

BUDAYA DAN KESEHATAN (Suatu Tinjauan Psikologi)

CULTURE AND HEALTH

Mariana Dinah. Ch. Lerik

Jurusan Pendidikan Kesehatan Dan Ilmu Perilaku (PKIP)

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Undana

ABSTRACT

Culture is one of the factors that affect ones' health. The writer reviews about the difference of culture in identifying health, social-cultural effect at psychology disorder and abnormal behavior, the effect of socio-cultural on phisycal health and medication process of disease, culture difference in healing disease, cultural difference in psycoterapy and psychological measurement.

Key words: *health, culture, psychology disorder, abnormal behavior, psycoterapy and psychological measurement.*

PENDAHULUAN

Upaya guna pencegahan dan pnyembuhan penyakit dipengaruhi oleh budaya yang memainkan peran penting dalam etiologi, pengaturan, dan pemberantasan penyakit yang meningkat dengan cepat. Upaya tersebut mungkin sama dalam berbagai budaya, tetapi dalam mendefinisikan "sehat" atau "matang" ditemukan perbedaan budaya (Tseng & McDermont, dalam Matzumoto, 1996).

Perbedaan budaya juga nampak dalam persepsi permasalahan, dan pemilihan strategi untuk mengatasi masalah kesehatan. Tugas ini menjadi lebih sulit karena kepercayaan budaya dan praktek turut mempengaruhi *treatment*, dan hal tersebut membatasi definisi terapis dan klien serta pemahaman masalahnya (Berry, dkk, 1992). Pendekatan tradisional untuk *treatment* perilaku abnormal mungkin memberikan hasil atau menghambat ketika diterapkan secara lintas budaya.

Perbedaan Budaya dalam Mendefinisikan Kesehatan

Pandangan tentang kesehatan di Amerika Serikat sangat dipengaruhi model medis kesehatan dan penyakit. Model ini beranggapan bahwa penyakit adalah hasil dari penyebab khusus dan dapat diidentifikasi dalam tubuh. Penyebab itu bisa saja infeksi virus, atau bakteri yang disebut penyebab penyakit, dan dianggap sebagai akar semua penyakit fisik dan medis. Misalkan penyakit jantung dihubungkan dengan penyebab penyakit tertentu khususnya penumpukan lemak dan kolesterol.

Model medis penyakit ini juga sangat berpengaruh terhadap pandangan psikologi tentang perilaku abnormal dan psikopatologi. Pendekatan psikologi tradisional beranggapan bahwa perilaku abnormal bersumber dari dalam diri seseorang. Hal ini mungkin berasal dari rasa kurang puas, atau kepuasan dasar yang berlebihan, proses secara instinktual (menurut teori psikoanalitik Freudian)

atau dari respon yang dipelajari (menurut teori kondisioning klasik dan operan).

Pengaruh model medis kesehatan tradisional dalam pengobatan juga terjadi pada pendekatan treatment dalam psikologi. Bila penyebab penyakit ada dalam tubuh seseorang, maka penyebab penyakit itulah yang harus diberantas ketika memberantas penyakit itu. Jadi, berdasarkan model medis tradisional ini maka sehat di ciri-cirikan sebagai tidak ada penyakit.

Pandangan orang Cina dan Yunani berbeda dengan pandangan di atas. Mereka memandang kesehatan tidak hanya sebagai tak adanya kondisi negatif tetapi juga sebagai adanya kondisi positif. Keseimbangan antara alam, pribadi seseorang dan sejumlah peran individu dalam hidup dianggap sebagai bagian integral dari kesehatan pada kebanyakan budaya Asia. Keseimbangan ini dapat menciptakan kondisi positif atau suatu sinergi dari pribadi seseorang, alam, dan lain-lain yang disebut sehat. Pandangan alternatif tentang sehat adalah gabungan keadaan positif sehingga tidak ada kondisi negatif, hal ini menjadi amat penting dalam banyak budaya Asia.

Gabungan keseimbangan sebagai kondisi sehat sudah tidak asing lagi di Amerika Serikat saat ini. Pada dekade belakangan ini, muncul peningkatan kekecewaan dalam mendefinisikan kesehatan semata-mata hanya sebagai tidak adanya penyakit. Sekarang, berkembang pandangan bahwa faktor gaya hidup dapat memberikan sumbangan bukan hanya pada tak adanya kondisi negatif tetapi juga pada kondisi positif. Pengobatan bioperilaku dan psikologi kesehatan yang mewakili perawatan kesehatan dan respon akademik bagi pertumbuhan kebutuhan untuk upaya pencarian dan penetapan definisi kesehatan yang berbeda dari model medis tradisional. Disebutkan oleh Feist & Brannon (dalam

Matsumoto, 1996) bahwa kebanyakan penyebab kasus kematian secara langsung dan tidak langsung berhubungan dengan gaya hidup dan perilaku tidak sehat. Temuan ini memberikan kontribusi besar bagi pemahaman tentang pengaruh perilaku pada kesehatan. Perilaku dipengaruhi oleh budaya, jadi perlu peningkatan kesadaran akan adanya hubungan antara kesehatan, gaya hidup, dan perilaku serta mencari cara yang lebih baik untuk memahami pengaruh sosial budaya pada kesehatan dan penyakit.

Pengaruh Sosial Budaya pada Kesehatan Fisik dan Proses Pengobatan Penyakit

Pengaruh faktor sosial budaya pada proses penyakit adalah salah satu bidang yang menarik untuk diteliti saat ini. Ahli-ahli kesehatan telah lama tertarik pada hubungan dekat antara kesehatan fisik dan kesehatan mental. Misalkan studi Rossenman, dkk (1975) yang menghubungkan pola kepribadian tipe A dengan penyakit jantung. Ahli-ahli kesehatan dan praktisi kesehatan juga telah lama tertarik pada kontribusi faktor sosial budaya pada kesehatan. Sayangnya, studi tentang ini sejak dulu dihindari, mungkinkah karena ketidaktahuan dalam cara meneliti budaya ?

Studi Berkman and Syme (1979) merupakan studi pertama yang menunjukkan pentingnya peran faktor sosial budaya dalam merawat kesehatan fisik. Studi ini amat penting, karena telah meruntuhkan anggapan umum bahwa penyakit fisik tak berhubungan dengan faktor sosial budaya dan psikologis juga sebaliknya. Tentu saja hal ini juga menyumbangkan kombinasi faktor psikologis pada proses penyakit fisik. Perubahan dalam gaya hidup seperti merokok, olahraga, dan konsumsi alkohol nampaknya merupakan respon pada peningkatan kesadaran dan pemahaman terhadap

hubungan kompleks dalam budaya, psikologi dan proses medis.

a. Isolasi sosial dan angka kematian

Proses penyakit fisik berakhir pada kematian. Studi awal Berkman & Syme (1979) menemukan efek potensi negatif dari isolasi sosial dan kerugian sosial pada kesehatan dan penyakit. Peneliti mewawancarai hampir 7000 orang untuk mengungkap tingkat kontak sosialnya. Data final yang masuk dalam studi ini 4725 orang, sisanya drop. Setelah pengukuran lewat interview awal tersebut, dilakukan monitor kematian selama sembilan tahun berikutnya. Hasilnya jelas untuk laki-laki dan perempuan: angka kematian tertinggi pada orang yang mempunyai sedikit hubungan sosial, dan angka kematian rendah pada orang yang mempunyai banyak hubungan sosial. Temuan ini valid meskipun faktor-faktor lain disertakan secara statistik dan dikontrol secara metodologi, termasuk level kesehatan fisik yang dilaporkan pada awal kuestioner, tahun kematian, status sosial-ekonomi, dan sejumlah perilaku sehat lainnya (seperti merokok dan konsumsi alkohol).

b. Penyakit jantung

Penyakit jantung mendapatkan perhatian dari peneliti yang tertarik pada pengaruh sosial budaya dan psikologis pada penyakit. Beberapa tahun terakhir ini, peneliti-peneliti menguji bagaimana faktor psikologis dan sosial mempengaruhi perkembangan dan treatment terhadap penyakit ini. Peneliti telah mengidentifikasi sejumlah faktor psikologis dan perilaku yang nampaknya berpengaruh pada penyakit jantung. Faktor-faktor yang paling terkenal adalah kepribadian tipe A (lawan tipe B) dan pengaruhnya pada serangan jantung.

Selain dari faktor kepribadian, faktor sosial dan budaya juga

mempengaruhi penyakit jantung. Marmot dan Syme (dalam Matsumoto, 1996), meneliti orang Jepang–Amerika, mengklasifikasikan 3809 subjek dalam kelompok berdasarkan kebiasaan menerapkan budaya Jepang (seperti bicara bahasa Jepang dirumah, menerapkan nilai-nilai dan perilaku tradisional Jepang dan lain sebagainya). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa grup orang Jepang Amerika yang lebih tradisional mengalami angka serangan jantung yang rendah dibandingkan dengan orang Jepang yang tinggal di Jepang. Grup yang kurang tradisional mengalami sedikitnya 3-5 kali lebih banyak serangan penyakit tersebut. Lebih lanjut, perbedaan antara grup-grup itu tidak dapat digeneralisir pada faktor resiko penyakit jantung lainnya.

Triandis, dkk (dalam Matsumoto, 1996) memakai temuan tersebut lebih lanjut, dengan menggunakan dimensi budaya individualis dan kolektivisme dan menguji hubungannya dengan serangan jantung pada 8 grup budaya lainnya. Orang putih Amerika, yang paling individualis dari ke-8 grup budaya yang diperbandingkan itu mempunyai angka serangan jantung yang tertinggi; biarawan kulit putih yang paling kurang individualistisnya mempunyai angka yang terendah. Studi ini tentu saja tidak menyertakan variabel sebanyak-banyaknya untuk diperbandingkan seperti (industrialisasi, gaya hidup, status ekonomi dan lain-lain). Meskipun demikian, Triandis menyarankan bahwa dukungan sosial atau isolasi sosial adalah faktor terpenting dalam menjelaskan hubungan ini, yang sejalan dengan temuan di studi awal pada isolasi sosial yang disebutkan di atas. Jadi, sumbangan budaya pada kesehatan fisik semakin jelas sekarang daripada dahulu. Penelitian-penelitian selanjutnya akan menjelaskan bagaimana dan mengapa terdapat hubungan ini.

Pengaruh Sosial Budaya pada Gangguan Psikologis & Perilaku Abnormal

Salah satu pertanyaan penting lintas budaya adalah menguji peran budaya dalam pema-haman, pengukuran, dan treatment perilaku abnormal. Beberapa tema utama yang menuntun studi psikologi adalah : (i) apakah definisi perilaku abnormal ? (ii) bagaimana perilaku yang disebut abnormal dan bagaimana kemampuan yang diperlukan untuk mengukur perilaku abnormal ? (iii) bagaimana memberikan treatment pada perilaku abnormal ?

Mendefinisikan Abnormalitas

Pandangan tradisional. Ahli-ahli psikologi biasanya memakai satu dari beberapa pendekatan untuk menentukan abnormalitas perilaku. Salah satu cara untuk mendefinisikan abnormalitas adalah dengan menggunakan pendekatan statistik, penerapan kriteria hambatan atau penyimpangan dan stress subjective. Contoh pendekatan statistik adalah melihat seberapa sering perilaku itu muncul dalam masyarakat, bila tidak sering maka dianggap abnormal. Contoh penerapan kriteria adalah menghubungkan perilaku dengan peran dan norma yang berlaku dalam masyarakat. Contoh stress subjective adalah kerentanan seseorang dalam mengatasi stress yang mungkin saja juga dipengaruhi perlakuan orang lain disekitarnya.

Pendekatan tradisional ini mempunyai kelemahan dan juga kelebihan dalam penentuan perilaku abnormal. Hal ini menjadi lebih rumit bila ditambahkan dengan pertimbangan budaya. Definisi tentang abnormalitas sangat bervariasi di dalam suatu budaya tertentu dan di antara budaya-budaya lainnya.

Pandangan Lintas Budaya tentang abnormalitas.

Definisi tradisional tidak memuaskan bagi beberapa ahli psikologi lintas budaya, yang berpendapat bahwa perilaku abnormal hanya dapat diidentivikasi dengan baik bila menyertakan konteks budaya. Pandangan ini menyarankan penerapan prinsip relativisme budaya pada abnormalitas. Misalkan, seorang wanita yang berteriak dan mengatakan sedang berbicara dengan hewan yang tidak kelihatan, dalam budaya Amerika maka si wanita itu dianggap mengalami gangguan jiwa tetapi dalam budaya perayaan *shamanistic* si wanita itu dianggap sedang melayani sebagai dukun. Budaya yang percaya pada intervensi supra-natural bisa dengan jelas membedakan ketika kondisi trans dan bicara dengan roh-roh adalah bagian yang dapat diterima dari perilaku dukun dan disisi yang sama dapat melihat hal itu sebagai tanda gangguan. Misalkan dalam beberapa budaya seperti Yaruba di Afrika (Prince,1968) dan beberapa suku Eskimo di Alaska.

Beberapa perilaku, khususnya yang berhubungan dengan psikosis (delusi dan halusinasi) secara universal dikenali sebagai abnormal. Meskipun demikian, beberapa peneliti (Kleinman, 1982; Marsella, 1993) berpendapat bahwa abnormalitas dan normalitas adalah konsep yang ditentukan oleh budaya. Ahli-ahli ini menekankan pada fakta bahwa ada perbedaan budaya dalam *beliefs* tentang perilaku abnormal.

Laporan daya lentur terhadap distress subjektif untuk mendefinisikan perilaku abnormal juga problematik ketika mempertimbangkan abnormalitas secara lintas budaya. Ada beberapa indikasi bahwa budaya dapat dikelompokkan dalam tingkatan distress yang dilaporkan dialami bila dihubungkan dengan gangguan psikologis. Kleinman (1982) melaporkan penelitian yang

menunjukkan indikasi depresi pada orang Cina dan Afrika bahwa mereka lebih sedikit mengalami rasa bersalah dan malu daripada orang Eropa-Amerika. Orang Cina dan Afrika melaporkan lebih banyak keluhan somatik. Beberapa grup budaya lainnya mungkin mempunyai nilai tertentu yang melarang bila melaporkan distress subjektif, sebaliknya bagi orang barat menganggap penting adanya self-disclosure (Tseng dan Hsu, 1970).

Definisi abnormal secara relatif budaya terus menjadi bahan perdebatan dalam psikologi. Hal tersebut akan nampak ketika mempertimbangkan ekspresi abnormalitas secara lintas budaya menjadi lebih baik (Szasz, 1960).

Schizophrenia. Schizophrenia adalah bagian dari kelompok gangguan psikotik dengan ciri-ciri adanya distorsi terhadap realita, menarik diri dari interaksi sosial; dan disorganisasi persepsi, pikiran dan emosi. Beberapa teori mengajukan etiologi schizophrenia karena faktor biologi (Davis, dkk., 1991) misalkan adanya dopamine dan ketidakseimbangan biokimia. Teori lainnya menekankan dinamika keluarga (misalkan ekspresi kemarahan pada subjek yang sakit). Model diatesis-stress schizophrenia menekankan bahwa individu dengan predisposisi biologis pada gangguan (diathesis) mungkin mengembangkan gangguan diikuti oleh stimulus dari stressor lingkungan (Chua dan McKeena, 1995).

WHO menjadi sponsor untuk pilot studi internasional bagi Schizophrenia pada tahun 1973, 1979, dan 1981 untuk membandingkan prevalensi dan penyebab gangguan itu pada beberapa negara : Colombia, Czechoslovakia, Denmark, England, India, Nigeria, Uni Sofyet, Taiwan dan Amerika Serikat. Psikiater di setiap negara tersebut dilatih penggunaan alat pengukur dan harus mendapatkan

reliabilitas yang baik dalam mendiagnosis schizophrenia pasien untuk dapat diikuti sertakan dalam studi itu. Jadi, peneliti WHO dapat mengidentifikasi sejumlah simptom yang muncul secara lintas budaya pada sampel schizophrenia. Simtom-simtom ini termasuk kehilangan kesadaran, halusinasi auditori dan verbal, dan kerangka ide (pusat perhatian hanya pada satu hal saja). Studi WHO ini dilakukan secara luas untuk mendapatkan argumentasi penyangga bagi universalitas schizophrenia. Hasilnya mengejutkan peneliti, dimana penyebab penyakit pasien lebih mudah ditemukan pada negara berkembang (India, Colombia, dan Nigeria) dibandingkan dengan pasien di negara industri tinggi (Inggris, Uni Sovyet, dan Amerika Serikat). Perbedaan ini disebabkan oleh faktor budaya seperti kehadiran teman sekerja, dan kecendrungan untuk kembali bekerja di negara berkembang.

Peneliti juga menemukan perbedaan ekspresi simptom secara lintas budaya. Pasien di Amerika Serikat kurang menunjukkan simptom kehilangan *insight* dan *halusinasi auditori* dari pada pasien di Denmark dan Nigeria. Temuan ini mungkin berhubungan dengan perbedaan nilai-nilai yang dihubungkan dengan *insight* dan *self-awareness*, dimana nilai-nilai itu dihargai di Amerika Serikat tetapi diabaikan di negara lain. Juga mungkin ada toleransi bagi beberapa simptom khusus : budaya Nigeria lebih dapat menerima adanya halusinasi suara. Pasien Nigerai dan Denmark seringkali menunjukkan katatonik.

Perbandingan lintas budaya lainnya yang dilakukan oleh Leff dan Murphy (dalam Matsumoto, 1996) menemukan bukti perbedaan budaya dalam jumlah penderita. Murphy menemukan penderita schizophrenia 4x lebih banyak di Irlandia dibandingkan dengan Inggris dan

Wales, mungkin karena adanya budaya Skotlandia seperti humor yang tajam dan ambivalensi pada individualiti yang menjadi penyebabnya.

Studi schizophrenia saat ini menguji teori ekspresi emosi--komunikasi keluarga yang kejam dan terlalu mencampuri penderita---meningkatkan resiko kambuh. Teori ekspresi emosi ini penting karena menekankan interaksi sosial mempengaruhi munculnya schizophrenia. Interaksi ini sebaliknya juga dipengaruhi oleh nilai-nilai budaya. Penelitian Mintz, Mintz & Goldstein (dalam Matsumoto, 1996) menemukan bahwa teori ekspresi emosi meramalkan kekambuhan pada masyarakat Barat. Kleinman (1982) malahan menemukan kesulitan untuk menerapkan teori ekspresi emosi ini di negara lain, khususnya budaya dengan lebih banyak komunikasi non verbal.

Laporan tentang perbedaan budaya dalam diagnosa juga menimbulkan pertanyaan tentang validitas teknik pengukuran yang digunakan dalam perbandingan lintas budaya pada penderita schizophrenia dan gangguan lainnya (Kleinman, 1982).

Leff dalam Matsumoto (1996) menganalisis data awal WHO, menemukan bahwa psikiater Amerika sering membuat diagnosa schizophrenia dari pada psikiater di Inggris, dan kurang suka mendiagnosa depresi. Abemimpe; Thomas & Sillen dalam Matsumoto (1996) mencatat bahwa orang Afrika-Amerika dibandingkan dengan Eropa-Amerika lebih suka menerima diagnosa schizophrenia daripada depresi, meskipun simptom yang muncul sama. *Bias rasial* mungkin perlu diperhitungkan untuk beberapa pola yang berbeda dan juga penting perbedaan budaya dalam ekspresi simptom .

Depresi. Perasaan depresi sering dialami sebagai kesedihan, atau kesuraman dalam hidup. Perasaan ini

dapat muncul sebagai respon terhadap anggota keluarga yang meninggal, putusnya sebuah hubungan, gagal mencapai tujuan, dan lain sebagainya. Sue, Sue, & Sue (dalam Matsumoto, 1996) menyebutkan bahwa gangguan depresi melibatkan simptom-simptom seperti kesedihan yang dalam, perasaan tak berharga dan hampa dan menarik diri dari orang lain.

Depresi seringkali ditandai dengan perubahan fisik (misalkan gangguan tidur dan gangguan makan) seperti juga perubahan emosional dan perilaku (Berry dkk, 1992). Seperti schizophrenia, depresi adalah salah satu gangguan psikologis yang umum di Amerika Serikat. Myers, dkk menemukan bahwa 3% dan 7% pria dan wanita dewasa mengalami gangguan depresi selama minimal 6 bulan. Prevalensi depresi selama hidup juga tinggi, kadang mencapai 26% pada wanita dan 12% pada pria (Sue, dkk., 1990). Juga ada bukti bahwa angka insiden depresi meningkat pada dekade belakangan ini (Parker, dkk., 2001; Peter, dkk., 2002;).

Studi lintas budaya pada depresi menemukan sejumlah variasi dalam munculnya simptom (Ying, 1988; Young, 2003). Beberapa grup budaya (misalkan Nigeria) kurang banyak melaporkan perasaan hampa yang ekstrim. Orang Cina, lebih suka melaporkan simptom somatik (Kleinman, 1982). Seperti pada schizophrenia, angka depresi juga bervariasi dari budaya satu dengan budaya lainnya (Marsella, 1993). Berdasarkan pandangan relatif budaya pada depresi menyebutkan bahwa depresi merupakan bentuk primer afektif dalam budaya dengan orientasi objective (individualisme). Perasaan kesepian dan isolasi mendominasi simptom yang muncul dalam budaya ini. Simtom somatik seperti sakit kepala akan dominan dalam budaya subjective (kolektivisme). Marsella juga

mengajukan bahwa pola simtom depresi berbeda secara lintas budaya karena perbedaan budaya dalam sumber stress sehingga juga ada perbedaan coping pada stress.

Gangguan psikologis lain. Pendekatan lintas budaya pada studi schizophrenia dan depresi di atas bercirikan “etik” karena menerima asumsi universal bagi definisi abnormalitas dan metodologi. Berlawanan dengan pendekatan etik ini, ada juga laporan etnografik tentang *syndrom culture-bound*. Ini adalah bentuk perilaku abnormal yang diamati hanya dalam lingkungan sosial budaya tertentu. Fakta bahwa laporan etnografik tentang *syndrom culture-bound* memberikan dukungan yang terkuat untuk menerapkan relativisme budaya dan kesepakatan dengan abnormalitas (Isaac, dkk., 1996).

Ahli antropologi dan psikiater menggunakan pendekatan emic (khusus budaya) yang menguji etnografik perilaku dalam konteks budaya tertentu mengidentifikasi beberapa bentuk gangguan psikologis. Beberapa pola tertentu tidak sesuai dengan kriteria diagnosa gangguan yang dikenal dalam klasifikasi Barat.

Syndrom *culture-bound* yang paling banyak diobservasi telah diidentifikasi di beberapa negara Asia (Malaysia, Filipina dan Thailand). Carson (dalam Matsumoto, 1996) menyebutkan bahwa amok adalah gangguan dengan ciri-ciri kehilangan ingatan dan agresi untuk bunuh diri. Ini di duga karena stress, kurang tidur, dan pengaruh alkohol. Witiko adalah gangguan yang ditemukan pada orang Indian Algonquin di Kanada. Witiko melibatkan *belief* bahwa seseorang dimiliki oleh roh witiko—seorang pria yang makan monster. Hasilnya adalah perilaku kanibal, bersamaan dengan usaha bunuh diri untuk menghindari tuduhan kanibal.

Swartz (dalam Matsumoto, 1996) mengatakan anorexia nervosa adalah gangguan yang ditemukan di Barat tetapi tidak ditemukan di negara-negara berkembang. Gangguan ini bercirikan gambaran tubuh yang terdistorsi, ketakutan menjadi gemuk, dan kehilangan berat badan karena memuntahkan makanan dan tidak mau makan. Penyebabnya adalah anggapan bahwa wanita ideal haruslah kurus, pengecilan peran sex, dan ketakutan seseorang akan tidak dapat mengatasi atau memikul tanggung jawab sebagai orang dewasa.

Kleinman (1982) dan Marsella (1993) berpendapat bahwa mustahil untuk menggunakan skema klasifikasi Barat untuk memahami *syndrom culture-bound*, karena syndrom itu berbeda secara kualitatif. Mereka mengatakan bahwa budaya membatasi pengalaman gangguan psikologis, baik dalam menentukan munculnya simtom secara universal dan sum-bangan bagi kepentingan gangguan budaya khusus. Pengenalan akan peran budaya dalam membatasi perilaku abnormal menunjukkan bahwa kita perlu menguji ulang cara kita mela-kukan pengukuran dan memperlakukan individu dengan gangguan psikologis.

Perbedaan Budaya dalam Mengatasi Penyakit

Perbedaan perawatan kesehatan dan sistem pelayanan medis. Ada 4 kategori sistem kesehatan nasional diseluruh dunia yaitu swasta, orientasi-kesejahteraan, komprehensif, dan sosialis. Ke-4 tipe sistem pelayanan kesehatan ini berbeda pada tiap negara sesuai dengan tingkat ekonomi. Misalkan, Amerika Serikat, secara relatif merupakan negara ekonomi tinggi yang menggunakan sistem swasta dalam pelayanan kesehatan, merupakan ciri-ciri yang didu-kung oleh industri privat yang melindungi individu sama seperti melindungi grup.

Filipina dan Ghana juga menggunakan sistem swasta tetapi relatif moderat dan tingkat ekonomi rendah. Prancis, Brasil dan Birma adalah contoh negara dengan tinggi, moderat dan ekonomi rendah yang menggunakan sistem kesehatan orientasi-kesejahteraan. Swedia, Costa Rica, Srilanka menggunakan pelayanan kesehatan komprehensif dan Uni Soviet, Cuba, dan Cina menggunakan sistem kesehatan sosialis.

Budaya menjadi salah satu faktor yang tidak turut dipertimbangkan dalam mengembangkan sistem pelayanan kesehatan nasional. Bila dilakukan pandangan sepintas pada negara-negara yang disebutkan di atas nampak bahwa ada perbedaan budaya diantara negara-negara tersebut dan perbedaan budaya ini berhubungan dengan tipe kebijakan pelayanan kesehatan di setiap negara. Misalkan Amerika Serikat memakai sistem swasta, masuk di akal karena nature individualis dari orang Amerika Serikat. Cina dan Cuba memakai sistem sosialis karena nature kolektifnya. Meskipun demikian, pengaruh budaya tidak dapat dipisahkan dari faktor-faktor lain yang turut mempengaruhi sistem pelayanan kesehatan. Khususnya, interaksi kompleks antara budaya, ekonomi, teknologi, dan bagaimana pemerintah menjalin aspek-aspek sosial dari budaya yang tidak dapat dipisahkan dari institusi sosial dan sebaliknya.

Perbedaan dalam Psikoterapi dan Pengukuran Psikologis

Pengukuran perilaku abnormal, melibatkan identifikasi dan penjabaran simptom-simptom individual dalam konteks fungsi semua level dan lingkungan. Alat dan metode pengukuran haruslah peka budaya dan pengaruh lingkungan terhadap perilaku dan fungsional. Literatur tentang cara pengukuran standar, mengindikasikan adanya bias atau ketidaktepatan ketika

tes psikologi dan metode yang dikembangkan dalam satu konteks budaya digunakan untuk mengukur perilaku dalam konteks yang berbeda.

Pengukuran Lintas Budaya pada Perilaku Abnormal. Alat tradisional pengukuran klinis psikologis di dasari oleh definisi standar abnormalitas dan penggunaan standar serangkaian klasifikasi kriteria untuk menilai perilaku bermasalah. Oleh karena itu, alat-alat itu mungkin hanya sedikit dikaitkan dengan berbagai variasi definisi budaya, meskipun demikian di terjemahkan dalam bahasa asli; dan mungkin menutupi atau malah gagal mengungkapkan gangguan dalam budaya tertentu (Marsella, 1993). Masalah pengukuran ini dialami dalam studi mengenai schizophrenia dan depresi yang secara lintas budaya menunjukkan keterbatasan metode pengukuran tradisional.

Misalkan, Present State Examination (PSE) di gunakan untuk mendiagnosa schizophrenia dalam studi WHO di atas. Leff (dalam Matsumoto, 1996) menyebutkan bias etnocentrik pada prosedur seperti PSE dan Cornell Medical Index. Pada sebuah studi psikiatrik Yoruba di Nigeria, Pengukur harus memasukkan unsur budaya seperti perasaan “kepala yang membesar dan merasa bodoh”.

Beberapa peneliti seperti Higginbotham; Lonner & Ibrahim ; Marsella (dalam Matsumoto, 1996) menawarkan garis besar untuk mengembangkan pengukuran perilaku abnormal secara lintas budaya. Mereka menyarankan bahwa metode pengukuran yang peka menguji norma sosial budaya bagi penyesuaian kesehatan sesuai budaya didasarkan pada definisi abnormalitasnya.

Higginbotham juga menyarankan pentingnya menguji sistem sangsi budaya untuk kesembuhan dan pengaruhnya pada perilaku abnormal. Ada bukti bahwa orang yang

bermasalah dikaitkan dengan kategori budaya abnormalitas, lebih suka mencari penyembuhan lewat dukun. Kegagalan untuk menguji sistem penyembuhan pribumi akan tumpang tindih dengan gangguan lainnya. Carson (dalam Matsumoto, 1996) menyebutkan bahwa pengukuran sistem sangsi budaya bagi penyembuhan juga mempengaruhi perencanaan untuk strategi treatment, salah satu tujuan utama pengukuran tradisional.

Treatment perilaku abnormal pada berbagai budaya di Amerika Serikat. Pada dua decade belakangan ini, sejumlah literatur mengindikasikan bahwa perbedaan budaya klien mempengaruhi metode pengukuran. Studi mula-mula perbedaan etnik pada respon terhadap layanan kesehatan mental standar di Seattle, Sue (1977) menemukan rendahnya pemanfaatan layanan oleh orang Asia-Amerika dan Indian dibandingkan dengan orang Eropa-Amerika dan Negro. Lebih dramatis lagi, semua kelompok kecuali Eropa-Amerika berhenti ditengah jalan selama perawatan dan relatif mengalami kesembuhan. Studi Sue lebih lanjut di Los Angeles menunjukkan hasil yang sama (dalam Matsumoto, 1996). Disimpulkan bahwa angka pemanfaatan yang rendah dan angka kesakitan yang tinggi berhubungan dengan metode standar treatment yang tidak peka budaya.

Para ahli menyarankan penyediaan pelayanan kesehatan yang peka budaya dengan memberikan cara treatment yang dimodifikasi sesuai dengan latar belakang budaya pasien. Misalkan, pendekatan psikoanalitik yang berlatar belakang prinsip bahwa konflik yang tak disadari (mungkin seksual) menimbulkan perilaku abnormal. Pandangan ini menunjukkan hasil dari asumsi teoritis dan pengalaman Freud menangani wanita Austria. Meskipun demikian, pendekatan terapeutik berdasarkan

suatu pandangan tertentu mungkin tidak memberikan hasil yang memuaskan bagi budaya yang memberikan atribut abnormalitas berdasarkan faktor alamiah (misalkan, masalah fisik atau menjadi tidak harmonis dengan alam) atau penyebab supranatural (misalkan dimiliki oleh roh). Sistem budaya bagi kesembuhan mungkin efektif karena berlaku dalam pandangan budaya tertentu menurut Tseng & McDermott (dalam Matsumoto, 1996). Misalkan acara spiritual yang diselenggarakan oleh seorang shaman pribumi (pendeta atau dukun) mungkin lebih efektif untuk menyembuhkan sindrom cultural-bound dari pada pendekatan cognitive-behavioral yang biasa digunakan di Amerika Serikat.

Sebuah studi yang luas terhadap pendekatan terapeutik yang diminati dalam populasi etnis yang berbeda di Amerika Serikat menunjukkan bahwa klien non Eropa-Amerika cenderung lebih suka terapi orientasi-perilaku daripada pendekatan nondirective seperti psikoanalitik atau terapi humanistik. Juga ada indikasi bahwa klien yang berbeda budaya nampaknya lebih suka menemui terapis dengan latar belakang budaya dan jenis kelamin yang sama. Hasil studi Russel,dkk (1996) menunjukkan bahwa kesamaan pandangan dan sikap terhadap treatment antara klien dan terapis mungkin lebih penting daripada kesamaan budaya. Status akulturasi mungkin juga mempengaruhi respon klien pada treatment. Konselor yang peka budaya telah di rating sebagai lebih kredibel dan kompeten untuk memberikan treatment lintas budaya oleh orang Negro-Amerika demikian dikatakan oleh Atkinson, Furlong, & Poston (dalam Matsumoto, 1996), Asian Amerika (Gim, Atkinson, & Kim, dalam Matsumoto, 1996), dan Meksiko-Amerika.

Treatmen perilaku abnormal dalam budaya lain. Fokus diskusi *treatmen* lintas budaya pada perilaku abnormal telah menjadi intervensi budaya khusus. Beberapa bentuk *treatmen* budaya khusus telah dicatat dalam literatur, seperti *naikan* dan *morita* di Jepang, *espiritismo* dikalangan orang Puertorika. Pendekatan tersebut sangat aneh bagi orang Amerika. Misalkan terapi *naikan*, yang melibatkan meditasi terus menerus yang didasarkan pada instruksi bagi self-observasi dan self-refleksi (Murase, 1986). Pasien biasanya ditempatkan dalam sebuah ruangan yang kecil dan melakukan meditasi semenjak pagi (5.30) sampai malam (9.00). Pewawancara datang setiap 90 menit untuk mendiskusikan kemajuan, biasanya sekitar 5 menit. Pasien diberi instruksi untuk menguji dirinya sendiri, kebanyakan seperti seorang hakim menghakimi tertakwa.

Prince (1980) berpendapat bahwa pada umumnya *treatmen* lintas budaya merupakan mobilisasi kesembuhan dalam diri klien. Beberapa ahli lainnya Torrey; Tseng & McDermot (dalam Matsumoto, 1996) juga menguji kesamaan umum sistem *treatmen* khusus budaya. Meskipun mungkin ada elemen umum untuk penyembuhan, sistem budaya khusus juga nampaknya menunjukkan definisi unik dan ekspresi perilaku abnormal pada budaya itu saja.

PENUTUP

Simpulan

Ada 2 macam pandangan terhadap kesehatan; **pertama** : pandangan yang menganggap bahwa penyakit adalah hasil dari penyebab khusus dan dapat diidentifikasi dalam tubuh. Penyebab itu bisa saja infeksi virus, dan atau bakteri yang disebut penyebab penyakit, dan dianggap sebagai akar semua penyakit fisik dan medis. Pandangan ini berlaku di

Amerika Serikat. Pandangan **kedua** adalah keseimbangan antara alam dan self dan sejumlah peran individu dalam hidup dianggap sebagai bagian integral dari kesehatan pada kebanyakan budaya Asia dan Yunani.

Gabungan keseimbangan sebagai kondisi sehat sudah tidak asing lagi di Amerika Serikat dan dikembangkan dalam berbagai studi belakangan ini. Pengaruh faktor sosial budaya pada proses penyakit juga menjadi salah satu bidang yang menarik untuk diteliti. Misalkan studi yang menghubungkan pola kepribadian tipe A dengan penyakit jantung.

Perilaku abnormalitas juga perlu didefinisikan berbeda secara lintas budaya. Pandangan tradisional biasanya memakai satu dari beberapa pendekatan untuk menentukan abnormalitas perilaku. Misalkan pendekatan statistik dengan melihat seberapa sering perilaku itu muncul dalam masyarakat, bila tidak sering maka dianggap abnormal.

Pandangan Lintas Budaya pada abnormalitas menyarankan agar menerapkan prinsip relativisme budaya pada abnormalitas. Misalkan, seorang wanita yang berteriak dan mengatakan sedang berbicara dengan hewan yang tidak kelihatan, dalam budaya Amerika maka si wanita itu dianggap mengalami gangguan tetapi dalam budaya perayaan shamanistic si wanita itu dianggap sedang melayani sebagai dukun.

Para ahli menyarankan metode pengukuran yang peka budaya untuk menguji perilaku abnormal yaitu pengukuran yang menguji norma sosial budaya bagi penyesuaian kesehatan sesuai budaya didasarkan pada definisi abnormalitasnya.

Para ahli juga menyarankan penyediaan pelayanan kesehatan yang peka budaya dengan memberikan cara *treatmen* yang dimodifikasi sesuai dengan latar belakang budaya pasien. Misalkan, pendekatan psikoanalitik

yang ber-latar belakang prinsip bahwa konflik yang tak disadari (mungkin seksual) menimbulkan perilaku abnormal. Pandangan ini menunjukkan hasil dari asumsi teoritis dan pengalaman Freud menangani wanita Austria. Meskipun demikian, pendekatan terapeutik berdasarkan suatu pandangan tertentu mungkin tidak memberikan hasil yang memuaskan bagi budaya yang memberikan atribut abnormalitas berdasarkan faktor alamiah (misalkan, masalah fisik atau menjadi tidak harmonis dengan alam) atau penyebab supranatural (misalkan dimiliki oleh roh). Jadi, diperlukan treatment yang disesuaikan dengan latar belakang budaya pasien guna merawat kesehatan dan menurunkan abnormalitas perilaku.

DAFTAR PUSTAKA

- Berry, J.W., Poortinga, Y.H., Segal, M.H., & Dasen, P.R., 1992. *Psikologi Lintas Budaya : Riset dan Aplikasi*. (terjemahan Edi Suhardono). Jakarta : Penerbit PT Gramedia Pustaka Utama.
- Berkman,L.F.,& Syme,S.L. (1979). Social networks,host resistance,and mortality : A nine- year follow-up study of Alameda County Residents. *American Journal of Epidemiology*,109,186-204.
- Chua, S.E & Mckeena,P.J. 1995. Schizophrenia-a brain disease : a critical review of structural and functional cerebral abnormality in the disorder. *British Journal of psychiatry*,166, 563-582.
- Davis,K.L, Khan,R.S, KO.G, & Davidson,M. 1991. Dopamine and schizophrenia : a review and reconseptualization. *American Journal of Psychiatry*,148,1474-1486.
- Isaac,M, Janca,A & Orley,J. 1996. Somatization : A Culture-bound or universal syndrom. *Journal of Mental Health*, 5, 219-222.
- Kleinman,A.1982. Neurasthenia and depression : A study of somatization and culture in China, *Medicine and Psychiatry*,6,117-189.
- Marsella,A.J. 1993. Socio-cultural foundation of psychopathology : A History overview. *Transcultural Psychiatry Reseach and Review*,30,97-142.
- Matsumoto,D. 1996. Culture and Health. Culture and Psychology. Pasific Grove : Brooks/Cole.
- Parker,G, Gladstone,G & Chee,K.T.2001. Depression in the planet's largest ethnic group : the Chinese. *American Journal of Psychiatry*,158, 857-864.
- Peter, M.S.M.S, Peter, W.L, Lee,L, Carrol H.B.k, Graham. H, dan Emslie,J. 2002. Syntom patern in depression and "subtreshold" depression among adolescent in Hongkong and the United States. *Journal of Cross-Cultural Psychology*,33, 6,559.
- Prince, R. 1968. The changing picture of depressive in Africa : is it fact or diagnostic fashion ? *Canadian journal of African Studies*,1, 177-192.
- Russel, G. L, Diane, C, Sue,F.S, Cheung, M,K., Snowden, L.R, 1996. The effect of therapist-client ethnic match in the assessment of mental health functioning. *Journal of Cross-Cultural Psychology*,27, 598.
- Szasz,T.S. 1960. The myth of mental illness. *American Psychologist*,15,113-118.
- Tseng, W.S,& Hsu,J. 1970. Chinese culture,personality formation and mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*,16,5-14.
- Ying.1988. Depressive syntomatology among Chinese Americans as measure by the CES-D. *Journal of Clinical Psychology*,44,739-746.
- Young, L.A, M,A. 2003. A comparison of depression symptoms in Africans and Caucasian Americans. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 34,1, 111.