

Program Studi
Sarjana Terapan Kebidanan



MODUL TEORI 2

SOSIO ANTROPOLOGI

2019



Jurusan Kebidanan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Palangka Raya

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

VISI DAN MISI
PRODI SARJANA TERAPAN KEBIDANAN
POLTEKKES KEMENKES PALANGKARAYA

VISI

“Menghasilkan Lulusan Sarja Terpan Kebidanan
yang Unggul, Berkarakter, Berbasis Kearifan Lokal
Menuju daya saing Global Tahun 2024 Dengan
Unggulan Kebidanan Komunitas”

MISI

1. Menyelenggarakan pendidikan Sarjana Terapan Kebidanan Yang berkualitas mengikuti perkembangan IPTEK berbasis kearifan Lokal dengan keunggulan Kebidanan Komunitas.
2. Melaksanakan penelitian yang mengikuti perkembangan IPTEK serta selaras dengan kearifan lokal dengan unggulan kebidanan komunitas.
3. Melaksanakan pengabdian kepada masyarakat yang berorientasi pada kebidanan komunitas melalui pemberdayaan masyarakat dibidang kesehata ibu dan anak serta Kesehatan reproduksi.
4. Meningkatkan Produktifitas kualitas sumber daya manusia serta pengelolaan sarana dan perasana untuk mendukung pelaksanaan Tri Dharma Perguruan Tinggi

MODUL 2
BAHAN AJAR CETAK
KEBIDANAN

SOSIO ANTROPOLOGI

DAFTAR ISI

BAB III ANTROPOLOGI KESEHATAN

- A. Definisi Antropologi Kesehatan
- B. Ruang Lingkup Antropologi Kesehatan
- C. Peran Budaya dalam Dunia Kesehatan
- D. Etnomedisin
- E. Implikasi Antropologi dalam Praktik Keperawatan
- F. Implikasi Transkultural dalam Praktik Keperawatan

BAB IV KONSEP SEHAT, SAKIT, DAN PENYAKIT

- A. Definisi Sehat, Sakit, dan Penyakit
- B. Perilaku Sehat, Sakit, dan Penyakit
- C. Sistem Medis Modern dan Medis Tradisional
- D. Profesionalisme Kesehatan dan Pelayanan Kesehatan

BAB III

ANTROPOLOGI KESEHATAN

Antropologi kesehatan merupakan subdisiplin baru dari ilmu antropologi. Antropologi kesehatan muncul usai berakhirnya Perang Dunia II. Pada waktu itu, banyak para ahli antropologi sosial budaya maupun antropologi biologi yang semakin mendalami studi lintas budaya mengenai sistem kesehatan. Para ahli antropologi sosial budaya mencoba memusatkan perhatian pada pokok-pokok persoalan terkait sistem medis tradisional (etnomedisin), masalah petugas-petugas kesehatan, dan profesionalitasnya. Persoalan terkait hubungan petugas medis dan pasien, serta upaya memperkenalkan pelayanan kesehatan barat kepada masyarakat tradisional juga turut menjadi perhatian. Para ahli antropologi biologi pun memperlihatkan ketertarikannya pada sistem budaya, tetapi pada pokok-pokok persoalan berbeda. Misalnya saja kaitan budaya dengan aspek pertumbuhan dan perkembangan manusia, studi mengenai penyakit-penyakit purba (paleopatologi), atau peranan penyakit dalam evolusi manusia.

Secara singkat oleh para ahli kesehatan, antropologi kesehatan dipandang sebagai disiplin biobudaya. Ilmu ini memberikan perhatian pada aspek-aspek biologis dan sosial budaya dari tingkah laku manusia. Yang menjadi fokus ialah cara-cara interaksi antaraspek di sepanjang sejarah kehidupan manusia yang mempengaruhi kesehatan dan penyakit.

A. DEFINISI ANTROPOLOGI KESEHATAN

Pada dasarnya, istilah sehat mengandung banyak muatan kultural, sosial dan pengertian profesional beragam lainnya. Sehat pun harus dilihat dari berbagai aspek, tidak hanya dari ilmu kedokteran saja. Karenanya, antropologi kesehatan menjadi ilmu yang ingin meneropong masalah-masalah interaksi kesehatan dan penyakit pada suatu tempat tertentu. Antropologi kesehatan juga melihatnya dari berbagai segi, terutama yang berkaitan dengan latar belakang budaya masyarakat setempat. Cabang ilmu dari antropologi ini juga mengupayakan penyertaan konsep sosial budaya pada perencanaan, implementasi, dan evaluasi perwujudan kesehatan bagi masyarakat.

Foster dan Anderson (2009) percaya bahwa antropologi kesehatan dapat didefinisikan sebagai aktivitas formal antropologi yang berhubungan dengan kesehatan dan penyakit.

Untuk definisi kerja, antropologi kesehatan adalah istilah yang digunakan oleh ahli-ahli antropologi untuk mendeskripsikan:

1. penelitian para ahli dengan tujuan yakni sebagai definisi komprehensif dan interpretasi tentang hubungan timbal balik biobudaya. Baik antara tingkah laku manusia di masa lalu dengan masa kini, ataupun antara derajat kesehatan dan penyakit. Interpretasi tersebut dilakukan tanpa mengutamakan perhatian pada penggunaan praktis dari pengetahuan tersebut;
2. partisipasi profesional para ahli dalam program-program yang bertujuan memperbaiki derajat kesehatan. Hal tersebut dimulai melalui perumusan pemahaman yang lebih besar tentang hubungan antara gejala bio-sosial-budaya dengan kesehatan. Selain itu, dilakukan pula perumusan perubahan tingkah laku sehat ke arah yang diyakini akan meningkatkan kesehatan.

Menurut Calson dan Selby, seiring pesatnya perkembangan bidang antropologi kesehatan, tidak ada definisi yang disepakati bersama para ahli tentang bidang antropologi kesehatan maupun mengenai batasan-batasannya. Foster dan Anderson (2009) pun menguraikan berbagai pendapat ahli mengenai definisi antropologi kesehatan, diantaranya:

1. Menurut Hasan dan Prasad

Pada awal pendefinisian antropologi kesehatan, keduanya mengusulkan bahwa antropologi kesehatan adalah cabang dari ilmu mengenai manusia yang mempelajari aspek-aspek biologi dan kebudayaan manusia, termasuk sejarahnya. Semua itu digunakan sebagai titik-tolak pandangan untuk memahami ilmu kedokteran, sejarah kedokteran, hukum kedokteran, aspek sosial kedokteran, dan masalah-masalah kesehatan manusia.

2. Hochstrasser dan Tapp

Dalam penjelasannya, kedua tokoh ini lebih mengaitkan antropologi dengan dimensi bidang biobudaya. Mereka mengartikan antropologi kesehatan sebagai ilmu yang berkenaan dengan pemahaman biobudaya manusia dan karya-karyanya, termasuk hubungannya dengan kesehatan dan pengobatan.

3. Definisi oleh Richard W. Lieban

Antropolog asal Amerika Serikat ini menyatakan antropologi kesehatan mencakup studi tentang fenomena medis yang dipengaruhi oleh aspek sosial dan budaya.

4. Horacio Fabrega

Ia mendefinisikan istilah antropologi kesehatan berdasarkan isi dari studi yang dihasilkannya. Fabrega juga merumuskan pernyataan antropologi kesehatan sebagai

suatu (a) penjelasan dari berbagai faktor, mekanisme, dan proses yang memainkan peranan dalam cara pandang kesehatan, atau mempengaruhi cara-cara individu dan kelompok merespon sakit dan penyakit, serta (b) penekanan terhadap pola-pola tingkah laku.

Dari definisi yang diberikan beberapa ahli tersebut sangat jelas bahwa antropologi kesehatan tidak hanya menekankan pada pentingnya aspek biologi saja. Aspek sosial dan budaya juga dianggap memegang peranan penting di dalam mempelajari fenomena sehat dan sakit.

B. RUANG LINGKUP ANTROPOLOGI KESEHATAN

Penyakit merupakan hal mutlak yang akan dialami oleh setiap manusia. Di sisi lain, setiap kebudayaan mempunyai pengetahuan, kepercayaan dan kebiasaan-kebiasaan yang berhubungan dengan sehat dan sakit. Kepercayaan dan kebiasaan tersebut tentu berbeda antara kebudayaan satu dengan lainnya. Seorang ahli antropologi kesehatan asal Amerika Serikat, Ackerknecht mengatakan bahwa sebenarnya penyakit dan cara pengobatannya tidak hanya merupakan proses biologi saja. Menurutnya, fakta tentang seseorang menderita sakit, penyakit apa yang dideritanya, dan pengobatan apa yang diterimanya, bergantung pada faktor-faktor sosial dan budaya orang itu.

Diketahui, akar dari ilmu antropologi kesehatan ialah antropologi fisik yang merupakan cabang keilmuan dari antropologi. Lama sebelum istilah antropologi kesehatan diakui, para ahli antropologi fisik sudah belajar dan melakukan penelitian di sekolah-sekolah kedokteran, seperti jurusan anatomi. Para ahli antropologi fisik itulah yang kemudian juga diakui sebagai ahli antropologi kesehatan. Perkembangan perhatian antropologi terhadap masalah-masalah kesehatan dan penyakit sebagian termotivasi teoretis, karena kepercayaan dan praktik-praktik pengobatan merupakan kategori utama dalam semua kebudayaan. Beberapa pihak pun memandang antropologi kesehatan semata-mata sebagai ilmu terapan.

Kenyataannya memang telah lama kalangan tenaga kesehatan menyadari bahwa dimensi sosial dan budaya sangat penting di dalam kesehatan. Mereka telah memasukkan aspek-aspek sosial budaya di dalam penelitiannya. Misalnya, Bernadine Ramaziini (1700), Benyamin Mc Eremly (2007) dan Louis Rene Villerme (2000) yang telah meneliti dimensi sosial dan budaya di dalam kesehatan kerja. Emil Chadwick (2002) juga telah meneliti masalah-masalah kesehatan pada kelas buruh di London. Ada pula Shattuck (2001), ia meneliti kondisi kesehatan di Massachusetts dengan memasukkan dimensi sosial dan budaya. Sampai saat ini lebih banyak tenaga-tenaga kesehatan daripada antropolog yang menunjukkan perhatiannya

pada dimensi sosial budaya di dalam kesehatan. Jika kita tinjau dasar timbulnya antropologi kesehatan, Foster dan Anderson (2009) menyatakan bahwa antropologi kesehatan berasal dari empat sumber, yaitu:

1. Perhatian para ahli antropologi pada masalah-masalah evolusi, adaptasi, perbandingan anatomi, enis-jenis ras, genetika dan serologi.
2. Ahli-ahli antropologi yang menaruh perhatian pada cara-cara pengobatan di dalam masyarakat primitif.
3. Perubahan kebudayaan dan kepribadian pada akhir tahun 1930 yang menimbulkan kerjasama ahli-ahli kesehatan jiwa dan ahli-ahli antropologi.
4. Pergerakan kesehatan masyarakat secara internasional sesudah Perang Dunia II.

Sebagai sebuah ilmu, pusat perhatian antropologi kesehatan terfokus pada berbagai macam hal. Beberapa diantaranya, bagaimana manusia dari bermacam-macam masyarakat memberikan tanggapannya terhadap keadaan sakit, atau bagaimana faktor sosial dan budaya mempengaruhi insidensi penyakit. Antropologi kesehatan pun berfokus pada peranan adaptasi penyakit pada evolusi biologi dan kebudayaan manusia. Karena menaruh perhatian pada kesehatan dan penyakit sebagai kategori kebudayaan dan social serta membantu masalah kesehatan, antropologi kesehatan sering disamakan dengan sosiologi kesehatan. Namun Foster dan Anderson (2009) menjabarkan perbedaan antara kedua bidang ilmu tersebut, yakni:

1. Antropologi kesehatan melihat berbagai data dan hubungannya dengan kebudayaan, sedangkan sosiologi kesehatan melihat dunia kesehatan dalam hubungannya dengan sosial.
2. Antropologi kesehatan menaruh perhatian pada penelitian suku bangsa, kepercayaan, praktik nilai yang ada di dalam masyarakat dalam hubungannya dengan sehat dan sakit. Sementara itu, sosiologi kesehatan meneliti perbedaan status, bahasa, tingkat pendidikan, ekonomi dalam hubungannya dengan sehat dan sakit. Misalnya, dalam hubungan dokter dan pasien, sosiologi kesehatan akan fokus pada perbedaan status peranan masing-masing. Berbeda, antropologi kesehatan yang lebih menekankan pada proses komunikasi, persepsi dan perbedaan harapan antara dokter dan pasien, karena perbedaan latar belakang kebudayaan masing-masing.

1. Ekologi dan Epidemiologi

Ruang lingkup antropologi kesehatan meliputi ekologi dan epidemiologi. Dalam dunia masa kini, pendekatan ekologis adalah dasar bagi studi tentang masalah-masalah epidemiologi. Para ahli antropologi kesehatan yang lebih berorientasi pada ekologi,

menaruh perhatian pada hubungan timbal balik antara manusia dan lingkungan alamnya. Hubungan tersebut juga mencakup tingkah laku manusia, penyakit-penyakitnya, dan cara-cara bagaimana tingkah laku dan penyakit-penyakit tersebut mempengaruhi evolusi dan kebudayaannya. Cara-cara individu atau kelompok juga berbeda-beda dalam menentukan derajat kesehatan dan timbulnya penyakit. Hal itu dipengaruhi oleh populasi manusianya.

Kegunaan pandangan ekologi ini ialah untuk mempelajari masalah-masalah kesehatan dalam program-program internasional bagi pembangunan dan modernisasi. Karena tanpa disadari, berbagai program dan kebijakan pembangunan juga turut mempengaruhi kondisi kesehatan manusianya. Kebudayaan memang memegang peranan penting dalam usaha mempelajari aspek kesehatan dari adaptasi kelompok manusia terhadap lingkungannya. Pendekatan ekologi pun memberikan perhatian bersifat komprehensif terhadap hubungan organisme dengan lingkungannya.

Setiap manusia maupun kelompoknya memiliki keharusan untuk mampu menyesuaikan diri dengan kondisi geografis dan iklim tempat tinggal mereka. Mereka pun dituntut untuk terus belajar mengeksploitasi sumber-sumber alam yang tersedia guna memenuhi kebutuhan hidup, termasuk dalam hal penanganan penyakit. Penyesuaian-penyesuaian diri manusia dengan habitatnya inilah yang disebut proses adaptasi. Adaptasi manusia pada umumnya berlangsung dalam dua bentuk, yakni:

- a. Adaptasi fisiologi atau penyesuaian yang dilakukan karena pengaruh lingkungan sekitar, sehingga menyebabkan adanya penyesuaian pada bagian-bagian tubuh untuk mempertahankan hidup dengan baik. Penyesuaian ini ada yang menyebabkan perubahan dalam waktu seketika itu juga, misalnya reaksi tubuh yang cenderung mengeluarkan banyak keringat karena suhu udara yang panas; dan ada perubahan yang terjadi dalam waktu yang lebih lama, misalnya perubahan warna kulit sesudah berjemur atau bekerja di bawah terik matahari dalam waktu lama.
- b. Adaptasi budaya atau penyesuaian seseorang terhadap lingkungan yang mencakup pengetahuan, kepercayaan, kesenian, moral, hukum, adat istiadat serta kebiasaan-kebiasaan yang didapatkan oleh manusia sebagai anggota masyarakat.

Proses adaptasi manusia kemudian menyebabkan bidang kesehatan masyarakat mulai memperhatikan penyebab dari masalah kesehatan. Sejak itu, antropologi kesehatan dengan pendekatan ekologi mulai turut memusatkan perhatian pada akibat dari tindakan manusia. Sebab, setiap tindakan manusia dipastikan dapat mengubah hubungan mereka dengan lingkungannya, dan dapat menimbulkan bermacam

konsekuensi kesehatan. Penyakit misalnya, merupakan bagian dari lingkungan manusia yang mencakup patologi sekaligus bersifat biologis. Kenyataannya, faktor sosial psikologis dan faktor budaya sering ikut berperan melahirkan sebuah penyakit.

Terkait epidemiologi, para ahli antropologi kesehatan melakukan pencarian atas penyebaran penyakit pada manusia dan faktor yang dapat mempengaruhinya. Mulai dari yang dipengaruhi oleh lingkungan alam, ataupun lingkungan ciptaan manusia sendiri. Sebagai sebuah pendekatan keilmuan, epidemiologi merupakan salah satu metode penelitian kuantitatif. Salah satu cirinya adalah direncanakan dan dilaksanakan oleh manusia karena mempunyai sifat ingin tahu. Variabel yang paling umum digunakan para ahli epidemiologi dalam studi mereka ialah perbedaan umur, jenis kelamin, pekerjaan, serta status perkawinan. Ada pula variabel hubungan suku bangsa dan kelas sosial, tingkah laku individu, dan kondisi lingkungan alami yang juga sering dipakai.

Epidemiologi berorientasi pada usaha mencapai suatu tujuan utama, yakni meningkatkan derajat kesehatan dan mengurangi timbulnya segala macam ancaman kesehatan. Jangkauan epidemiologi pun semakin luas dan menyebar dengan disertai perkembangan yang semakin modern. Banyak tahapan-tahapan yang harus disesuaikan, terutama oleh masyarakat yang menjadi objek kajian dari penelitian epidemiologi. Sementara itu, penyakit dan kesehatan berkembang seiring dengan ilmu yang mempelajarinya juga. Epidemiologi bukan mempelajari individu, melainkan kelompok dengan membandingkan antara satu kelompok dengan kelompok yang lain. Kajian yang digunakan epidemiologi serupa dengan ilmu antropologi, yakni berupa kelompok-kelompok manusia, tetapi lebih secara kualitatif.

Dalam perkembangannya, epidemiologi berjalan bertahap hingga tahap modern dan turut mempengaruhi kebiasaan masyarakat yang juga ikut berubah. Terkait dengan berbagai perubahan dunia kesehatan, masyarakat menanggapinya dengan sikap berbeda-beda. Ada masyarakat yang menerima, dan ada pula yang tetap bersikukuh mempertahankan tradisinya. Bahkan ada yang sampai menolak untuk diberikan pelayanan kesehatan walaupun hal itu penting sekali untuk mereka. Pada hal seperti inilah peran antropologi terlihat jelas untuk mendekati masyarakat yang sulit menerima perubahan. Antropologi seperti perantara antara epidemiologi dan masyarakat. Mahoney pun menyimpulkan, terdapat beberapa peranan atau sumbangsih para ahli antropologi untuk bidang kesehatan masyarakat, yaitu:

- a. Meneliti konsep sehat dan sakit pada masyarakat.

- b. Memberikan saran-saran pendekatan kepada masyarakat.
- c. Membantu petugas kesehatan untuk memahami bahwa sikapnya sangat mempengaruhi keberhasilan upayanya di dalam meningkatkan kesehatan masyarakat.
- d. Meningkatkan pengetahuan masyarakat mengenai program kesehatan masyarakat.
- e. Memberikan informasi kepada petugas kesehatan mengenai pengetahuan masyarakat tentang penyakit dan cara penyembuhannya (Muslimin, 2005).

2. Sistem Kesehatan Sosial dan Paleopatologi

Aspek kesehatan dari sistem sosial juga termasuk dalam ruang lingkup antropologi kesehatan. Dalam hal ini terdapat kepercayaan tentang sakit yang dianggap sebagai hukuman terhadap perbuatan penderitanya ataupun orang sekitarnya yang telah berbuat salah. Kepercayaan ini pun menyebar dalam kehidupan masyarakat. Terkait hal ini, Paul menyatakan keberadaan konsep tradisional mengenai penyebab penyakit dan pengobatannya bertujuan untuk memberikan sanksi dan mendukung sistem sosial. Sementara Polgar menyatakan bahwa banyak masyarakat non-barat yang menganggap sakit sebagai sanksi sosial yang terbesar, baik bagi pelaku maupun orang lain yang memiliki hubungan erat dengan pelaku (Muslimin, 2005).

Dalam hal ini, beberapa masyarakat di Jawa pun memiliki pandangan atau anggapan yang sama. Misalnya, adanya anggapan seorang suami tidak boleh menganiaya binatang pada waktu istrinya sedang hamil. Jika hal itu dilanggar, maka anak yang dilahirkan akan cacat sebagai akibat dari perbuatan sang ayah. Tak hanya sebagai sanksi, ada pula kehidupan bermasyarakat yang menganggap sakit sebagai alat kontrol sosial dari sistem nilai budaya bagi para penganutnya.

Lingkup bagian antropologi kesehatan lainnya ialah paleopatologi atau ilmu pengetahuan mengenai penyakit-penyakit manusia purba (nenek moyang). Dalam paleopatologi, cara adaptasi manusia purba terhadap lingkungan juga menjadi perhatian. Berbagai pengetahuan tersebut pada akhirnya banyak membantu kita untuk memahami proses evolusi manusia. Penyakit pun dinilai turut mempengaruhi evolusi manusia dan evolusi kebudayaan. Hal itu berguna untuk memandu kita mengetahui cara-cara bagaimana generasi manusia berikutnya beradaptasi secara biologis, maupun secara budaya terhadap ancaman kesehatan yang mereka hadapi.

C. PERAN BUDAYA DALAM DUNIA KESEHATAN

Kebudayaan sangat erat hubungannya dengan masyarakat. Setiap masyarakat dipastikan membuat kebudayaannya masing-masing yang akan mempengaruhi tingkat pengetahuan mereka. Kebudayaan pun meliputi sistem ide atau gagasan yang terdapat dalam pikiran masyarakatnya. Karena itu terkadang dalam kehidupan sehari-hari, kebudayaan dapat bersifat abstrak. Perwujudan kebudayaan pun bisa berupa benda-benda ciptaan manusia sebagai makhluk yang berbudaya. Dalam hal ini, kebudayaan dibuat untuk membantu manusia dalam melangsungkan kehidupan bermasyarakat. Bisa berupa perilaku ataupun benda-benda bersifat nyata, seperti pola-pola perilaku, bahasa, peralatan hidup, organisasi sosial, religi, seni, dan lain-lain.

Mengacu pada esensi budaya, nilai budaya sehat merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari kehidupan manusia. Nilai budaya sehat bahkan menjadi bagian budaya yang dapat ditemukan universal. Artinya, budaya tentang kesehatan selalu ada pada setiap kebudayaan di seluruh dunia. Keberadaan budaya sehat oleh masyarakat juga dapat dipandang sebagai upaya mewujudkan hidup sehat dan sebagai upaya untuk mempertahankan hidup mereka. Dari budaya pula, hidup sehat dapat ditelusuri. Bisa melalui komponen pemahaman masyarakat tentang sehat, sakit, derita akibat penyakit, cacat dan kematian, maupun nilai-nilai yang dilaksanakan dan diyakini di masyarakat. Hal ini termasuk pula teknologi yang berkembang di tengah masyarakat.

Hubungan pemahaman terhadap keadaan sehat, keadaan sakit, penyakit, kebudayaan, dan teknologi dalam masyarakat telah sedikit dibahas pada BAB I. Masyarakat melakukan berbagai eksperimen sesuai kebudayaan mereka guna memperoleh pengalaman dan pengetahuan terkait kesehatan. Manusia terbukti akan selalu berkembang seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang mereka hasilkan. Budaya manusia pun juga akan ikut berkembang dan berubah dari waktu ke waktu, termasuk budaya kesehatan masyarakat. Dengan pesatnya kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi yang semakin canggih, budaya kesehatan masyarakat di masa lalu jelas berbeda jika dibandingkan dengan kebudayaan kesehatan di masa sekarang dan mendatang.

Salah satu contoh budaya kesehatan yang berubah dari waktu ke waktu adalah tentang cara menjaga kesehatan personal, seperti mandi, keramas, atau sikat gigi. Pada zaman dahulu, manusia di berbagai daerah di belahan bumi memiliki cara-cara berbeda dalam membersihkan tubuh. Penggunaan bahan yang lazim pada masa itu diantaranya adalah minyak, abu, atau batu apung, sesuai dengan kebudayaan mereka. Bahan-bahan itu dipilih

sebelum ditemukannya formula untuk membuat sabun seperti yang kita tahu saat ini, oleh kimiawan Persia Al-Razi sekitar abad ke-7 Masehi.

Masyarakat Mesir Kuno bahkan terkenal melakukan ritual mandi dengan menggunakan kombinasi minyak hewani dan nabati yang ditambah garam alkali. Ramuan tersebut dipercaya mampu membersihkan kotoran pada kulit, sekaligus sebagai obat untuk menyembuhkan penyakit kulit. Di Indonesia, sejarah mencatat orang Sunda Kuno biasa menggunakan tanaman liar wangi sebagai 'sabun' mandi mereka.

Persepsi berbeda dilakoni orang Yunani Kuno yang menganggap aktivitas mandi untuk alasan kecantikan. Saat melakukannya pun tidak perlu menggunakan ramuan khusus. Orang Yunani kuno membersihkan tubuh dengan menggunakan balok lilin, pasir, batu apung atau abu. Ketika peradaban Romawi mulai maju, budaya membersihkan tubuh mulai disadari manfaatnya, sehingga masyarakatnya menjadi sering mandi. Masyarakat Romawi kala itu bahkan membudayakan mandi menjadi sebuah aktivitas rutin yang harus dilakukan di tempat tertentu.

Mulai saat itu dibangunlah pemandian bangsa Romawi yang menjadi pemandian pertama di dunia dan sangat terkenal. Pemandian yang dibangun tahun 312 sebelum Masehi itu bahkan sejak awal telah didesain memiliki saluran air guna membasuh tubuh. Sejak saat itu mandi menjadi hal yang mewah dan populer. Baru pada abad ke-2 Masehi, dokter Yunani bernama Galen menganjurkan penggunaan sabun dengan ramuan khusus untuk pengobatan dan pembersih. Akhirnya, budaya mandi dengan menggunakan sabun terus berkembang serta menjadi sebuah kegiatan rutin hingga saat ini.

Bukan hanya cara mandi yang berbeda dari masa dahulu dan sekarang, budaya gosok gigi pun mengalami hal sama. Temuan sejarah mengungkapkan sikat gigi menjadi salah satu alat hasil kebudayaan paling tua dan masih digunakan oleh manusia sampai sekarang. Bangsa Babilonia dan Mesir telah memanfaatkan stik kunyah dari kayu tanaman *Salvadora persica* atau lebih dikenal dengan nama siwak sejak 3.500 sebelum Masehi. Siwak digunakan sebagai sikat gigi sekaligus pasta gigi dengan cara dikunyah pada salah satu sisi lalu digosokkan pada gigi karena dipercaya memiliki kemampuan antiseptik. Cara ini bahkan dilanjutkan oleh masyarakat Jazirah Arab dan menyebarkannya saat ilmu pengetahuan kesehatan berkembang pesat di masa keemasan Islam.

Orang-orang Roma dulunya menggunakan pecahan kaca halus sebagai bagian dari pembersih mulut mereka. Sementara itu, masyarakat Indonesia zaman dulu menggunakan halusan genting dan bata sebagai 'pasta gigi'. Namun kini manusia di dunia beralih menggunakan krim pasta gigi untuk menggosok gigi. Begitu juga dengan shampo yang kini

bahkan telah dibuat berkhasiat sesuai dengan kebutuhan kesehatan kulit kepala dan rambut. Padahal di masa lalu, masyarakat Indonesia menggunakan merang atau jerami padi untuk membersihkan rambut mereka.

Seiring zaman, proses perubahan yang terjadi tidak hanya menyangkut budaya kesehatan individu atau personal. Kini, budaya kesehatan masyarakat juga telah mengalami banyak perubahan jika dibandingkan dengan masa lalu. Dulu, masyarakat memandang kesehatan lebih ke arah paradigma sakit atau sembuh dari sakit. Namun seiring dengan perkembangan zaman, masyarakat cenderung berparadigma sehat dalam memaknai kesehatan. Penilaian individu terhadap status kesehatan pun menjadi salah satu faktor penentu perilakunya, yaitu perilaku sakit jika mereka merasa sakit dan perilaku sehat jika mereka menganggap diri mereka sehat.

D. ETNOMEDISIN

Etnomedisin merupakan bagian dari antropologi kesehatan. Menurut Hughes (Foster dan Anderson, 2009), etnomedisin adalah kepercayaan dan praktik-praktik yang berkenaan dengan penyakit. Etnomedisin merupakan hasil dari perkembangan kebudayaan asli, eksplisit, dan tidak berasal dari kerangka konseptual kedokteran modern. Etnomedisin pun menjadi daftar awal dari fokus perhatian para ahli antropologi mengenai sistem medis non-barat, mencakup kesehatan, magis dan religi. Etnomedisin mendeskripsikan sebuah sistem medis yang berbeda dengan sistem medis barat. Sistem medis modern mengklasifikasikan penyakit-penyakit ke dalam pengertian taksonomi tunggal dari kategori-kategori yang sifatnya universal. Sebaliknya, klasifikasi penyakit pada sistem kesehatan tradisional lebih dibatasi pada pengaruh penyakit. Hal ini ditandai dengan variasi-variasi penyakit yang berbeda di setiap kebudayaan.

Etnomedisin dinilai dapat pula menerangkan beberapa istilah seperti pengobatan hasil perkembangan budaya primitif, pengobatan tradisional, ataupun pengobatan non-barat. Menurut Hughes dan Laughim, dalam sistem kesehatan tradisional juga dikenal konsep pencegahan, misalnya dengan cara membersihkan tubuh (mandi), pijat, larangan memakan makanan tertentu, mengkonsumsi ramuan tertentu, ataupun dengan doa.

Pada dasarnya, etnomedisin ialah data mengenai kepercayaan dalam pengobatan yang dilakukan masyarakat non-barat. Masyarakat mengumpulkan data tersebut dengan cara dan tujuan yang sama dengan pengumpulan data mengenai aspek-aspek kebudayaan lainnya. Namun kita tidak dapat pula begitu saja menyimpulkan antropologi kesehatan telah berkembang dari penelitian awal mengenai pengobatan primitif, karena justru sebaliknya.

Ahli antropologi yang kini telah bekerja di bidang-bidang kesehatan, memberikan nama formal 'etnomedisin' bagi studi-studi tradisional mengenai pengobatan non-barat. Setelah antropologi kesehatan berkembang, kepentingan pengetahuan praktis maupun teoretis mengenai sistem pengobatan non-barat semakin tampak. Hal itu kemudian mengangkat etnomedisin sebagai salah satu pokok penting dalam antropologi kesehatan. Etnomedisin di tingkat pengetahuan teoretis menjadikan kepercayaan-kepercayaan medis dan pelaksanaannya sebagai unsur utama dalam tiap kebudayaan. Sementara di tingkat pelaksanaan, etnomedisin memandang pengetahuan mengenai kepercayaan medis pribumi dan pelaksanaannya lebih penting. Dengan semua pengetahuan itu, perencanaan program kesehatan dan pengadaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat tradisional dapat terlaksana.

1. Konsep Medis dalam Etnomedisin

Pada kenyataannya, tidak banyak kerangka kognitif pada masyarakat non-barat untuk menjelaskan tentang penyakit. Guna menjabarkan konsep-konsep kausalitas sistem medis, dibuatlah pembagian dalam dua kelompok besar, yakni sistem medis personalistik dan sistem medis naturalistik (Foster dan Anderson, 2009). Pembagian tersebut juga mampu menjelaskan seluruh tingkah laku manusia yang saling berhubungan. Berikut penjelasan keduanya.

a. Sistem Medis Personalistik

Sistem medis personalistik adalah suatu sistem medis yang menganggap penyakit lebih disebabkan oleh intervensi dari suatu agen aktif. Agen tersebut dapat berupa makhluk supranatural (gaib), makhluk bukan manusia (hantu, roh jahat, atau roh leluhur), maupun manusia (tukang sihir atau tukang tenung). Orang sakit adalah korbannya, sedangkan agresi atau hukuman ditujukan khusus pada korban untuk alasan-alasan khusus pula. Dari catatan historis, sistem personalistik kebanyakan justru diketahui melalui studi antropologi modern.

b. Sistem Medis Naturalistik

Dalam sistem medis naturalistik, penyakit dijelaskan dengan istilah-istilah sistemik, bukan pribadi. Sistem naturalistik mengakui adanya suatu model keseimbangan di atas segalanya. Sehat terjadi karena unsur-unsur tetap dalam tubuh seperti panas, dingin, cairan tubuh, atau *yin* dan *yang*, berada dalam keadaan seimbang. Penilaian keseimbangan unsur-unsur itu didasarkan pada usia dan kondisi individu dalam lingkungan alamiah dan lingkungan sosialnya. Jika keseimbangan tubuh terganggu, maka penyakit akan muncul.

Sistem naturalistik kontemporer hampir serupa satu sama lain dalam arti historis. Bagian terbesar dari penjelasan dan pelaksanaan sistem ini mewakili warisan ‘tradisi besar’ medis dalam peradaban-peradaban tinggi klasik. Peradaban klasik tersebut utamanya Yunani, India, dan China, hingga kemudian disederhanakan dan dibuat umum. Pencatatan historis pun mendeskripsikan sistem naturalistik berasal dari 2.500 tahun yang lalu.

Sistem etiologi (sebab dan asal penyakit) personalistik dan naturalistik terkadang juga saling dikaitkan. Pihak yang menggunakan sebab personalistik untuk menjelaskan tentang terjadinya penyakit, biasanya juga mengakui adanya faktor alam atau unsur kebetulan sebagai penyebabnya. Terkadang, masyarakat yang lebih banyak merasakan terjadinya sebab-sebab naturalistik, juga menyatakan beberapa penyakit merupakan akibat dari sihir atau mantra jahat. Walaupun terjadi banyak tumpang tindih, tetapi masyarakat pada umumnya sudah terikat pada prinsip-prinsip tersebut untuk menerangkan sebagian besar penyakit.

2. Etnomedisin Kuno Terkenal

Etnomedisin kuno dan terkenal dalam sejarah kehidupan manusia lebih banyak lahir dari konsep naturalistik. Bahkan masih ada yang berkembang dan digunakan dalam dunia pengobatan hingga saat ini. Beberapa contohnya adalah sebagai berikut.

a. Patologi Humoral

Sistem naturalistik yang kini terdapat di Amerika Latin ini dilakukan berdasarkan konsep ‘humor’ atau cairan dalam tubuh manusia. Sistem ini berakar pada teori Yunani mengenai empat unsur (tanah, air, udara, dan api), bahkan telah dikenal sejak abad ke-6 sebelum Masehi. Pada masa Hippocrates, seorang tokoh medis yang lahir tahun 460 sebelum Masehi, teori ini mengalami penambahan konsep. Teori ini turut menyertakan konsep paralel mengenai empat kualitas, yakni panas, dingin, kering, dan lembab. Jika keempatnya diintegrasikan dengan teori aslinya, maka konsep cairan tubuh berubah menjadi: darah (panas dan lembab), flegma atau lendir (dingin dan lembab), empedu hitam atau “murung/melankolis” (dingin dan kering), serta empedu kuning atau “bertemperamen buruk” (panas dan kering).

Teori keseimbangan mengenai kesehatan ini telah berkembang di masa Yunani kuno. Hal ini dibuktikan oleh deskripsi Hippocrates tentang penyakit: “Unsur darah, flegma, empedu kuning, dan empedu hitam adalah pembentuk tubuh manusia dan menyebabkan tubuh merasakan sakit atau sehat. Sehat merupakan keadaan saat unsur-unsur substansi tersebut berada dalam proporsi tepat satu dengan lainnya.

Baik kekuatan maupun kuantitas keempatnya bercampur dengan sempurna. Rasa sakit timbul apabila salah satu dari substansi tersebut menunjukkan kekurangan, kelebihan, atau bahkan saling terpisah dalam tubuh (tidak bercampur baik satu sama lain)” (Foster dan Anderson, 2009).

Hippocrates menganggap wajar jika penyakit-penyakit timbul hanya pada waktu-waktu tertentu saja dalam setahun. Menurutnya hal itu dipengaruhi adanya variasi musiman setiap tahunnya. Karena itu pula, dalam pengobatan harus selalu mengingat siklus setiap penyakit. Ia yakin penyakit akan muncul paling menonjol pada musim yang cocok dengan sifat-sifatnya. Upaya pengobatan juga harus ditujukan pada usaha melawan sebab-sebab penyakit. Misalnya penyakit yang disebabkan oleh kelebihan makan, disembuhkan dengan berpuasa atau penyakit karena kekurangan makan, disembuhkan dengan cara memberikan makanan. Penyakit akibat kerja keras disembuhkan dengan istirahat.

Dalam patologi humoral Amerika Latin masa kini pun, penyakit dianggap terjadi karena masuknya panas atau dingin yang berlebihan. Namun sering kali panas dan dingin dipandang secara metaforis. Teori umumnya, pengobatan merupakan campuran dari sejumlah unsur yang ditekankan pada keseimbangan panas dan dingin.

b. Pengobatan Ayurveda

Pengobatan asal India ini memiliki inti penyembuhan hampir sama dengan patologi humoral, yakni keseimbangan. Istilah ayurveda berasal dari bahasa sanskrit, yaitu ‘*ayu*’ yang berarti kehidupan, dan ‘*veda*’ yang berarti pengetahuan. Sehingga ayurveda dapat diartikan ilmu tentang aspek kehidupan. Menurut sejarahnya, ayurveda dipercaya merupakan transformasi ilmu pengobatan yang berasal dari para dewa, hingga pada akhirnya sampai kepada manusia. Ayurveda dikenal juga sebagai ilmu pengobatan dengan menggunakan bahan alami sebagai media pengobatannya. Tidak hanya sebatas tanaman organik, ayurveda juga menggunakan sumber pengobatan dari mineral seperti sulfur hingga metal berat seperti merkuri.

Pada pengobatan ayurveda, banyak makanan yang dianggap mempunyai kualitas memanaskan atau mendinginkan. Dengan begitu kombinasi yang tepat dari bermacam makanan dan ramuan dapat memulihkan keseimbangan tubuh yang terganggu. Ayurveda merupakan suatu sistem pengobatan pribumi dan pertama kali muncul dalam tulisan-tulisan kitab Veda pada tahap awal abad pertama sebelum Masehi. Menurut teori Ayurveda, alam semesta terdiri dari empat unsur seperti

anggapan orang Yunani (bumi, air, api, udara). Namun Ayurveda melengkapinya menjadi lima dengan unsur 'eter' atau unsur sangat halus yang memenuhi lapisan teratas ruang angkasa. Pengaturan dari kelima unsur tersebut dalam tubuh merupakan suatu mikrokosmos dari alam semesta. Masing-masing unsur diyakini memiliki lima bentuk 'material'.

Ayurveda juga menganggap tubuh manusia memiliki tiga cairan atau *dosha* (teori *tridosha*), yakni flegma atau cairan lendir, empedu atau cairan pada empedu, serta angin atau gas dalam saluran pencernaan. Keadaan sehat terjadi apabila ketiga *dosha* berada dalam keadaan seimbang, sedangkan keadaan sakit terjadi apabila satu atau lebih *dosha* tidak berfungsi sebagaimana mestinya. Pengobatan Ayurveda merupakan pengobatan holistik karena juga mencakup pengobatan jiwa atau kehidupan emosional dan spiritual dari pasiennya. Ayurveda kuno memiliki delapan cabang pengobatan, yaitu *internal medicine*, telinga hidung tenggorokan (THT), toksikologi, pediatri, operasi, psikiatri, *aphrodisiacs*, dan *rejuvenation*. Cabang-cabang tersebut kemudian berkembang menjadi berbagai spesialisasi di kedokteran modern.

Berbeda dengan patologi humoral yang hanya merupakan pengobatan rakyat dan suatu pengetahuan kuno, keberadaan pengobatan ayurveda mendapat dukungan besar dari pemerintah India. Pusat-pusat pengobatan dan apotek ayurveda dibangun di negara tersebut. Jumlah rumah sakit yang mempraktekkan pengobatan ini juga cukup banyak. Semua itu membuktikan pengobatan ayurveda memainkan peranan penting dalam perawatan kesehatan di negeri Hindustan ini.

c. Pengobatan Tradisional China

Pengobatan tradisional China digolongkan dalam kedokteran timur. Pengobatan ini mewakili kasus-kasus khusus tentang konsep sentral dalam kosmologi China, yakni pasangan kekuatan *yin* dan *yang*. Interaksi kedua kekuatan tersebut dipercaya selalu berada di balik seluruh gejala alam, termasuk pembentukan dan berfungsinya tubuh manusia. Keseimbangan antara *yin* dan *yang* dalam tubuh adalah hal penting bagi kesehatan. Prinsip harmoni ini memandang penyakit disebabkan oleh kerusakan akibat unsur luar atau dalam, termasuk sebab-sebab dari fisik atau mental. Karena *yin* dan *yang* dianggap sebagai unsur-unsur primordial, tempat alam semesta berputar, maka keduanya dinilai memiliki sejumlah kualitas.

Unsur *yang* mewakili langit, matahari, api, panas, kering, cahaya, prinsip kelaki-lakian, bagian luar, sebelah kanan, hidup, tinggi, keagungan, baik, indah,

kebajikan, aturan kebahagiaan, serta kekayaan. Dengan kata lain, *yang* mewakili segala unsur positif. Sementara unsur *yin* mewakili sebaliknya atau segala unsur negatif, seperti bumi, bulan, air, dingin, kelembaban kegelapan, prinsip kewanitaan, bagian dalam, sebelah kiri, kematian, rendah, jahat, buruk, kekacauan, kemiskinan. Sistem pengobatan China menganggap penyakit *yang* terjadi karena kekuatan-kekuatan luar (eksternal), sedangkan penyakit akibat dari kekuatan-kekuatan dalam (internal) adalah penyakit *yin*. Meski demikian, *yin* dan *yang* selalu dipandang sebagai suatu kesatuan, sehingga dalam situasi apa pun harus selalu menggabungkan unsur positif dan negatif.

Para ahli filsafat China, termasuk para tabib juga mengakui adanya lima unsur alam, yakni air, api, logam, kayu, dan bumi. Kelimanya juga berada dalam tubuh manusia dan saling berhubungan erat dengan proses fisiologis dan organ-organ dalam. Konsep hubungan antara tubuh manusia, kesehatan, dan alam semesta itu juga ditemukan dalam keselarasan hidup lainnya. Misalnya, jumlah hari dalam setahun dengan 365 jenis obat dalam buku-buku pengobatan masa lalu, atau 365 titik pada permukaan tubuh yang dikenal sebagai titik akupunktur. Praktik pengobatan China termasuk pengobatan herbal, akupunktur, dan pijat *Tui Na*.

Sebagian besar filosofi pengobatan tradisional China berasal dari filsafat Taois. pengobatan ini sekaligus mencerminkan kepercayaan purba China yang menyatakan, pengalaman pribadi seseorang mampu membuatnya melihat prinsip kausatif di lingkungan sekitar. Prinsip kausatif ini berhubungan dengan takdir dari surga. Tidak seperti beberapa bentuk pengobatan tradisional yang telah punah, pengobatan tradisional China kini menjadi bagian dari pengobatan modern dan sistem kesehatan nasional di China.

Pengobatan tradisional China sering diterapkan untuk membantu penanganan efek samping proses kemoterapi, membantu perawatan ketergantungan obat terlarang, dan merawat berbagai kondisi kronis yang oleh pengobatan Barat dianggap mustahil disembuhkan. Pengobatan ini tidak hanya berkembang di daratan China, tapi juga banyak diaplikasikan di Jepang, Korea Selatan, dan di Indonesia. Bahkan dalam beberapa dekade belakangan ini, banyak ahli kedokteran Barat yang juga meneliti kebenaran pengobatan tradisional China.

E. IMPLIKASI ANTROPOLOGI DALAM PRAKTIK KEPERAWATAN

Kajian ilmu Antropologi secara praktis dapat digunakan membangun masyarakat dan kebudayaannya. Pembangunan tersebut dilakukan tanpa harus membuat masyarakat dan kebudayaan bersangkutan kehilangan identitas atau tersingkir dari peradaban. Dari hal ini jelas bahwa penerapan pendekatan antropologi yang berorientasi pada keanekaragaman budaya merupakan prospek sosial budaya dalam pelayanan kesehatan, khususnya keperawatan. Prospek tersebut meliputi hubungan antarbudaya maupun lintas budaya terhadap asuhan keperawatan dengan tidak mempermasalahkan perbedaan budaya. Asuhan keperawatan yang berorientasi pada kebudayaan itu juga harus dilaksanakan sesuai hati nurani dan standar penerapan tanpa membedakan suku, ras, budaya, dan lain-lain.

Pada abad ke-21 ini, tuntutan kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan berkualitas akan semakin besar. Ini juga berlaku terhadap kualitas asuhan keperawatan. Adanya globalisasi juga berdampak pada pergeseran terhadap tuntutan asuhan keperawatan. Penyebabnya ialah mobilitas masyarakat dunia semakin tinggi sehingga semakin sering terjadi perpindahan penduduk antarnegara (imigrasi). Sebagai sebuah profesi, keperawatan memiliki landasan *body of knowledge*. Landasan ini bersifat kuat, dapat dikembangkan, serta dapat diaplikasikan dalam praktik keperawatan.

Keperawatan berarti memberikan bantuan pada individu, keluarga dan masyarakat dalam memenuhi kegiatan dasar sehari-hari, adaptasi terhadap keadaan sehat atau sakit, serta mencapai derajat kesehatan optimal. Kegiatan keperawatan ditujukan pada pencapaian kemampuan individu untuk merawat dirinya. Konsep sehat digunakan sebagai landasan untuk mencapai sasaran keperawatan. Pendekatan pelayanan kesehatan utama (*primary health care*) memungkinkan masyarakat dapat menjangkau asuhan keperawatan esensial. Oleh karena itu, perawat diharuskan berpartisipasi aktif dalam mengembangkan sistem pelayanan kesehatan utama. Sistem tersebut juga perlu dikembangkan sesuai kebutuhan masyarakat, dan implementasinya dapat memanfaatkan profesi perawat secara efektif.

Pelayanan kesehatan merupakan upaya untuk mencapai derajat kesehatan semaksimal mungkin sesuai potensi guna menjalankan kegiatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif kesehatan. Proses keperawatan sebagai metode ilmiah keperawatan menjadi bagian dalam upaya pelayanan kesehatan tersebut. Pelayanan asuhan keperawatan oleh tenaga keperawatan, bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya biasanya diberikan karena beberapa hal. Misalnya, adanya kelemahan fisik, keterbatasan pengetahuan kesehatan, dan kurangnya kemauan klien menuju pada kemampuan hidup mandiri. Kegiatan-kegiatan

keperawatan harus pula dilakukan sesuai dengan wewenang, tanggung jawab serta etika profesi keperawatan.

Pada pelaksanaan praktik keperawatan, perencanaan harus disusun berdasarkan sintesis dari berbagai pengetahuan tentang fisiologi, psikologi, sosial budaya, perkembangan, dan spiritual. Berbagai macam pengetahuan penunjang lainnya juga perlu diikutsertakan, diantaranya terkait biologi, patofisiologi penyakit, mikrobiologi, farmakologi, kebutuhan manusia, motivasi, dan komunikasi. Ada pula teori belajar-mengajar, pendekatan sistem pemecahan masalah, manajemen dan kepemimpinan, hubungan interpersonal dalam berhubungan dengan pasien, keluarga dan masyarakat, serta semua anggota tim kesehatan. Dengan demikian perawat merupakan profesi dengan ciri-ciri yang utuh untuk kesejahteraan umat manusia. Keperawatan dikatakan pula menggunakan ilmu dan kiat. Keperawatan menggunakan pendekatan proses keperawatan sebagai metode ilmiah yang dijadikan dasar pelaksanaan praktik keperawatan profesional, baik di tingkat individu, keluarga, kelompok, maupun masyarakat.

Seorang perencana kesehatan biasanya dapat melihat secara jelas adat istiadat dan kebiasaan-kebiasaan suatu masyarakat melalui teknik-teknik dan metode dalam ilmu antropologi. Misalnya saja teknik observasi, wawancara mendalam, informasi tokoh masyarakat, studi etnografi dan sebagainya. Karena itu, para ahli perencanaan kesehatan mampu mengembangkan strategi yang sesuai dengan kondisi masyarakat sasaran. Teknik-teknik yang digunakan dalam antropologi memiliki peran membantu seorang perencana kesehatan untuk menjadi lebih sensitif terhadap budaya orang lain. Upaya promosi atau komunikasi kesehatan harus dengan cermat melihat perbedaan budaya dari kelompok sasaran. Hal itu dapat menentukan upaya komunikasi dalam strategi intervensi.

Penggunaan teknik-teknik antropologi oleh perencana kesehatan juga dapat memberikan wawasan bahwa suatu masyarakat dan kebudayaan selalu berubah setiap saat. Sehingga suatu intervensi harus disesuaikan dengan dinamika masyarakat. Begitu pula dengan studi etnografi, termasuk teknik observasi, wawancara mendalam serta teknik “partisipasi observasi”. Semua itu dapat memberikan informasi berharga tentang persepsi budaya, adat istiadat kebiasaan kepercayaan, serta apa saja yang terkandung di dalamnya. Studi semacam ini baru bisa dilakukan dalam kurun waktu cukup lama dan melelahkan untuk memperoleh informasi mendalam dan akurat. Selain itu, studi ini juga dapat memberikan informasi akurat tentang segmen-segmen untuk tujuan pemasaran.

Selain itu, perolehan informasi melalui studi etnografi dapat dijadikan dasar untuk desain survei dan riset-riset pengembangan. Para perencana kesehatan (petugas medis) juga dapat beragam memanfaatkan informasi penting yang dikumpulkan ahli antropologi, seperti:

1. Struktur ekonomi rumah tangga.
2. Hubungan pria dan wanita.
3. Dominasi dalam proses pengambilan keputusan.
4. Kepercayaan mengenai kesehatan dan penyakit.
5. Perilaku kesehatan masyarakat.
6. Model perkembangan keluarga.
7. Interaksi dalam masyarakat.
8. Perkembangan masyarakat.
9. Lembaga dan struktur sosial masyarakat.
10. Pembagian tugas masyarakat.

Dalam perkembangannya, teori keperawatan terbagi menjadi empat level yaitu *metha theory*, *grand theory*, *midle range theory* dan *practice theory*. Keempat teori tersebut disusun dari yang paling abstrak sampai paling konkret. *Metha theory* ialah teori keperawatan itu sendiri. Teori ini terbatas, abstrak, dan sangat sulit diaplikasikan dalam praktik. *Metha theory* dalam keperawatan akan tampil sebagai superstruktur dengan aplikasi praktik ganda, kesempatan tambahan bagi ketiga teori lainnya, serta model-model untuk mengeksplorasi bagaimana keperawatan merekonstruksi dan direkonstruksi.

Grand theory merupakan satu atau beberapa konsep spesifik yang didapatkan dari model konseptual, preposisi konsep secara nyata, dan hubungan spesial antara dua konsep atau lebih. *Grand theory* merupakan teori dengan cakupan luas dan kompleks, terdiri dari kerangka kerja konseptual global yang mendefinisikan perspektif praktik keperawatan. Teori ini juga melibatkan perbedaan cara dalam melihat fenomena keperawatan. Tujuan *grand theory* adalah mengatur beberapa informasi dan mengidentifikasi konsep penting serta menghubungkannya dengan praktik keperawatan. Manfaat teori ini adalah sebagai alternatif panduan untuk praktik selain tradisi/intuisi, sekaligus sebagai kerangka kerja bagi pendidikan profesional keperawatan. Teori ini pun digunakan sebagai pembeda keperawatan dari profesi lain dan menyediakan legitimasi untuk ilmu pengetahuan keperawatan. Namun, teori ini masih bersifat abstrak sehingga belum bisa langsung diuji secara empiris.

Dari tingkatan abstrak, *midle range theory* cukup spesifik. Teori ini dinilai penting dalam disiplin praktik keperawatan karena mampu memberikan manfaat bagi perawat, mudah diaplikasikan dalam praktik, dan cukup abstrak secara ilmiah. *Middle range theory* terdiri

dari konsep dan proposisi yang spesifik dan nyata merepresentasikan bidang keperawatan. *Middle range theory* dapat membantu praktik dengan memfasilitasi pemahaman terhadap perilaku klien dan memungkinkan menjadi dasar untuk menjelaskan beberapa efektivitas dari intervensi petugas kesehatan.

Salah satu teori yang diungkapkan pada *middle range theory* adalah *Transcultural Nursing Theory* (teori keperawatan transkultural). Teori ini berasal dari disiplin ilmu antropologi dan dikembangkan dalam konteks keperawatan. Teori ini menjabarkan konsep keperawatan yang didasari pada pemahaman tentang adanya perbedaan nilai-nilai kultural yang melekat dalam masyarakat. Teori ini beranggapan keanekaragaman budaya dan nilai-nilai sangatlah penting diperhatikan dalam penerapan asuhan keperawatan. Bila hal tersebut diabaikan oleh perawat, akan mengakibatkan terjadinya *cultural shock*.

Klien bisa mengalami *cultural shock* jika berada pada suatu kondisi di mana perawat tidak mampu beradaptasi dengan perbedaan nilai budaya dan kepercayaan klien. Hal ini dapat menyebabkan munculnya rasa ketidaknyamanan, ketidakberdayaan, dan beberapa klien bahkan bisa mengalami disorientasi. Kebutaan budaya oleh perawat dapat berakibat pada penurunan kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan. Pada akhirnya dapat mempengaruhi tingkat kesembuhan atau kesehatan klien.

Teori terakhir yakni *practice theory* menjadi teori yang paling spesifik dan jelas cakupannya dibandingkan tiga teori sebelumnya. *Practice theory* mampu menentukan tindakan atau intervensi keperawatan yang cocok untuk mencapai tujuan tertentu. Teori ini juga fokus pada fenomena keperawatan spesifik dengan memberikan arahan langsung pada praktik keperawatan. *Practice theory* merupakan hasil pengembangan *middle range theory* yang menyediakan kerangka kerja intervensi keperawatan guna memprediksi efek dari praktik keperawatan itu sendiri. Pengalaman praktik klinis perawat dapat menjadi sumber utama untuk pengembangan *practice theory* keperawatan. Teori ini juga menggambarkan dan menjelaskan kedalaman dan kompleksitas teori keperawatan melalui apresiasi mendalam terhadap fenomena keperawatan dan hubungan antara aspek pada situasi keperawatan.

F. IMPLIKASI TRANSKULTURAL DALAM PRAKTIK KEPERAWATAN

Peningkatan jumlah penduduk dunia, terutama di kota besar terjadi akibat cepatnya perpindahan penduduk setiap tahunnya. Hal ini menyebabkan pula munculnya variasi kultur (budaya) atau multikultural pada suatu daerah atau wilayah tertentu. Misalnya di Indonesia, mobilitas penduduk tergolong tinggi, sehingga cukup banyak perpindahan penduduk antarwilayah, provinsi, bahkan ke luar negeri dengan alasan pendidikan ataupun pekerjaan.

Sebagai pendatang di tempat yang baru, penduduk yang berpindah tersebut tentu bisa mengalami masalah kesehatan di tempat tinggal barunya. Karenanya, menjadi penting bagi setiap tenaga kesehatan, termasuk perawat untuk mengetahui bagaimana merawat pasien dengan berbagai latar belakang budaya. Penanganan pasien dengan perbedaan latar belakang budaya dalam keperawatan itu dikenal dengan sebutan *transcultural nursing* atau keperawatan transkultural.

Keperawatan transkultural merupakan istilah bagi disiplin ilmu formal dan praktik yang berpusat pada nilai, kepercayaan, dan praktik asuhan kultural untuk individu atau kelompok tertentu. Pengembangan keperawatan transkultural perlu dilakukan karena berbagai alasan, seperti munculnya era globalisasi. Menghadapi era globalisasi, persaingan bebas terjadi di berbagai bidang, termasuk kesehatan. Ini pun dialami oleh Indonesia sebagai negara yang mulai ikut membuka perdagangan bebas, baik berupa barang maupun jasa profesional. Tenaga kesehatan seperti perawat pun dituntut berpandangan global karena kesempatan merawat pasien dari berbagai belahan dunia semakin besar.

Bidang keperawatan merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari pelayanan kesehatan. Bidang keperawatan menyambut persaingan bebas dengan meningkatkan profesionalismenya, yakni penerapan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP). Salah satu subsistem dari MPKP adalah penggunaan pendekatan transkultural sebagai salah satu dasar teori dalam pemberian asuhan keperawatan. Teori transkultural dalam praktik keperawatan, awalnya diperkenalkan oleh Madeleine Leininger pada 1974. Teori Leininger tersebut berkeyakinan, bahwa memahami budaya yang dianut pasien merupakan salah satu kunci keberhasilan dalam memberikan asuhan keperawatan.

Asuhan keperawatan merupakan bentuk pelayanan profesional dan bagian integral dari pelayanan kesehatan. Hal ini didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, mencakup bio-psiko-sosio-kultural dan spiritual secara komprehensif, ditujukan bagi seluruh proses kehidupan individu, keluarga, masyarakat, baik sehat maupun sakit. Menurut Leininger, tujuan dasar keperawatan kultural adalah memberikan asuhan bersifat kultur spesifik dan kultur universal, sehingga menghasilkan kesehatan dan kenyamanan individu, keluarga, kelompok, komunitas institusi.

Kultur spesifik adalah budaya dengan nilai-nilai dan norma spesifik yang dimiliki oleh kelompok lain. Kultur universal merupakan nilai-nilai dan norma-norma yang diyakini dan dilakukan hampir semua kultur, seperti budaya minum teh dapat membuat tubuh sehat. Aplikasi teori transkultural dalam keperawatan ialah diharapkannya kesadaran dan apresiasi terhadap perbedaan kultur. Ini berarti perawat profesional wajib memiliki pengetahuan dan

praktik berdasarkan kultur secara konsep perencanaan untuk praktik keperawatan (Pratiwi, 2011).

Konsep keperawatan transkultural Leininger juga menjabarkan, masyarakat dengan perbedaan kultur dapat menjadi sumber informasi dan menjadi dasar penentuan jenis perawatan yang diinginkan dari pemberi pelayanan profesional. Ini karena kultur adalah pola kehidupan masyarakat yang berpengaruh terhadap keputusan dan tindakan. *Culture care* adalah teori holistik yang didalamnya teraplikasi ukuran dari totalitas kehidupan manusia dan berlaku selamanya. *Culture care* juga mencakup struktur sosial, pandangan dunia, nilai kultural, konteks lingkungan, ekspresi bahasa dan etnik, serta sistem profesional. Pemahaman tentang budaya sangat penting sebelum mempelajari keperawatan transkultural. Konsep tentang budaya dan gambaran perilaku cerminan kebudayaan bisa dipelajari melalui ilmu antropologi dan antropologi kesehatan.

Asuhan keperawatan transkultural mencakup rangkaian proses kegiatan pada praktik keperawatan kepada klien sesuai latar belakang budayanya. Asuhan keperawatan ini ditujukan guna memandirikan klien sesuai dengan budayanya. Asuhan keperawatan diberikan sesuai dengan karakteristik ruang lingkup keperawatan dan dikelola secara profesional dalam konteks budaya klien serta kebutuhan asuhan keperawatan. Strategi yang digunakan dalam asuhan keperawatan menurut Leininger adalah:

1. Perlindungan atau mempertahankan budaya

Strategi ini bisa dilakukan bila budaya pasien tidak bertentangan dengan kesehatan. Perencanaan dan implementasi keperawatan diberikan sesuai dengan nilai-nilai relevan klien, sehingga klien dapat meningkatkan atau mempertahankan status kesehatannya. Contohnya, budaya berolahraga setiap pagi, atau anjuran orang tua terhadap perempuan hamil untuk mengkonsumsi makanan tertentu. Misalnya anjuran mengkonsumsi kepala ikan lele agar kepala bayi ideal, minum air kelapa agar kulit bayi putih, dan air rebusan kacang hijau agar rambut bayi tebal. Hal tersebut menurut kesehatan bisa terus dilakukan, tetapi dengan maksud-maksud lain. Ikan lele baik dikonsumsi karena mengandung protein guna memperbaiki pertumbuhan janin. Air kelapa baik bagi ibu hamil karena mengandung elektrolit sehingga memperkuat kontraksi otot. Dalam hal ini, prinsip perawatannya ialah *maintanance care*, perilaku budaya yang tidak membahayakan tentu harus dihargai.

2. Mengakomodasi atau menegosiasi budaya

Ini merupakan strategi dengan mengintervensi dengan implementasi keperawatan untuk membantu pasien beradaptasi terhadap budaya tertentu yang lebih

menguntungkan kesehatannya. Perawat membantu pasien agar dapat memilih dan menentukan budaya lain yang lebih mendukung peningkatan kesehatan. Misalnya, pasien hamil mempunyai pantangan makan yang berbau amis, maka ikan dapat diganti dengan sumber protein hewani lain, seperti daging merah.

3. Merestrukturisasi atau mengganti budaya

Strategi ini dapat dilakukan bila budaya klien merugikan status kesehatannya. Misalnya, perawat berupaya merestrukturisasi gaya hidup pasien dengan kebiasaan merokok menjadi tidak merokok. Namun, seluruh perencanaan dan implementasi keperawatan harus dirancang sesuai latar belakang budaya, sehingga budaya selalu bisa dipandang sebagai rencana hidup lebih baik. Pola rencana hidup yang dipilih biasanya yang lebih menguntungkan dan sesuai dengan keyakinan klien. Contoh lainnya, perawat membuat daftar makanan pantangan bagi perempuan hamil karena bisa membahayakan kondisi janin. Perawat perlu memberikan pengertian jika ada makanan yang tidak boleh dikonsumsi tetapi ternyata sering dikonsumsi karena alasan sudah menjadi budaya si ibu hamil.

1. Keperawatan Transkultural

Keperawatan transkultural berasal dari disiplin ilmu antropologi yang sangat relevan untuk keperawatan. Tak hanya berfokus pada komparatif studi dan analisis perbedaan kultur dan subkultur, keperawatan transkultural juga merupakan area luas dalam ilmu keperawatan. Tujuannya lebih pada kesadaran dan apresiasi terhadap perbedaan budaya di tengah masyarakat. Keperawatan transkultural meliputi pengumpulan informasi tentang budaya spesifik; perolehan pendukung agar dapat diterima secara kultural oleh klien dan konsultan kultural bagi perawat. Selain itu, keperawatan transkultural juga mencakup bekerja dengan penerjemah, mempelajari perilaku, sikap, serta aturan kognitif klien; dan meyakinkan bahwa hanya tes psikometri kultural terbuka yang digunakan. Pada model keperawatan transkultural Leininger, secara spesifik dikenal kerangka kerja keperawatan model *Leininger Sunrise*. Konsep utama model ini dijabarkan Arum Pratiwi (2011) sebagai berikut:

a. *Culture Care*

Nilai-nilai, keyakinan, norma, pandangan hidup yang dipelajari dan diturunkan serta diasumsikan guna membantu mempertahankan kesejahteraan dan kesehatan serta meningkatkan kondisi dan cara hidupnya.

b. *World View*

Cara pandang individu atau kelompok dalam memandang kehidupannya sehingga menimbulkan keyakinan dan nilai.

c. *Culture and Social Structure Dimension*

Pengaruh dari faktor-faktor budaya tertentu (subbudaya) yang mencakup religi, kekeluargaan, politik dan legal, ekonomi, pendidikan, teknologi dan nilai budaya. Semuanya saling berhubungan dan berfungsi untuk mempengaruhi perilaku dalam konteks lingkungan yang berbeda.

d. *Generic Care System*

Budaya tradisional yang diwariskan untuk membantu, mendukung, memperoleh kondisi kesehatan, memperbaiki atau meningkatkan kualitas hidup, menghadapi kecacatan dan kematian.

e. *Professional System*

Pelayanan kesehatan oleh pemberi pelayanan kesehatan yang memiliki pengetahuan dari pembelajaran di institusi pendidikan formal serta melakukan pelayanan kesehatan secara profesional.

f. *Culture Care Preservation*

Upaya mempertahankan dan memfasilitasi tindakan profesional dalam mengambil keputusan guna memelihara dan menjaga nilai-nilai individu atau kelompok. Hal itu dilakukan agar dapat mempertahankan kesejahteraan, sembuh dari sakit, serta mampu menghadapi kecacatan dan kematian.

g. *Culture Care Accommodation*

Teknik negosiasi memfasilitasi kelompok atau orang dengan budaya tertentu untuk beradaptasi dan berunding tentang tindakan dan pengambilan kesehatan.

h. *Cultural Care Repatterning*

Menyusun kembali pola keperawatan untuk memfasilitasi tindakan dan pengambilan keputusan profesional yang dapat membawa perubahan bagi cara hidup seseorang.

i. *Culture Congruent (Nursing Care)*

Suatu kesadaran untuk menyesuaikan nilai-nilai budaya/keyakinan dan cara hidup individu atau golongan dalam upaya memberikan asuhan keperawatan yang bermanfaat.

Keperawatan transkultural juga mengenal proses atau sistematika pemberian asuhan keperawatan berdasar latar belakang budaya pasien. Proses keperawatan transkultural terdiri dari tahap pengkajian keperawatan transkultural, diagnosis keperawatan

transkultural, serta rencana tindakan keperawatan transkultural, serta tindakan sekaligus evaluasi keperawatan transkultural. Pengkajian keperawatan transkultural sangat penting dilakukan. Pada tahap ini, perawat transkultural menggunakan banyak cara dalam memahami pasien guna mencoba menyesuaikan pengalaman, interpretasi, dan harapan yang berbeda dalam budaya. Dalam proses pengkajian, hubungan antara perawat dan pasien juga perlu diperhatikan dan didasarkan pada beberapa faktor penting yang mempengaruhi hubungan tersebut. Pengkajian keperawatan transkultural sebaiknya didasarkan pada tujuh komponen. Menurut teori keperawatan transkultural Leininger (dalam Pratiwi, 2011), komponen-komponen tersebut adalah sebagai berikut.

a. Faktor teknologi (*technological factors*)

Teknologi kesehatan adalah sarana guna memungkinkan manusia memilih atau mendapat penawaran menyelesaikan masalah dalam pelayanan kesehatan. Berkaitan dengan pemanfaatan teknologi kesehatan, perawat perlu mengkaji persepsi klien tentang penggunaan maupun pemanfaatan teknologi untuk mengatasi permasalahan kesehatan. Perawat juga perlu tahu alasan klien mencari bantuan kesehatan, alasan mau atau tidak mau dioperasi, pemahaman soal tes laboratorium darah, serta kebiasaan berobat klien.

b. Faktor Agama dan Falsafah Hidup (*religious and philosophical factors*)

Agama adalah suatu sistem simbol pandangan dan motivasi teramat realistis bagi para pemeluknya. Sifat realistis merupakan ciri khusus agama. Agama menyediakan motivasi sangat kuat untuk menempatkan kebenaran di atas segalanya, bahkan di atas kehidupan sendiri. Faktor agama yang perlu dikaji perawat seperti agama yang dianut, kebiasaan agama yang berdampak positif terhadap kesehatan, ikhtiar pasien untuk sembuh, serta konsep diri pasien.

c. Faktor sosial dan keterikatan kekeluargaan (*kinship and social factors*)

Pada faktor ini yang perlu dikaji oleh perawat ialah nama lengkap dan nama panggilan di dalam keluarga, umur atau tempat dan tanggal lahir, jenis kelamin, status perkawinan, tipe keluarga, pengambilan keputusan dalam anggota keluarga, kebiasaan atau kegiatan rutin keluarga.

d. Faktor nilai-nilai budaya dan gaya hidup (*cultural values and lifeways*)

Nilai adalah konsepsi-konsepsi abstrak dalam diri manusia, mengenai apa yang dianggap baik dan buruk. Nilai-nilai budaya adalah sesuatu mengenai baik dan buruk yang dirumuskan dan ditetapkan oleh penganut budaya. Norma adalah aturan sosial atau patokan perilaku yang dianggap pantas. Norma-norma budaya adalah

suatu kaidah dengan sifat penerapan terbatas pada penganut budaya terkait. Hal-hal yang perlu dikaji berkaitan dengan nilai-nilai budaya dan gaya hidup adalah posisi dan jabatan klien, misalnya ketua adat atau direktur, bahasa yang digunakan, bahasa nonverbal yang ditunjukkan klien, kebiasaan membersihkan diri, kebiasaan makan, sarana hiburan yang biasa dimanfaatkan.

e. Faktor kebijakan dan peraturan (*political and legal factors*)

Kebijakan dan peraturan adalah segala sesuatu yang mempengaruhi kegiatan individu/kelompok dalam asuhan keperawatan transkultural. Misalnya peraturan dan kebijakan yang diterapkan rumah sakit, mulai dari jam berkunjung, baju pasien, jumlah anggota keluarga yang boleh menunggu, hak dan kewajiban pasien ataupun keluarga pasien.

f. Faktor ekonomi (*economical factors*)

Faktor ini berkaitan dengan sumber-sumber material yang dimiliki dan dimanfaatkan pasien atau keluarganya untuk membiayai proses penyembuhan. Sumber ekonomi umum antara lain asuransi, biaya kantor, tabungan dan patungan antar anggota keluarga. Faktor ekonomi yang perlu dikaji oleh perawat seperti pekerjaan klien, sumber biaya pengobatan, kebiasaan menabung. Faktor ekonomi ini dapat ikut menentukan pasien dirawat di ruang yang sesuai dengan daya embannya.

g. Faktor pendidikan (*educational factors*)

Latar belakang pendidikan klien adalah pengalaman klien dalam menempuh jalur pendidikan formal tertinggi saat ini. Dalam menempuh pendidikan formal tersebut pasti klien mengalami suatu proses eksperimental. Semakin tinggi pendidikan klien, semakin tinggi pula keyakinannya harus didukung oleh bukti-bukti ilmiah yang rasional. Klien dengan pendidikan tinggi juga lebih mudah beradaptasi terhadap budaya baru yang sesuai dengan kondisi kesehatannya. Perawat perlu mengkaji latar belakang pendidikan klien meliputi tingkat pendidikan klien dan keluarga, jenis pendidikannya, serta kemampuan belajar klien secara aktif dan mandiri tentang pengalaman sakitnya sehingga tidak terulang kembali.

Pengkajian transkultural dalam keperawatan memiliki tujuan yang beragam.

Beberapa tujuan tersebut ialah:

- a. Mencari budaya pasien, pola kesehatan dihubungkan dengan pandangan, gaya hidup, nilai budaya, kepercayaan dan faktor sosial.
- b. Mendapatkan informasi budaya secara keseluruhan sebagai dasar dari pembuatan keputusan dan tindakan.

- c. Mencari pola dan spesifikasi budaya, arti dan nilai budaya dapat digunakan untuk membedakan keputusan tindakan keperawatan,serta nilai dan gaya hidup pasien dapat dibantu secara profesional.
- d. Mencari area yang berpotensi menjadi konflik budaya, kelalaian, perbedaan nilai antara pasien dan tenaga kesehatan.
- e. Mengidentifikasi secara keseluruhan dan spesifik pola keperawatan budaya yang sesuai untuk pasien.
- f. Mengidentifikasi perbandingan informasi keperawatan budaya di antara pasien, berbeda ataupun sama untuk dapat digunakan sebagai pembelajaran dan penelitian.
- g. Mengidentifikasi dua persamaan atau perbedaan pasien dalam pemberian kualitas perawatan.
- h. Menggunakan teori dan pendekatan riset untuk mengartikan dan menjelaskan praktik untuk kesesuaian keperawatan dan area baru dari pengetahuan keperawatan transkultural.

Tahap kedua dari proses keperawatan transkultural adalah membuat diagnosis. Menurut The North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), diagnosis keperawatan merupakan bagian dari pengobatan terhadap respon masalah kesehatan, baik aktual maupun potensial. Sementara diagnosis keperawatan transkultural adalah respon klien sesuai latar belakang budayanya yang dapat dicegah, diubah, atau dikurangi melalui intervensi keperawatan. Diagnosis keperawatan pada dasarnya sudah ditentukan dan diklasifikasikan, tetapi dapat berubah dan berkembang melalui hasil riset keperawatan.

Diagnosis keperawatan merupakan respon terhadap disfungsi misalnya cemas, inkontinen, pola nafas tidak efektif yang merupakan bidang wewenang keperawatan. Demikian juga diagnosis keperawatan transkultural, bisa dimodifikasi dan dikembangkan sesuai dengan kondisi dengan alasan normatif atau empiris. Terdapat tiga diagnosis keperawatan transkultural yang sering ditegakkan menurut NANDA. Ketiganya ialah gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan perbedaan kultur; gangguan sosial berhubungan dengan disorientasi interaksi sosiokultural; serta ketidakpatuhan dalam pengobatan berhubungan dengan sistem nilai yang diyakini.

Tahap proses keperawatan transkultural selanjutnya ialah rencana tindakan keperawatan transkultural. Rencana tindakan keperawatan terdiri dari rencana tindakan keperawatan independen (mandiri) dan kolaboratif (kerjasama dengan profesi lain, seperti dokter, ahli akupuntur, dan sebagainya). Rencana tindakan keperawatan

meliputi penentuan prioritas sesuai diagnosis keperawatan, penentuan tujuan atau hasil dari asuhan keperawatan untuk tiap diagnosis, dan memilih langkah tindakan keperawatan spesifik. Penentuan prioritas diagnosis keperawatan bukan berarti mengurutkan diagnosis menurut keutamaannya. Namun diagnosis keperawatan diseleksi dan rencana tindakan diprioritaskan pada diagnosis utama.

Selanjutnya, dilakukan penentuan tujuan hasil keperawatan yang diharapkan. Tujuan diagnosis keperawatan merupakan perilaku pasien yang dapat diamati. Kriterianya, hasil tertulis yang diharapkan dari pasien, yaitu isi dan waktu harus spesifik, bisa dijangkau, serta harus memenuhi syarat SMART. SMART merupakan singkatan dari Spesifik, Measurable atau dapat diukur, Acceptable atau dapat diterapkan, Realistis dan Time atau ada batasan waktu yang akan dicapai. Sementara untuk memilih langkah tindakan keperawatan spesifik, rencana tindakan keperawatan transkultural dapat berpedoman pada beberapa standar. Misalnya, Nursing Intervention Classification (NIC), American Nurse Assosiation (ANA), atau dari standar tersebut yang dikembangkan berdasarkan data empiris pasien.

Dalam implementasi keperawatan transkultural, faktor-faktor dalam komunikasi lintas budaya juga perlu menjadi perhatian. Ketika seorang perawat berinteraksi dengan klien berbeda latar belakang budaya, dapat dikatakan terjadi proses komunikasi lintas budaya atau *cross-cultural communication*. Karena itu, beberapa faktor perlu dipertimbangkan dalam komunikasi lintas budaya, diantaranya:

a. Komunikasi dengan anggota keluarga dan orang lain yang berkepentingan.

Penting untuk mengetahui keluarga klien, struktur hubungan darah dan mengidentifikasi siapa yang menurut pasien penting dalam perawatannya. Bisa juga terkait pihak yang bertanggung jawab akan pembuatan keputusan terkait perawatan kesehatan pasien.

b. Pandangan budaya dalam hal kedekatan

Seberapa dekat perawat dengan klien ditentukan oleh latar belakang budaya klien. Interaksi yang terjadi bisa beragam, mulai dari informal sampai formal.

c. Komunikasi non-verbal

Komunikasi non-verbal terdiri dari keheningan, kontak mata, sentuhan, ruang dan jarak, jenis kelamin dan gender. Misalnya, setiap budaya memiliki interpretasi berbeda tentang keheningan. Sejauh mana seorang dituntut untuk mengadakan kontak mata atau dekat seseorang berbicara dengan orang lain juga ditentukan oleh

budaya. Budaya juga mengatur hubungan antar jenis kelamin dan bagaimana peran gender dalam suatu masyarakat.

d. Bahasa

Dalam komunikasi lintas budaya penguasaan bahasa adalah yang utama. Karena penting untuk meminimalkan terjadinya salah interpretasi.

e. Tingkah laku peran sakit

Penunjukan perasaan tidak enak pasien ketika sakit juga dipengaruhi budaya. Berdasarkan observasi di perawatan maternitas, mengekspresikan nyeri melahirkan juga ada kecenderungan berbeda karena latar belakang budaya si ibu. Misalnya, suku Batak cenderung akan berteriak, sedangkan suku Jawa lebih banyak merintih.

2. Teknologi dalam Keperawatan Transkultural

Teknologi merupakan hasil dari kebudayaan masyarakat. Teknologi muncul dari cara-cara manusia mengorganisasikan masyarakatnya. Dalam era ini, teknologi banyak dipakai di berbagai pekerjaan, termasuk dalam dunia kesehatan. Teknologi kesehatan merupakan alat atau cara yang dipakai tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan, secara langsung maupun tidak langsung. Penggunaan teknologi dalam kesehatan diperlukan untuk menunjang diagnostik atau digunakan dalam tindakan yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan. Karena itu, teknologi kadang diharuskan dalam tindakan medis maupun keperawatan. Namun tidak semua masyarakat bisa menerima penggunaan teknologi kesehatan.

Perbedaan persepsi antara tenaga kesehatan dan pasien sering membuat tindakan yang terkait dengan teknologi kesehatan terhambat. Misalnya, masih ada saja perempuan hamil yang menolak penggunaan teknologi saat pemeriksaan kehamilan. Mereka merasa ragu dan berpikir negatif karena khawatir teknologi yang digunakan akan berdampak negatif pada janinnya. Leininger dan McFarland (Pratiwi, 2011) menjelaskan tentang dilema memperkenalkan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam pelayanan kesehatan. Dilema tersebut berupa penolakan terhadap pelayanan kesehatan baru dan penolakan terhadap medis ilmiah. Ada beberapa hal yang mendasari munculnya penolakan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan baru, diantaranya:

a. Adanya model “berlawanan”

Ada kecenderungan pemahaman bahwa pengobatan ilmiah bertolak belakang dengan pengobatan tradisional. Pada model ini, pandangan masyarakat berlawanan dengan anjuran kesehatan, sehingga memungkinkan terjadi penolakan teknologi kesehatan yang akan diaplikasikan. Penolakan tersebut bisa terjadi terhadap tindakan

medis, tindakan keperawatan, dan lainnya. Pada model berlawanan terdapat perbedaan persepsi antara anjuran kesehatan dengan kepercayaan masyarakat. Biasanya yang terjadi adalah pada perspektif kesehatan suatu tindakan dianjurkan untuk menyelamatkan jiwa pasien, tetapi menurut keyakinan individu, keluarga atau masyarakat tindakan tersebut dianggap membahayakan.

b. Dikotomi kognitif

Kepercayaan masyarakat bahwa ada penyakit-penyakit yang dapat disembuhkan oleh dokter dan ada yang tidak. Hal ini mengakibatkan sikap dan perilaku, bisa mendukung kesehatan atau merugikan kesehatan. Dikotomi kognitif ini menimbulkan berbagai perbedaan perilaku masyarakat. Misalnya, pada sebuah kasus penyakit, tiap individu atau masyarakat bisa mengambil tindakan berbeda, mereka akan menelusuri dari mana asal sakit dan siapa yang sakit.

c. Penolakan masuk rumah sakit

Ada tiga hal yang membuat masyarakat tertentu menolak masuk rumah sakit. Pertama, masyarakat menganggap rumah sakit sebagai tempat untuk mati atau tempat dilakukannya tindakan menakutkan. Kedua, adanya pertentangan antara perawatan medis dengan perawatan secara tradisional. Hal ini membuat masyarakat takut tidak bisa terpenuhi kegiatan tradisionalnya. Misalnya, pembuangan ari-ari atau placenta, dalam adat Jawa ari-ari biasanya dibawa pulang untuk dikubur atau dihanyutkan di sungai. Namun, di beberapa rumah sakit, utamanya di negara barat, ari-ari biasanya diambil untuk dijadikan sebagai bahan obat dan kosmetik.

d. Persepsi berbeda tentang tingkah laku peranan

Persepsi ini sering terjadi ketika seorang tenaga kesehatan sedang mengkaji masalah pasien atau memberi pengobatan pada pasien. Misalnya, seorang dokter dianggap otoriter karena memiliki hak untuk mengajari pasien tentang apa yang harus dan tidak boleh dilakukan. Di sisi lain, keluarga pasien dianggap pihak yang paling berhak dalam membuat keputusan. Persepsi tersebut mengakibatkan muncul pertentangan antara peran dokter dengan peran keluarga. Demikian juga dengan tenaga kesehatan lain, seperti perawat. Perawat selalu membuat keputusan tindakan keperawatan, sehingga pasien di tatanan manapun seperti tidak punya hak untuk membuat keputusan.

e. Pengobatan, pencegahan, dan konsep memelihara

Dalam budaya barat, ada ungkapan "*an apple a day keeps the doctor away*". Ungkapan tersebut melahirkan konsep imunisasi. Namun masyarakat tradisional

sering mengindentikkan imunisasi sebagai medis gaya barat, sehingga terjadi penolakan. Sebagian masyarakat tidak menyadari bahwa imunisasi merupakan hal penting sebagai tindakan preventif untuk mencegah berbagai penyakit. Konsep imunisasi sampai saat ini pun masih belum diterima seluruh kalangan dengan berbagai alasan. Bahkan ada beberapa aliran agama dan kepercayaan menolak imunisasi sebab hal tersebut dinilai bertentangan dengan keyakinannya.

Selanjutnya, penolakan masyarakat dalam birokrasi medis ilmiah juga menjadi dilema memperkenalkan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam pelayanan kesehatan. Birokrasi dalam pelayanan kesehatan ini disebut teknologi karena dianggap sebagai sesuatu hal yang canggih. Penolakan ini bisa disebabkan karena hal-hal di bawah ini.

a. Asumsi kepercayaan yang keliru

Banyak perencanaan nasional didasarkan atas asumsi bahwa cara-cara yang berhasil di negara-negara barat pasti berhasil diterapkan di negara-negara berkembang. Para petugas kesehatan pun sering kali lupa jika mengubah kebudayaan dan pola pikir suatu masyarakat tidaklah mudah. Misalnya, prosedur pelayanan kesehatan rawat jalan di rumah sakit Guangzhou, China semuanya sudah online. Para petugas kesehatan di sana tidak banyak lagi menggunakan kertas, sehingga dokter terbiasa langsung menawarkan resep berupa obat kimia atau tradisional. Itu dilakukan usai dokter melihat data dan hasil kajian perawat tentang pasien dari komputer. Hal semacam ini masih sulit diaplikasikan di negara lain.

b. Pengobatan klinis versus pencegahan

Masyarakat biasanya lebih menyukai pengobatan yang bersifat kuratif daripada tindakan preventif. Hal ini biasanya berkaitan dengan kondisi finansial. Tindakan kuratif biasanya lebih murah dan tidak berkala, sebaliknya tindakan preventif biasanya mahal dan harus berkala. Misalnya, asuransi kesehatan banyak diikuti oleh masyarakat ekonomi menengah ke atas.

c. Prioritas pribadi dari para petugas kesehatan

Sering kali para petugas kesehatan berasumsi bahwa prioritas pribadi mereka merupakan prioritas kelompok sasaran juga. Misalnya untuk kasus kanker serviks di Indonesia. Menurut data Riset Kesehatan Dasar 2013 oleh Kementerian Kesehatan, kanker serviks tergolong penyakit dengan prevalensi tertinggi dan juga menjadi peringkat pertama pembunuh perempuan di Indonesia. Namun masih banyak perempuan Indonesia yang enggan melakukan uji *pap smear*. Alasannya, mereka

menganggap itu bukan prioritas, dibanding dengan gizi anak, pendidikan anak, ataupun kebutuhan rumah tangga lain. Jelas bahwa apa yang diprioritaskan oleh petugas kesehatan tidak sama dengan prioritas kelompok sasaran.

d. Asumsi keliru mengenai pengambilan keputusan

Para petugas kesehatan di negara-negara berkembang berasumsi bahwa pasien sendirilah pembuat keputusan mengenai pertolongan medis yang diinginkan. Kenyataannya di negara-negara tersebut, keputusan medis biasanya merupakan keputusan kelompok. Contoh, sosialisasi Keluarga Berencana (KB) di Indonesia. Walaupun sasarannya adalah ibu-ibu rumah tangga, tetapi para ibu tersebut harus meminta izin pada suami dalam keikutsertaan program KB. Maka penting juga bagi petugas kesehatan untuk mensosialisasikan program ini kepada pihak lain seperti para suami, orang tua dan mertua.

e. Kekurangan dalam pelayanan kesehatan

Masyarakat biasanya kurang percaya terhadap pelayanan kesehatan medis ilmiah karena berbagai hal. Contohnya, obat-obatan kurang konsisten, pemilihan obat yang teliti, petugas kurang menguasai bahasa masyarakat setempat, serta proporsi tenaga kesehatan dan masyarakat yang sakit tidak seimbang.

f. Konflik peranan profesional

Banyak kaum profesional mengalami dilema etik. Di satu sisi mereka dituntut untuk memberikan bantuan bagi yang membutuhkan. Sementara di sisi lain, mereka juga dibatasi oleh badan-badan peraturan yang membedakan antara para klien layak dan tidak layak dilayani.

BAB IV

KONSEP SEHAT, SAKIT, DAN PENYAKIT

Pada masa lalu, mayoritas masyarakat dunia memandang kejadian sehat-sakit sebagai sesuatu yang hitam-putih. Kesehatan dianggap sebagai kondisi yang terbebas dari penyakit. Konsep sehat sakit merupakan konsep yang kompleks dan multiinterpretasi. Konsep sehat sakit yakni suatu keadaan yang berhubungan dengan keadaan badan atau kondisi tubuh, kelainan-kelainan, serta gejala yang dirasakan. Sehat bagi seseorang berarti suatu keadaan normal, wajar, nyaman, hingga ia dapat melakukan aktivitas sehari-hari dengan semangat. Namun kini berbeda, sehat telah dipandang dari perspektif yang lebih luas. Sehat merupakan sebuah keadaan baik, tidak hanya terbebas dari penyakit, tetapi juga meliputi seluruh emosi, sosial dan spiritual individu.

Sementara sakit dianggap sebagai suatu keadaan badan kurang menyenangkan, bahkan dirasakan sebagai siksaan. Sakit juga sering kali menjadi penyebab seseorang tidak dapat menjalankan aktivitas sehari-hari layaknya orang sehat. Penyakit pun kini dianggap suatu fenomena kompleks dengan pengaruh negatif terhadap kehidupan manusia. Sehat dan sakit pun memiliki rentang atau skala ukur hipotesis terkait kondisi kesehatan seseorang. Berikut beberapa model teori yang berkaitan dengan konsep dan rentang sehat-sakit menurut Hanum Marimbi (2009), yakni:

1. Model Rentang Sehat-Sakit

Konsep ini diutarakan oleh Betty Neuman. Ia menyatakan sehat dalam suatu rentang merupakan tingkat kesejahteraan seseorang pada waktu tertentu. Kondisi sehat adalah kondisi sejahtera yang optimal, dengan energi paling maksimum, sampai kondisi kematian sebagai penanda habisnya energi total. Menurut model ini sehat adalah keadaan dinamis, selalu berubah secara terus menerus sesuai dengan adaptasi individu terhadap berbagai perubahan lingkungan internal dan eksternalnya. Adaptasi pun dilakukan untuk mempertahankan keadaan fisik, emosional, intelektual, sosial, perkembangan, dan spiritual yang sehat.

Kondisi sakit oleh konsep ini dianggap sebagai proses fungsi individu saat mengalami perubahan atau penurunan kondisi dibandingkan dengan kondisi sebelumnya. Model rentang sehat-sakit juga melihat kondisi sehat dan sakit sebagai kualitas yang relatif dan mempunyai tingkatan. Untuk itu, akan lebih akurat jika kondisi sehat atau sakit ditentukan sesuai standar tertentu pada skala rentang sehat-sakit. Dalam

mengidentifikasi tingkat kesehatan seseorang, faktor resiko merupakan hal penting untuk diperhatikan. Faktor-faktor resiko itu meliputi variabel genetik dan psikologis. Model inipun efektif digunakan membandingkan tingkat kesejahteraan dalam beberapa jangka waktu. Karenanya konsep ini bermanfaat dalam menentukan tujuan pencapaian tingkat kesehatan yang lebih baik di masa yang akan datang.

2. Model Kesejahteraan Tingkat Tinggi

Konsep sehat-sakit ini dikembangkan oleh Halbert Dunn. Dunn berpendapat cara efektif bisa ditempuh dengan berorientasi pada cara memaksimalkan potensi sehat pada individu melalui perubahan perilaku. Pada pendekatan model ini, petugas kesehatan melakukan intervensi keperawatan untuk membantu seseorang mengubah perilakunya. Dengan begitu, kesehatan pasien memiliki resiko naik lebih tinggi.

3. Model Agen-*Pejamu*-Lingkungan

Menurut konsep ini, sehat dan sakit individu ditentukan oleh hubungan dinamis antara agen, *pejamu* dan lingkungan. Agen dalam hal ini merupakan berbagai faktor internal maupun eksternal yang dapat menyebabkan penyakit atau sakit, maupun membuat sehat. Agen bisa bersifat biologis, kimia, fisik, mekanis, ataupun psikososial. Contoh agen yang merugikan kesehatan adalah bakteri dan stres, sedangkan agen yang meningkatkan kesehatan misalnya nutrisi. Sementara pengertian dari *pejamu* ialah kerentanan seseorang terhadap penyakit tertentu. Faktor *pejamu* antara lain, kondisi fisik dan psikososial yang menyebabkan orang beresiko menjadi sakit, seperti riwayat keluarga, usia, dan gaya hidup.

Pada model ini, lingkungan juga turut menjadi variabel penyebab sehat-sakit. Bisa berupa lingkungan fisik seperti iklim, kondisi tempat tinggal, penerangan dan kebisingan; maupun lingkungan sosial atau akibat interaksi sosial, seperti stres, konflik, kesulitan ekonomi, dan krisis hidup. Model ini menyatakan bahwa sehat dan sakit ditentukan oleh interaksi dinamis dari ketiga variabel tersebut.

4. Model Keyakinan Kesehatan

Konsep ini diperkenalkan oleh Rosenstoch, lalu dilanjutkan oleh Becker dan Maiman. Model ini menyatakan hubungan antara keyakinan seseorang dengan perilaku yang ditampilkan. Dalam hal ini, seseorang akan berperilaku sesuai dengan kebutuhan kesehatannya dan akan melakukan apapun yang dirasa mampu meningkatkan kesehatan atau menyembuhkan sakitnya. Pada model ini ada tiga komponen penting, baik pada tahap preventif maupun represif. Ketiganya yakni persepsi individu tentang kerentanan

dirinya terhadap suatu penyakit, persepsi individu terhadap keseriusan penyakit tertentu, dan persepsi individu tentang manfaat yang diperoleh dari tindakan kesehatan.

5. Model Peningkatan Kesehatan

Dikemukakan oleh Pender, model ini dibuat untuk menjadi penyeimbang model perlindungan kesehatan lainnya. Fokus model ini adalah menjelaskan alasan keterlibatan pasien dalam aktivitas kesehatan. Model ini dapat digunakan mengidentifikasi berbagai faktor untuk meningkatkan atau menurunkan partisipasi seseorang bagi kesehatannya. Selain itu, model ini juga bisa mengatur berbagai kemungkinan munculnya partisipasi seseorang dalam perilaku peningkatan kesehatan.

A. DEFINISI SEHAT, SAKIT, DAN PENYAKIT

Banyak faktor yang mempengaruhi kondisi sehat dan sakit. Pengertian sehat, sakit maupun penyakit pun beragam tergantung dari paradigmanya. Paradigma sehat pada intinya memberi perhatian khusus pada kebijakan pencegahan sakit atau promosi kesehatan. Paradigma sehat juga bertujuan memberikan dukungan dan alokasi sumber daya agar yang sehat tetap sehat, sekaligus tetap mengupayakan yang sakit segera sehat. Prinsipnya, kebijakan kesehatan menekankan pada masyarakat untuk mengutamakan preventif dengan mempertahankan kesehatan, daripada mengobati penyakit.

1. Definisi Sehat

Sederhananya, sehat diartikan sebagai kondisi normal. Namun keadaan sehat atau normal pun sulit didefinisikan dengan jelas. Namun suatu keadaan dapat dikatakan sehat atau normal setelah memenuhi beberapa parameter kesehatan. Misalnya, ukuran normal kadar gula dalam darah ialah 70-130 mg/dL. Organisasi kesehatan dunia di bawah PBB, World Health Organization (WHO) mendefinisikan sehat itu tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan. Sehat lebih pada suatu keadaan sempurna, baik jasmani, rohani, maupun kesejahteraan sosial seseorang. Dalam hal ini, definisi sehat tersebut mengandung tiga karakteristik, yakni:

- a. Merefleksikan dan memperhatikan individu sebagai sebuah sistem yang menyeluruh.
- b. Memandang sehat dalam konteks lingkungan internal dan eksternal.
- c. Sehat diartikan sebagai hidup yang kreatif dan produktif. Sehat bukan merupakan suatu kondisi tetapi merupakan penyesuaian, bukan merupakan suatu keadaan tapi merupakan proses. Proses di sini adalah adaptasi individu yang tidak hanya terhadap fisik mereka tetapi lingkungan sosialnya.

Di Indonesia, definisi sehat tertuang dalam UU Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan. Dalam aturan ini, sehat dinyatakan sebagai keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan siapapun hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Definisi ini memandang kondisi sehat sebagai satu kesatuan utuh, terdiri dari unsur-unsur fisik, mental dan sosial. Kesehatan jiwa yang menjadi bagian dari integral kesehatan juga menjadi syarat kondisi sehat. Berikut beberapa definisi sehat menurut para pakar.

a. Nola J. Pender

Sehat adalah perwujudan individu yang diperoleh melalui kepuasan dalam berhubungan dengan orang lain (aktualisasi). Perilaku sehat harus sesuai dengan tujuan perawatan diri yang kompeten, sedangkan penyesuaian diperlukan untuk memperhatikan stabilitas dan integritas struktural.

b. Paune

Sehat ialah fungsi efektif dari sumber-sumber perawatan diri (*self care resources*) yang menjamin tindakan untuk perawatan diri (*self care actions*). *Self care resources* mencakup pengetahuan, keterampilan dan sikap. *Self care actions* berarti perilaku yang sesuai dengan tujuan, baik dalam rangka mempertahankan maupun meningkatkan fungsi psikososial dan spiritual.

c. Talcott Parsons

Sosiolog ini mengartikan sehat sebagai kemampuan optimal individu untuk menjalankan peran dan tugasnya secara efektif.

2. Definisi Sakit

Di samping konsep sehat, sakit merupakan penyimpangan dari status sehat. Sakit adalah terganggu atau menurunnya keadaan fisik, emosional, intelektual, sosial, bahkan perkembangan seseorang. Sakit tidak dapat diartikan sebagai suatu keadaan terjadinya proses penyakit saja. Oleh karena itu, sakit tidak sama dengan penyakit. Sebagai contoh, seseorang dengan kanker nasofaring tampak dalam kondisi biasa dan mungkin masih bisa menjalankan aktivitasnya meski sedang menjalani pengobatan. Kondisi berbeda bisa dialami orang dengan kanker payudara yang sedang mempersiapkan diri menjalani operasi. Faktor selain fisik bisa turut mempengaruhi kondisi kesehatan, dalam hal ini bisa faktor mental dan emosi. Berikut beberapa pendapat pakar mengenai definisi sakit.

a) Menurut Perkins

Sakit merupakan suatu keadaan tidak menyenangkan yang dialami seseorang sehingga mengakibatkan terjadinya gangguan pada aktivitas sehari-harinya, baik aktivitas jasmani maupun sosial.

b) Menurut Zygmunt Bauman

Dalam menentukan sakit atau tidak, seseorang biasanya menggunakan tiga kriteria. Pertama, adanya gejala tertentu seperti naiknya suhu tubuh atau merasakan nyeri. Kedua, tergantung persepsitentang bagaimana merasakan baik, buruk, atau sakit. Kriteria terakhir, ditentukan kemampuannya melaksanakan aktivitas sehari-hari.

c) Menurut Talcott Parsons

Sakit terjadi akibat ketidakseimbangan fungsi normal dari tubuh manusia, termasuk sistem biologis dan kondisi penyesuaiannya.

3. Definisi Penyakit

Selanjutnya, definisi penyakit dinilai lebih objektif dibanding dengan sehat atau sakit. Penyakit pun berbeda dengan rasa sakit. Penyakit lebih beragam jenisnya dan masing-masing memiliki parameter tertentu, sedangkan rasa sakit lebih subjektif. Dalam bahasa Inggris, dikenal dua istilah untuk mengungkapkan pengertian penyakit, yakni *disease* dan *illness*. Kedua istilah ini mempunyai makna berbeda dan implikasinya lebih luas. *Disease* memiliki arti penyakit atau gangguan yang terbatas pada kelainan medis dan organobiologik. Pada istilah *disease* terkadang kita dapat menelusuri hubungan sebab akibat terkait penyakit yang diderita. Misalnya, kuman-kuman menyebabkan infeksi, kelainan atau aberasi genetik menyebabkan penyakit seperti diabetes, *sickle cell* anemia, atau *Down's syndrome*.

Hubungan sebab akibat penyakit dalam beberapa hal terkadang juga sulit ditentukan. Namun dalam istilah *disease*, gangguan organobiologik diyakini selalu menjadi sumber penyebab penyakit. Karenanya, faktor-faktor biologis memegang peranan penting dalam penyembuhan. Strategi terapeutik yang sesuai dengan orientasi ini adalah dengan mempengaruhi fungsi patologik dari landasan organobiologik penderita dengan pemberian obat-obatan yang dapat bersifat sintetik atau alamiah.

Definisi penyakit untuk istilah *illness* mempunyai makna yang lebih luas dibanding *disease*. *Illness* dapat berarti gangguan atau masalah yang jangkauannya di luar penyakit, walaupun masih memiliki keterpautan. Pada istilah ini, pengaruh lingkungan maupun peranan masyarakat ikut diperhitungkan sebagai faktor penyebab. *Illness* tidak selalu bersifat *disease*, tetapi selalu mempunyai relevansi sosial dan kultural. Jika

seseorang memiliki kelainan medis, maka *illness* yang dideritanya mempunyai hubungan erat dengan interpretasi kultural, pengamatan, pengenalan dan reaksi perilaku dari kelainannya. Untuk itu, pada upaya penyembuhan *illness*, tidak cukup hanya lewat pengobatan medikamentosa. Pengobatan dengan pendekatan psikologis, sosial dan kultural juga perlu dilakukan.

Definisi penyakit pun dapat ditinjau dari dua sudut pandang, yakni biologis dan kemasyarakatan. Ditinjau dari segi biologis, penyakit merupakan kelainan berbagai organ tubuh manusia. Sementara itu jika ditinjau dari segi kemasyarakatan, penyakit dianggap sebagai penyimpangan perilaku dari keadaan sosial yang normatif. Penyimpangan itu dapat disebabkan oleh kelainan biomedis organ tubuh ataupun lingkungan manusia. Selain itu, penyimpangan juga dapat disebabkan oleh kelainan emosional dan psikososial dari individu bersangkutan. Faktor emosional dan psikososial masing-masing individu pada dasarnya merupakan akibat dari lingkungan hidup (ekosistem) manusia dan adat kebiasaan manusia (kebudayaan).

Terkait perkembangan penyakit secara umum hingga saat ini, Asmadi (2008) menerangkan tiga faktor yang berperan dalam rangkaian perjalanan penyakit. Ketiga faktor tersebut adalah sebagai berikut.

a. Etiologi

Sederhananya, etiologi dapat diartikan sebagai sesuatu yang dapat menyebabkan penyakit. Etiologi dikenal pula dengan istilah agens. Agens penyakit dapat dikelompokkan menjadi dua golongan:

1) Golongan biologis

Penyebab penyakit golongan biologis misalnya mikroorganisme (bakteri dan virus). Selain itu, ada pula penyebab penyakit yang berasal dari hewan atau tumbuhan, seperti metazoan, protozoa, dan jamur.

2) Golongan non-biologis

Penyebab penyakit dari golongan non-biologis bisa berupa beberapa jenis, yaitu kimia, fisik, dan nutrien. Jenis kimia atau zat kimia bisa berasal dari luar tubuh manusia maupun zat kimia yang dihasilkan oleh tubuh. Contohnya, barbiturat, merkuri, karbonmonoksida, dan lainnya. Untuk faktor fisik, dinilai dapat menimbulkan penyakit jika berada pada intensitas yang luar biasa, baik secara kuantitatif maupun kualitatif. Misalnya, suhu yang terlalu tinggi atau terlalu rendah, suara sangat bising, atau perubahan drastis tekanan atmosfer. Faktor fisik lain yang juga dapat menyebabkan penyakit ialah faktor mekanis atau trauma,

baik yang disengaja maupun tidak, seperti kecelakaan dan perkelahian. Sementara nutrisi merupakan zat yang diperlukan manusia untuk hidup, tumbuh, dan berkembang. Jadi seseorang dapat menderita penyakit jika tubuhnya kekurangan atau kelebihan nutrisi tertentu. Seperti kelebihan lemak bisa menyebabkan obesitas, kekurangan karbohidrat menyebabkan marasmus.

b. Patogenesis

Patogenesis merupakan asal mula dan perkembangan penyakit atau keadaan patologis. Patogenesis suatu penyakit dapat menjelaskan tentang perkembangan atau proses evolusi penyakit. Patogenesis mencakup etiologi, proses masuknya penyakit ke dalam tubuh, perkembangan penyakit, hingga perwujudan klinis yang muncul. Faktor ini membagi proses penyakit ke dalam lima fase:

1) Fase prapatogenesis

Pada fase ini terjadi interaksi antara manusia dengan agens. Interaksi terjadi karena agens atau bibit penyakit berada dekat dengan manusia, sehingga interaksi pun terkadang tanpa disadari. Namun jika daya tahan tubuh manusia pada fase ini masih kuat, interaksi tidak akan munculkan penyakit.

2) Fase inkubasi

Fase ini terjadi jika agens telah masuk ke tubuh manusia, tetapi belum terlihat adanya gejala penyakit. Masa inkubasi tiap penyakit berbeda-beda sebab agens penyakit juga beragam. Setiap bibit penyakit memiliki karakteristik, sifat, dan kemampuan yang berbeda dalam proses patologis. Selain dipengaruhi oleh bibit penyakit, masa inkubasi juga dipengaruhi oleh daya tahan tubuh manusia. Jika daya tahan tubuh menurun atau lemah, bibit penyakit akan lebih mudah berkembang dan menimbulkan berbagai gangguan pada bentuk maupun fungsi tubuh manusia. Sebaliknya, jika daya tahan tubuh kuat, perkembangan bibit penyakit dapat dihambat atau bahkan dihentikan.

3) Fase penyakit dini

Fase ini dimulai sejak munculnya gejala penyakit. Umumnya, gejala yang muncul pada fase ini masih relatif ringan sehingga sering kali tidak dihiraukan. Pada fase ini, daya tahan tubuh masih ada, tetapi cenderung lemah. Jika daya tahan tubuh bisa diperkuat, baik secara alami maupun kimiawi, bibit penyakit masih dapat dikalahkan dan gejala penyakit dapat reda atau bahkan hilang. Sebaliknya, jika daya tahan tubuh kian menurun, fase ini akan berlanjut ke fase berikutnya.

4) Fase penyakit lanjut

Fase ini merupakan kelanjutan dari fase penyakit dini. Pada fase ini, individu umumnya tidak mampu lagi melakukan aktivitas sehari-hari, sehingga upaya penyembuhan dan tahapan perawatan pun mulai dilakukan.

5) Fase akhir penyakit

Pada fase ini penyakit akan berakhir. Akhir penyakit pada masing-masing manusia bervariasi. Namun secara umum, ada empat klasifikasi akhir perjalanan penyakit, yakni sembuh sempurna, sembuh dengan cacat, sembuh sebagai pembawa (*carrier*), dan meninggal dunia.

c. Manifestasi klinis

Pada awal perkembangan penyakit, sering kali terdapat kondisi saat tidak ada keluhan pada penderita. Namun jika pemeriksaan lanjutan dilakukan, terlihat perubahan proses biologis akibat pengaruh agens. Keadaan ini secara klinis disebut stadium subklinis. Manifestasi klinis yang samar pada tahap awal perkembangan penyakit terjadi karena tubuh masih memiliki pertahanan untuk melawan serangan agens penyakit. Jika kondisi tubuh melemah, manifestasi klinis penyakit akan mulai terlihat. Namun karena sifat penyakit yang dinamis, manifestasi klinis suatu penyakit dapat berubah setiap saat, membaik atau memburuk. Semua itu tergantung mekanisme daya tahan tubuh penderitanya.

B. PERILAKU SEHAT, SAKIT, DAN PENYAKIT

Perilaku manusia mempunyai ranah sangat luas karena mencakup seluruh aktivitas dari manusia itu sendiri. Kondisi kesehatan manusia juga bergantung pada perilakunya. Perilaku manusia merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaannya seperti pengetahuan, keinginan, minat, motivasi, persepsi sikap, dan sebagainya.

1. Ranah Perilaku

Dari sudut pandang biologis, semua makhluk hidup berperilaku karena masing-masing dari mereka mempunyai aktivitas. Menurut Soekidjo Notoatmodjo, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme, baik yang dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung. Perilaku dan gejala perilaku manusia yang tampak atau dapat diamati, dipengaruhi oleh faktor yang disebut determinan perilaku. Determinan perilaku dapat dibedakan menjadi dua. *Pertama*, determinan internal, yakni karakteristik seseorang yang bersifat *given* atau bawaan, misalnya tingkat kecerdasan,

tingkat emosional, atau jenis kelamin. *Kedua*, determinan eksternal, yaitu faktor lingkungan baik lingkungan fisik, sosial, budaya ekonomi dan politik.

Suatu mekanisme pertemuan antara kedua faktor tersebut sehingga membentuk perilaku disebut proses belajar (*learning process*). Seorang ahli psikologi, Burrhus Frederic Skinner mengartikan perilaku sebagai sebuah respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar. Skinner (Marimbi, 2009) pun mengelompokkan respon menjadi dua, yakni:

a. *Respondent Behaviors*

Respondent Behaviors adalah perilaku atau respon yang timbul karena rangsangan tertentu. Respon ini disebut juga *eliciting stimuli* karena membangkitkan respon yang relatif tetap. Misalnya, makanan lezat menimbulkan keluarnya air liur, cahaya yang kuat membuat kita menutup mata tertutup. Respon ini juga mencakup respon emosi, seperti tertawa karena bahagia, menangis karena sedih atau sakit.

b. *Operant/Instrumental Respons*

Operant/Instrumental Respons adalah respons yang timbul dan berkembang dengan diikuti oleh rangsangan tertentu. Dalam hal ini, individu telah bertindak, kemudian muncul rangsangan yang memperkuat respon yang telah dilakukan. Contohnya, seorang anak giat belajar sehingga berprestasi. Ia pun mendapat hadiah atas prestasinya itu. Hadiah yang diterimanya kemudian membuat si anak lebih giat belajar. Dengan kata lain, respon awal menghasilkan respon yang lebih intensif atau lebih kuat.

Terkait perilaku, dikenal pula teori Weber yang dikemukakan oleh Max Weber. Weber berpendapat, perilaku adalah hasil dari pengalaman, pemahaman, penafsiran, yang distimulus oleh persepsi, motivasi, dan emosi. Perilaku seseorang akan berbeda dalam situasi emosi dan motivasi yang berbeda pula. Hal itu tergantung dari bagaimana motivasi seseorang terhadap sesuatu yang dihadapinya saat itu. Dalam hal ini, tiap individu harus memahami waktu terbaik untuk menyampaikan pesan-pesannya agar mudah diterima. Misalnya dalam promosi kesehatan, petugas kesehatan perlu mempertimbangkan kondisi emosi dan waktu agar tercipta motivasi kesehatan yang baik dari masyarakat (Ratna, 2013). Dengan melihat bentuk respon terhadap stimulus, perilaku manusia dapat dibedakan sebagai berikut.

a. Perilaku tertutup, respon terhadap stimulus dalam bentuk pengetahuan atau terselubung. Misalnya, seorang ibu hamil mengetahui pentingnya pemeriksaan kehamilan,

seorang pemuda mengetahui HIV/AIDS dapat menular melalui hubungan seks, dan sebagainya.

- b. Perilaku terbuka, respon terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Misalnya, seorang ibu pergi memeriksakan kehamilannya atau membawa anaknya ke puskesmas untuk diimunisasi.

Seorang ahli psikologi pendidikan, Benyamin Bloom membagi perilaku manusia dalam tiga domain, yakni kognitif, afektif, dan psikomotor. Perilaku kognitif ialah perilaku mental yang berhubungan dengan keyakinan, pemahaman, pengolahan informasi, dan pemecahan masalah. Perilaku afektif merupakan respon yang berkaitan dengan sikap dan nilai. Perilaku ini mencakup watak seperti perasaan, minat, dan emosi. Sementara perilaku psikomotor adalah respon yang meliputi perilaku gerakan dan koordinasi jasmani, kemampuan fisik, dan keterampilan motorik seseorang.

2. Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan umumnya merupakan sebuah respon seseorang terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit, penyakit, makanan, sistem pelayanan kesehatan, dan lingkungan. Berikut beberapa teori yang berhubungan dengan perilaku kesehatan yang dipaparkan Hanum Marimbi (2009).

a. Teori Laurence Green

Green menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatannya. Menurut Green, kesehatan individu maupun masyarakat dipengaruhi oleh dua hal yaitu:

- 1) Sebab perilaku (*behaviour cause*), yang dibentuk oleh tiga faktor antara lain:
 - a) Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*), berwujud pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya.
 - b) Faktor-faktor pendukung (*enabling factors*), terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas atau sarana kesehatan. Misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat kontrasepsi, jamban, dan sebagainya.
 - c) Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*), terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Contoh, penyebab seseorang tidak mau mengimmunisasi anaknya bisa karena ia tidak atau belum mengetahui manfaat imunisasi. Dapat pula disebabkan oleh hal-hal seperti, seperti jarak rumah jauh dari posyandu atau puskesmas, bahkan

mungkin karena tokoh masyarakat di sekitarnya tidak pernah mengimunitasi anak mereka.

2) Sebab di luar perilaku (*non-behaviour cause*)

b. Teori Snehandu B. Kar

Kar menganalisis perilaku kesehatan dengan anggapannya bahwa perilaku itu merupakan fungsi dari:

- 1) Niat seseorang untuk melakukan apapun yang berhubungan dengan kesehatan atau perawatan kesehatannya (*behaviour intention*).
- 2) Dukungan sosial dari masyarakat sekitarnya (*social support*).
- 3) Ada atau tidaknya informasi tentang kesehatan atau fasilitas kesehatan (*accessibility of information*).
- 4) Otonomi pribadi dalam mengambil tindakan atau keputusan (*personal autonomy*).
- 5) Situasi yang memungkinkan untuk bertindak atau tidak (*action situation*).

Contoh, seorang ibu tidak ikut program KB mungkin karena ia tidak berminat (*behaviour intention*), atau bisa juga karena tidak ada dukungan dari masyarakat sekitarnya (*social support*). Alasan lain, mungkin karena kurang atau tidak memperoleh informasi tentang program KB (*accessibility of information*). Bisa juga karena ia tidak mempunyai kebebasan menentukan karena harus menuruti kehendak suaminya atau mertuanya (*personal autonomy*). Sebab lain seorang ibu tidak ikut program KB, mungkin karena situasi dan kondisinya tidak memungkinkan, misalnya alasan kesehatan (*action situation*).

c. Teori WHO

WHO menganalisis, perilaku kesehatan seseorang dikarenakan adanya empat alasan pokok pemikiran dan perasaan (*thought and feeling*) terhadap objek, yakni:

1) Pengetahuan

Biasanya pengetahuan diperoleh seseorang dari pengalaman diri sendiri atau pengalaman orang lain.

2) Kepercayaan

Sering kali kepercayaan diperoleh dari orang tua, kakek atau nenek. Seseorang menerima kepercayaan berdasarkan keyakinan dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu.

3) Sikap

Hal ini menggambarkan suka atau tidak sukanya seseorang terhadap suatu objek. Sikap sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau orang terdekat.

4) Orang penting sebagai referensi

Perilaku setiap orang, terutama anak kecil lebih banyak dipengaruhi oleh orang-orang yang dianggap penting.

Selanjutnya, perilaku kesehatan manusia mencakup empat hal pokok, yaitu:

- a. Perilaku terhadap sakit dan penyakit, yaitu perilaku manusia merespon, baik sekedar mengetahui, bertindak dan mempersepsikan rasa sakit atau penyakit. Respon bisa dilakukan untuk dirinya sendiri, maupun terhadap sakit atau penyakit di luar dirinya. Perilaku terhadap sakit dan penyakit ini pun akan disesuaikan dengan tingkatan pencegahan penyakit. Ada empat tingkatan pencegahan penyakit, antara lain:
 - 1) Perilaku peningkatan dan pemeliharaan kesehatan (*health promotion behavior*), misalnya olahraga, konsumsi makanan bergizi, dan konsumsi suplemen kesehatan.
 - 2) Perilaku pencegahan penyakit (*health prevention behavior*), dilakukan untuk mencegah tubuh merasa sakit atau terserang penyakit. Misalnya imunisasi, menghindari konsumsi makanan tertentu, menggunakan krim anti gigitan nyamuk untuk mencegah demam berdarah atau malaria. Perilaku ini juga termasuk tindakan untuk mencegah penularan penyakit, seperti menggunakan masker wajah saat sedang flu.
 - 3) Perilaku mencari pengobatan (*health seeking behavior*), mencakup perilaku pencari penyembuhan, bisa dengan usaha sendiri ataupun bantuan orang lain.
 - 4) Perilaku pemulihan kesehatan (*health rehabilitation behavior*), perilaku yang berhubungan dengan usaha-usaha pemulihan setelah sembuh dari sakit atau penyakit. Misalnya, menjalani terapi, melakukan diet.
- b. Perilaku terhadap sistem pelayanan kesehatan, yaitu respon seseorang terhadap sistem pelayanan kesehatan, baik yang modern maupun tradisional. Perilaku ini mencakup respon terhadap fasilitas pelayanan, jasa pelayanan, petugas kesehatan, dan obat-obatannya.
- c. Perilaku terhadap makanan (*nutrition behavior*), respon seseorang terhadap makanan sebagai kebutuhan pokok. Perilaku ini mencakup pengetahuan, persepsi, sikap, serta praktek terhadap makanan, kandungan gizinya, dan pengolahannya.
- d. Perilaku terhadap lingkungan kesehatan (*enviromental health behavior*), respon seseorang terhadap lingkungan sebagai makhluk hidup. Beberapa contoh cakupan pada perilaku ini antara lain, perilaku terkait kebutuhan air bersih, perilaku terhadap limbah dan kotoran, atau perilaku terkait tempat tinggal yang sehat (Marimbi, 2009).

Perilaku sakit merupakan perilaku orang sakit yang meliputi cara seseorang memantau tubuhnya, mendefinisikan, dan menginterpretasikan gejala-gejala sakit. Perilaku sakit mencakup upaya penyembuhan. Perilaku sakit juga bisa berfungsi sebagai mekanisme koping atau cara untuk menyelesaikan masalah. Menurut Suchman, proses reaksi individu ketika sakit dibagi menjadi lima tahap, yaitu:

a. Tahap mengalami gejala

Pada tahap ini individu atau orang di sekitarnya menyadari ada sesuatu yang salah pada diri individu tersebut. Sesuatu yang janggal itu bisa dikenali berupa sensasi atau keterbatasan fungsi, bahkan bentuk fisik. Namun, belum dilakukan diagnosis. Persepsi individu terhadap suatu gejala meliputi:

- 1) kesadaran terhadap perubahan fisik;
- 2) evaluasi terhadap perubahan dan memutuskan apakah hal itu merupakan suatu gejala penyakit;
- 3) respon emosional, seperti segera mencari pertolongan jika gejala yang telah dievaluasi dianggap dapat mengancam kehidupannya.

b. Tahap asumsi tentang peran sakit

Terjadi jika gejala sakit atau penyakit menetap, bahkan semakin berat. Orang sakit akan melakukan konfirmasi kepada keluarga, orang terdekat atau kelompok sosialnya bahwa ia benar-benar sakit. Lalu ia akan diistirahatkan dari kewajiban normalnya dan dari harapan terhadap perannya. Pada tahap ini bisa terjadi perubahan fisik maupun emosional, seperti menarik diri dari lingkungan atau depresi. Perubahan fisik dan emosional bisa sederhana atau menjadi kompleks, tergantung beratnya penyakit, tingkat ketidakmampuan, dan perkiraan lama sakit.

c. Tahap kontak dengan pelayanan kesehatan

Pada tahap ini orang sakit akan berupaya mencari kepastian penyakit dan pengobatan dari seorang ahli. Ia akan mulai mencari penjelasan mengenai gejala yang dirasakan, penyebabnya, dan implikasi penyakit terhadap kesehatan dimasa depan. Petugas kesehatan menjadi pihak yang menentukan gejala individu tersebut memang benar menderita suatu penyakit atau tidak, termasuk seberapa parah penyakitnya. Pencari layanan kesehatan bisa menerima atau menyangkal diagnosis tersebut. Bila menerima, ia menjalani proses pengobatan. Namun jika menyangkal, ia bisa mencari atau berkonsultasi sistem pelayanan kesehatan lain hingga merasa yakin dengan diagnosis yang diberikan. Individu yang dinyatakan sehat setelah memeriksakan diri karena merasa mengalami gejala penyakit bisa pula melakukan

yang sama. Ia bisa merasa tidak puas sehingga akan mengunjungi pelayanan kesehatan lainnya sampai memperoleh diagnosis yang diinginkan.

d. Tahap peran dependen

Pada tahap ini, orang yang telah didiagnosis sakit atau mengidap penyakit akan mulai bergantung (dependen) pada pemberi pelayanan kesehatan. Ia menjalani pengobatan, menerima perawatan, simpati, bahkan perlindungan. Secara sosial, individu tersebut diperbolehkan untuk bebas dari kewajiban dan tugasnya., sehingga terjadi perubahan jadwal kesehariannya. Perubahan itu jelas akan mempengaruhi peran klien di lingkungan masyarakat.

e. Tahap pemulihan dan rehabilitasi

Merupakan tahap akhir dari perilaku sakit. Tahap ini dapat terjadi secara tiba-tiba, misalnya penurunan demam, ataupun membutuhkan waktu lebih lama. Selama tahap ini berlangsung, individu yang sakit membutuhkan perawatan hingga ia benar-benar sembuh dan kembali ke fungsi optimal.

Meski terdapat lima tahap perilaku sakit, setiap orang belum tentu melewati setiap tahapan. Sikap dan cepat lambatnya setiap individu dalam melalui tahapan tersebut berbeda-beda. Namun pemahaman terhadap tahapan perilaku sakit ini dapat membantu petugas kesehatan dalam mengidentifikasi perubahan-perubahan perilaku sakit pasiennya. Dengan begitu, petugas kesehatan bersama pasien dapat membuat rencana penyembuhan yang efektif. Pada keadaan tertentu, beberapa penyakit bahkan dapat sembuh sendiri tanpa pengobatan. Hal ini dikarenakan sesungguhnya sakit yang dialami lebih dikarenakan faktor sosio-kultur. Bisa pula kesembuhan tanpa pengobatan terjadi jika tubuh penderita dapat menyelesaikan masalahnya sendiri. Daya tahan tubuh yang bagus atau memang secara medis tidak terdapat kelainan bisa menjadi alasannya.

Secara sosial, ketika seseorang sedang sakit atau menderita sakit, maka akan muncul reaksi individu. Fungsi sosial orang sakit adalah sebagai berikut.

- a. Hak untuk mendapatkan bantuan, baik dari keluarga, lingkungan, petugas kesehatan, maupun pemerintah. Dari keluarga bisa berupa support, misalnya membebaskan dari tanggung jawab, mengantarkan ke pelayanan kesehatan, atau membantu kebutuhan dasarnya.
- b. Hak untuk dibebaskan dari tanggung jawab. Hal ini tergantung dari tingkat parahnyanya, dan menular atau tidaknya suatu penyakit.
- c. Wajib berusaha. Hal ini tergantung dari pengetahuan, pengalaman, keuangan dan rekomendasi yang dimiliki penderita sakit.

Sebagai sebuah gangguan, timbulnya sakit atau penyakit sedikit banyak juga berdampak lebih bagi penderitanya. Perubahan perilaku dan emosi penderitanya menjadi salah satu dampak sakit. Setiap individu memiliki reaksi berbeda terhadap sakitnya. Reaksi yang dimunculkan tersebut turut dipengaruhi oleh asal penyakit, sikap penderita dalam menghadapi penyakitnya, serta reaksi orang lain terhadap penyakit penderitanya. Seseorang hanya akan mengalami sedikit perubahan perilaku atau emosi jika penyakit yang dideritanya tergolong ringan, penyembuhannya berjangka waktu singkat, dan tidak mengancam hidupnya.

Berbeda halnya jika penyakit yang diderita termasuk kategori penyakit kronis, dapat mengancam kehidupan penderitanya, dan butuh waktu lama untuk sembuh. Dalam hal ini, penderita bisa saja mengalami perubahan emosi dan perilaku yang sangat drastis, seperti kecemasan, syok, melakukan penolakan, marah, hingga menarik diri dari pergaulannya. Namun semua dampak itu tergolong umum terjadi akibat sakit atau penyakit. Perubahan perilaku dan emosi orang sakit dapat bersifat sementara dan tidak terlihat atau dapat bersifat drastis dan dalam waktu yang lama. Dalam hal ini, peran keluarga dan masyarakat sekitar penderita, termasuk tenaga kesehatan, memegang peran penting untuk mengembalikan perilaku, maupun emosi penderita sakit kembali seperti semula.

Selain itu, dampak sakit dalam citra tubuh untuk beberapa penyakit, dapat pula mengakibatkan perubahan penampilan fisik. Jenis perubahan fisik tersebut bisa berupa kehilangan anggota tubuh atau hilangnya kapasitas adaptasi. Sakit atau penyakit juga bisa berdampak pada konsep diri penderitanya. Konsep diri ialah citra mental seseorang terhadap dirinya sendiri. Hal ini mencakup bagaimana ia melihat kekuatan dan kelemahan pada pribadinya. Konsep diri berperan penting dalam hubungan seseorang dengan orang lain. Penderita sakit yang mengalami perubahan konsep diri, pada akhirnya dapat menimbulkan ketegangan dan konflik, baik dengan keluarga maupun orang lain di sekitarnya.

C. SISTEM MEDIS MODERN DAN MEDIS TRADISIONAL

Istilah sistem medis mencakup keseluruhan dari pengetahuan tentang kesehatan, kepercayaan, keterampilan, dan praktik-praktik dari para anggota tiap kelompok. Istilah ini harus digunakan dalam artian komprehensif, yakni mencakup semua aktivitas klinis maupun non-klinis, pranata-pranata formal dan informal, serta segala aktivitas lain. Betapapun menyimpangnya aktivitas yang dilakukan, asal berpengaruh terhadap derajat kesehatan anggota kelompok dan meningkatkan fungsinya masyarakat secara optimal, maka dapat

disebut sistem medis. Menurut Momon Sudarma (2008), sistem medis ialah sekumpulan bagian yang saling berkaitan secara mutual dan sistematis dalam memberikan layanan kesehatan. Sistem medis biasanya disusun dalam bentuk rancangan kerja, mulai dari perencanaan, metode, alat, atau tata cara dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

Sebagai sebuah sistem, sistem medis merupakan subsistem dari sistem sosial yang lebih luas. Artinya, kehadiran sistem medis ada dalam bingkai sistem sosial dan tidak dapat dipisahkan dari sistem social kemasyarakatan. Dalam konteks ini, sistem medis merupakan salah satu lembaga sosial dengan fungsi untuk memenuhi satu aspek kebutuhan manusia pada umumnya. Pada sistem medis, digunakan tiga alat ukur dalam merinci aspek-aspek di dalamnya. Ketiganya yaitu aspek ontologis (dilihat dari pengertian penyakit), aspek epistemologis (dilihat dari aspek teknik mendapat ilmu medis), dan aspek aksiologis (melihat peran sistem medis dalam kehidupan).

Berbicara mengenai sistem medis modern, sistem ini juga dikenal sebagai sistem medis Barat. Sistem medis modern merupakan sistem medis yang didasarkan pada rasional-empiris. Pakar etnobotani Jean-Francois Sobiecki menjelaskan, asal usul sistem medis Barat adalah pengembangan dari model filsafat Cartesian yang bersifat dualisme. Filsafat Cartesian mengenal manusia sebagai makhluk yang terdiri atas *mind-body*, *spirit-matter*, dan *real-unreal*. Filsafat dualisme Cartesian ini berpengaruh sangat luas terhadap ilmu pengetahuan pada umumnya dan ilmu kedokteran pada khususnya.

Dalam ilmu kedokteran Barat, manusia direduksi menjadi proses biokimiawi yang dapat dianalisis sebagai proses normal atau patologik. Kerangka pikir ini membuat sistem medis modern menganggap kondisi sakit atau penyakit hanya dapat disembuhkan dengan memanipulasi proses-proses patologik menggunakan zat-zat atau obat-obatan. Proses tersebut dilakukan untuk menormalisasikan kondisi yang dianggap ‘salah’. Pendekatan ini disebut pendekatan biomedis dan telah menjadi kekhasan dalam sistem medis modern (Barat). Pada perkembangan selanjutnya, pendekatan biomedis Barat ini berkembang sesuai dengan hasil penelitian dan data-data empiris. Pendekatan ini pun telah berhasil menciptakan kemajuan-kemajuan yang tidak bisa disangkal di bidang ilmu kedokteran.

Dengan sikap atau orientasi konseptual, sistem medis modern bersifat ilmiah, cukup legal dan dapat dipertanggungjawabkan. Dengan kesadaran itu, sistem medis ini menyebut penyakit sebagai suatu keadaan atau kondisi tubuh yang mengalami kerusakan. Karena ada kerusakan, maka timbul rasa sakit sebagai gejala penyakit. Teori timbulnya penyakit dalam sistem medis modern menurut pandangan Daldiyono (Sudarma, 2008) antara lain:

1. Penyakit timbul karena adanya bakteri. Kondisi ini lazim disebut infeksi.

2. Penyakit muncul karena adanya pengaruh perubahan cuaca.
3. Penyakit timbul karena faktor yang ada dalam tubuh manusia, misalnya hipertensi (tekanan darah tinggi) atau diabetes melitus (kencing manis).
4. Penyakit dapat muncul karena adanya kombinasi dari tiga faktor penyebab sebelumnya dalam satu kondisi. Hal ini disebut sebagai trias epidemiologi, yaitu lingkungan, manusia (endogen), dan faktor luar (eksogen).

Berdasarkan pemikiran tersebut dapat disimpulkan bahwa dalam sistem medis, sakit dan sumber penyakit adalah sesuatu hal yang masuk akal (rasional) dan empiris. Cara pengujian dan pemecahan masalahnya dilakukan secara ilmiah, sesuai dengan metode ilmiah dan dapat diuji secara berulang. Upaya untuk mendapat ilmu sistem medis rasional-empiris ini lebih bersifat terbuka. Siapa pun dapat mempelajari ilmu tersebut, sepanjang mau menggunakan akal pikiran dan usaha ilmiahnya terus dilakukan. Peran dokter dan paramedis sangat dihargai terkait dengan kepemilikan pengetahuan yang luas khususnya pengetahuan ilmiah sistem medis ini. Dalam kalangan ilmuwan, ada pula yang memosisikan pengobatan sebagai seni dan ilmu.

Di abad modern ini, sistem medis mulai menunjukkan adanya perkembangan baru. Sistem medis modern pun telah mengembangkan pendekatan holistik dalam medis. Pengembangan pendekatan holistik di dunia medis merupakan respons terhadap terapi-terapi dalam bidang psikologis, pendekatan emosional, dan spiritual. Hal ini ditunjukkan dengan diakuinya empat faktor kesehatan dalam diri manusia oleh WHO. Pada sistem medis modern zaman sekarang juga dikenal adanya layanan kesehatan holistik modern. Layanan kesehatan holistik modern merupakan sebutan terhadap satu sistem pelayanan terpadu dalam memenuhi berbagai kebutuhan individu untuk pemeliharaan dan perbaikan tingkat kesehatannya.

Layanan kesehatan holistik modern dalam arti luas meliputi berbagai pelayanan yang semuanya dilakukan secara menyeluruh. Mulai dari layanan pemeriksaan kesehatan, konsultasi kesehatan, baik fisik, emosional, maupun kejiwaan. Layanan ini juga mencakup perawatan maupun pengobatan penyakit, pemberian nasihat dan anjuran kesehatan, kontrol ulang, serta bimbingan atau tuntunan selama penyakit yang diderita belum sembuh. Semua itu dilakukan secara terpadu oleh tenaga praktisi terlatih. Dalam melakukan pemeriksaan kesehatan menyeluruh, layanan ini menggunakan berbagai metode yang mengacu pada ilmu pengetahuan kesehatan dengan benar.

Praktik kesehatan sebenarnya bukan hal baru. Sejak zaman manusia purba, praktik kesehatan sudah dilakukan. Praktik-praktik kesehatan itu lah yang kemudian dikenal dengan istilah sistem medis tradisional. Meski telah ada sejak dulu, sistem medis tradisional masih

sering dilakukan sampai saat ini. Ini karena sistem medis tradisional bersumber dari pengetahuan budaya yang sifatnya turun-temurun. Bagi kalangan ilmuwan sosial, sistem medis tradisional ikut diposisikan sebagai subsistem dari antropologi kesehatan. Sistem medis tradisional menjadi salah satu pengobatan alternatif yang turut tumbuh dan berkembang di masyarakat. Pada sistem ini, peran teknologi juga difungsikan agar mampu mengikuti perkembangan zaman, meski dengan cara yang lebih sederhana.

Menurut Jean-Francois Sobiecki, sistem pengobatan tradisional (*traditional healing systems*) cenderung dikembangkan dari sumber sistem kepercayaan spiritual atau agama (*spiritual or religious belief systems*). Lebih jauhnya lagi sistem medis tradisional berkembangnya dari sistem kepercayaan animisme atau kepercayaan tradisional yang lainnya, termasuk dalam hal keagamaan. Dengan kategorisasi tersebut, perbedaan antara sistem medis modern dengan tradisional dapat dilihat dari aspek sifat keilmuan, aspek teknologi, dan aspek sifat praktik pelaku.

Pada aspek sifat keilmuan, sistem medis modern lebih bersifat empiris, diperoleh dari hasil pembelajaran dan bersifat terbuka, ada sertifikasi formal bagi yang mempelajarinya, dan percaya pada rasio dan teknologi. Sifat keilmuan sistem medis tradisional lebih spiritual, magis, irasional, diperoleh dengan proses pewarisan dan pelatihan, orang yang menguasainya dibuktikan dengan pengakuan, serta percaya pada 'kekuatan supranatural'. Untuk aspek teknologi, sistem medis modern mengalami industrialisasi, sedangkan sistem medis tradisional lebih sederhana. Pada aspek sifat praktik pelakunya, sistem medis modern mengenal spesialisasi (dokter spesialis), melalui tahap seleksi dan pendidikan formal, serta memperoleh kompensasi material. Sementara sifat praktik pelaku sistem medis tradisional lebih pada seorang pelaku yang bisa mengobati banyak hal, berdasarkan seleksi sosial, dan memperoleh kompensasi sosial, moral, juga material (Sudarma, 2008).

Dari sinilah, peran dari para pengobat tradisional mulai tampak. Mereka tidak pernah mempelajari ilmu pengobatan berdasarkan asas-asas dualisme Cartesian. Bagi mereka manusia merupakan satu kesatuan menyeluruh (mikrokosmos) yang mempunyai hubungan timbal-balik dengan alam sekitarnya atau alam supernatural (makrokosmos). Alam sekitarnya dapat berupa alam fisik yang dapat dijadikan obat-obatan, dan dapat pula berupa alam kultural dengan adat-istiadat, kebiasaan, dan norma-norma hidup masyarakat. Alam itu dapat pula berupa alam supernatural yang mempengaruhi persepsi masyarakat maupun perorangan tentang asal mula manusia dengan segala ikhwil agama dan kepercayaan tentang sehat dan sakit. Berdasarkan orientasi filsafat holistik inilah, para pengobat tradisional melakukan upaya penyembuhannya.

D. PROFESIONALISME KESEHATAN DAN PELAYANAN KESEHATAN

Kesehatan merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia selain pangan, pemukiman, dan pendidikan, karena hanya dalam keadaan sehat manusia dapat hidup, tumbuh, dan berkarya lebih baik. Untuk itu, pembangunan nasional Indonesia menjadikan kesehatan sebagai salah satu prioritas ekonomi utama. Pada masyarakat di seluruh dunia, upaya mencapai derajat kesehatan optimal merupakan upaya terpenting. Di sektor kesehatan, kesadaran dan kemampuan setiap individu untuk hidup sehat merupakan faktor utama mewujudkan masyarakat dengan derajat kesehatan optimal. Karenanya, seluruh pihak dalam sektor kesehatan dituntut menjalankan perannya secara profesional.

Dalam berbagai penjelasan mengenai profesi kedokteran dan praktik kesehatan, termasuk mengenai perawatan, konsep profesi mencakup isi, klien, organisasi, dan pengawasan. Suatu profesi dipastikan berlandaskan suatu kumpulan tentang pengetahuan terspesialisasi yang tidak mudah diperoleh dan praktik para ahlinya memenuhi kebutuhan atau melayani para klien. Para profesional menekankan pada pemusatan pengetahuan teoretis dan penelitian sebagai kelanjutannya untuk menambah pengetahuan. Hal itu dilakukan pula pada profesi praktik kesehatan. Para profesional sektor kesehatan lantas pula mempertahankan kontrol atas bidang mereka. Mereka bekerjasama meningkatkan kemampuan dan kepentingan bersama, mempertahankan monopoli atas pengetahuan mereka, dan melindungi diri terhadap serangan dari pihak lain. Para profesional kesehatan juga turut menetapkan syarat-syarat masuk ke profesi, serta mengawasi keahlian dan etika para anggotanya.

Secara umum keprofesionalan di bidang kesehatan atau pengobatan dapat dibagi dua, yakni dokter dan perawatan. Profesionalisme kedokteran dicapai melalui pendidikan panjang yang dapat dilatarbelakangi oleh dua pendekatan pokok, yakni psikologi dan sosiologi. Fox (dalam Foster dan Anderson, 2009) mengemukakan bahwa bidang kesehatan mengekspresikan perspektif tentang kedokteran yang bersifat interpersonal, moral dan kemasyarakatan. Profesi dokter juga terlibat secara aktif pada tujuan-tujuan kemanusiaan dan sosial, termasuk perbaikan dalam kualitas hidup masyarakat.

Prinsip kesehatan dan perawat kesehatan merupakan hak-hak fundamental tiap individu dan harus didistribusikan seadil mungkin. Hal itu pun mendasari keterikatan pada ilmu kedokteran dan peranan dokter. Profesi dokter harus merawat aspek-aspek psikologis, sosial, maupun fisik dari penyakit pasiennya. Ia harus menaruh perhatian lebih pada kesehatan masyarakat dan mengambil inisiatif dalam menangani beberapa faktor dalam masyarakat yang berpengaruh buruk terhadap kesehatan. Profesi dokter pun ikut bertanggung jawab

menjaga sistem perawatan kesehatan agar berfungsi secara optimal dalam mempertahankan dan memulihkan kesehatan.

Sementara, profesionalisme perawatan dinilai sedang mengalami revolusi yang tidak pernah terpikirkan di masa sebelumnya. Para perawat kini sudah lebih berpendidikan, sehingga mereka lebih menaruh perhatian terhadap peranan-peranan profesional mereka. Mereka pun terus berusaha sekuat tenaga mencari keprofesionalan yang lebih besar dalam memberikan perawatan kesehatan, serta mencapai pengakuan dan status dari peranan tersebut. Perubahan itu sebagian besar merupakan konsekuensi wajar dari dunia pendidikan yang juga semakin baik. Tidak heran jika orang yang menggeluti profesi perawatan memiliki keinginan untuk mencapai karir lebih tinggi.

Menurut Kenneth D. Benne dan Warren Bennis (dalam Foster dan Anderson, 2009), terdapat tiga 'dilema' dalam profesionalisme perawatan dan telah memperoleh perhatian besar dalam ilmu perilaku, yakni:

1. Peranan perawat

Citra tradisional awam mengenai peranan perawat dengan kemampuan profesionalnya yang ideal adalah menolong, mengatur orang sakit, menenangkan pasien, hingga meningkatkan proses penyembuhan. Kemungkinan besar para perawat telah memenuhi peranan tersebut di masa lalu. Namun dalam konteks rumah sakit modern, masa tersebut telah lewat. Perawat profesional kini tidak hanya melakukan aktivitas profesionalisme di sisi tempat tidur pasien. Para perawat profesional sudah banyak yang menggunakan keterampilannya pada bidang supervisi dan posisi manajerial. Namun, stereotip tentang perawatan pasien yang dikenal masyarakat sejak dulu, masih terus melekat pada profesi perawat sampai saat ini. Hal itu menyebabkan para perawat yang tidak bekerja di sisi tempat tidur (terutama para administrator dan pendidik) harus membuktikan aktivitas mereka demi keuntungan utama para pasien.

2. Hubungan perawat dan dokter

Konflik dan ketegangan antara perawat dan dokter dinilai paling banyak terjadi. Hal itu terjadi karena adanya kenyataan bahwa dokter adalah 'otokrat terakhir'. Tak sedikit masyarakat yang mendefinisikan peranan perawat hanya sebagai bawahan dokter. Namun kenyataannya tidak demikian karena peranan perawat justru menjadi pelengkap aktivitas kesehatan. Perawat berperan mengamati pasien dan menyampaikan semua detail pasien kepada dokter. Karenanya, dokter yang mempunyai kepercayaan terhadap perawatnya akan merasa mempunyai rekan penting dalam mendorong kesembuhan pasien.

3. Dorongan ke arah profesionalisasi

Profesi perawatan sempat mendapat kesangsian sebagai sebuah profesi. Hal itu muncul karena perawat tidak memiliki otonomi bertindak yang dianggap sebagai karakteristik dari suatu profesi. Karena kebanyakan dari mereka telah bekerja di bawah pengawasan dokter dan rumah sakit, sesuai dengan peraturan pranata tersebut. Padahal, profesi perawatan dapat dianalisis dalam kerangka variabel-variabel yang juga digunakan untuk menganalisis profesi lain. Namun ada satu variabel yakni jenis kelamin, yang sempat membuat profesi perawatan mendapat stereotip tidak menyenangkan. Stereotip itu menempatkan profesi perawatan identik dengan perempuan. Namun kini stereotip tersebut perlahan mulai ditinggalkan. Profesi perawatan pun telah didorong menuju profesionalisme dan usaha untuk meningkatkan status profesi.

Para petugas kesehatan, baik dokter maupun perawat tentu memiliki peran dalam memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat. Perawatan kesehatan di tingkat masyarakat pun dilakukan mulai lingkup tersempit sampai terluas. Pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang populer di Indonesia misalnya Puskesmas dan rumah sakit. Untuk menggali masalah kesehatan dan keperawatan di masyarakat diperlukan beragam informasi. Bisa berupa informasi tentang kejadian dan kondisi lingkungan, sosial ekonomi, kebudayaan, perilaku masyarakat, serta kesehatan masyarakat yang berkaitan dengan insidensi dan prevalensi penyakit, dan sebagainya. Agar pelaksanaan praktik perawatan kesehatan masyarakat berhasil dan berdaya guna, diperlukan berbagai strategi. Strategi yang dijalankan terutama menyangkut tenaga, pengelolaan, dan partisipasi masyarakat secara aktif. Beberapa contoh strategi yang bisa dilakukan guna memaksimalkan pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut.

- a Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan tenaga pengelola dan pelaksana perawatan kesehatan masyarakat diberbagai tingkat pelayanan melalui pendidikan dan pelatihan.
- b Meningkatkan kemampuan manajemen pengelola dan pelaksana, sehingga dapat mencapai hasil secara optimal.
- c Meningkatkan kerjasama lintas program dan lintas sektoral diantara instansi terkait dengan program perawatan kesehatan masyarakat.
- d Membantu masyarakat sejak tahap identifikasi masalah kesehatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi, melalui pendidikan dan pelatihan kader kesehatan, bimbingan teknis lapangan, maupun pelayanan kesehatan dasar.

- e Pembinaan keluarga atau masyarakat yang rawan terhadap masalah kesehatan (Effendy, 2016).

Pelayanan kesehatan di Indonesia tidak hanya dilaksanakan oleh pemerintah, tapi juga oleh lembaga swasta bahkan oleh masyarakat itu sendiri. Pelayanan kesehatan dapat dilaksanakan oleh pelayanan yang mempergunakan metode kedokteran modern dan metode pengobatan tradisional. Dalam memilih dan mencari pelayanan kesehatan, masyarakat mempunyai otoritas sendiri. Jika dilihat dari konsep perilaku masyarakat, menurut J. Young (Ratna, 2013) terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi masyarakat saat memilih pelayanan kesehatan. Hal-hal tersebut adalah sebagai berikut.

1. Daya tarik (*grafity*)

Saat ini, informasi tentang pusat penyembuhan penyakit, baik modern maupun tradisional dapat dikemas sedemikian rupa agar menarik. Informasi pelayanan kesehatan yang dulu dikemas seperti iklan produk, kini dianggap kurang etis. Terkadang masyarakat terkecoh oleh informasi dan tampilan menarik tentang sebuah pelayanan kesehatan. Namun, secara kualitas kondisi pelayanan kesehatan yang sebenarnya tidak sama dengan promosi yang ditampilkan. Ditambah lagi informasi teknologi canggih yang digunakan, seolah mampu menghipnotis masyarakat bahwa suatu pelayanan kesehatan berkualitas baik. Padahal alat-alat modern tidak terlalu berdampak signifikan dalam menegakkan diagnosis maupun implementasi layanan kesehatan.

2. Pengetahuan (*home remedy*)

Keputusan seseorang memilih pusat layanan kesehatan, sering kali didasarkan pada pengetahuannya tentang kualitas pelayanan yang ada. Terkadang, pengetahuan tersebut didapat dari rekomendasi orang terdekat. Dalam istilah bisnis di Jawa, kondisi ini disebut *gethok tular*. Dari segi ekonomi, cara ini paling sederhana, tetapi ampuh dan murah.

3. Kepercayaan (*faith*)

Hampir sama dengan faktor pengetahuan, faktor kepercayaan dalam memilih layanan kesehatan biasanya karena pengalaman pribadi. Bisa pula karena adanya tokoh yang dipercaya sebagai orang pada sebuah pelayanan kesehatan. Misalnya, tenaga medisnya adalah orang yang kemampuannya sudah terkenal.

4. Kemudahan (*accessibility*)

Dalam arti fisik, faktor ini berarti letak layanan kesehatan mudah dijangkau. Bisa karena jaraknya yang dekat dengan tempat tinggal, atau mudah dicari.

5. Sosial ekonomi

Faktor ini sering dijadikan pertimbangan bagi masyarakat di negara berkembang. Biasanya karena murah atau gratis, sebuah layanan kesehatan ramai didatangi. Misalnya dukun beranak, pengobat alternatif, juru supit, atau praktik perawat di desa (Ratna, 2013).

Bila dilihat dari prospek perawatan kesehatan masyarakat, masa depan pelayanan kesehatan masyarakat cenderung semakin dibutuhkan dan akan berkembang pesat. Oleh karena itu, perawatan kesehatan masyarakat menjadi subsistem khususnya bagi keperawatan dan sistem kesehatan pada umumnya. Berkaitan dengan itu pula, peranan perawatan kesehatan masyarakat lebih dibutuhkan keikutsertaannya dalam mengatasi berbagai masalah kesehatan. Untuk itu perawatan kesehatan masyarakat dituntut mampu selalu mengikuti perubahan dalam masyarakat secara keseluruhan. Beberapa perubahan masyarakat yang mempengaruhi perkembangan pelayanan kesehatan antara lain:

1. Pesatnya pertumbuhan penduduk mengakibatkan perubahan-perubahan gambaran penduduk, diantaranya komposisi umur, penyebaran penduduk, dan kepadatan penduduk di suatu wilayah.
2. Perubahan pola penyakit atau terjadinya transisi penyakit. Misalnya, perubahan dari penyakit menular ke penyakit degeneratif seperti jantung, kanker, strok, depresi mental dan kecemasan. Perubahan pola penyakit bisa pula karena peningkatan kecelakaan, alkoholisme, dan penyalahgunaan narkotika.
3. Pesatnya perkembangan industrialisasi serta perubahan kondisi sosial. Hal itu menyebabkan perubahan-perubahan sikap, nilai, gaya hidup, kondisi lingkungan, kelompok-kelompok masyarakat, dan sebagainya.
4. Meningkatnya pengetahuan masyarakat sebagai penerima pelayanan kesehatan. Hal itu membuat harapan terhadap mutu pelayanan keperawatan dan kesehatan ikut meningkat. Selain itu, terjadi pula perubahan konsep kesehatan dari kebebasan penyakit menjadi kondisi individu dengan kemampuan hidup sehat dan produktivitas tinggi.
5. Meningkatnya ilmu pengetahuan ilmiah, biomedis, dan teknologi medis atau keperawatan yang dinilai mampu membawa perbaikan metode untuk mengatasi penyakit.
6. Berkembangnya tim kesehatan dengan meningkatnya keahlian tenaga kesehatan dan keperawatan, dan munculnya berbagai kategori baru tenaga kesehatan.

7. Masyarakat menjadi rekan kerja aktif dalam dalam pelayanan kesehatan masyarakat.

Hal ini tampak pada banyaknya pelayanan kesehatan yang dilaksanakan di luar rumah sakit, seperti rehabilitasi kesehatan mental.

Dilihat dari berbagai perubahan tersebut, peranan perawat semakin besar melalui intervensi perawatan kesehatan masyarakat di berbagai tingkat pelayanan. Dengan demikian, peranan perawat kesehatan masyarakat untuk masa kini dan masa akan datang semakin penting dalam meningkatkan kesehatan masyarakat.