Bartlet (dalam Gaol, 2016) juga menyebutkan bahwa stres sebagai situasi lingkungan yang seseorang rasakan begitu menekan, sehingga tekanan yang berasal dari situasi lingkungan dapat bertindak sebagai penyebab dan penentu gangguan kesehatan apabila terjadi dalam kurun waktu yang intens.

### 3. Stres sebagai model transaksional

Konsep model transaksional menekankan bahwa stres hasil dari hubungan antara faktor internal (individu) dan faktor eksternal (lingkungan). Stres model ini menekankan pada peranan penilaian individu terhadap penyebab stres yang mana akan menentukan respon individu tersebut (Staal dalam Gaol, 2016).

Teori ini pertama kali diperkenalkan oleh Lazarus dan Folkman yang menjelaskan bahwa *cognitive appraisal* adalah faktor utama dalam menentukan seberapa banyak jumlah stres yang dialami oleh seseorang saat berhadapan dengan situasi berbahaya (mengancam) (Townsend & Morgan, 2018). *Cognitive Appraisal* merupakan evaluasi yang individu lakukan terhadap peristiwa yang dialami (Townsend & Morgan, 2018). Peristiwa tersebut memicu respons individu yang dipengaruhi oleh persepsi terhadap peristiwa tersebut.

### 4. Faktor Predisposisi Stres

Selain mengacu pada penilaian individu terhadap lingkungan, terdapat faktor lain yang juga mempengaruhi

individu dalam melakukan memaknakan memberikan respon terhadap stres (Townsend & Morgan, 2018). Faktor predisposisi ini mempengaruhi respon atau strategi koping yang dilakukan individu ke arah adaptif atau maladaptif. Faktor predisposisi berikut meliputi (Townsend & Morgan, 2018)

a. Pengaruh genetik

Melibatkan kondisi-kondisi yang diperoleh melalui keturunan seperti riwayat keluarga secara fisik, dan psikologis serta temperamen seseorang

b. Pengalaman masa lalu

Pengalaman masa lalu mengkondisikan seseorang untuk belajar berdasarkan apa yang telah dialami sebelumnya. Hal ini mempengaruhi respon adaptif seseorang ketika berhadapan dengan stresor. Faktor ini meliputi paparan stresor sebelumnya, strategi koping yang telah dipelajari, serta tingkat adaptasi berdasarkan pengalaman sebelumnya.

c. Kondisi saat ini

Meliputi semua sumber daya seseorang yang dimiliki saat ini untuk menghadapi tuntutan atau stresor secara adaptif. Contoh kondisi saat ini adalah motivasi, kematangan perkembangan, keparahan atau durasi stresor, keuangan, pendidikan, usia, dan dukungan sosial.

5. Strategi Koping

Mekanisme berdasarkan strategi dibagi menjadi dua, Lazarus dan Folkman, (1984) dalam Nasir dan Muhith (2011).

a. Koping yang berfokus pada masalah (*problem focused coping*).

*Problem focused coping* yaitu usaha untuk mengatasi stres dengan cara mengatur atau mengubah masalah yang dihadapi dan lingkungan sekitarnya yang menyebabkan terjadinya tekanan. *Problem focused coping* ditujukan untuk mengurangi keinginan dari situasi yang penuh dengan stres atau memperluas sumber untuk mengatasinya. Seseorang

menggunakan metode *problem focused coping* apabila mereka percaya bahwa sumber atau keinginan dari situasinya dapat diubah. Strategi yang dipakai dalam *problem focused coping* antara lain sebagai berikut.

- 1) *Confrontative Coping* : usaha untuk mengubah keadaan yang dianggap menekan dengan cara yang agresif, tingkat kemarahan yang cukup tinggi, dan pengambilan risiko.
  - 2) *Seeking Social Support* : usaha untuk mendapatkan kenyamanan emosional dan bantuan informasi dari orang lain
  - 3) *Planful problem solving* : usaha untuk mengubah keadaan yang dianggap menekan dengan cara yang hati-hati, bertahap, dan analitis.
- b. *Emotion focused coping* yaitu usaha mengatasi stres dengan cara mengatur respon emosional dalam rangka menyesuaikan diri dengan dampak yang akan ditimbulkan oleh suatu kondisi atau situasi yang dianggap penuh tekanan. *Emotion focused coping* ditujukan untuk mengontrol respon emosional terhadap situasi stres. Seseorang dapat mengatur respon emosionalnya melalui pendekatan perilaku dan kognitif. Strategi yang digunakan dalam *emotional focus coping* antara lain sebagai berikut.
- 1) *Self control* : usaha untuk mengatur perasaan ketika menghadapi situasi yang menekan.
  - 2) *Distancing*: usaha untuk tidak terlibat dalam permasalahan, seperti menghindari dari permasalahan seakan tidak terjadi apa-apa atau menciptakan pandangan-pandangan yang positif, seperti menganggap masalah seperti lelucon.
  - 3) *Positive reappraisal*: usaha mencari makna positif dari permasalahan dengan berfokus dalam pengembangan diri, biasanya juga melibatkan hal-hal yang bersifat religius.

- 4) *Accepting responsibility*: usaha untuk menyadari tanggungjawab diri sendiri dalam permasalahan yang dihadapinya dan mencoba menerimanya untuk membuat semuanya menjadi lebih baik.
- 5) *Escape/avoidance*: usaha untuk mengatasi situasi menekan dengan lari dari situasi tersebut dengan beralih pada hal lain seperti makan, minum, merokok, atau menggunakan obat-obatan.

### C. MODEL ADAPTASI

Model pendekatan ini menekan pada peran perawat dalam menunjukkan penanganan masalah keperawatan jiwa secara inklusif, holistic, relevan dengan kebutuhan pasien, keluarga, kelompok dan masyarakat (Stuart, 2016). Sehat sakit dan adaptasi maladaptasi merupakan konsep yang berbeda. Tiap konsep berada pada rentang yang terpisah. Jadi seseorang yang mengalami sakit baik fisik maupun psikiatri dapat beradaptasi terhadap sakitnya.

#### 1. Dasar Asumsi

- a. Asumsi pertama adalah alam diurutkan sebagai suatu hierarki sosial dari yang paling sederhana hingga ke unit yang paling kompleks. Setiap tingkat hierarki merupakan keseluruhan elemen yang terorganisir. Setiap elemen menjadi bagian dari semua tingkat lainnya sehingga tidak berdiri sendiri (Stuart, 2016). Individu merupakan bagian dari keluarga, kelompok, komunitas, masyarakat, dan lingkungan yang lebih besar. Intervensi keperawatan yang paling mendasar berada pada tingkat individu dengan tetap mempertimbangkan bagaimana individu berhubungan dengan seluruh elemen lainnya.
- b. Asuhan keperawatan diberikan dengan melibatkan aspek biologis, psikologis, sosial-budaya, hukum, etika dan kebijakan. Keilmuan keperawatan jiwa secara umum melibatkan ilmu interdisiplin seperti psikologi

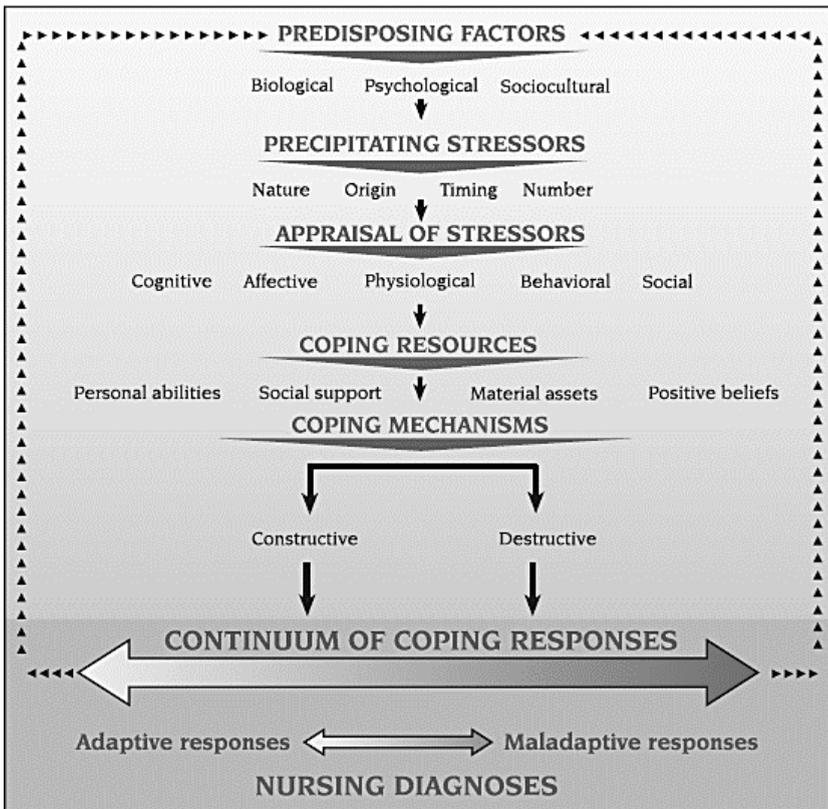
perkembangan,neurobiologi, farmakologi, psikopatologi, sosiokultural dan lainnya. Pendekatan holistik menjadi inti dari model adaptasi stres ini.

- c. Asumsi ketiga, konsep sehat-sakit dengan adaptif-maladaptif merupakan kontinum yang berbeda. Hal ini berarti seseorang yang sakit dan menerima diagnosis medis memungkinkan memiliki kemampuan adaptasi yang baik. Contohnya adalah pasien dengan penyakit terminal yang dapat menunjukkan coping adaptif dalam menerima kondisinya. Sebaliknya, seseorang yang sehat juga memungkinkan mengalami permasalahan beradaptasi dan menunjukkan coping maladaptif.
- d. Model ini meliputi upaya pencegahan, perawatan, penanganan dalam proses menangani pasien dengan berfokus pada tujuan penanganan, pemeriksaan keperawatan, intervensi keperawatan dan hasil yang diharapkan dalam proses keperawatan.
- e. Model Adaptasi Stuart didasarkan pada proses dan standar keperawatan dan kinerja profesional untuk perawat jiwa.

## 2. Komponen Biospsikososial

Model Adaptasi Stres Stuart memandang perilaku manusia dari perspektif holistic yang mengintegrasikan aspek biologis, psikologis, dan aspek sosial budaya. Pendekatan holistik ini berupaya untuk melihat semua aspek dari individu, keluarga, komunitas dan lingkungan.

Berikut merupakan komponen biopsikososial berdasarkan Model Adaptasi (Stuart, 2016)



Gambar 5.1 Komponen Biopsikososial (Stuart,2016 )

a. Lima komponen dalam pendekatan biopsikososial.

1) Faktor predisposisi

Definisi dari faktor predisposisi adalah faktor resiko dan protektif yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat digunakan seseorang untuk mengatasi stres. Ada tiga aspek dalam faktor predisposisi yaitu aspek biologis, psikologis, dan sosial budaya. Predisposisi biologis meliputi latar belakang genetik, status nutrisi, kepekaan biologis, kesehatan secara umum dan

keterpaparan racun. Predisposisi psikologis meliputi intelegensi, ketrampilan verbal, moral, kepribadian, pengalaman masa lalu, konsep diri, motivasi, pertahanan psikologis, dan lokus kendali, atau suatu pengendalian terhadap nasib sendiri. Predisposisi sosial budaya meliputi usia, gender, Pendidikan penghasilan, pekerjaan, latar belakang budaya, keyakinan religi, afiliasi politik, pengalaman sosialisasi, dan tingkat integrasi sosial.

## 2) Stresor Presipitasi

Pengertian dari stresor presipitasi adalah stimulus yang menuntut, mengancam, atau menantang individu. Stresor ini dapat berbentuk biologis, psikologis, dan sosial budaya. Lingkungan internal dan eksternal merupakan asal dari stimulus. Selain itu, hal yang perlu dikaji adalah waktu stresor yang mencakup lama seseorang terpapar stresor dan kejadian stresor. Faktor selanjutnya yang penting adalah jumlah dari stresor. Apabila seseorang terkena stresor beberapa kali dalam waktu yang berdekatan dapat menimbulkan stres yang mungkin sulit untuk diatasi.

## 3) Penilaian terhadap stresor

Seseorang menetapkan pemahaman dan makna tentang dampak dari suatu situasi yang menimbulkan stres pada individu. Penilaian adalah suatu evaluasi tentang kemaknaan suatu peristiwa terkait dengan kesejahteraan seseorang. Penilaian terhadap stresor meliputi respon kognitif, respon afektif, respon fisiologis, perilaku dan sosial.

## 4) Sumber Koping

Sumber koping merupakan pilihan-pilihan atau strategi yang membantu menentukan apa yang dapat dan apa yang berisiko. Mereka dapat mengandalkan pilihan koping yang tersedia, kesempatan bahwa pilihan tersebut

akan berhasil dan kemungkinan individu tersebut dapat menerapkan strategi tertentu secara efektif.

5) Mekanisme koping

bersifat konstruktif ketika ansietas digunakan sebagai tanda peringatan dan individu menerimanya sebagai tantangan untuk menyelesaikan masalah. Dalam hal ini ansietas dapat dibandingkan dengan demam keduanya berguna sebagai peringatan bahwa sistem tubuh yang sedang diserang. Ketika sekali berhasil dipakai, maka mekanisme koping konstruktif ini dapat dimodifikasi untuk digunakan menghadapi ancaman berikut. Mekanisme koping yang destruktif mematikan peringatan ansietas dan tidak menyelesaikan konflik, dan mungkin menggunakan mekanisme koping yang menghindari resolusi Pola respons

#### D. RANGKUMAN

Stres merupakan reaksi individu terhadap setiap perubahan yang dialami dan membutuhkan adanya penyesuaian secara fisik, mental ataupun emosi seseorang. Model pendekatan teori stres meliputi stres sebagai suatu respon biologis, stres sebagai peristiwa di lingkungan seseorang dan stres sebagai suatu model transaksional. Faktor predisposisi stres merupakan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi respon atau strategi koping yang dilakukan individu. Faktor ini meliputi pengaruh genetik, pengalaman masa lalu, kondisi saat ini. Koping menggambarkan suatu usaha yang dilakukan individu untuk melakukan perubahan secara kognitif atau perilaku yang bertujuan untuk mengelola tuntutan eksternal spesifik yang dianggap melebihi kemampuan diri. Mekanisme koping secara umum dapat dibagi menjadi *problem focused-coping* dan *emotional-focused coping*. Model Adaptasi Stres Stuart merupakan pendekatan yang menekankan pada penanganan holistik, relevan dengan kebutuhan pasien, keluarga,

kelompok dan masyarakat Stres memberikan pengaruh terhadap kondisi kesehatan seseorang, sebagian besar permasalahan kesehatan karena stres disebabkan dari episode stres jangka panjang atau kronis

## E. TES FORMATIF

1. Seorang perempuan, 16 tahun sepulang dari diskusi lomba dengan gurunya, dikeluhkan marah-marah tanpa alasannya yang jelas dan melempar botol minuman ke arah adiknya. Setelah digali lebih dalam oleh ibunya, anaknya merasa sangat kesal karena mengetahui bahwa pada lomba cerdas cermat sesi kedua diwajibkan menggunakan bahasa Inggris sementara dirinya merasa tidak bisa bahasa Inggris. Klien merasa lehernya tegang dan detak jantung menjadi lebih cepat, dan kesulitan untuk tidur. Menurut teori GAS kondisi leher tegang, detak jantung meningkat pada klien termasuk dalam fase?
  - a. *Alarm*
  - b. *Resistance*
  - c. *Freeze*
  - d. *Flight*
  - e. *Exhaustion*
2. Suatu kondisi yang sama dapat dimaknai sebagai stresor bagi seseorang namun dapat dimaknai berbeda oleh orang lain. Penilaian ini menggambarkan bahwa stres sebagai hasil dari ?
  - a. Pengalaman
  - b. Primary Appraisal
  - c. *Emosi*
  - d. *Kognitif*
  - e. Cognitive Appraisal
3. Pilihan-pilihan atau strategi yang membantu menentukan apa yang dapat dilakukan dan apa yang berisiko. Mereka dapat

mengandalkan pilihan koping yang tersedia, kesempatan bahwa pilihan tersebut akan berhasil dan kemungkinan individu tersebut dapat menerapkan strategi tertentu secara efektif. Proses ini termasuk dalam?

- a. Mekanisme Koping
  - b. Strategi Koping
  - c. Sumber Koping
  - d. Respon Kognitif
  - e. Flight or Flight
4. Seorang perempuan, 18 tahun cenderung untuk melakukan Confrontative Coping (menghadapi), cenderung untuk tidak bertindak langsung ketika dia menghadapi hal yang tidak menyenangkan baik di tempat kerja maupun di lingkungan kosannya, cenderung untuk tidak menghiraukannya. Tetapi ketika tidak mood melayani tamunya, dan akan bertindak langsung untuk tidak melanjutkan menemani tamunya. mekanisme koping yang tepat dan adaptif adalah?
- a. *Seeking social support*
  - b. *Escape-avoidance*
  - c. *Problem focused coping*
  - d. *Emotional focused coping*
  - e. *Self-controlling*

## F. LATIHAN

Seorang laki-laki berusia 32 tahun, subjek telah menyelesaikan pendidikan tingkat menengah atas (SMA) di Kauman. Setelah itu, subjek sempat mengikuti perkuliahan di salah satu perguruan tinggi di Kota Kediri, namun hanya sampai semester 3 sebelum akhirnya keluar. Subjek keluar dari perguruan tinggi karena merasa bosan dan kesulitan memahami materi kuliah. Saat ini, subjek menjadi seorang wirausaha dengan membuka warung kopi di rumahnya

sendiri. Buatlah penjelasan mengenai mekanisme coping dan strategi coping yang digunakan oleh subjek!

## KEGIATAN BELAJAR 6

### KONSEP KEHILANGAN, BERDUKA, DAN BERKABUNG

#### DESKRIPSI PEMBELAJARAN

Pada bab ini mahasiswa mempelajari pengenalan dan konsep dasar teoritis kehilangan, berduka dan berkabung. Diharapkan mahasiswa memiliki wawasan dan pemahaman untuk dalam mendampingi dan mempersiapkan pasien atau keluarganya dalam menghadapi kehilangan, berduka dan berkabung.

#### KOMPETENSI PEMBELAJARAN

Setelah mengikuti perkuliahan ini diharapkan mahasiswa memiliki pengetahuan dan kemampuan:

1. Mampu menguraikan definisi kehilangan, berduka dan berkabung
2. Mampu menjelaskan tahap berduka
3. Mampu memahami dampak berduka, kehilangan dan berkabung

#### PETA KONSEP PEMBELAJARAN



## A. PENGERTIAN KEHILANGAN, BERDUKA DAN KEMATIAN

Kehilangan (*Loss*) memicu berduka (*grief*), yang merupakan reaksi emosional internal terhadap kehilangan. Berkabung (*Mourning*) adalah cara eksternal dan sosial untuk mengatasi dan mengekspresikan proses berduka. Ketiganya saling terkait dan merupakan bagian penting dari proses adaptasi terhadap kehilangan. Didalam memahami konsep berduka, kehilangan dan berkabung, kita perlu menguraikan terlebih dahulu definisi ketiga kosa kata tersebut.

### 1. Kehilangan (Loss)

Adalah situasi atau kondisi di mana seseorang tidak lagi memiliki sesuatu atau seseorang yang sebelumnya di miliki. Definisi kehilangan juga mencakup kehilangan fisik atau fungsi fisik, kehilangan emosional, sosial ataupun simbolis. Reaksi emosional dan psikologis dari kehilangan adalah respon berduka

### 2. Berduka (Grief)

Berduka merupakan reaksi emosional atau psikologis yang di alami individu setelah mengalami kehilangan. Reaksi ini bersifat personal, sehingga respon setiap orang pasti juga berbeda. Berduka merupakan proses internal dalam diri individu yang melibatkan berbagai emosi seperti kesedihan, kemarahan, bersedih, kebingungan atau bersalah. Berduka merupakan proses yang sangat pribadi dan bisa berlangsung dalam jangka waktu yang berbeda untuk setiap individu. Emosi yang muncul bisa sangat intens dan bervariasi dari hari ke hari.

### 3. Berkabung (Mourning)

Berkabung adalah proses eksternal yang mencakup berbagai ritual dan praktik yang dilakukan untuk mengekspresikan dan mengatasi rasa duka. Proses ini dipengaruhi oleh budaya, agama, atau tradisi. Contoh: pada ritual upacara pemakaman, peringatan hari kematian, periode berkabung, dan cara-cara

lain di mana orang-orang menunjukkan rasa kehilangan mereka kepada dunia

## **B. TAHAP BERDUKA**

Tahap berduka dituangkan Elisabeth Kubler-Ross dalam teori berduka. Teori ini dituangkan dalam bukunya yang berjudul: *On Death and Dying* Kubler-Ross.

### 1. *Denial* (Penolakan)

Respon tahap pertama individu menghadapi kenyataan mengenai kehilangan, berduka dan berkabung adalah menolak kenyataan atau tidak dapat menerima kenyataan tentang kehilangan yang dialaminya. Penolakan berfungsi sebagai mekanisme pertahanan sementara untuk menahan guncangan emosi. Individu mungkin merasa bingung, terkejut, atau tidak percaya atas apa yang terjadi. Contoh: "Ini tidak mungkin terjadi. Ini pasti salah."

### 2. *Anger* (Marah)

Setelah realitas mulai meresap, individu mungkin merasakan kemarahan atau kemarahan yang intens. Kemarahan terjadi karena rasa putus asa dan perasaan tidak mampu mengubah realita yang terjadi. Marah bisa diarahkan kepada orang lain, situasi, atau bahkan pada diri sendiri. Kadang-kadang, individu juga bisa marah kepada orang yang meninggal. Contoh: "Kenapa ini terjadi pada saya? Ini tidak adil!"

### 3. *Bargaining* (Tawar Menawar)

Pada tahap ini, individu mungkin mencoba membuat kesepakatan atau tawar-menawar dengan Tuhan atau kekuatan lain untuk menghindari atau mengurangi rasa sakit akibat kehilangan. Ini sering kali melibatkan pikiran "seandainya" dan "jika saja." Contoh: "Jika saja saya bisa menghabiskan lebih banyak waktu bersamanya, saya akan

menjadi orang yang lebih baik " atau "Seandainya saya membawanya lebih cepat ke dokter, pasti masih bisa diselamatkan".

4. *Depression* (Depresi)

Depresi dalam konteks ini bukanlah gangguan klinis, tetapi tahap di mana individu merasakan kesedihan mendalam, penyesalan, atau keputusasaan terkait dengan kehilangan. Tahap ini penting untuk proses berduka karena individu mulai menghadapi kenyataan dan berurusan dengan perasaan yang sebenarnya. Contoh: "Saya merasa sangat sedih dan kehilangan semangat untuk melakukan apapun."

5. *Acceptance* (Penerimaan)

Tahap akhir di mana individu akhirnya menerima kenyataan dari kehilangan tersebut. Ini bukan berarti individu sepenuhnya pulih dari kesedihan, tetapi mereka mulai menemukan cara untuk melanjutkan hidup mereka dengan kenyataan baru. Pada tahap ini, individu mulai menyesuaikan diri dan mencari cara baru untuk terus maju. Contoh: "Saya sudah menerima kenyataan ini dan akan mencoba melanjutkan hidup."

### C. JENIS KEHILANGAN

Kehilangan dapat terjadi dalam berbagai bentuk dan mempengaruhi individu dengan cara yang berbeda. Berikut adalah beberapa jenis kehilangan:

1. Kehilangan orang tercinta.

Kehilangan akibat kematian: Ini adalah salah satu bentuk kehilangan yang paling umum dan menyakitkan, di mana seseorang kehilangan orang yang dicintai akibat kematian. Contoh: Kehilangan pasangan, anak, orang tua, atau teman dekat.

Kehilangan karena perceraian atau putus hubungan: Meskipun orang tersebut masih hidup, perpisahan permanen atau sementara dari seseorang yang dicintai juga dianggap sebagai bentuk kehilangan yang signifikan. Contoh: Perceraian, putus cinta, atau perpisahan keluarga.

2. Kehilangan material  
Kehilangan properti atau barang berharga: Kehilangan benda fisik seperti rumah, mobil, atau barang berharga lainnya yang dapat menimbulkan perasaan duka dan stres. Contoh: Kehilangan rumah karena bencana alam, kehilangan barang berharga akibat pencurian.
3. Kehilangan Pekerjaan atau sumber Penghasilan: Kehilangan pekerjaan atau penghasilan dapat membawa dampak besar pada kehidupan seseorang, baik secara finansial maupun emosional. Contoh: Pemecatan, kebangkrutan bisnis.
4. Kehilangan kesehatan
  - a. Kehilangan kesehatan fisik: Kehilangan kemampuan fisik atau kesehatan karena penyakit atau kecelakaan. Contoh: Kehilangan kemampuan berjalan akibat kecelakaan, amputasi, didiagnosis dengan penyakit kronis atau terminal.
  - b. Kehilangan Kesehatan Mental: Penurunan atau kehilangan kesehatan mental yang signifikan, seperti gangguan mental atau emosional. Contoh: Depresi berat, gangguan kecemasan, Alzheimer.
5. Kehilangan identitas atau peran
  - a. Kehilangan Identitas: Kehilangan perasaan diri atau identitas yang terkait dengan peran tertentu dalam masyarakat atau keluarga. Contoh: Pensiun dari pekerjaan yang telah dilakukan seumur hidup, perubahan peran dalam keluarga seperti menjadi orang tua tunggal.
  - b. Kehilangan Status Sosial: Kehilangan status atau kedudukan dalam masyarakat yang dapat mempengaruhi bagaimana seseorang melihat diri mereka sendiri dan dilihat

oleh orang lain. Contoh: Kehilangan posisi kepemimpinan dalam organisasi, kehilangan ketenaran.

6. Kehilangan harapan atau impian  
Kehilangan Harapan atau Cita-cita: Kehilangan yang dirasakan ketika impian atau tujuan hidup tidak dapat tercapai sesuai harapan. Contoh: Gagal mencapai karir impian, tidak dapat memiliki anak.
7. Kehilangan lingkungan  
Kehilangan rumah atau komunitas: Kehilangan tempat tinggal atau komunitas yang telah menjadi bagian dari kehidupan seseorang. Contoh: Pengungsian karena perang atau bencana alam, pindah ke negara lain.
8. Kehilangan kebebasan  
Kehilangan kebebasan atau otonomi: Kehilangan kemampuan untuk membuat keputusan sendiri atau hidup secara mandiri. Contoh: Dipenjara, menjadi tergantung pada perawatan orang lain karena kondisi kesehatan.
9. Kehilangan budaya atau bahasa  
Kehilangan Budaya atau Bahasa: Kehilangan koneksi dengan budaya atau bahasa asli, sering terjadi pada imigran atau keturunan imigran. Contoh: Tidak lagi berbicara bahasa asli, kehilangan tradisi budaya karena asimilasi.

#### **D. JENIS BERDUKA**

Berduka adalah proses emosional yang dialami seseorang setelah kehilangan, dan dapat bervariasi secara signifikan tergantung pada jenis kehilangan dan individu yang mengalaminya. Berikut adalah beberapa jenis berduka.

1. Berduka normal

Reaksi terhadap kehilangan secara umum dan alami disebut dengan berduka normal. Reaksi berduka yang ditemui seperti kesedihan, kemarahan, kebingungan, merasa sendiri dan rasa bersalah. Secara fisik respon berduka di tunjukkan dengan perasaan sesak di dada, merasa lemah, jantung terasa berdetak kencang, sensitif terhadap kebisingan, sulit bernapas, perubahan dalam relasi, menarik diri, tidak konsentrasi dan terlalu beraktivitas.

2. Berduka yang rumit

Jenis berduka rumit (*Complicated grief*) di temukan pada peristiwa kematian pasangan hidup, orang tua dan anak. Berduka yang rumit terdiri dari: berduka kronis, berduka yang tertunda, berduka yang tertutup dan berduka yang berlebihan. Risiko terjadinya berduka yang rumit adalah pada peristiwa kematian yang traumatis, bunuh diri, pembunuhan, kematian anak, kehilangan beruntun dan kurangnya dukungan.

3. Berduka antisipatori

Berduka antisipatori adalah berduka yang telah diketahui atau dirasakan sebelum kehilangan atau kematian terjadi. Situasi ini sering terjadi ketika misalnya dalam kasus penyakit terminal. Berduka antisipatori di mulai ketika diagnosa penyakit terminal ditegakkan sampai dengan kematian terjadi. Individu yang mengalami proses kematian akibat penyakit akan merasa ketakutan, menjadi lebih mandiri, dan atau mempertahankan perasaan yang dialaminya.

4. Berduka tertunda

Emosi berduka yang muncul setelah beberapa waktu dari kehilangan tersebut. Ini sering terjadi ketika seseorang menunda atau menekan perasaan mereka karena berbagai alasan. Penyebab: Tanggung jawab segera setelah kehilangan, atau tidak merasa siap untuk menghadapi emosi tersebut.

5. Berduka tersembunyi  
Berduka ini seringkali yang tidak diakui atau seringkali terabaikan oleh masyarakat atau budaya. Ini sering kali terjadi ketika hubungan atau jenis kehilangan tidak dianggap "sah" atau penting. Contoh kehilangan hewan peliharaan, hubungan yang dirahasiakan, atau kematian seseorang dengan status sosial yang rendah.
6. Berduka yang terhalang  
Ketika seseorang tidak menunjukkan tanda-tanda berduka atau menekan emosi mereka. Ini dapat menyebabkan masalah kesehatan mental dan fisik di masa depan. Gejala: Kurangnya ekspresi emosional, fokus berlebihan pada aktivitas lain untuk menghindari rasa sakit.
7. Berduka kronis  
Berduka yang berlangsung selama periode waktu yang sangat panjang dan tidak menunjukkan tanda-tanda mereda. Gejala: Kesedihan yang konstan, kesulitan melanjutkan kehidupan, dan perasaan terjebak dalam kesedihan
8. Berduka kolektif  
Berduka yang dialami oleh kelompok besar orang, seperti komunitas atau negara, biasanya sebagai akibat dari tragedi publik.  
Contoh: Bencana alam, serangan teroris, atau kematian tokoh publik
9. Berduka dengan ekspresi berlebihan (*Exaggerated Grief*)  
Reaksi berduka yang sangat intens dan mungkin berlebihan, yang dapat menyebabkan masalah dalam menjalani kehidupan sehari-hari. Gejala: Perasaan yang sangat kuat, seperti kemarahan, rasa bersalah, atau ketakutan yang berlebihan.

## E. DAMPAK BERDUKA

Berduka dapat mempengaruhi individu secara mendalam dan dalam berbagai aspek kehidupan. Dampak dari berduka dapat berbeda untuk setiap orang, tetapi secara umum dapat dibagi menjadi dampak emosional, fisik, kognitif, sosial, dan spiritual. Berikut ini adalah penjelasan tentang berbagai dampak berduka:

Dampak Emosional	Dampak Fisik	Dampak Kognitif	Dampak Sosial	Dampak Spiritual	Dampak Fungsi Harian
Kesedihan mendalam	Kelelahan	Kebingungan	Isolasi sosial	Lebih banyak refleksi diri	Penurunan kinerja
Kemarahan dan frustrasi	Gangguan tidur	Disorientasi	Perubahan hubungan	Kehilangan kepercayaan	Kesulitan menyelesaikan pekerjaan
Rasa bersalah dan penyesalan	Perubahan selera makan	Pengalihan pikiran	Kesulitan bersosialisasi	Penghiburan dalam kepercayaan	Masalah keuangan
Ketakutan dan kecemasan	Masalah kesehatan	Mengabaikan merawat diri	Menghindari tempat atau situasi tertentu	Mencari makna peristiwa	
Depresi	Gejala psikosomatik				

## F. RANGKUMAN

Berduka, kehilangan dan berkabung merupakan peristiwa alami. Pengalaman berduka, kehilangan dan berkabung memunculkan perilaku baik fisik maupun kognitif, dari yang fisiologis sampai dengan patologis.

Menolak, marah, tawar menawar, depresi, dan menerima merupakan tahapan berduka yang terjadi pada setiap individu. Dengan memahami tahap berduka, akan memenuhi kebutuhan individu yang mengalami kehilangan, berduka dan berkabung.

## **G. TES FORMATIF**

1. Respon individual terhadap sebuah peristiwa kematian disebut dengan
  - a. Berkabung
  - b. Berduka
  - c. Kematian
  - d. Kehilangan
  
2. Upacara yang dilakukan untuk mengenang orang yang sudah meninggal adalah pengertian dari :
  - a. Berduka
  - b. Berkabung
  - c. Penerimaan
  - d. Berduka antisipatori
  
3. Ny. A baru saja di tinggal suaminya 2 minggu yang lalu. Setiap hari lebih banyak mengurung diri di kamar, tidak mau makan dan mandi. Termasuk berduka apakah yang di alami Ny A?
  - a. Berduka normal
  - b. Berduka tertunda
  - c. Berduka berlebihan
  - d. Berduka antisipatori
  
4. Tn D terus menerus mengucapkan “seandainya aku segera bawa Ibuku ke RS, pasti Ibu akan tertolong”. Fase apakah yang di alami Tn D?
  - a. Menolak
  - b. Marah
  - c. Depresi
  - d. Tawar menawar
  
5. Perawat baru saja memberitahu Ny A bahwa suaminya meninggal akibat serangan jantung. Ny A menolak dan

berusaha membangunkan suaminya. Fase apakah yang dialami Ny A?

- a. Menolak
- b. Depresi
- c. Marah
- d. Menerima

## **H. LATIHAN**

Lakukanlah kajian literatur mengenai proses berkabung dari beberapa suku di Indonesia. Uraikan proses berkabung yang mereka laksanakan.

## KEGIATAN BELAJAR 7

### BUDAYA DALAM KEPERAWATAN

#### DESKRIPSI PEMBELAJARAN

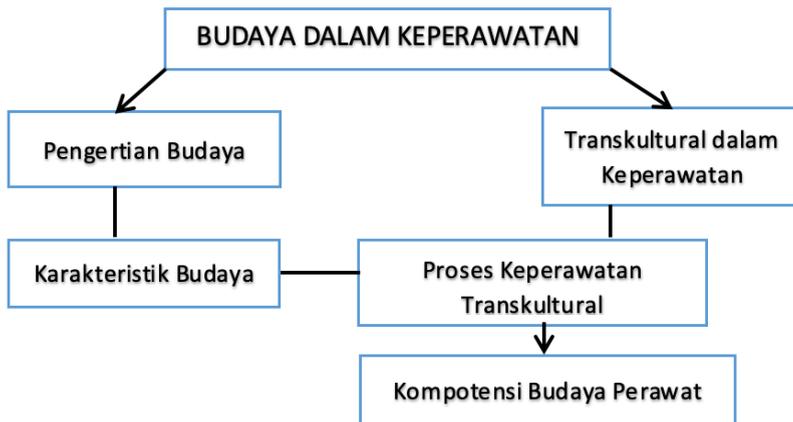
Pada bab ini mahasiswa mempelajari pengenalan dan konsep dasar teoritis budaya dalam keperawatan. Diharapkan mahasiswa memiliki wawasan dan pemahaman untuk modal dasar mempelajari psikosial dan budaya terkait keperawatan lebih lanjut.

#### KOMPETENSI PEMBELAJARAN

Setelah mengikuti perkuliahan ini diharapkan mahasiswa dan mahasiswi memiliki pengetahuan dan kemampuan :

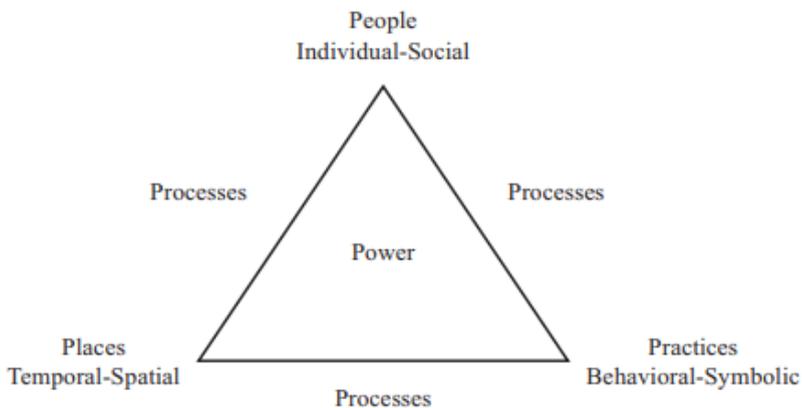
1. Mampu menguraikan definisi budaya
2. Mampu menjelaskan karakteristik budaya
3. Mampu menjelaskan kompetensi budaya perawat
4. Mampu menjelaskan transcultural dalam keperawatan
5. Mampu menjelaskan proses keperawatan transkultural

#### PETA KONSEP PEMBELAJARAN



## A. PENGERTIAN BUDAYA

Budaya adalah konsep yang tidak jelas tanpa batasan yang pasti, yang berarti hal-hal yang berbeda menurut situasi. Budaya merupakan suatu sistem, keseluruhan dinamis yang menciptakan dan diciptakan oleh orang, tempat, dan praktik. Sistem dan komponen-komponennya tidak dapat dipisahkan dan saling mempengaruhi satu sama lain. Orang-orang menciptakan budaya melalui praktik bersama di tempat tertentu dan budaya membentuk bagaimana orang terlibat dalam praktik dan membangun tempat tersebut (Causadias, 2020).



Gambar 7.1 Budaya adalah system  
Sumber : Causadias, 2020

Gambar 7.1 menunjukkan komponen budaya sebagai sistem orang, tempat, dan praktik yang terhubung oleh dimensi dan proses, untuk tujuan seperti membenarkan atau melawan kekuasaan. Seluruh komponen ini berkaitan satu dengan lain.

Sigurdson, (2014) menjelaskan bahwa setidaknya ada dua konseptualisasi budaya yang berbeda yang harus dikaitkan antara budaya dan kesehatan. Budaya sebagai karya seni dan/atau

intelektual; dan budaya sebagai sistem semogenik yang mencakup perasaan, kebiasaan, nilai dan keyakinan serta lembaga ekonomi, politik, sosial dan agama.

## **B. KARAKTERISTIK BUDAYA**

Karakteristik budaya merupakan ciri khas suatu budaya yang akan menjadi pedoman dari perilaku individu maupun kelompok. Hal ini disebut dengan paradigma atau kepercayaan budaya yang dianut. Pandangan setiap individu dengan latar belakang budaya yang berbeda, juga menghasilkan pemahaman mengenai penyakit tertentu. Kondisi ini akan mempengaruhi tindakan perawatan suatu penyakit atau masalah kesehatan (Jayanti et al., 2022).

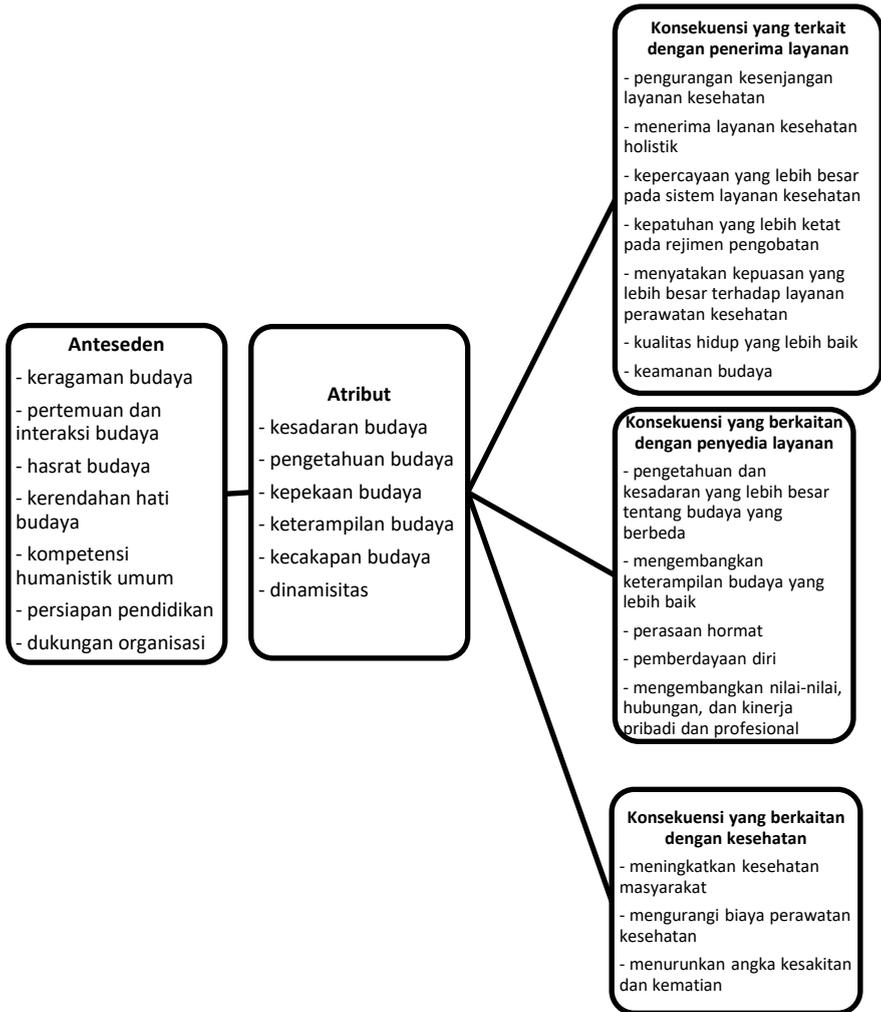
## **C. KOMPETENSI BUDAYA PERAWAT**

Kompetensi budaya adalah kemampuan untuk menyediakan perawatan yang efektif, aman, dan berkualitas kepada pasien dari berbagai budaya dan untuk mempertimbangkan berbagai aspek budaya mereka dalam penyediaan perawatan. Kemampuan ini diperoleh dalam proses yang berkelanjutan dan bertahap. Komponen yang menentukan konsep kompetensi budaya yaitu (Sharifi et al., 2019):

- 1) Kesadaran budaya
- 2) Pengetahuan budaya
- 3) Kepekaan budaya
- 4) Keterampilan budaya
- 5) Kemahiran budaya
- 6) Dinamika.

Berdasarkan hal tersebut, kompetensi budaya sebagai “proses dinamis dan evolusioner dalam memperoleh kemampuan untuk menyediakan perawatan yang efektif, aman, dan berkualitas kepada individu dari berbagai budaya, dengan mempertimbangkan

berbagai aspek budaya mereka”. Gambar 7.2 menunjukkan model konseptual kompetensi budaya yang dikembangkan berdasarkan temuan Sharifi et al., (2019).



Gambar 7.2 Model Konseptual Kompetensi Budaya  
 Sumber: Sharifi et al., (2019)

## D. TRANSKULTURAL DALAM KEPERAWATAN

*Transcultural Nursing* adalah bentuk perkembangan ilmu keperawatan yang menitik beratkan budaya sebagai bagian dari pelayanan keperawatan. Aplikasi teori ini diharapkan dapat menjadi pedoman untuk perawat untuk menyadari dan menghargai berbagai perbedaan budaya yang dimiliki klien dalam mendukung proses asuhan keperawatan (Jayanti et al., 2022).

Leininger mengemukakan paradigma keperawatan transkultural sebagai cara pandang keyakinan, nilai-nilai, konsep-konsep dalam terlaksananya asuhan keperawatan yang sesuai dengan latar belakang budaya terhadap empat konsep sentral keperawatan meliputi manusia, sehat, lingkungan, dan keperawatan (Rohita et al., 2023; Nies & McEwen, 2019)

Adapun strategi yang digunakan dalam konsep asuhan keperawatan lintas budaya ini dilakukan melalui tiga elemen:

1. Pelestarian atau pemeliharaan budaya  
ketika budaya tersebut sesuai dengan kesehatan maka budaya klien tersebut dapat dipertahankan
2. Mengakomodasi atau negosiasi budaya  
apabila sebagian nilai yang dianut dalam budaya klien sesuai dengan kesehatan maka dapat diakomodasi atau dimodifikasi hal yang kurang sesuai
3. Restrukturisasi budaya klien mencakup individu keluarga kelompok dan masyarakat. Apabila budaya tersebut berdampak negatif terhadap kesehatan maka perlu dilakukan restrukturisasi.

Berdasarkan pertimbangan tersebut, baik perawat maupun klien tetap dapat saling memahami dan lebih terbuka dalam memilih keputusan yang tepat dengan tetap menghargai budaya yang ada

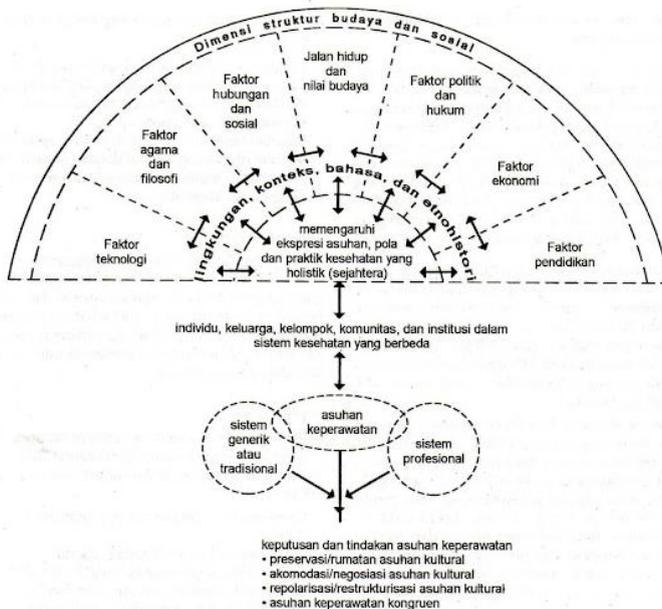
Tujuan keperawatan transkultural adalah untuk mengembangkan pengetahuan dalam menyediakan perawatan keperawatan yang spesifik dan universal secara budaya kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat, serta lembaga dalam kerangka multikultural. Untuk mencapai tujuan ini, perlu didukung dengan nilai, perilaku, pengetahuan, dan keterampilan yang diperlukan untuk bekerja di lingkungan yang beragam secara budaya. Perawat harus memiliki pengetahuan dan keterampilan yang memadai terkait dengan penyediaan perawatan yang dibedakan secara budaya. Perawatan ini kemudian harus profesional, peka terhadap budaya, tepat, dan kompeten. Komponen tersebut meliputi (Rohita et al., 2023):

1. **Perawatan yang spesifik (*culturally specific care*)** secara budaya mencerminkan nilai, keyakinan, pengalaman, pola perilaku tertentu yang khusus untuk kelompok dan yang tidak dimiliki oleh anggota budaya lain.
2. **Perawatan universal (*culturally universal care*)** secara budaya adalah suatu sistem nilai, kepercayaan, pengalaman, norma, dan pola perilaku serta gaya hidup yang dianut bersama.
3. **Perawatan yang peka (*culturally universal care*)** terhadap budaya didasarkan pada pengetahuan dasar dan sikap konstruktif tentang tradisi kesehatan berbagai kelompok budaya yang tinggal di lingkungan tempat perawatan diberikan.
4. **Perawatan yang sesuai dengan budaya (*culturally appropriate care*)** diberikan sesuai dengan pengetahuan dasar yang harus dimiliki oleh perawat untuk memberikan perawatan kesehatan terbaik kepada pasien.
5. **Perawatan yang kompeten secara budaya (*culturally appropriate care*)** diberikan oleh perawat yang memahami dan mempertimbangkan konteks lengkap dari situasi pasien baik dari segi pengetahuan, sikap, dan keterampilan praktis.

## E. PROSES KEPERAWATAN TRANSKULTURAL

Leininger mengembangkan Sunrise Model yang dapat menjadi pedoman dalam pelaksanaan asuhan keperawatan berbasis budaya. Komponen model tersebut terdiri dari:

1. Setengah lingkaran pada bagian atas adalah komponen struktur sosial dan faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan melalui lingkungan, konteks, bahasa dan ethnohistori
2. Bagian tengah merupakan masyarakat, profesional dan sistem keperawatan yang dapat di pengaruhi oleh faktor-faktor tersebut
3. Bagian akhir adalah asuhan keperawatan yang berkolaborasi antara sistem tradisional dan profesional dalam pengambilan keputusan perawatan yaitu pelestarian, negosiasi dan restrukturisasi.



Gambar 7.3 Leininger Sunrise Model

Sumber: <https://rumah-perawat.blogspot.com/2016/11/teori-medeline-leininger-transcultural.html>

## **F. RANGKUMAN**

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa budaya merupakan bagian dari proses asuhan keperawatan. Aplikasi teori ini dapat diterapkan di lingkup individu, keluarga, kelompok dan komunitas. Leininger sebagai pencetus teori transcultural nursing menegaskan bahwa ketika perawat dihadapkan pada suatu budaya untuk perawatan kesehatan, maka perlu dipertimbangkan adanya pelestarian/negosiasi/restrukturisasi budaya berdasarkan dampak yang akan ditimbulkan.

## **G. TES FORMATIF**

1. Ners J mengamati klien DM dengan ulkus diabetikum mencuci lukanya menggunakan rebusan daun sirih. menurut klien, rebusan tersebut dapat mempercepat proses penyembuhan luka. Ners J membaca literature dan ditemukan bahwa terdapat kandungan yang dapat menmpercepat granulasi pada luka. Apakah keputusan yang tepat dilakukan pada kasus diatas berdasarkan teori Transkultural Nursing?
  - a. Pelestarian
  - b. Negosiasi
  - c. Restrukturisasi
  - d. Rekonsiliasi
  - e. Kolaborasi
2. Desa X memiliki peningkatan persentase kejadian hipertensi setiap tahun. Hasil pengkajian ditemukan bahwa warga setempat memiliki budaya setiap hari mengkonsumsi ikan asin dan makanan bersantan. Ners L baru pertama kali mengunjungi daerah tersebut. Apakah keputusan yang tepat dilakukan pada kasus diatas berdasarkan teori Transkultural Nursing?
  - a. Pelestarian
  - b. Negosiasi

- c. Restrukturisasi
- d. Rekonsiliasi
- e. Kolaborasi

## **H. LATIHAN**

1. Cari 1 artikel atau berita tentang budaya lokal yang berkaitan dengan kesehatan.
2. Lakukan analisis kasus mulai dari pengkajian, analisis data, tegakkan diagnosis keperawatan, intervensi serta keputusan berkaitan dengan budaya tersebut menggunakan teori Transcultural Nursing!

## KEGIATAN BELAJAR 8

### TRANSKULTURAL DALAM KEPERAWATAN

#### DESKRIPSI PEMBELAJARAN

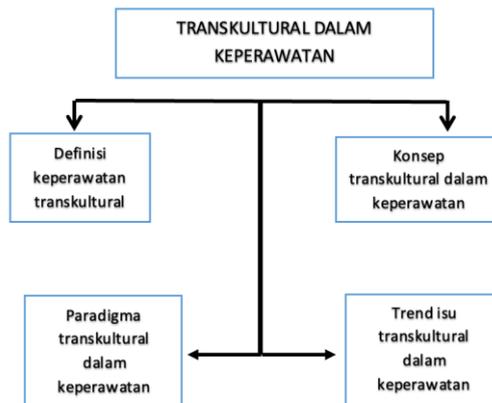
Pada bab ini mahasiswa mempelajari definisi, konsep, paradigma, trend isu transkultural dalam keperawatan. Diharapkan mahasiswa memiliki wawasan dan pemahaman untuk mengidentifikasi dan menganalisis permasalahan kesehatan berdasarkan aspek budaya dan keperawatan.

#### KOMPETENSI PEMBELAJARAN

Setelah mengikuti perkuliahan ini diharapkan mahasiswa dan mahasiswi memiliki pengetahuan dan kemampuan:

1. Mampu menguraikan definisi keperawatan transkultural
2. Mampu menjelaskan konsep transkultural dalam keperawatan
3. Mampu menjelaskan paradigma transkultural dalam keperawatan
4. Mampu menjelaskan trend isu pendekatan transkultural dalam keperawatan

#### PETA KONSEP PEMBELAJARAN



## **A. DEFINISI TRANSKULTURAL DALAM KEPERAWATAN**

Leininger mendefinisikan keperawatan transkultural sebagai area studi dan praktik substantif yang berfokus pada budaya komparatif. Nilai (kepercayaan), kepercayaan, dan praktik perorangan atau kelompok budaya yang sama atau berbeda. Tujuannya memberikan budaya yang spesifik dan praktik keperawatan universal dalam mempromosikan kesehatan atau kesejahteraan dan untuk membantu orang menghadapi kondisi manusia, penyakit, atau penyakit yang tidak menguntungkan. Leininger menginginkan kematian dengan cara yang bermakna secara budaya.

Transcultural Nursing merupakan suatu area/wilayah keilmuan budaya pada proses belajar dan praktek keperawatan yang fokus memandang perbedaan dan kesamaan diantara budaya dengan menghargai asuhan, sehat dan sakit didasarkan pada nilai budaya manusia, kepercayaan dan tindakan, dan ilmu ini digunakan untuk memberikan asuhan keperawatan khususnya budaya atau keutuhan budaya kepada manusia (Leininger, M.M. & McFarland, 2002).

Pelayanan keperawatan didasarkan pada kultur yang universal yang merupakan nilai atau norma yang diyakini dan dilakukan hampir oleh semua kultur seperti budaya berolahraga membuat badan sehat, bugar; budaya minum teh dapat membuat tubuh sehat.

Keperawatan transkultural merupakan suatu area utama dalam keperawatan yang berfokus pada studi komparatif dan analisis tentang budaya dan sub-budaya yang berbeda di dunia yang menghargai perilaku caring, layanan keperawatan, nilai-nilai, keyakinan tentang tentag sehat- sakit, serta pola-pola tingkah laku yang bertujuan yang mengembangkan body of knowledge yang ilmiah dan humanistik guna memberi tempat praktik keperawatan pada budaya tertentu dan budaya universal (Tomey, Ann Mariner. A, 2006)

Asumsi mendasar dari teori keperawatan transkultural yaitu perilaku caring (kepedulian). Kepedulian adalah esensi dari keperawatan, membedakan, mendominasi serta mempersatukan tindakan keperawatan. Human caring secara umum dikatakan sebagai segala sesuatu yang berkaitan dengan dukungan dan bimbingan pada manusia yang utuh. Human caring merupakan fenomena yang universal dimana ekspresi, struktur dan polanya bervariasi diantara kultur satu tempat dengan tempat lainnya.

Tujuan penggunaan keperawatan transkultural adalah untuk mengembangkan sains dan pohon keilmuan yang humanis sehingga tercipta praktik keperawatan pada kultur yang spesifik dan universal. Kultur yang spesifik adalah kultur dengan nilai-nilai norma spesifik yang tidak dimiliki oleh kelompok lain, seperti bahasa.

## **B. KONSEP TRANSKULTURAL DALAM KEPERAWATAN**

Praktik keperawatan transkultural membahas dinamika budaya untuk mempengaruhi hubungan perawat-pasien. Spesifikasi dari keperawatan transkultural adalah mempelajari dan menjelaskan hasil dari Jenis perawatan berbasis kebudayaan. Leininger secara kreatif mengembangkan Teori Perawatan Budaya memuat nilai keragaman dan universalitas dengan tujuan untuk memberi budaya kongruen perawatan holistik.

Madeleine Leininger adalah ibu keperawatan transkultural, ia adalah pendiri dan pemimpin internasional keperawatan transkultural. Perempuan kelahiran 13 Juli 1925, di di Sutton, Nebraska hidup bersama empat saudara laki-laki dan seorang saudari. Mereka tinggal di sebuah lahan pertanian hidup.

Karirnya sebagai perawat diawali pada tahun 1945 menjadi kadet di korps perawat dan mengambil program diploma di sekolah perawat St. Anthony, Denver. Ia bersama saudarinya bersekolah perawat di sana. Motivasinya menjadi perawat saat itu karena kondisi sang bibi

yang mengalami penyakit jantung bawaan. Cita-citanya sebagai perawat adalah membuat perbedaan dalam kehidupan manusia melalui profesinya.

Tahun 1948 Leininger berhasil menyelesaikan diploma keperawatan. Sebagai seorang pembelajar pada tahun 1950, Leininger menerima gelar sarjana dalam ilmu biologi, ilmu filsafat dan humaniora dari Benedictine College di Atchison, Kansas. Pada tahun itu ia membuka pelayanan keperawatan dan program pendidikan jiwa di Creighton University di Omaha, Nebraska.

Leininger mengakui pentingnya konsep “peduli” dalam keperawatan. Menurutnya teori peduli bertujuan untuk memberikan budaya pelayanan keperawatan kongruen melalui “tindakan bantu, mendukung, fasilitatif, atau memungkinkan kognitif berbasis atau keputusan yang sebagian besar dibuat khusus agar sesuai dengan individu, kelompok, atau lembaga budaya nilai-nilai, keyakinan, dan lifeways. Pemikiran ini yang mendasarinya untuk terus meningkatkan pengetahuannya lintas disiplin ilmu.

Leininger menyatakan perbedaan budaya dalam asuhan keperawatan merupakan bentuk yang optimal dari pemberian asuhan keperawatan. Ini mengacu pada kemungkinan variasi pendekatan keperawatan yang dibutuhkan untuk memberikan asuhan budaya yang menghargai nilai budaya individu, tindakan termasuk kepekaan terhadap gangguan dari individu yang datang dan individu yang mungkin Kembali (Harmoko & Riyadi, 2016).

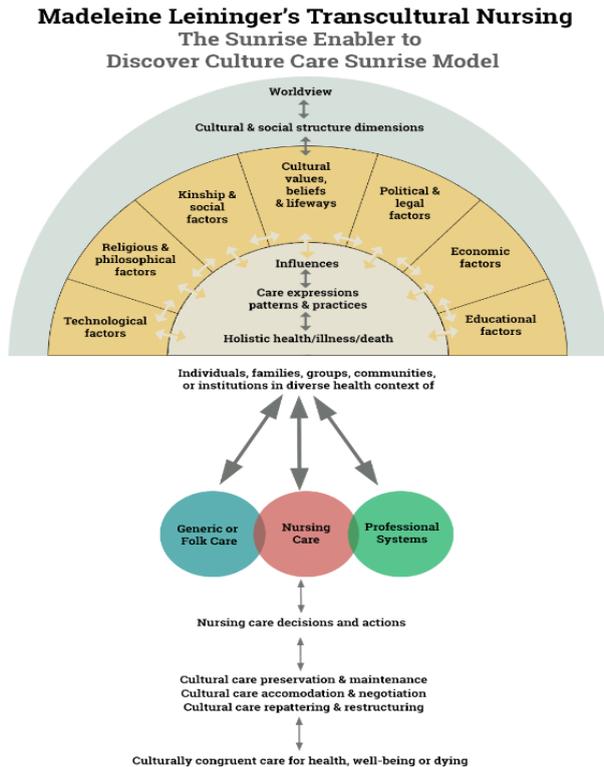
Kepedulian adalah tindakan langsung yang diarahkan untuk membimbing, mendukung dan mengarahkan individu, keluarga kelompok pada keadaan yang nyata atauantisipasi kebutuhan untuk meningkatkan kondisi kehidupan manusia. Kemampuan kognitif yang dapat digunakan untuk menentukan nilai kepercayaan dan pola ekspresi bertujuan untuk mendukung dan memberikan kesempatan individu, membimbing keluarga atau kelompok.

Tujuannya agar individu atau kelompok dapat mempertahankan kesehatan, sehat, berkembang, bertahan hidup, serta hidup dalam keterbatasan hingga kematian dengan damai.

Teori keperawatan transkultural menekankan pentingnya peran perawat dalam memahami budaya klien. Pemahaman yang benar pada diri perawat mengenai budaya klien, baik individu, keluarga, kelompok, maupun masyarakat, dapat mencegah terjadinya cultural shock maupun culture imposition. Culture shock terjadi saat pihak luar (perawat) mencoba mempelajari atau beradaptasi secara efektif dengan kelompok keluarga budaya tertentu (klien). Klien akan merasakan perasaan tidak akan merasakan perasaan tidak nyaman, gelisah dan disorientasi karena perbedaan tidak nyaman, gelisah dan diorientasi karena perbedaan nilai budaya, keyakinan dan kebiasaan. Sedangkan culture imposition adalah kecenderungan tenaga kesehatan perawat, baik secara diam-diam maupun terang-terangan, memaksakan nilai-nilai budaya, keyakinan dan budaya, keyakinan dan kebiasaan/perilaku yang dimilikinya kepada individu, keluarga atau kelompok dari budaya lain karena mereka meyakini bahwa budayanya lebih tinggi daripada kelompok lain (Supyan, 2012).

Leininger mempublikasikan untuk pertama kalinya ide-ide dan teorinya pada tahun 1988. Para ahli sering menyebutnya transkultural nursing theory atau teori perawatan transkultural. Bentuk perawatan yang dapat diterapkan meliputi: kenyamanan, persahabatan, perilaku koping, empati, keterlibatan, cinta, dukungan, dan kepercayaan. Leininger menggambarkan teori keperawatan transkultural matahari terbit, sehingga disebut juga sebagai sunrise model. Model matahari terbit (sunrise model) ini melambangkan esensi keperawatan dalam transkultural yang menjelaskan bahwa sebelum memberikan asuhan keperawatan pada klien (individu, keluarga, kelompok, komunitas, lembaga), perawat terlebih dahulu harus mempunyai pengetahuan mengenai pandangan dunia (word-view) tentang

dimensi dan budaya serta struktur social yang berkembang diberbagai belahan dunia, (secara global) maupun masyarakat dalam lingkup yang sempit (Catherine, M. N., & Sebean, 2017)



Gambar 8.1 Diagram Transcultural nursing: Theories, research, and practice Sumber : (Leininger, M.M. & McFarland, 2002)

Pengelolaan asuhan keperawatan dilaksanakan dari mulai tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Pengkajian adalah proses pengumpulan data untuk mengidentifikasi masalah kesehatan klien sesuai dengan latar belakang budaya klien (Davidhizar R, Giger JN, 2002)(Davidhizar R, Giger JN, 2002). Pengkajian dirancang berdasarkan 7 komponen yang ada pada “Sunrise Model” yaitu

1. Faktor teknologi (tecnological factors)  
Teknologi kesehatan memungkinkan individu untuk memilih atau mendapat penawaran menyelesaikan masalah dalam pelayanan kesehatan. Perawat perlu mengkaji: persepsi sehat sakit, kebebasan berobat atau mengatasi masalah kesehatan, alasan mencari bantuan kesehatan, alasan klien memilih pengobatan alternatif dan persepsi klien tentang penggunaan dan pemanfaatan teknologi untuk mengatasi permasalahan kesehatan saat ini.
2. Faktor agama dan falsafah hidup (religious and philosophical factors)  
Agama adalah suatu simbol yang mengakibatkan pandangan yang amata realistik bagi para pemeluknya. Agama memberikan motivasi yang sangat kuat untuk menempatkan kebenaran diatas segalanya, bahkan diatas kehidupannya sendiri. Faktor agama yang harus dikaji oleh perawat adalah: agama yang dianut, status pernikahan, cara pandang klien terhadap penyebab penyakit, cara pengobatan dan kebiasaan agama yang berdampak positif terhadap kesehatan.
3. Faktor sosial dan keterikatan keluarga (kinship and social factors)  
Perawat pada tahap ini harus, mengkaji faktor-faktor: nama lengkap, umur dan tempat tanggal lahir, jenis kelamin, status, tipe keluarga, dan hubungan klien dengan kepala keluarga.
4. Nilai-nilai budaya dan gaya hidup (cultural value and life ways)  
Nilai-nilai budaya adalah sesuatu yang dirumuskan dan ditetapkan oleh penganut budaya yang dianggap baik atau buruk. Norma-norma budaya adalah suatu kaidah yang mempunyai sifat penerapan terbatas pada penganut budaya terkait. Yang perlu dikaji pada faktor ini adalah : posisi dan jabata yang dipegang oleh kepala keluarga, bahasa yang digunakna, kebiasaan makan, makanan yang dipantang dalam kondisi sakit, persepsi sakit berkaitan dengan aktivitas sehari-hari dalam kebiasaan membersihkan diri.

5. Faktor kebijakan dan peraturan yang berlaku (political and legal factors)

Kebijakan dan peraturan rumah sakit yang berlaku adalah segala sesuatu yang mempengaruhi kegiatan individu dalam asuhan keperawatan lintas budaya (Im and Lee, 2018). Yang perlu dikaji pada tahap ini adalah: peraturan kebijakan yang berkaitan dengan jam kunjung, jumlah anggota keluarga yang boleh menunggu, cara pembayaran untuk klien yang di rawat.

6. Faktor ekonomi (economical factors)

Klien yang dirawat di rumah sakit memnftkn sumber-sumber material yang dimiliki untuk membiayai sakitnya agar segera sembuh. Faktor ekonomi yang harus di kaji oleh perawat diantaranya: pekerjaan klien, sumber biaya pengobatan, tabungan yang dimiliki oleh keluarga, biaya dari sumber lain misalnya asuransi, penggantian biaya dari kantor atau patungan antar anggota keluarga.

7. Faktor pendidikan (educational factors)

Latar belakang pendidikan klien adalah pengalaman klien dalam menempuh jalur pendidikan formal tertinggi saat ini. Semakin tinggi pendidikan klien maka keyakinan klien biasanya didukung oleh bukti-bukti ilmiah yang rasional dan individu tersebut dapat belajar beradaptasi terhadap budaya yang sesuai dengan kondisi kesehatannya. Hal yang perlu di kaji pada tahap ini adalah: tingkat pendidikan klien, jenis pendidikan serta kemampuan untuk belajar secara aktif mandiri tentang pengalaman sakitnya sehingga terulang kembali.

Ada tiga pedoman yang ditawarkan dalam keperawatan Transkultural (Margaret M Andrews, 2019) yaitu : memepertahankan budaya yang dimiliki klien bila budaya klien tidak bertentangan dengan kesehatan, mengakomodasi budaya klien bila budaya klien kurang menguntungkan kesehatan dan merubah budaya klien bila budaya yang dimiliki klien bertentangan dengan Kesehatan sesuai uraian berikut :

1. Cultural care preservation/maintenance/mempertahankan budaya  
Memepertahankan budaya dilakukan bila budaya pasien tidak bertentangan dengan kesehatan. Perencanaan dan implementasi keperawatan diberikan sesuai dengan nilai-nilai yang relevan yang telah dimiliki klien sehingga klien dapat meningkatkan atau memepertahankan status kesehatannya, misalnya budaya berolahraga setiap pagi.
2. Cultural care accomodation/negotiation/Negosiasi budaya  
Intervensi dan implementasi keperawatan pada tahap ini dilakukan untuk membantu klien beradaptasi terhadap budaya tertentu yang lebih menguntungkan kesehatan. Perawat membantu klien agar dapat memilih dan menentukan budaya lain yang lebih mendukung peningkatan kesehatan.
3. Cultural care repartening/reconstruction/Rekonstruksi budaya  
Rekonstruksi budaya klien dilakukan bila budaya yang dimiliki merugikan status kesehatan. Perawat berupaya merestruksikan gaya hidup klien yang biasanya merokok menjadi tidak merokok. Pola rencana hidup yang dipilih biasanya yang lebih menguntungkan dan sesuai dengan keyakinan yang dianut.

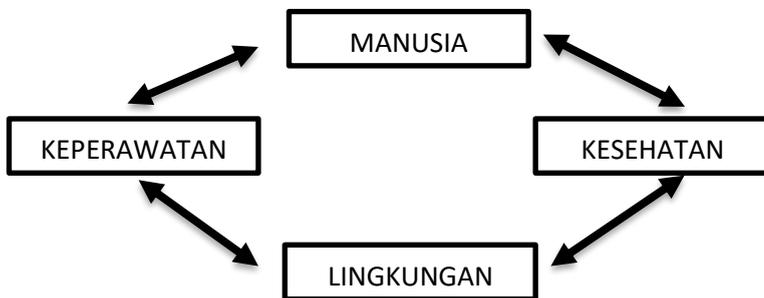
Bila perawat tidak memahami budaya klien maka akan timbul rasa tidak percaya sehingga hubungan terapeutik antara perawat dengan klien akan terganggu. Pemahaman budaya klien amat mendasari efektifitas keberhasilan menciptakan hubungan perawat dan klien yang bersifat terapeutik.

### **C. PARADIGMA TRANSKULTURAL DALAM KEPERAWATAN**

Masyarakat memiliki kultur sendiri terhadap keberadaan tenaga kesehatan seperti perawat, pun perawat dalam menjalankan tugasnya menghadapi masyarakat. Perawat akan memiliki kecenderungan untuk memaksakan atau menerapkan kepercayaan, praktik, nilai, terhadap budaya orang lain atau kelompok lebih tinggi. Posisi lebih tinggi dari pada kelompok lain ini disebabkan karena tenaga medis atau perawat

di dalamnya merasa memiliki nilai dan pengetahuan secara ilmu dan profesi sebagai ahli di bidangnya. Kondisi ini disebut dengan cultural imposition.

Kondisi tenaga kesehatan yang disebut dengan cultural imposition kemudian mendasari pemikiran Leininger untuk memaknai sebuah konsep Paradigma keperawatan transkultural sebagai cara pandang, keyakinan, nilai-nilai, konsep-konsep dalam terlaksananya asuhan keperawatan terhadap empat sentral keperawatan yaitu manusia, sehat, lingkungan dan keperawatan yang sesuai dengan latar belakang budaya:



Gambar 8.2 Paradigma Transkultural dalam Keperawatan,  
Sumber : (Leininger, M.M. & McFarland, 2002)

1. Manusia atau individu dan keluarga atau kelompok memiliki nilai-nilai dan norma-norma yang diyakini dapat berguna untuk menetapkan pilihan dan melakukan suatu tindakan. Manusia sebagai makhluk yang memiliki kemampuan kognitif dan mampu cenderung akan mempertahankan budayanya dimana pun ia berada.
2. Kesehatan merupakan keseluruhan aktifitas klien dalam mengisi kehidupannya yang terletak pada rentang sehat dan sakit. Kesehatan sebagai suatu keyakinan, nilai, pola kegiatan dalam konteks budaya digunakan untuk menjaga serta memelihara kondisi yang dapat diobservasi dalam aktivitas sehari-hari. Klien dan perawat mempunyai tujuan yang sama yaitu ingin

mempertahankan keadaan sehat dalam rentang sehat sakit yang adaptif.

3. Lingkungan merupakan keseluruhan fenomena yang mempengaruhi perkembangan, kepercayaan dan perilaku klien. Bentuk lingkungan dibedakan menjadi tiga, yaitu fisik, sosial dan simbolik.
4. Asuhan keperawatan adalah rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan kepada keluarga yang disesuaikan dengan latar belakang budayanya. Praktik ini bertujuan untuk memandirikan individu sesuai dengan budaya keluarga. Strategi yang digunakan pun perlindungan/mempertahankan budaya, mengakomodasi/negoosiasi budaya dan mengubah/mengganti budaya klien.

#### **D. TREND ISU TRANSKULTURAL DALAM KEPERAWATAN**

Budaya merupakan unsur penting dalam Kesehatan. Banyak hal dalam budaya Indonesia termasuk dalam cara mereka mempercayai dan mengobati diri mereka untuk membuat hidup mereka mampu menangani sakit yang mereka alami, sebagai contoh budaya masyarakat Indonesia percayai untuk mengobati diri saat sakit adalah dengan kerokan, kerokan bukan hal yang asing bagi budaya Indonesia, lebih dari banyak orang di Indonesia yang masih menggunakan kerokan untuk mengobati sakit mereka sampai saat ini. Mereka mempercayai adat dan budaya secara turun temurun. Mereka meyakini bahwa dengan kerokan dapat mengeluarkan angin yang ada di dalam tubuh, serta dapat menghilangkan nyeri atau sakit badan yang dialami dan dengan hal tersebut dapat membantu penyembuhan yang mungkin telah dirasakan sebelumnya. Meskipun mereka telah mendapatkan penanganan dari tim kesehatan ada saja yang melakukan tradisi tersebut, Akibat dari kerokan yaitu menyebabkan pori-pori kulit semakin melebar, lalu warna kulit memerah menunjukkan adanya pembuluh darah di bawah permukaan kulit pecah, sehingga menambah arus darah ke permukaan kulit.

Ketika melakukan komunikasi untuk memberikan informasi tentang akibat yang terjadi dari kerokan tidak membuat para klien atau pasien tidak berhenti melakukan tradisi seperti hal tersebut karena itu telah menjadi kebiasaan yang secara terus menerus dilakukan. Sehingga asuhan keperawatan yang mungkin akan diberikan kepada klien tidak dapat dilakukan karena adanya penolakan yang terjadi terhadap anggapan akan hal tersebut. Tenaga kesehatan tidak dapat mengkritik keyakinan dan praktik budaya kesehatan tradisional yang dilakukan. Budaya merupakan faktor yang dapat mempengaruhi asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan harus terus dilakukan bagaimana caranya menangani klien tanpa menyinggung perasaan klien dan mengkritik tradisi yang telah ada yang mungkin sulit untuk kita tentang dan ubah. Karena tujuan kita bukanlah untuk mengubah atau mengkritik tradisi tersebut, namun bagaimana perawat mampu melakukan semua tugasnya dalam memenuhi kebutuhan pasien.

Pelayanan Keperawatan merupakan sektor pelayanan jasa yang harus mengikuti perkembangan global. Era globalisasi dalam lingkup perdagangan bebas antarnegara, membawa dampak ganda, di satu sisi membuka kesempatan kerjasama yang seluas-luasnya, dan di sisi lain membawa dampak persaingan yang cukup ketat. Oleh karena itu, tantangan utama saat ini dan masa mendatang yaitu meningkatkan daya saing dan keunggulan kompetitif di sektor Keperawatan termasuk dibidang pariwisata. Untuk menyiapkan sumber daya manusia yang berkualitas sesuai dengan tuntutan pasar kerja atau dunia usaha dan industri maka perlu ada model keperawatan wisata yang relevan agar terwujud hubungan timbal balik yang positif sehingga diperlukan kompetensi terkait dengan sensitifitas atau peka budaya. Perawat perlu mengikuti perkembangan ilmu dengan memperhatikan budaya yang berbeda-beda. Peningkatan kompetensi budaya bagi perawat sangat diperlukan untuk mengurangi kesenjangan pelayanan Kesehatan yang akan diberikan.

Beberapa kajian telah dilakukan mengenai pengembangan kompetensi perawat terkait dengan budaya. Penelitian yang dilakukan oleh (Novietasari, E., Gunawijaya., G, Indracahyani, 2018) dengan judul

“Pelatihan Asuhan Keperawatan Peka Budaya Efektif Meningkatkan Kompetensi Kultural Perawat”. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terjadi peningkatan rerata pengetahuan, sikap dan keterampilan perawat sebelum dan setelah pelatihan Asuhan Keperawatan Peka Budaya. Pelatihan menggunakan Model Asuhan Keperawatan peka Budaya (AKPB) efektif meningkatkan kompetensi kultural perawat dimana kelompok perawat yang telah dilatih dengan AKPB mempunyai peluang sebesar 12,8 kali untuk kompeten dibandingkan dengan kelompok perawat yang tidak mengikuti pelatihan. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa pembelajaran dan pelatihan secara berkesinambungan yang disertai dengan variasi budaya klien yang dilayani memberikan manfaat yang sangat signifikan terhadap perawat.

## **E. RANGKUMAN**

Berdasarkan uraian di atas dapat dijelaskan bahwa keperawatan transkultural yaitu suatu area/wilayah keilmuan budaya pada proses belajar dan praktek keperawatan yang fokus memandangi perbedaan dan kesamaan diantara budaya dengan menghargai asuhan, sehat dan sakit didasarkan pada nilai budaya manusia, kepercayaan dan tindakan, dan ilmu ini digunakan untuk memberikan asuhan keperawatan khususnya budaya atau keutuhan budaya kepada manusia. Konsep model keperawatan transkultural (Transcultural Nursing) dikembangkan oleh Madeleine Leininger yang dikenal dengan Sunrise Model yang terdiri dari tujuh komponen indikator yaitu: teknologi, agama dan falsafah hidup, sosial dan keterikatan keluarga, Nilai-nilai budaya dan gaya hidup, kebijakan dan peraturan yang berlaku, ekonomi, pendidikan. Adapun pedoman yang dijadikan dasar dalam keperawatan transkultural meliputi: Cultural care preservation atau mempertahankan budaya, Cultural care accommodation atau negosiasi budaya, Cultural care repartening atau rekonstruksi budaya. Paradigma keperawatan transkultural sebagai cara pandang, keyakinan, nilai-nilai, konsep-konsep dalam

terlaksananya asuhan keperawatan terhadap empat sentral keperawatan yaitu manusia, kesehatan, lingkungan dan keperawatan. Kompetensi budaya pada perawat sangat diperlukan untuk memberikan pelayanan kesehatan secara tepat dengan mempertimbangkan latar belakang budaya yang dianut oleh klien.

## **F. TES FORMATIF**

1. Fokus dari keperawatan transcultural yaitu?
  - a. Nilai
  - b. Norma
  - c. Budaya
  - d. Keyakinan
  - e. Teknologi
  
2. Konsep keperawatan transkultural dikembangkan oleh?
  - a. Orem
  - b. Calista Roy
  - c. Leininger
  - d. Maslow
  - e. Jhonson
  
3. Berikut merupakan komponen dari Sunrise Model, kecuali?
  - a. Teknologi
  - b. Ekonomi
  - c. Pendidikan
  - d. Agama
  - e. Komunikasi
  
4. Komponen paradigma keperawatan transcultural, kecuali?
  - a. Manusia
  - b. Keperawatan
  - c. Kesehatan
  - d. Lingkungan

e. Pendidikan

## **G. LATIHAN**

Mengapa keperawatan transkultural sangat penting untuk dipelajari? Apa saja komponen Sunrise model, Jelaskan mengenai paradigma keperawatan transcultural?

## DAFTAR PUSTAKA

- A. Aziz Alimul Hidayat. (2008). *Ketrampilan Dasar Praktik Klinik Cetakan II*. Jakarta : Salemba Medika
- A. Nies, M., & McEwen, M. (2019). *Keperawatan Kesehatan Komunitas dan keluarga* (6th ed.). Elsevier Singapore Pte Ltd.
- Abdul Nasir, dan Muhith, *Dasar-Dasar Keperawatan Jiwa*, (Jakarta: Salemba Medika, 2011)
- Ainsworth, C. (2015). Sex redefined. *Nature*, 518(7539), 288-291. doi:10.1038/518288a
- Ambarwati, P. D., Pinilih, S. S., & Astuti, R. T. (2017). Gambaran Tingkat Stres Mahasiswa. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 5(1), 40–47.
- Asih, G. Y., Widhiastuti, H., & Dewi, R. (2018). *Stress Kerja* (Issue 1). Semarang University Press. <https://doi.org/10.16309/j.cnki.issn.1007-1776.2003.03.004>
- Asmadi (2008). *Konsep dasar keperawatan*. Jakarta: EGC
- Avasthi, A., Grover, S., & Sathyanarayana Rao, T. S. (2017). Clinical Practice Guidelines for Management of Sexual Dysfunction. *Indian Journal of Psychiatry*, 59(Suppl 1).
- Badri, I.A. (2020) 'Hubungan Beban Kerja Dan Lingkungan Kerja Dengan Stres Kerja Perawat Ruang ICU Dan IGD', *Human Care Journal*, 5(1), p. 379. doi:10.32883/hcj.v5i1.730.
- Barker, P. J. (2018). *Psychiatric Mental Health Nursing: The Craft of Caring*. Jones & Bartlett Learning.

- Barry, C., Barry, J., & Chivers, M. L. (2020). Dimensions of Sexual Orientation. In A. D. Lykins (Ed.), *Encyclopedia of Sexuality and Gender* (pp. 1-7). Cham: Springer International Publishing.
- Berman, A., Snyder, S. J., Kozier, B., & Erb, G. L. (2016). *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice*. Pearson.
- Bonanno, G. A. (2009). *The Other Side of Sadness: What the New Science of Bereavement Tells Us About Life After Loss*. Basic Books.
- Brotto, L., Atallah, S., Johnson-Agbakwu, C., Rosenbaum, T., Abdo, C., Byers, E. S., . . . Wylie, K. (2016). Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction. *The journal of sexual medicine*, 13(4), 538-571. doi:10.1016/j.jsxm.2016.01.019 %J The Journal of Sexual Medicine
- Catherine, M. N., & Sebean, M. (2017) 'Transcultural Nursing : A Challenge For The 21st Century. Annals of Nursing Research and Practice', *Journal of Transcultural Nursing*, 2(2), pp. 122–125.
- Causadias, J. M. (2020). What is culture? Systems of people, places, and practices. *Applied Developmental Science*, 24(4), 310–322. <https://doi.org/10.1080/10888691.2020.1789360>
- Che, & Loh. (2017). Peranan Spiritual Dalam Perawatan Palliative *Afkar Jurnal Akidah Pemikiran Islam* 19 no. <https://ajap.um.edu.my/index.php/afkar/article/view/10275>
- Chou, D., Cottler, S., Khosla, R., Reed, G. M., & Say, L. (2015). Sexual health in the International Classification of Diseases (ICD): implications for measurement and beyond\*. *Reprod*

*Health Matters*, 23(46), 185-192.  
doi:10.1016/j.rhm.2015.11.008

- Davidhizar R, Giger JN, H.L. (2002) 'The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model', *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), pp. 185–188.
- Doka, K. J. (2002). *Disenfranchised Grief: New Directions, Challenges, and Strategies for Practice*. Research Press.
- Faubion, S. S., & Rullo, J. E. (2015). Sexual Dysfunction in Women: A Practical Approach. *Am Fam Physician*, 92(4), 281-288.
- Frankl, V. E. (2006). *Man's Search for Meaning*. Boston, MA: Beacon Press.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2016). *Family Nursing: Research, Theory, and Practice*. Pearson.
- Gaol, N. T. (2016). Teori stres: Stimulus, respons, dan transaksional. *Buletin Psikologi*, 24(1), 1–11
- Giddens, J. F. (2016). *Concepts for Nursing Practice*. Elsevier Health Sciences.
- Goerling, E., & Wolfe, E. (2022). Sexual Response and the Biochemistry of Love. In *Introduction to Human Sexuality*. Open Oregon Educational Resources: Portland, OR.
- Halter, M. J. (2018). *Varcarolis' Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A Clinical Approach*. Elsevier Health Sciences.
- Harmoko & Riyadi, S. (2016) *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Pusaka Pelajar.

- Hartanti, Jahju. 2018. *Konsep Diri : Karakteristik berbagai usia*. Universitas PGRI Adi Buana. Surabaya, Jawa Timur.
- Hensel, D. J., Nance, J., & Fortenberry, J. D. (2016). The Association Between Sexual Health and Physical, Mental, and Social Health in Adolescent Women. *Journal of adolescent health, 59*(4), 416-421. doi:10.1016/j.jadohealth.2016.06.003
- Im, E.O. and Lee, Y. (2018) 'Transcultural Nursing: Current Trends in Theoretical Works', *Asian Nursing Research*. Korean Society of Nursing Science, pp. 157–165. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.anr.2018.08.006>.
- Irman, Nur'izzah, Nurul, & Saedah. (n.d.). (2015) *The Philosophy of Spiritual Based Curriculum Design*. [https://unipasby.ac.id/ckeditor/images-media/1539853024\\_Proceeding%20ICETA6%20UNIPA%202015.pdf#page=224](https://unipasby.ac.id/ckeditor/images-media/1539853024_Proceeding%20ICETA6%20UNIPA%202015.pdf#page=224)
- Iwan, Ardian. (2016). *Konsep spiritualitas dan religiusitas (spiritual and religion) dalam konteks keperawatan pasien diabetes melitus tipe 2*. *Jurnal keperawatan dan pemikiran Ilmiah 2 no.* <https://core.ac.uk/download/pdf/236375317.pdf>
- Jayanti *et al.* 2022. *Buku Ajar Psikososial Budaya dalam Keperawatan*. CV. Literasi Nusantara Abadi. Malang, Jawa Timur.
- Jayanti, D. M. A. D., Sanjiwani, A. A. S., Wati, N. M. N., & Wahyudi, H. (2022). *Buku Ajar Psikososial Budaya Dalam Keperawatan*. In *Literasi Nusantara Abadi* (1st ed., Issue 1). Literasi Nusantara Abadi.
- Jennings KM. The Roy Adaptation Model: A Theoretical Framework for Nurses Providing Care to Individuals With Anorexia Nervosa. *ANS Adv Nurs Sci.* 2017 Oct/Dec;40(4):370-383.

doi: 10.1097/ANS.0000000000000175. PMID: 28825933; PMCID: PMC5664223. Watson, J. (2008). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Boulder, CO: University Press of Colorado.

Lazarus, R.S (2006). *Stress and emotion: A new synthesis*. Springer Publishing Company

Leininger, M. M., & McFarland, M. R. (Eds.). (2006). *Transcultural nursing: Concepts, theories, research & practice*. McGraw-Hill.

Leininger, M.M. & McFarland, M.R. (2002) *Transcultural nursing: Concepts, theories, research and practice*. 3rd edn. McGraw-Hill, New York.

Little, W., Vyain, S., Scaramuzzo, G., Cody-Rydzewski, S., Griffiths, H., Strayer, E., & Keirns, N. J. B. C. V., BC, Canada. (2014). *Introduction to Sociology-1st Canadian edition*.

Macleod, A., & McCabe, M. P. (2020). Defining sexuality in later life: A systematic review. 39(S1), 6-15. doi:<https://doi.org/10.1111/ajag.12741>

Margaret M Andrews, J.S.B. (2019) 'The Andrews/Boyle Transcultural Interprofessional Practice (TIP) Model', *Journal of Transcultural Nursing*, 4, pp. 323–330. Available at: <https://doi.org/10.1177/1043659619849475>.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (Eds.). (2019). *Experiencing Interprofessional Collaboration: Working Together for Health and Social Care*. Springer.

Morrison-Beedy, D., Nelson, J. M., & Shelton, A. J. (2017). *Pediatric Nursing: The Critical Components of Nursing Care*. Wolters Kluwer Health.

- Muafi, N. (2020). Hubungan Tingkat Kepadatan Igd Dengan Stres Kerja Perawat Di Igd Rsup Dr. Soeradji Tirtongoro Klaten (Doctoral Dissertation, Poltekkes Kemekes Yogyakarta). Diakses melalui website <http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/2711/>.
- Neimeyer, R. A. (2000). *Lessons of Loss: A Guide to Coping*. Center for the Study of Loss and Transition
- Nevid, Jeffrey S dkk. 2002. Psikologi Abnormal Edisi Kelima Jilid 1. Erlangga: Jakarta.
- Novietasari, E., Gunawijaya., G, Indrachyani, 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>.
- Papathanasiou, I. V., Kleisiaris, C. F., Fradelos, E. C., Kakou, K., & Kourkouta, L. (2015). Holistic nursing care: theories and perspectives. *American Journal of Nursing Science*, 4(1), 45-50.
- Potki, R., Ziaei, T., Famarzi, M., Moosazadeh, M., & Shahhosseini, Z. (2017). Bio-psycho-social factors affecting sexual self-concept: A systematic review. *Electron Physician*, 9(9), 5172-5178. doi:10.19082/5172
- Potter, Patricia A. 2005. Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep , Proses, Praktik alih Bahasa Yasmin, Asih, Edisi 4. Jakarta : EG
- PPNI (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

- PPNI (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- Pratiwi. (2012). *Kualitas hidup penderita kanker .Developmental and Clinical Psychology* 1 no. <https://journal.unnes.ac.id/sju/dcp/article/view/2630>
- Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K., & Reller, N. (2009). Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *Journal of Palliative Medicine*, 12(10), 885–904.
- Putra G, Usman. 2019. *Konsep Diri pada Pasien Luka Kaki Diabetik*. CV Kanaka Media. Sidoarjo, Jawa Timur.
- Rasmun. (2004). Stress, koping dan adaptasi teori dan pohon masalah keperawatan. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Rathus, S. A., & Nevid, J. S. (2019). *Psychology and the challenges of life: Adjustment and growth*: John Wiley & Sons.
- Reed, G. M., Drescher, J., Krueger, R. B., Atalla, E., Cochran, S. D., First, M. B., . . . Cottler, S. J. W. p. (2016). Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *15*(3), 205-221.
- Ricoy-Cano, A. J., Obrero-Gaitán, E., Caravaca-Sánchez, F., & Fuente-Robles, Y. M. D. L. (2020). Factors Conditioning Sexual Behavior in Older Adults: A Systematic Review of Qualitative Studies. *9*(6), 1716.
- Rohita, T., Zen, D. N., Suhariyanti, E., R, A. A., Wibowo, D. A., Hertini, R., Permana, D. N. S., Rosdiana, N., Ginanjar, Y., AMri, L. F., Nurlinawati, Ummah, A. K., Abdullah, Djajanti, C.

- W., Riyantina, A. S., Mailita, W., Sukri, Rohimah, S., Dewi, H. A., ... Sihombing, F. (2023). *Buku Ajar Psikosial dan Budaya Dalam Keperawatan* (1st ed.). Eureka Media Aksara.
- Rosdahl, Carolina Bunker. 2014. *Buku Ajar Keperawatan Alih Bahasa*, Wuri Praptiani. Edisi 10 Jakarta : EGC
- Sarafino, E. P., & Smith T. W. (2010). *Health Psychology Biopsychosocial Interactions*. Seventh Edition. New York : John Wiley & Sons, Inc.
- Sharifi, N., Adib-Hajbaghery, M., & Najafi, M. (2019). Cultural competence in nursing: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 99. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103386>
- Sigurdson, O. (2014). *Culture and Health*. Univeristy of Gothenburg. <https://core.ac.uk/download/pdf/43560080.pdf>
- Stroebe, M., Schut, H., & Boerner, K. (2017). *Cautioning Health-Care Professionals: Bereaved Persons Are Misguided Through the Stages of Grief*. *Omega: Journal of Death and Dying*.
- Stuart, G.W. (2016). *Principles and pratice of psychiatric nursing* (10<sup>th</sup> eds)
- Supraptiono B *et al.* 2023. *Hubungan Interpersonal*. CV. Eureka Media Aksara. Purbalingga, Jawa Tengah
- Supyan, R.A. (2012) *Konsep Keperawatan Lintas Budaya (Transcultural Nursing)*. 3rd edn. Jakarta: Thousand Oaks: Sage Publications.
- Tafarodi, R. W., Marshall, T. C., & Milne, A. B. (2003). Self- Esteem and Memory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(1), 29–45. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.1.29>

- Taylor, C., Lillis, C., LeMone, P., & Lynn, P. (2019). *Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Person-Centered Care*. Wolters Kluwer Health.
- Tomey, Ann Mariner. A, M.R. (2006) *Nursing Theory and Their Work*. Philadelphia: Mosby, Elsevier.
- Townsend, M., & Morgan, K.I. (2018). *Psychiatric Mental Health Nursing: Concept of Care in Evidence-Based Practice (9<sup>th</sup> Ed)*. F.A Davis Company
- van 't Hof, S. R., & Cera, N. (2021). Specific factors and methodological decisions influencing brain responses to sexual stimuli in women. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *131*, 164-178.  
doi:<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.09.013>
- Viner, R. M., Allen, N. B., & Patton, G. C. J. C. (2017). Puberty, developmental processes, and health interventions. *Child Teenager Health Development in Practice* *8*, 1841.
- WHO. (2024). Sexual and reproductive health and rights. Retrieved from [https://www.who.int/health-topics/sexual-and-reproductive-health-and-rights#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/sexual-and-reproductive-health-and-rights#tab=tab_1)
- Worden, J. W. (2008). *Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner*. Springer Publishing Company.

## TENTANG PENULIS



### **Ns. Ni Rai Sintya Agustini, S.Kep., M.Kep**

Dilahirkan di Kerobokan, 31 Agustus 1995 Bali. Penulis merupakan anak ke-dua dari dua bersaudara dari pasangan bapak I Ketut Utama dan Ibu Ni Luh Sumartini. Pendidikan program Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners (S1) di STIKES Bina Usaha Bali dan Magister Keperawatan (S2) di Institut Teknologi dan Ilmu Kesehatan Bali. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen tetap Prodi S1 Ilmu Keperawatan di Universitas Triatma Mulya. Selain pendidikan dan pengajaran penulis juga terlibat dalam kegiatan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat.



### **Ns. Erlin Ifadah.,M.Kep.Sp.Kep.M.B**

Penulis dan Dosen Tetap Prodi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Respati Indonesia Jakarta. Lahir di Tegal Jawa Tengah, 10 Januari 1980. Penulis merupakan anak ketiga dari lima bersaudara dari pasangan (Alm) bapak Jundari dan Ibu Siti Najiyah. Pendidikan Sekolah Perawat Kesehatan di RSPAD Gatot Soebroto Jakarta, program Diploma (D3) Keperawatan di Poltekkes Jakarta III, Sarjana Keperawatan (S1) dan Profesi Ners di Universitas Muhammadiyah Jakarta dan menyelesaikan Magister Keperawatan (S2) dan Magister Spesialis Keperawatan di Universitas Indonesia, saat ini penulis sedang melanjutkan studi *doctoral* keperawatan di Universitas Kanazawa, Jepang. Penulis mempunyai pengalaman kerja sebagai perawat di RS. Setia Mitra, RS Pondok Indah, Klinik Cipete, Jakarta dan *Seremban Specialist Hospital*, Malaysia. Area kerja meliputi perawatan umum, Instalasi Gawat Darurat, *Intensive*

*Care Unit (ICU) dan Intensive Coronary Care Unit (ICCU)*. Penulis sebagai pengampu mata kuliah sistem kardiovaskuler dan keperawatan gawat darurat serta sebagai instruktur BTCLS di *Medical Service and Training 119* sampai sekarang, penulis juga aktif dalam organisasi keperawatan PPNI.



**Ni Ketut Sujati, APP., M.Kes.**

Sejak 2005 sebagai Dosen di Poltekkes Kemenkes Palembang Prodi Keperawatan Baturaja. Lahir di Tabanan Bali tahun 1966. Sekolah dasar diselesaikan di Tabanan, SMP di Denpasar Sekolah Perawat dan Sekolah Guru Perawat di Surabaya, Diploma III di Akper Pajajaran Bandung. Diploma IV Keperawatan USU tahun 1999 dan Program Pasca Sarjana IKM FKM Universitas Indonesia tahun 2003.

Sebagai Guru SPK Sutomo Surabaya sejak tahun 1988, kemudian pindah ke SPK Dep. Kes Baturaja 1994-2003. Memiliki 3 orang putra dan 2 putri. Aktif sebagai narasumber dalam kegiatan Parenting dan tutor PGPAUD UPBJJ UT Palembang, Praktik sebagai perawat Home care.



**Dyah Juliastuti, S.Kp, M.Sc, M.Kep, Sp. Mat, Ph.D.,.**

Penulis telah bekerja sebagai tenaga pendidik, peneliti, dan instruktur klinis, serta melakukan kegiatan pengabdian masyarakat di bidang keperawatan dan kesehatan wanita di Indonesia selama lebih dari 20 tahun. Ia menyelesaikan jenjang Pendidikan Sarjana Keperawatan, Magister Keperawatan, serta Spesialis Keperawatan Maternitas di Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

Penulis juga menyelesaikan Pendidikan Master Reproductive and Sexual Health Research di London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London, dan Pendidikan Doctor di School of Public Health, University of Queensland dengan penelitian tentang kesehatan seksual dan reproduksi pada perempuan yang hidup dengan HIV di Indonesia. Saat ini penulis adalah staf pengajar di Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Ichsan Satya dan aktif dalam menulis dan mereview artikel-artikel ilmiah di jurnal internasional terindeks scopus dan nasional terindeks SINTA. Penulis telah berkontribusi dalam buku: Metodologi Penelitian Kesehatan, Palliative Care, dan Perawatan Mandiri Pasca Terapi Kanker Organ Reproduksi Perempuan.



**Ns. Ayu Pratiwi, S.Kep., M.Kep**

Seorang penulis dan dosen tetap Prodi Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Yatsi Madani Tangerang. Pendidikan program Sarjana (S1) Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Yatsi Tangerang Prodi Sarjana Keperawatan, Profesi Ners (Ns) Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Yatsi Tangerang Prodi Profesi Ners dan menyelesaikan program Pasca Sarjana (S2) di Universitas Indonesia prodi keperawatan di bidang Keperawatan Jiwa, saat ini penulis sedang melanjutkan program Doktoral di Mahsa Universiti Malaysia dibidang Keperawatan. Penulis aktif mengikuti organisasi Ikatan Perawat Keperawatan Jiwa Indonesia di Banten (IPKJI) di bidang penelitian. Buku yang telah ditulis dan terbit berjudul di antaranya: Manajemen Stress, Komunikasi dalam Keperawatan dan Keperawatan Psikiatri.



**Ns. Remita Hutagalung, S. Kep., M. Kep.**

Seorang penulis dan dosen tetap Prodi S1 Keperawatan di STIKES Dirgahayu Samarinda. Pendidikan program Sarjana (S1) Universitas Airlangga Surabaya dan menyelesaikan program Pasca Sarjana (S2) di Universitas Padjadjaran Bandung.



**Ns. Fransiska Novita Sari, M.Kep., Sp.Kep.K**

Lahir di Lela NTT, 14 November 1993. Riwayat pendidikan D3 Keperawatan di AKPER Panti Rapih Yogyakarta (2011-2013), Sarjana Keperawatan (2013-2015) dan Ners (2015-2016) di STIK Sint Carolus Jakarta, Magister Keperawatan (2018-2020) dan Spesialis Keperawatan Komunitas (2020-2021) di Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia. Riwayat pekerjaan sebagai perawat pelaksana di IGD RS Sint Carolus Jakarta (2016-2018), dosen tamu di beberapa sekolah keperawatan di Jakarta (2018-2021) dan tahun 2022 mulai berkarya di STIKES Dirgahayu Samarinda, Kalimantan Timur. Beberapa pelatihan terbaru yang diikuti *Basic Trauma & Cardiac Life Support* (BT&CLS) tahun 2022; Pelatihan Keperawatan Holistik Dasar tahun 2023; dan Workshop Peningkatan Peringkat Jurnal Terakreditasi tahun 2023.



**Ns. Kadek Eka Swedarma, S.Kep, M.Kes**

Seorang penulis dan dosen tetap Prodi Keperawatan dan Profesi Ners Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Bali.

Lahir di Bangli, Bali, 10 Mei 1981. Pendidikan DIII Keperawatan Akper YKY Yogyakarta, Program Sarjana (S1) Keperawatan dan Profesi Ners di Universitas Gadjah Mada dan menyelesaikan program Pasca Sarjana (S2) di Universitas Udayana. Penulis aktif sebagai dosen dengan *Homebased* di Departemen Keperawatan Jiwa

dan Komunitas. Sebagai pengembang *Udayana Nursing Innovation Centre* (UNIC) penulis menghasilkan beberapa karya inovasi seperti: SIMOTI (Sistem Monitoring terapi Intravena), SIMANJA (Sistem Pemantauan Kesehatan Jiwa) berbasis android, DiNDA (Digital Nursing Diagnosis Application), SiCantik (Sistem Catatan Keperawatan Elektronik), e-Balawista (Prototipe keperawatan terhadap badan penyelamat wisata tirta), dan beberapa produk lainnya. Selain itu penulis juga aktif sebagai anggota Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa Indonesia (IPKJI), Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia (IPKKI), Mamber of *Japan Science and Technology Agency*, Member of *American Travel Health Nursing Assosiation* (ATHNA). Sebagai kontribusi terhadap Daerah Pariwisata di Bali, penulis aktif mengembangkan model pelayanan keperawatan Kesehatan wisata terutama dari perspektif Kesehatan mental dan emosional baik pada wisatawan, pelaku wisata maupun masyarakat lokal. Besar harapan penulis untuk bisa berkontribusi secara nyata untuk Kesehatan masyarakat.

**Penerbit :**

PT. Sonpedia Publishing Indonesia

Buku Gudang Ilmu, Membaca Solusi  
Kebodohan, Menulis Cara Terbaik  
Mengikat Ilmu. Everyday New Books

**SONPEDIA.COM**  
**PT. Sonpedia Publishing Indonesia**

**Redaksi :**

Jl. Kenali Jaya No 166

Kota Jambi 36129

Tel +6282177858344

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

Website: [www.sonpedia.com](http://www.sonpedia.com)