

SOSIOLOGI KESEHATAN

Dosen Pengampu : Drs. Argyo Demartoto, M.Si

Kontributor: Mahasiswa Jurusan Sosiologi,

FISIP, UNS Angkatan 2007

BAB I

I LAYANAN KESEHATAN DAN TANTANGAN PERUBAHAN SOSIAL

- **Pelayanan kesehatan sebagai dimensi stratifikasi**

Penstratifikasian penduduk bukan hanya pada peranan mereka dibidang ekonomi tetapi criteria lainnya adalah berdasarkan latar belakang pendidikan, pemilikan rumah, pemilikan alat transportasi, dan juga pelayanan kesehatan (Miller dan Roby, 1970).

Pelayanan dibidang kesehatan merupakan salah satu dimensi stratifikasi yang tidak dapat dipengaruhi kaum kapitalis. Dalam kedokteran Amerika dikenal dua sistem kelas (Kosa dkk, 1969 ; Waiztkin, 1971). Orang berpenghasilan rendah yang sulit mendapatkan kesejahteraan dibidang kesehatan dan orang kaya yang dengan mudah mendapatkan pelayanan yang baik dan berkelas dibidang kesehatan.

- **Stratifikasi dalam sistem kesehatan**

Setidaknya terdapat tiga dasar stratifikasi dalam institusi kedokteran yaitu :

1. **PROFESIONALISME** : (Freidson, 1970a : 45) orang – orang yang terlatih dalam profesi tertentu, yang memiliki keahlian untuk menilai aspek – aspek tehnik kedokteran. Karena adanya otonomi ini maka dokter dapat mendominasi pembagian kerja dalam bidang kedokteran, wewenang tersebut dapat diperluas pada aspek–aspek social, ekonomi dari pelayanan kesehatan. Wewenang yang dimiliki dokter pada umumnya didasarkan atas pertimbangan rasional (Weber, 1964 : 324 – 429)
2. **ELITISME** : elitisme dibidang kedokteran membuat para dokter mengambil pendidikan spesialisasi, dan juga bekerja pada rumah sakit yang biasanya telah dipenuhi oleh tenaga ahli, sehingga rumah sakit yang seharusnya membutuhkan tenaga ahli malah tidak memperolehnya. Implikasi elitisme meluas sehingga akibatnya mereka cenderung bekerja untuk rumah sakit – rumah sakit besar. Dan sebaliknya bagi dokter – dokter yang tidak memiliki kesempatan untuk melanjutkan

pendidikan spesialisasi yang bekerja pada tempat yang jauh menyebabkan kualitas pelayanan mereka buruk pada pasien.

3. KETERBATASAN KOMUNIKASI DAN STRATIFIKASI MEDIS : (stratifikasi dan penyembunyian informasi) adanya jurang kompetensi merupakan suatu sumber stratifikasi dalam bidang kesehatan, ketidak tahuan pasien merupakan salah satu potensi pemerasan, Freidson mengatakan bahwa posisi khusus dokter akan terancam bila tindakan dan keputusannya harus jelas dan dibenarkan oleh pasien. Desakan untuk mempercayai merupakan cara agar pasien pasrah saja pada dokter, ini memungkinkan dokter mempertahankan bahwa merekalah yang berwenang dalam pengetahuan tersebut. Kemampuan dokter dalam mengontrol dan memanipulasi inilah yang bertentangan dengan hubungan dokter – pasien.

- **Ketidakpastian pasien dan kekuasaan dokter**

Untuk menjelaskan dokter mempertahankan ketidakpastian pasiennya, perlu dipertimbangkan teori tentang sumber kekuasaan dokter : bahwa kemampuan dokter untuk mempertahankan kekuasaannya terhadap pasien dalam hubungan dokter – pasien tergantung pada kemampuan dokter itu dalam mengontrol ketidakpastian pasien.

Dalam suatu pembahasan tentang fungsi social dari ketidaktahuan, Moore dan Tumin mengemukakan bahwa ketidaktahuan konsumen terhadap suatu pelayanan khusus dapat membantu melindungi posisi dari pemberi pelayanan. Implikasi disini adalah bahwa posisi spesialis mungkin dalam bahaya bila pasien menjadi dokter (Moore dan Tumin, 1949 : 789).

- **Penyuluhan pada orang lain dalam keadaan terpaksa**

Mengingat stratifikasi medis ada kaitannya dengan ketidaktahuan, maka perubahan dalam sistem kesehatan memerlukan perubahan dalam penyampaian informasi. Proses penyampaian informasi haruslah dilakukan jujur, terperinci, dan berorientasi manusiawi sangatlah penting pada penyuluhan, karena pasien biasanya jarang meminta informasi terperinci dari dokter dan mereka jarang meminta dokter untuk melakukan sesuatu, serta jarang menyatakan sesuatu agar diperhatikan dokter (Cartwright, 1957 : 223).

Freire membahasnya dalam konteks penyuluhan didunia ketiga sebagai berikut : “ masalah yang dihadapi dalam penyuluhan atau pendidikan adalah mengatasi dominasi pada manusia agar terdapat emansipasi, masalah yang dihadapi dalam penyuluhan bukan, dan tidak dapat dilakukan dengan paksaan (1970 : 74, 128) ”.

- **Peran pendidik kesehatan terhadap perubahan perilaku**

Menurut Blum (1974), perilaku itu lebih besar perannya dalam menentukan pemanfaatan sarana kesehatan, dibandingkan dengan penyediaan sarana kesehatan itu sendiri. Pengalaman menunjukkan bahwa penyediaan dan penambahan sarana pelayanan tidaklah selalu diikuti oleh peningkatan pemanfaatan sarana sarana tersebut. Misalnya, beberapa studi menunjukkan bahwa puskesmas dan posyandu di daerah daerah tertentu tidaklah dimanfaatkan secara optimal (ministry of health, 1987; rasyid, dkk, 1988; sitohang & adi, 1989). Oleh karena itu jika kita menginginkan peningkatan derajat kesehatan masyarakat maka kita harus bersedia dan mampu mengubah perilaku masyarakat.

- **Perubahan sosial yang terjadi**

berdasarkan lingkungan eksternal yang berubah menuntut perubahan *mind-set* tenaga kesehatan yaitu :

1. Globalisasi dan teknologi manusia,
2. Keadaan hiperkompetitif, terutama di perkotaan,
3. Enam belas juta warga Indonesia berstandar sama dengan kelas atas penduduk Singapura,
4. Pemain asing yang efisien, reputasi tinggi, berpengalaman, dan dipersepsi *excellent*,
5. Konsumen makin cerdas dan tercerahkan, serta
6. Tuntutan dokter lebih bisa diakses, terutama oleh menengah ke bawah .

Pengertian perubahan sosial menurut beberapa tokoh diantaranya adalah sebagai berikut

:

1. Selo Soemartjan. Perubahan sosial adalah segala perubahan-perubahan pada lembaga-lembaga kemasyarakatan di dalam suatu masyarakat, yang mempengaruhi sistem sosialnya, termasuk di dalamnya nilai-nilai, sikap, dan pola perilaku diantaranya kelompok-kelompok dalam masyarakat.
2. Kingsley Davis. Perubahan sosial sebagai perubahan-perubahan yang terjadi dalam struktur dan fungsi masyarakat.
3. Gillin. Perubahan-perubahan sosial sebagai suatu variasi dari cara-cara hidup yang telah diterima, baik karena perubahan-perubahan kondisi geografis, kebudayaan material,

komposisi penduduk, ideology, maupun karena penemuan-penemuan baru dalam masyarakat.

Proses-proses pada perubahan sosial dapat diketahui dari adanya ciri-ciri tertentu antara lain :

1. Tidak ada masyarakat yang berhenti perkembangannya karena setiap masyarakat mengalami perubahan yang terjadi secara lambat ataupun cepat.
2. Perubahan yang terjadi pada lembaga kemasyarakatan tertentu akan diikuti dengan perubahan-perubahan pada lembaga sosial lainnya.
3. Perubahan-perubahan sosial secara cepat biasanya mengakibatkan disorganisasi yang bersifat sementara karena berada dalam proses penyesuaian diri.
4. Perubahan-perubahan tidak dapat dibatasi pada bidang kebendaan atau bidang spiritual saja karena kedua bidang tersebut mempunyai kaitan timbal balik yang sangat kuat.

Secara tipologi perubahan-perubahan sosial dapat dikategorikan sebagai :

1. Suatu proses sosial, baik yang terkait dengan struktur maupun personal.
2. Segmentasi, yaitu ketika ada pemisahan dalam struktur dan/atau perbedaan kualitas dari setiap unit.
3. Perubahan struktur
4. Perubahan dapat terjadi pada perubahan struktur kelompok. Misalnya komposisi dan hubungan antar kelompok.

Sumber dari sebab-sebab perubahan sosial terletak di dalam dan luar masyarakat. Sebab-sebab yang bersumber dari dalam masyarakat antara lain bertambah atau berkurangnya penduduk, adanya penemuan-penemuan baru yang ada dalam masyarakat, adanya pertentangan (konflik) masyarakat yang mungkin pula menjadi sebab terjadinya perubahan sosial dan kebudayaan, serta terjadinya pemberontakan atau revolusi.

Sebab-sebab yang berasal dari luar masyarakat antara lain yang berasal dari lingkungan alam fisik yang ada di sekitar manusia, peperangan, dan pengaruh kebudayaan masyarakat lain.

Faktor-faktor yang mendorong jalannya proses perubahan yaitu:

- a. kontak dengan kebudayaan lain
- b. sistem pendidikan formal yang maju;
- c. sikap menghargai hasil karya seseorang dan keinginan-keinginan untuk maju;

- d. toleransi terhadap perbuatan-perbuatan menyimpang (*deviation*) yang bukan merupakan delik hukum;
- e. sistem lapisan terbuka masyarakat yang memungkinkan adanya gerak sosial vertikal yang luas atau memberi kesempatan kepada para individu untuk maju atas dasar kemampuan sendiri
- f. penduduk yang heterogen;
- g. ketidakpuasan masyarakat terhadap bidang-bidang kehidupan tertentu;
- h. berorientasi ke masa depan;
- i. nilai bahwa manusia harus senantiasa berikhtiar untuk memperbaiki kehidupannya.

Ibnu Khaldun seorang sosiolog Arab yang melukiskan bahwa peradaban manusia berkembang dalam lima tahap, yaitu :

- a. tahap nomaden yang kemudian menghancurkan seluruh penentangannya dan mendirikan kerajaan baru,
- b. tahap konsolidasi kekuatan dengan tujuan memperkokoh pengendalian atas kawasan yang baru dikuasai,
- c. tahap kesenangan dan kesentosaan, yang ditandai dengan kemewahan material dan kebudayaan lainnya,
- d. tahap kedamaian berlanjut sehingga menjadi sebuah tradisi baru, dan
- e. tahap kehancuran yang dimulai dari huru-hara, pemborosan, dan kehilangan simpati.

Pitirim Sorokin ilmuwan Rusia, mengembangkan teori bahwa perubahan sosial terjadi dalam tiga tahap, yaitu :

- (1) peradaban ideasional (*ideational culture*), yaitu menekankan pada aspek spiritual dan nonmaterial,
- (2) peradaban idealistik (*idealistic culture*), yaitu peradaban yang memadukan antara nilai adikodrati dengan fakta yang ada, dan
- (3) peradaban indrawi (*sensation culture*), yang menekankan pada aspek fisik material

Dalam proses perubahan sosial, ada beberapa tahapan perubahan sosial yang potensial terjadi di masyarakat antara lain sebagai berikut.

- a. Difusi

Difusi adalah proses penyebaran unsur-unsur kebudayaan dan individu kepada individu lain serta dari satu masyarakat ke masyarakat lain. Ada dua jenis difusi, yaitu difusi

intra-masyarakat (*intro-society diffusion*) dan difusi antarmasyarakat (*inter-society diffusion*).

b. inovasi

Inovasi adalah proses pembaruan dan penggunaan sumber-sumber alam, energi dan modal, serta penataan kembali dari tenaga kerja dan penggunaan teknologi baru sehingga terbentuk suatu sistem produksi dari produk-produk baru.

c. Akulturasi

Proses sosial yang timbul apabila sekelompok manusia dihadapkan dengan unsur-unsur suatu kebudayaan asing sehingga unsur-unsur asing itu lambat laun diterima dan diolah dalam kebudayaan itu sendiri tanpa menyebabkan hilangnya kepribadian kebudayaan itu.

d. Asimilasi

Asimilasi adalah suatu proses sosial yang terjadi pada berbagai golongan manusia dengan latar belakang kebudayaan yang berbeda setelah mereka bergaul secara intensif sehingga sifat khas dari unsur-unsur kebudayaan golongan-golongan itu masing-masing berubah menjadi unsur kebudayaan campuran.

Pelayanan prima menjadi satu tuntutan penting bagi seorang dokter di era modern. Tidak sederhana untuk mewujudkan tenaga kesehatan yang bijak, apalagi menunjuk siapa dan bagaimana tenaga kesehatan yang bijak itu. Yang dimaksud dengan tenaga kesehatan yang bijak adalah

- (a) memiliki pengalaman pendidikan kesehatan,
- (b) kompeten dalam melaksanakan praktik kesehatan yang bermutu dan manusiawi (*good clinical practice*), serta
- (c) menerapkan sistem dan cara pelayanan kesehatan yang bermutu serta beretika (*good clinical governance*).

Dengan rumusan seperti itu maka tuntutan masyarakat terhadap pentingnya *good and clean clinical governance* menjadi sangat penting untuk dilakukan para penyelenggara pelayanan kesehatan. Aspek kedua, yaitu adanya upaya dan kemampuan untuk memberikan pelayanan yang efektif. Mungkin benar, dalam pelayanan kesehatan negara asing banyak yang sudah menggunakan teknologi modern. Namun, teknologi modern bukanlah penentu akhir suatu kualitas pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, hal yang penting adalah bagaimana

melahirkan sumber daya manusia kesehatan yang mampu memberikan pelayanan kesehatan yang efektif.

Pada kenyataannya, dalam memberikan pelayanan kesehatan yang efektif dan memuaskan ini. Adanya re-code terhadap tugas dan fungsi pelayanan kesehatan dalam pemahaman awal yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan itu adalah menghilangkan gejala penyakit. Pemahaman seperti ini sudah mulai ditinggalkan dan kini sudah mengarah pada pelayanan kesehatan sebagai bagian dari proses pendidikan serta pembelajaran hidup sehat kepada setiap anggota masyarakat. Di sinilah perubahan kode-kode peran dan fungsi pelayanan kesehatan dilakukan. Artinya, seorang tenaga kesehatan dituntut untuk memberikan pelayanan yang menyeluruh mulai dari gejala, penyebab, sampai pada efek penyakit itu sendiri. Sehingga seorang pasien dapat benar-benar memiliki mutu hidup yang berkualitas.

BAB II

MENGENAL VARIASI LAYANAN PENGOBATAN ALTERNATIF

Dalam pengembangan pengobatan alternatif ada variasinya yang tumbuh dan berkembang dalam masyarakat. Variasi ini menunjukkan bahwa ada berbagai jenis pengobatan alternatif. Dengan adanya ini akan memberikan wawasan mengenai keanekaragaman pengobatan alternatif yang ada di Indonesia khususnya dan di dunia pada umumnya.

1.1 Pengobatan Alternatif Menurut Depkes RI

Munculnya perkembangan pengobatan alternatif atau pengobatan tradisional (battra) ini menurut depkes (departemen kesehatan) RI ada 16 jenis yaitu :

- | | |
|---|---------------------------------|
| 1. dukun bayi terlatih | 9. Battra sunat |
| 2. battra pijat / urut | 10. Tabib |
| 3. dukun bayi belum terlatih | 11. Tukang pangur gigi |
| 4. tukang jamu gendong | 12. Battra tenaga dalam |
| 5. battra ramuan | 13. Battra pijat refleksi |
| 6. battra dengan ajaran agama/spiritual | 14. Shinse |
| 7. battra paranomal | 15. Battra tusuk jari/akupresur |
| 8. battra patah tulang | 16. Aakupuntur |

Dalam tahun 1989 dicantumkan 17 jenis battra-battra lain di Indonesia yang kemudian terus meningkat dari waktu ke waktu.

1.2 Pengobatan Alternatif Menurut Agen Pengobatan

Dalam ensiklopedia jenis pengobatan alternatif dibagi menjadi 3 kelompok yaitu :

1. terapi energi

Akupresur, akupunktur, shiatsu, do-in, shaolin, qigong, t'ai chi ch'uan, yoga, meditasi, terapi polaritas, refleksiologi, metamorphic technique, reiki, metode bowen, ayurveda, dan terapi tumpangan tangan.

2. terapi fisik

Masase, aromaterapi, osteopati, chiropractic, kinesiology, rolfing, hellework, feldenkrais method, teknik alexander, trager work, zero balencing, teknik relaksasi, hidroterapi, floatation terapi, dan metode bates.

3. terapi pikiran dan spiritual

Psikoterapi, psikoanalisis, terapi kognitif, terapi humanistik, terapi keluarga, terapi kelompok, terapi aitogenik, biofeedback, visualisasi, hipnoterapi, dreamwork, terapi dance moment, terapi musik, terapi suara, terapi seni, terapi cahaya, biorhythms, dan terapi warna.

3 Pengobatan alternatif dari sistem pengorganisasian.

Sebagaimana yang dituturkan Yuda Turana, pengelompokan jenis layanan pengobatan tradisional di Inggris menggunakan standar pengorganisasian yang dikelompokkan menjadi 3 jenis yaitu :

- Kelompok yang paling terorganisasi dan teratur seperti akupunktur, chiropractic, pengobatan dengan herbal, dll. Pengelompokan ini mempunyai dasar penelitian.
- Kelompok pengobatan alternatif yang membutuhkan penelitian lebih lanjut namun sudah digunakan sebagai pelengkap dalam sistem pelayanan kesehatan seperti hipnoterapi dan aromaterapi.
- Kelompok pengobatan alternatif yang belum mempunyai data sama sekali seperti terapi dengan kristal dan pendulum.

Sedang pada tahun 1998 Badan Kongres Amerika Serikat mendirikan The National Centre For Complementary Alternatif Medicine (NCCAM) di National Institut of Health untuk pengembangan penelitian mengenai pengobatan pelengkap dan alternatif (complementary and alternative medicine) dengan misi yaitu memberikan informasi yang dapat dipercaya kepada masyarakat mengenai keamanan dan khasiat CAM. NCCAM mengelompokkan metode pengobatan alternatif menjadi lima kategori yaitu :

- Alternative medical system.

Sistem ini berkembang sebelum ditemukannya metode pengobatan konvensional misalnya pengobatan ala pengobatan oriental seperti Ayurveda dan naturopaty.

- Intervensi pikiran tubuh (mind-body intervention)
Contohnya yaitu meditasi, hipnotis, berdoa, dan mental healing.

- Biologikal-based treatment
Meliputi metode pengobatan alamiah dan biologi seperti ramuan herbal (tumbuhan), diet khusus, dan orthomelecciler remedies.

- Manipulative and body-based method
Antara lain adalah chiropractic, dan osteopathic manipulative therapy, terapi pijat (masage teraphy).

- Terapi energi
Terapi ini menggunakan tenaga (energi) yang berasal dari dalam dan luar tubuh untuk mengobati penyakit contohnya biofield hterapy (Qi Qong, Reiki, dan terapi sentihan) dan terapi bioelektromagnetik.

4 Pengobatan alternatif kategori battra menurut WHO

Menurut badan kesehatan dunia PBB yaitu WHO (world health organization) jenis pengobatan alternatif yang dikembangkan dan dijadikan kajiannya dikelompokkan menjadi dua jenis yaitu pengobatan berdasarkan herbal dan terapi berdasarkan prosedur tradisional.

Yang termasuk ke dalam pengobatan alternatif herbal dapat dikelompokkan menjadi beberapa jenis yaitu :

- Herbal adalah penggunaan bahan asli tanaman seperti bunga, buah-buahan, akar, atau bagian lain dari tumbuhan yang digunakan untuk pengobatan.

- Bahan-bahan tanaman termasuk jus segar, getah, minyak olahan, minyak asli, resin, dan powder tumbuhan. Dibeberapa negara material-material tumbuhan tadi sudah ada yang diolah dengan prosedur yang dikembangkan masyarakat lokal, penguapan (steaming), pemanggangan (roasting), pencampuran dengan madu (stir-baking with honey), alkoholik, dan bahan lainnya.

- Pengolahan herbal (herbal preparations), pengolahan tumbuhan yang didasarkan pada produk tumbuhan yang sudah diselesaikan, atau beberapa produk pengolahan tanaman hasil dari

ekstraksi, pelarutan fraksianisasi, purifikasi, konsentrasi atau pengolahan fisikawi, dan biologi lainnya. Pengobatan ini termasuk pengolahan yang dicampur dengan madu, alkohol, atau yang lainnya.

- Produk tanaman terakhir (finished herbal products). Yang termasuk kedalam jenis ini adalah pengolahan bahan tanaman baik dari satu atau lebih dari jenis tanaman yang digunakan.

Sedangkan jenis pengobatan alternatif terapi dilandaskan pada prosedur tradisional adalah terapi –terapi yang yang digunakan dengan teknik variasi, terutama yang tanpa menggunakan medikasi misalnya akupuntur dan teknik-teknik yang t6erkait chiropractic, osteopathy, manual therapies, qigong, tai ji, yoga dan terapi fisik lainnya serta terapi mental, spiritual, matau terapi mind body.

5 Pengobatan Alternatif menurut Mengoenprasodjo-Hidayati

Menurut Mengoenprasodjo-Hidayati ada lima jenis pengobatan alternatif yaitu :

- Terapi penyembuhan dengan pengobatan cina
Pengobatan ini berasal dan berkembang di negeri Tiongkok kemudian berkembang di berbagai pelosok negeri di dunia dalam aneka bentuk. Basis pengobatan ini dengan filsafat yang melihat manusia sebagai mikrokkosmos dari jagat raya dan dan secara inheren terhubung dengannya, dengan alam dan seluruh kehidupan. Pengobtaan ini dikelompokkan menjadi lima yaitu pengobatan dengan herbal, akupuntur dan akupresur, moksibusi atau pemanasan untuk jenis pengobatan khusus, diet dan nutrisi, serta tui na atau pijat pengobatan cina.
- Terapi pengobatan dengan spiritual healing
Terapi ini bisa disebut dengan terapi rohani dengan ciri utama yaitu walaupun diakui ada biaya pengobatan yang mahal, namun jenis pengobatan ini berupaya untuk pengobatan yang murah dan mudah. Selain itu cirinya yaitu memiliki karakter keilmiahn mlai yang bisa dinalar sampai yang kategori mistik.
- Terapi alternatif dengan menggunakan sumber bahan dari alam
Jenis terapi yang termasuk kategori ini yaitu aromaterapi, terapi energi bunga, terapi kristal, terapi lilin, terapi energi piramida dan helioterapi.
- Pengobatan dengan memisahkan pembahasan antara pengobatan cina dengan terapi penyembuhan dengan penekanan tubuh seperti terapi pijat, refleksiologi, shiatzu, dan craniosacral terapi.
- Terapi refleksi, ketenangan jiwa dan penyeimbangan misalnya meditasi, yoga, terapi tertawa, dan hot stone masage.

6 Pengobatan alternatif Etnomedis

Menurut Anderson dan Foster (1988) menyebutkan bahwa salah satu ciri pengobatan tradisional adalah menunjukkan identitas budaya bangsa (nasionalisme). Berdasarkan sudut pandang ini, pengelompokan pengobatan alternatif dapat dilakukan dengan menggunakan pengelompokan etnik atau nilai budaya misalnya pengobatan Cina, pengobatan Arab, pengobatan Yunani. Selain merujuk pada kebangsaan juga dirujuk pada identitas kepercayaan misalnya pengobatan Hindu, pengobatan Islam, serta pengobatan yang berlandaskan pada nilai-nilai kepercayaan/mistik.

7 Kategori Pengobatan Alternatif di Papua

Berdasarkan pemahaman kebudayaan orang Papua secara mendalam dapat dianalisis bagaimana cara-cara pengobatan secara tradisional. Oleh karena itu dapat diklasifikasikan pengobatan tradisional orang Papua ke dalam 6 pola pengobatan yaitu :

- Pola pengobatan jimat
Pola ini dikenal masyarakat di daerah kepala burung terutama masyarakat Meibrat dan Aifat. Prinsip pengobatan ini menurut Elmberg yaitu menggunakan benda – benda kuat atau jimat untuk memberikan perlindungan terhadap penyakit. Jimat adalah segala sesuatu yang telah diberi kekuatan gaib sering tumbuh-tumbuhan yang berbau kuat dan berwarna tua.
- Pola pengobatan kesurupan
Pola ini dikenal oleh suku bangsa di daerah sayap burung yaitu daerah Telik Arguni. Prinsip pengobatan ini menurut Van Longhem yaitu seorang pengobat sering kemasukan roh/ mahluk halus pada waktu berusaha mengobati orang sakit. Dominasi kekuatan gaib dalam pengobatan ini sangat kentara seperti pada pengobatan jimat.
- Pola pengobatan pengisapan darah
Pola ini dikenal oleh suku bangsa yang tinggal disepanjang aliran sungai Tor di daerah Sarmi, Marind-anim, Kimaan dan Asmat. Prinsip pola pengobatan ini menurut Oosterwal adalah bahwa penyakit ini terjadi karena darah kotor maka dengan mengisap darah kotor itu maka penyakit dapat disembuhkan.
- Pola pengobatan injak
Pola ini dikenal oleh suku bangsa yang tinggal disepanjang sungai Tor di daerah Sarmi. Prinsip pengobatan ini menurut Oosterwal adalah bahwa penyakit ini terjadi karena tubuh kemasukan roh maka dengan menginjak-injak tubuh si sakit dimulai pada kedua tungkai

dilanjut ketubuh sampai akhirnya kepala maka injakan tersebut akan mengeluarkan roh jahat dari dalam tubuh.

- Pola pengobatan pengurutan

Pola ini dikenal oleh suku bangsa yang tinggal didaerah selatan merauke yaitu bangsa asmat serta selatan kabupaten jayapura yaitu suku bangsa towe. Prinsip pengobatan ini menurut van Amelsvoort adalah bahwa penyalit ini terjadi karena tubuh kemasukan roh maka dengan mengurut seluruh tubuh si sakit akan keluar roh jahat dari tubuhnya.

- Pola pengobatan ukup

Dikenal oleh suku bangsa yang tinggal di selatan kabupaten Jayapura berbatasan dengan kabupaten jayawijaya yaitu suku bangsa towe, ubrub. Prinsip pengobatan ini adalah bahwa penyakit terjadi karena tubuh kemasukan roh, hilangnya keseimbangan tubuh dan jiwa, maka dengan uap hasil dari ramuan daun-daun yang dipanaskan dapat mengeluarkan roh jahat dan penyebab empiris penyakit.

Dari konsep sehat dan sakit menurut perspektif kebudayaan orang papua ada dua kategori yang dikemukakan Anderson dan Foster berdasarkan lingkup hidupnya yaitu kategori pertama memandang konsep sehat-sakit bersifat supranatural artinya melihat sehat-sakit karena adanya gangguan dari suatu kekuatan yang bersifat gaib atau makhluk halus atau kekuatan gaib yang berasal dari manusia. Sedangkan kategori yang kedua adalah rasionalistik yaitu melihat sehat-sakit karena adanya intervensi dari alam, iklim, air, tanah, dan lainnya serta perilaku masyarakat itu sendiri seperti hubungan sosial itu sendiri yang kurang baik, kondisi kejiwaan dan lainnya yang berhubungan dengan perilaku manusia.

8 Pengelompokan Pengobatan Alternatif yang Lain

Berdasarkan unsur-unsur agen yang digunakan dalam proses pemberian layanan pengobatan atau layanan kesehatan, pengobatan alternatif dapat dikelompokkan menjadi :

- Herbal-agency

Pengobatan alternatif menggunakan tanaman, baik bahan asli maupun olahannya (ramuan) sebagai bahan pengobatan alternatif.

- Animal-agency

Pengobatan alternatif yang menggunakan hewan baik bahan dasar hewan, hasil, maupun perantara sebagai bagian dari hasil proses pelayanan pengobatan alternatif

- Material-agency

Pengobatan alternatif yang menggunakan bahan-bahan material bumi sebagai bahan layanan pengobatan alternatif misalnya tusuk jarum, air dan terapi kristal

- Mind-agency

Pengobatan alternatif yang menggunakan kekuatan jiwa sebagai bahan layanan pengobatan alternatif misalnya energi chi, prana dan spiritual

- Event-agency

Pengobatan alternatif yang menggunakan sifat,gejala, fenomena, peristiwa sebagai bahan layanan pengobatan alternatif misalnya suara musik, warna,panas,dll.

- Manajemen-life agency

Pengobatan alternatif yang menggunakan hukum alam hidup sebagai bagian dari proses pengobatan layanan alternatif

1.9 Diversifikasi dan Stratifikasi

Diversifikasi tidak menunjukkan adanya status nilai dari jenis pengobatan alternatif. Kendatipun benar, juga akan tercantum jenis-jenis pengobatan yang kurang mendapatkan perhatian publik karena dianggap kurang ilmiah namun tetap bahwa keanekaragaman jenis pengobatan itu merupakan sebuah fakta sosial yang harus diakui dan diapresiasi keberadaannya.

BAB III

MODEL-MODEL PERUBAHAN PERILAKU KESEHATAN

Menurut sebagian psikolog, perilaku manusia berasal dari dorongan yang ada dalam diri manusia dan dorongan itu merupakan salah satu usaha untuk memenuhi kebutuhan yang ada di dalam diri manusia. Sementara itu, para sosiolog melihatnya bahwa perilaku manusia tidak bisa dipisahkan dari konteks atau setting sosialnya. Untuk sekedar contoh, dorongan dalam diri manusia untuk makan bisa disebabkan rasa lapar. Pada konteks aktualnya, usaha manusia untuk makan ini menunjukkan cara dan pola yang berbeda, sesuai dengan situasi sosialnya masing-masing. Pada konteks itulah, maka dorongan pada diri dipengaruhi pula oleh setting social yang berkembang di seputar individu tersebut. Dengan demikian, perilaku manusia itu perlu dipahami dalam konteks yang lebih luas. Soekidjo Notoatmojo dengan memerhatikan bentuk respons terhadap terhadap stimulus, membedakan perilaku manusia menjadi dua bentuk, yaitu: a) perilaku tertutup (covert behavior), hal ini ditunjukkan dalam bentuk perhatian, persepsi, pengetahuan/kesadaran dan reaksi lainnya yang tidak tampak, b)perilaku

terbuka (overt behavior) yaitu dalam bentuk tindakan nyata, misalnya meminum obat ketika dirinya merasa sakit.

Berdasarkan pandangan ini, maka yang dimaksud menurut perilaku kesehatan menurut Soekidjo Notoatmojo bahwa perilaku kesehatan yaitu respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, system pelayanan kesehatan, makanan dan minuman serta lingkungan. Dari definisi tersebut, kemudian dirumuskan bahwa perilaku kesehatan yaitu terkait dengan: (1). Perilaku pencegahan, penyembuhan penyakit, serta pemulihan dari penyakit; (2). Perilaku peningkatan kesehatan; dan (3). Perilaku gizi (makanan dan minuman).

Pada pembahasan berikut, akan kita lihat berbagai model yang digunakan para peneliti dalam mempelajari berbagai tipe perilaku kesehatan. Diantaranya: Model pengelolaan rasa sakit; Model Muchman; Model mechanic; Model Anderson; Model Keyakinan Sehat; Model Kurt Lewin; Model pengambilan keputusan. Masing-masing model yang dikemukakan berbeda, sesuai dengan pandangan teori serta tipe perilaku namun menggunakan variabel-variabel yang sama.

1. Model Pengelolaan Rasa Sakit.

Menurut Daldiyono (2007: 16), tidak semua orang sakit memiliki penyakit. Suatu rasa sakit bukan merupakan penyakit bila tidak mengganggu aktivitas dan fungsi pokok, misalnya: makan, minum, buang air, tidur, dan aktivitas sehari-hari lainnya.

Sedangkan menurut Lehndorff, rasa sakit bisa dikelola baik untuk sekedar pengendalian rasa sakit maupun untuk mencapai penyembuhan diri dari penyakit yang sedang dideritanya. Dalam pengalaman tersebut dapat disimpulkan bahwa faktor utama yang menunjang kemajuan derajat kesehatan pasien adalah keinginan dan kehendak yang besar untuk mengalami kemajuan. Dalam pandangan Lehndorff dan Tracy (2005: xii) sikap optimis itu dapat diwujudkan dengan: (a) yaitu memiliki rasa ingin menjadi lebih baik, (b) memiliki harapan untuk menjadi lebih baik, (c) mau berusaha untuk menjadi lebih baik, dan (d) mereka belajar metode-metode cepat untuk memotivasinya.

2. Model Suchman

Yang terpenting dalam model Suchman adalah menyangkut pola sosial dari perilaku sakit yang tampak pada cara orang mencari, menemukan, dan melakukan perawatan medis. Pendekatan yang digunakannya berkisar pada adanya 4 unsur yang merupakan faktor utama

dalam perilaku sakit, yaitu: (1) perilaku itu sendiri; (2) sekuensinya; (3) tempat atau ruang lingkup; dan (4) variasi perilaku selama tahap-tahap perawatan medis.

Arti keempat unsur tersebut dapat dikembangkan 5 konsep dasar yang berguna dalam menganalisis perilaku sakit, yaitu: (1) mencari pertolongan medis dari berbagai sumber atau pemberi layanan, (2) fragmentasi perawatan medis di saat orang menerima pelayanan dari berbagai unit, tetapi pada lokasi yang sama, (3) menanggukkan (procastination) atau menanggukkan upaya mencari pertolongan meskipun gejala sudah diasakan, (4) melakukan pengobatan sendiri (self medication), (5) membatalkan atau menghentikan pengobatan (discontuniti).

Menurut paradigma Suchman, sekuensi peristiwa medis dibagi atas 5 tingkat, yaitu: (1) pengalaman dengan gejala penyakit; (2) penilaian terhadap peran sakit; (3) kontak dengan perawatan medis; (4) jadi pasien; dan (5) sembuh atau masa rehabilitasi. Pada setiap tingkat, setiap orang harus mengambil keputusan-keputusan dan melakukan perilaku-perilaku tertentu yang berkaitan dengan kesehatan. Pada tingkat permulaan terdapat 3 dimensi gejala yang menjadi pertanda adanya ketidakberesan dalam diri seseorang. *Pertama*, adanya rasa sakit, kurang enak badan atau sesuatu yang tidak biasa dialami. *Kedua*, pengetahuan seseorang tentang gejala tersebut mendorongnya membuat penafsiran-penafsiran yang berkaitan dengan akibat penyakit serta gangguan terhadap fungsi sosialnya. *Ketiga*, perasaan terhadap gejala tersebut berupa takut atau rasa cemas.

Suchman mengemukakan hipotesis bahwa perilaku medis yang terjadi pada setiap tahap penyakit mencerminkan orientasi kesehatan serta afiliasi masing-masing kelompok sosial.

3. Model Mechanic

Landasan pemikiran model mechanic ini yaitu mengembangkan suatu model mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi perbedaan cara melihat, menilai serta bertindak terhadap suatu gejala penyakit. Teori ini menekankan pada 2 faktor:

- a. persepsi dan definisi oleh individu pada suatu situasi
- b. Kemampuan individu melawan keadaan yang berat

Kemudian model mechanic menggunakan 10 variabel yang menentukan perilaku kesehatan, yaitu: (1) adanya penyimpanan dan gejala penyakit yang dirasakan dan dikenal, (2) seberapa jauh gejala-gejala penyakit yang dipandang serius oleh seseorang, (3) seberapa jauh gejala-gejala penyakit dapat menimbulkan gangguan dalam kehidupan keluarga, pekerjaan dan kegiatan-kegiatan sosial, (4) frekuensi terjadinya tanda-tanda penyimpangan atau gejala penyakit, (5) jatah toleransi dari orang yang menilai tanda menyimpang atau gejala penyakit tertentu, (6) informasi yang tersedia, pengetahuan, kebudayaan, serta pandangan orang yang menilai, (7) adanya kebutuhan pokok lain yang menimbulkan pengabaian atau penolakan terhadap gejala tersebut, (9) adanya kompetisi terhadap berbagai kemungkinan interaksi yang timbul setelah gejala penyakit diketahui, (10) sumber pengobatan yang tersedia serta biaya yang harus dikeluarkan.

Dari pemerhatian ini, dapat dikemukakan bahwa yang dimaksud perilaku sakit adalah pola reaksi sosio—kultural yang dipelajari pada suatu saat ketika individu dihadapkan pada gejala penyakit sehingga gejala-gejala itu akan dikenal, dinilai, ditimbang, dan kemudian dapat bereaksi atau tidak bergantung pada definisi atau situasi itu.

4. Model Andersoon

Kerangka asli model ini yaitu menggambarkan suatu sekuensi (rangkaian) determinan (factor yang menentukan) individu terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh keluarga dan dinyatakan bahwa hal itu tergantung pada:

- a. predisposisi keluarga untuk menggunakan jasa pelayanan kesehatan, misalnya saja variabel demografi (umur, jumlah, status perkawinan), variabel struktur sosial (pendidikan, pekerjaan, suku bangsa), kepercayaan terhadap magis.
- b. Kemampuan untuk melaksanakannya yang terdiri atas persepsi terhadap penyakit serta evaluasi klinis terhadap klinis.
- c. Kebutuhan terhadap jasa pelayanan. Faktor predisposisi dan faktor yang memungkinkan untuk mencari pengobatan dapat terwujud di dalam tindakan apabila itu dirasakan sebagai kebutuhan.

5. Model Keyakinan Sehat

Model keyakinan sehat (health believe model) dikembangkan oleh Rosenstock. Empat keyakinan utama yang didefinisikan dalam model HBM yaitu (1) keyakinan tentang kerentanan

kita terhadap keadaan sakit, (2) keyakinan tentang keseriusan atau keganasan penyakit, (3) keyakinan tentang kemungkinan biaya, (4) keyakinan tentang efektivitas tindakan ini sehubungan dengan adanya kemungkinan tindakan alternatif.

Menurut Marshall H. Becker dan Lois A. Maiman, model ini terdiri atas unsur-unsur sebagai berikut:

- a. kesiapan seseorang untuk melakukan suatu tindakan ditentukan oleh pandangan orang itu terhadap bahaya penyakit tertentu dan persepsi mereka terhadap kemungkinan akibat (fisik dan sosial) bila terserang penyakit tersebut.
- b. Penilaian seseorang terhadap perilaku kesehatan tertentu, dipandang dari sudut kebaikan dan kemanfaatan (misalnya perkiraan subjektif mengenai kemungkinan manfaat dari suatu tindakan dalam mengurangi tingkat bahaya dan keparahan). Kemudian dibandingkan dengan persepsi terhadap pengorbanan (fisik, uang, dan lain-lain) yang harus dikeluarkan untuk melaksanakan tindakan tersebut.
- c. Suatu “kunci” untuk melakukan tindakan kesehatan yang tepat harus ada, baik dari sumber internal (misalnya gejala penyakit) maupun eksternal (misalnya interaksi interpersonal, komunikasi massa).

6. Model Kurt Lewin

Mempunyai pandangan → individu hidup di lingkungan masyarakat

Individu ini akan bernilai positif dan negatif di suatu daerah atau wilayah tertentu. Implikasinya didalam kesehatan adalah penyakit atau sakit adalah suatu daerah negatif sedangkan sehat adalah wilayah positif.

Ada 4 variabel apabila seseorang bertindak untuk melawan atau mengatasi penyakit :

- a. Kerentanan yang dirasakan (perceived susceptibility)
- b. Keseriusan yang dirasakan (perceived seriousness)
- c. Manfaat dan rintangan – rintangan yang dirasakan (perceived benefits and barriers)
- d. Isyarat atau tanda – tanda (clues)

Lewin berpendapat bahwa perilaku manusia adalah suatu keadaan yang seimbang antara kekuatan pendorong (driving forces) dan kekuatan penahan (resistining forces). Teori ini dinamakan (force field analysis) individu selalu terdapat kekuatan/ dorongan yang saling bertentangan. Keadaan ini dapat berubah apabila terjadi ketidakseimbangan

Sehingga ada tiga kemungkinan terjadinya perubahan perilaku pada diri seseorang :

- a. Kekuatan – kekuatan pendorong meningkat.
- b. Kekuatan – kekuatan penahan menurun.
- c. Kekuatan pendorong meningkat dan kekuatan penahan menurun.

7. Model Pengambilan keputusan

Ada beberapa kondisi sosial yang khas terjadi yaitu ;

- a. Realitas sosial adanya perbedaan pemahaman dan sikap antara pasien dan anggota keluarganya
- b. Perbedaan pemahaman dan sikap pasien diwujudkan dalam bentuk persepsi atau respons terhadap penyakit tersebut
- c. Setiap diantara mereka mempunyai akses informasi ke pihak lain mengenai persepsi penyakit
- d. Adanya komunikasi atau interkasi antara pasien dan orang lain

Interaksi ini menghasilkan dua kemungkinan ;

- a. De kolektivasi refleksi
- b. Kolektivasi persepsi

Ada dua kemungkinan kolektivasi pasien :

- a. Aktif (inisiatif untuk bertindak dalam proses penyembuhan)
- b. Pasif (pasrah terhadap sikap orang lain diluar dirinya)

BAB IV

OBAT : ORANG MISKIN DILARANG BEROBAT DAN SAKIT

Sampai saat ini, masih banyak anggota masyarakat yang menganggap bahwa untuk mendapatkan nilai sehat sangat bergantung pada kehadiran sediaan farmasi. Ketiadaan kesediaan farmasi, kemudian dianggap sebagai ketiadaan cara untuk mendapatkan diri yang sehat dan/atau hidup yang sehat. Padahal, dibalik itu semua, ternyata ditemukan bahwa untuk mendapatkan kesehatan dan/atau meningkatkan kualitas hidup yang sehat, tidak hanya dibutuhkan sediaan farmasi, tetapi cara lain yang memiliki fungsi sama dengan sediaan obat.

Dalam Undang-Undang Kesehatan Nomor 23 Tahun 1992, yang dimaksud sediaan farmasi adalah obat, bahan obat, obat tradisional, dan kosmetik, sedangkan yang dimaksud dengan obat tradisional adalah bahan atau ramuan bahan yang berupa bahan tumbuhan, bahan hewan, bahan mineral, sediaan sari (*galenik*), atau campuran dari bahan tersebut yang secara turun-temurun telah digunakan untuk pengobatan berdasarkan pengalaman.

Merujuk pada kedua ayat dalam UU Kesehatan tersebut, ditemukan bahwa yang dimaksud dengan obat dan pengobatan itu cenderung berorientasi pada adanya sesuatu yang menjadi asupan tambahan yang dapat meningkatkan daya tahan tubuh dan/atau mendukung penyembuhan.

Obat dalam dunia kesehatan, selain memiliki simbol ekonomi, juga memiliki simbol *expertise*. Orang yang mampu beli obat adalah ciri orang yang memiliki kemampuan ekonomi. Tempat pembelian obat dan jenis obat yang beli memperjelas posisi ekonomi seseorang. Sementara orang yang tidak berobat adalah orang yang tidak memiliki kemampuan ekonomi.

Analisis ini mungkin tidak tepat seluruhnya, khususnya bila dikaitkan dengan tingkat “kemelekan” seseorang terhadap obat itu sendiri. Karena “obat” yang sesungguhnya mujarab untuk kesehatan tubuh dan rohani kita adalah “menjaga” kesehatan itu sendiri. Namun demikian, untuk konteks saat ini, interpretasi obat (jenis dan tempat pembelian obat) merupakan simbol ketahanan ekonomi yang dimiliki. Terlebih lagi bila dikaitkan dengan “Teknik operasi” Orang yang mau dioperasi menunjukkan ketahanan atau kekuatan ekonominya sangat tinggi (atau memaksakan diri untuk mampu!).

Pada sisi yang lain, obat pun adalah simbol *expertise*. Legitimasi intelektual dan hegemoni pelaku kesehatan begitu sangat kuat. Selain kondisi psikologis publik yang masih “percaya secara buta” kepada pelayan kesehatan (farmasi atau dokter), juga dipengaruhi oleh simbol-simbol lainnya yang menyebabkan rasio-publik tidak kritis. Masyarakat kecil mengatakan, “Boro-boro bisa protes, istilah yang dicantumkan dalam obat itu pun tidak ngerti.” Pencatuman bahasa latin atau bahasa asing dalam tablet atau kemasan obat merupakan ciri *expertise* (elit) obat yang berkembang di masyarakat.

Fenomena ini bukan masalah sederhana, bahkan merupakan sesuatu hal yang patut untuk dicermati secara jelas dan tegas oleh publik. Di masyarakat, karena ketidakmampuan membaca “elitnya bahasa dalam kemasan obat” menyebabkan dirinya tidak pernah protes, tidak kritis terhadap status halal-haramnya obat dan relevan tidaknya obat dengan penyakit yang sedang dideritanya. Sekali lagi, perlu ditekankan di sini bahwa karena adanya hegemoni dan status dokter itulah yang kemudian membuat nalar pasien menjadi tumpul.

Era modern saat ini, membuka peluang terjadinya liberalisasi produsen obat-obatan. Dengan proses liberalisasi ini, maka persaingan obat akan semakin tinggi dan diharapkan akan berdampak pada harga dan layanan pengobatan yang semakin murah. Karena monopolilah, harga obat di Indonesia begitu sangat mahal. Lebih jauhnya lagi, biaya pengobatan di rumah sakit akan dapat terjangkau oleh daya beli masyarakat.

Jenis-jenis Obat

Obat Tradisional

Karena bahasan ini telah kita uraikan pada bab sebelumnya, yang secara khusus mengenai obat tradisional, maka dalam bab ini tidak akan diulas ulang mengenai jenis dan rincian dari obat tradisional. Hal yang paling penting dan perlu ditekankan bahwa dalam pelaksanaan dimasyarakat dan juga dalam dunia kedokteran saat ini, obat tradisional ini sudah mulai dijadikan sebagai terapi tambahan untuk mengakselerasi peningkatan kualitas kesehatan atau akseleraasi penyembuhan seseorang.

Sekedar contoh, seorang dokter akan memberikan terapi fisik atau akupuntur kepada pasien/klien tertentu, bila memang teknik kedokteran modern dipandang tidak secara maksimal memberikan layanan kesehatan yang prima. Hal ini bukan berarti bahwa terapi fisik akupuntur diposisikan lebih baik dari kedokteran modern, melainkan sekedar menambah tingkat

akseleratif dan proses penyembuhan seseorang. Oleh karena itu, perpaduan antara teknik modern dengan tradisional kerap kali dilakukan oleh seorang tenaga medis modern.

Olahraga Sebagai Pengobatan

Dalam kehidupan modern ini, cabang olahraga sudah sangat bervariasi. Mulai dari olahraga berbiaya tinggi (seperti terbang layung, mendayung, golf, dan lainnya) sampai pada olahraga berbiaya rendah (misalnya sepak bola, catur, *jogging*, dan lainnya). Setiap anggota masyarakat tampaknya memiliki salah satu hobi dari salah satu atau lebih cabang olahraga tersebut.

Apapun cabang olahraganya, pada benak masyarakat kita saat ini, cenderung memandang fungsi olahraga dari sisi prestasi dan hobi serta kurang melihat dari sisi kesehatan.

Kesungguhan seseorang menjalankan salah satu profesi olahraga memang dapat diadikasikan sebagai “komoditas ekonomi”. Tinju profesional, sepakbola profesional, dan/atau cabang olahraga lainnya, yang dijalani seseorang secara profesional maka sesungguhnya dari cabang olahraga tersebut dapat mendatangkan nilai ekonomi bagi para pelakunya. Pada konteks inilah, maka cabang olahraga di masyarakat kita dipersepsikan sebagai salah satu komoditas atau “lapangan kerja” yang potensial mendapatkan uang.

Menurut Santoso Giriwijoyo (1992:57) berdasarkan tujuan yang hendak dicapai, maka olahraga dapat dibagi (1) olahraga prestasi, (2) olahraga rekreasi, (3) olahraga kesehatan, dan (4) olahraga pendidikan, yaitu menekankan pada peran dan posisi olahraga dalam mencapai tujuan pendidikan.

Yang membedakan olahraga kesehatan dan kegiatan olahraga lainnya terutama dalam ciri khas kegiatan itu, terutama ditinjau dari aspek teknis-fisiologis. Tiga ciri khusus olahraga kesehatan, yakni :

1. Adanya kesatuan gerak takaran (dosis) sehingga intensitas gerak dan waktu pelaksanaannya dapat diatur.
2. Intensitas gerak/kerja biasanya mencapai taraf submaksimal sebagai faktor keamanan bagi si pelaku.
3. Intensitas gerak/kerja harus melampaui taraf minimal agar menghasilkan manfaat atau perubahan kemampuan perangkat gerak (ergosistem).

Lebih jauh Giriwijoyo mengatakan, “Olahraga memang menyehatkan jiwa dan raga” namun perlu dipahami, hal itu terbatas hanya pada penyakit non-infeksi. Olahraga tidak

menyebabkan orang menjadi kebal terhadap penyakit infeksi. Bahkan sebaliknya, penyakit infeksi akan bertambah parah bila seseorang berolahraga. Karena itu, seseorang yang ingin berolahraga harus memiliki status sehat yakni bebas dari penyakit infeksi dan faali, alat-alat tubuhnya berfungsi normal pada waktu istirahat, kecuali bila yang bersangkutan memang akan melakukan olahraga dengan tujuan untuk penyembuhan atau rehabilitasi. Hal inilah yang sering kurang dipahami oleh kebanyakan orang sehingga sering terbentuk anggapan salah yakni “olahraga dianggap mampu rnenangkal semua penyakit”.

Hal utama yang perlu mendapat perhatian di sini yaitu kebutuhan 4 sehat 5 sempurna sesungguhnya belum lengkap dalam mendukung usaha menciptakan kehidupan yang sehat. 4 sehat 5 sempurna perlu ditambahkan dengan gerak (olahraga). Individu akan mengalami gangguan kesehatan manakala hanya mengutamakan 4 sehat 5 sempurna tanpa memerhatikan aspek olahraga. Oleh karena itu, gerak atau olahraga menurut penulis merupakan salah satu jenis pengobatan.

Berpikir Positif Sebagai Pengobatan

Pikiran yang positif tidak kalah pentingnya dengan jenis medikamentosa sebagaimana yang diberikan seorang dokter. Berpikir positif dalam pandangan “tri-energetik” merupakan bagian dari jenis pengobatan yang dapat mendukung pada upaya peningkatan kualitas kesehatan seseorang.

Pikiran yang positif ini pada satu sisi bermanfaat dalam membangun budaya dan perilaku sehat dan pada sisi lain mendukung usaha percepatan penyembuhan. Seorang pasien yang memiliki sikap terbuka, Optimis, dan rileks akan mendukung usaha penyembuhan yang lebih baik dibandingkan dengan mereka yang berpikiran negatif, pesimis, dan tidak memiliki gairah hidup.

Seiring dengan hal ini, dapat ditegaskan bahwa pikiran yang positif merupakan salah satu pengobatan yang perlu diterapkan dalam kaitannya dengan proses peningkatan kesehatan.

Etika Sebagai Pengobatan

Selain yang telah dituturkan di atas, ada satu teknik pengobatan lain yang kerap kali dilupakan oleh tenaga kesehatan. Teknik yang dimaksud yaitu etika sebagai bagian dan proses pengobatan.

Jika menelaah tulisan Mulyadi Kartanegara, dapat ditemukan bahwa menurut ahil medis muslim Ar-Razi bahwa etika merupakan salah satu teknik pengobatan yang bermanfaat dalam meningkatkan kualitas kesehatan seseorang.

Penamaan etika sebagai kedokteran rohani bukan tanpa makna. Para ilmuwan muslim memang menyejajarkan etika dengan kedokteran, baik dilihat dari kepentingan maupun metodenya. Kalau kita memerlukan ilmu-kedokteran dan penerapannya untuk memelihara kesehatan, maka menurut mereka, kita juga membutuhkan ilmu etika dan penerapannya dalam tindakan kita untuk kesehatan mental atau jiwa.

Pada masa sekarang ini, banyak orang yang merasa sakit kemudian pergi ke dokter. Mereka tidak melihat bahwa aspek etika sebagai salah “satu cara pengobatan”. Hal ini bisa jadi karena teknik ini belum banyak diketahui orang atau karena tren budaya masyarakat modern saat ini lebih menekankan pada aspek kesehatan jasmani, sehingga teknik etika sebagai bagian dari pengobatan kesehatan menjadi sangat kurang diperhatikan.

Dalam rangka memelihara kesehatan jiwa, Miskawayh mengemukakan sekurangnya lima tips (kiat) untuk merawat kesehatan mental. *Pertama*, cermat mencari teman baik dan jangan mendapat teman jahat karena sekali mendapat teman yang jahat niscaya kita akan mencuri tabiat mereka tanpa disadari. *Kedua*, menjaga kesiagaan akal dengan berolah pikir supaya tidak jatuh ke dalam perangkap kemalasan. *Ketiga*, memelihara kesucian dan kehorrnatan kita dengan tidak merangsang syahwat. *Keempat*, menyinkronkan antara rencana dan tindakan agar kita tidak tenjerat ke dalam jaringan kebiasaan buruk kita. Terakhir, yang *kelima*, berusaha memperbaiki diri dengan cara senantiasa mengoreksi kekurangan diri.

Dalam membangun etika yang sehat ini, dapat pula dikembangkan dalam konteks penciptaan lingkungan sosial yang sehat. Komunikasi, pergaulan, dan interaksi yang sehat dapat mendukung pada penciptaan kualitas lingkungan yang sehat. Dengan kata lain, etika sebagai pengobatan tidak hanya berskala individual, melainkan memiliki skala yang sosial yaitu pentingnya peran lingkungan sosial dalam membangun lingkungan dan budaya hidup sehat.

Fenomena Pemalsuan Obat : Orang Miskin Dilarang Berobat

Jika ada yang menyatakan orang miskin dilarang sakit, mungkin akan terasa aneh. Namun, justru disinilah pentingnya orang miskin agar berhati-hati, supaya tidak termasuk orang yang jatuh tertimpa tangga, terus tiada yang menolong, walaupun ada orang yang lewat hanya sanggup berkata duuh kasihan!”. Oleh karena itu, satu-satunya cara yaitu harus

berusaha untuk menjaga kesehatan atau kebugaran, sehingga aktivitas sehari-hari masih tetap dapat dijalankan.

Andai saja tertimpa musibah sakit, maka ada peningatan yang kedua, yaitu hati-hati dalam membeli obat. Peringatan ini sudah pasti bukan ditujukan kepada mereka yang memiliki kecukupan harta untuk dirawat atau konsultasi ke dokter spesialis atau tempat rujukan (rumah sakit). Peringatan ini kembali ditujukan kepada masyarakat yang tidak memiliki daya beli yang tinggi terhadap obat.

Di daerah Pekanbaru ditemukan para pemulung sampah – dalam bahasa gaul Pekanbaru disebut *inang-inang* – selain mencari barang bekas, merekapun membuka bungkusan sampah yang diduga terdapat obat-obatan yang masih dalam kemasan. Temuan obat-obat bekas ini, mereka kumpulkan untuk kemudian dijual kembali ke pasaran. Dalam mengelabui atau merekayasa obat bekas ini, mereka melakukan beberapa tindakan.

- a. Semua jenis obat dikumpulkan.
- b. Hasil dari memulung obat tersebut, kemudian di bawa pulang ke rumah.
- c. Untuk merapikan kondisi obat tablet yang terbungkus dalam aluminium atau sejenisnya, mereka rapikan dengan tangan secara perlahan.
- d. Kemudian dilap dengan menggunakan kain dengan air secara perlahan.
- e. Bagian-bagian kemasan obat yang rusak, digunting sehingga tampak rapi.
- f. Obat-obatan yang sudah rapi tersebut, selanjutnya dikeringkan selama 5 menit.
- g. Mereka pisah-pisahkan berdasarkan pengetahuan mereka (seperti jenis vitamin, obat pusing, dan sebagainya).
- h. Tahap akhir, yaitu menjualnya kepada penadah obat, bahkan kabarnya sudah sampai ke Jakarta bahkan kembali ke apotek.

Pasar Pramuka

Peredaran obat palsu hingga kini masih merajalela dan semakin terbuka. Bahkan Badan POM mengaku kewalahan dalam memotong rantai sindikat peredaran obat ilegal ini. Berikut penelusuran Kemal Ramdan dan Cosmas Gatot yang mencerminkan bebasnya peredaran obat palsu di Pasar Pramuka, Jakarta Timur.

Ciri yang paling mudah dikenali adalah, lembaran obat tak memiliki kemasan, hanya ditumpuk dan diikat karet. Tak jarang mereka menyimpan obat palsu di rak khusus, loker atau

di dalam etalase. Ini sejalan dengan pengakuan salah satu pedagang yang pernah menjual obat terlarang ini.

Para penjual obat disini menyebutnya dengan obat putus, atau obat potongan karena dijual hanya beberapa strip. Jenis obat yang banyak dijual adalah golongan obat ant biotik, analgesik, antipiretik, histamin, antidiabetes, dan anti hipertensi.

Carut-marutnya peredaran obat palsu ini sebenarnya bukan barang baru. Namun, BPOM sebagai otoritas resmi selalu menuding lemahnya penegakan hukum sebagai penyebab tetap maraknya peredaran obat palsu. Di sisi lain di tengah keterbatasan BPOM memberantas peredaran obat palsu, jaringan pemasok obat legal semakin solid dengan pola yang semakin canggih. Padahal BPOM telah mempunyai kewenangan, tim penyidik PPNS, anggaran, bahkan *back up* aparat dan Mabes Polri. Namun rasanya pemberantasan obat palsu ini masih jauh dari efektif. Jangankan menyeret aktor-aktor kelas kakap, para pelaku kelas teri saja sampai kini masih bergerak dengan leluasa.

TPA Bantar Gebang

Peredaran obat ilegal ternyata datang dari berbagai sumber. Jangan kaget bila ternyata sebagian obat palsu dipasok dari para pemulung di Tempat Pembuangan Akhir (TPA) Bantar-Gebang.

Fakta selanjutnya muncul dari pengakuan seorang pemulung yang mengakui adanya jual beli obat-obatan bekas di TPA Bantar Gebang. Bila berhasil memulung sampah berupa tablet atau kapsul, buru-buru ia bersihkan kembali dan disimpan di saku celananya. Karena menurutnya obat punya nilai jual yang lumayan.

Memang bukan hal terlarang mencari berkah di balik tumpukan sampah ini. Namun, bila menyangkut obat yang dikonsumsi manusia, nyawa menjadi taruhannya. Apa jadinya bila orang sakit diberi obat kedaluwarsa atau obat bekas yang dipungut dan gundukan sampah?

Banyaknya peredaran toko obat tanpa izin ini, menurut Hakim, karena tidak adanya kesadaran yang tinggi oleh pemilik dalam menaati aturan kesehatan. Pihaknya sejauh ini telah melakukan upaya pengawasan secara intensif, namun masih saja sulit melakukan pemantauan kepada toko obat yang ilegal dalam melakukan kegiatan mereka. Karena toko-toko itu mengedarkan obat yang diduga bisa membahayakan kesehatan masyarakat, maka pihaknya menghimbau masyarakat agar lebih meningkatkan kewaspadaan dalam membeli obat-obatan.

Dispensasi Obat

Sebuah kritikan dari publik, terhadap perilaku dokter atau tenaga medis, yaitu adanya gejala praktek dokter yang melakukan dispensing obat. Dalam kaitan dengan perilaku ini, Willa Chandrawilla, memberikan bantuan penjelasan makna dispensing dengan menunjuk pada konteks bahasa Inggris, yaitu “*to dispense*” yang secara harfiah berarti membagikan. Dengan kata lain, seorang dokter yang melakukan dispensing obat, artinya dia membagikan obat kepada pasien. Dalam praktiknya, perilaku dokter di masyarakat kita ini, bukan hanya membagikan obat kepada pasien, namun dokter pun menyimpan sejumlah obat di tempat praktik kedokteran yang dibukanya secara pribadi.

Apabila dispensing obat kini dipermasalahkan sebenarnya telah sangat lama dipermasalahkan-lebih karena dipicu oleh telah diundangkannya UU tentang Praktik Kedokteran Nomor 20 Tahun 2004 (selanjutnya UUPK) yang diberlakukan tanggal 6 Oktober 2005. Masalah dispensing obat adalah masalah nasional, dari Sabang hingga ke Merauke hampir seluruh dokter di daerah melakukannya, bahkan sebagian kecil dokter di kota besar juga melakukannya. Penanganan terhadap masalah dispensing obat harus diselesaikan secara bijaksana dan menyeluruh, karena bukan hanya menyangkut tenaga kesehatan (dokter dan apoteker), namun juga menyangkut masalah kebutuhan orang sakit, yang sebagian sangat besar menyangkut orang sakit yang kurang mampu secara ekonomi, yakni golongan masyarakat yang untuk biaya berobat pun, sering kali berasal dari uang pinjaman kiri dan kanan.

Pasien yang menggunakan jasa pelayanan praktik kedokteran yang berada di daerah di mana pun juga di seluruh Indonesia, sampai saat ini sangat “biasa” menerima pelayanan praktik kedokteran dengan sistem “paket”, yakni setelah dilakukan pemeriksaan oleh dokter, akan sekaligus mendapatkan sejumlah obat-obatan yang diperlukan oleh pasien berkaitan dengan proses penyembuhan penyakitnya.

Dokter tidak boleh menyimpan persediaan obat dalam “jumlah banyak” di tempat praktik karena melalui Pasal 35 Ayat (i) UUPK, dokter mempunyai wewenang menyimpan obat dalam “jumlah dan jenis yang diizinkan”; dan bahkan melalui pasal yang sama, Ayat (j), dokter mempunyai wewenang meracik dan menyerahkan obat kepada pasien di daerah terpencil yang tidak ada apotek. Artinya apabila dokter boleh menyimpan obat, maka dokter juga boleh membagikan obat langsung kepada pasien.

Kebiasaan dispensing obat dimulai dari hubungan penyembuh dengan orang sakit yang tidak berdasarkan aturan-aturan hukum namun lebih kepada aturan-aturan pengobatan. Namun, kini dengan kemajuan zaman, hubungan antara penyembuh dengan orang sakit, selain hubungan pengobatan, terbentuk pula hubungan hukum, yang diatur dengan aturan-aturan hukum.

Apabila dokter tidak boleh memberikan pelayanan praktik kedokteran dengan sistem hanya memberikan resep obat dan mempersilahkan pasien membeli ke apotek, yang letaknya belum tentu dekat, maka alih-alih pasien membeli obat ke apotek, pasien akan mencari institusi yang lain yang pasti bukan apotek, yang dapat memberikan pelayanan dengan sistem “paket”.

Dapat dipastikan, apabila suatu ketika masyarakat Indonesia sudah menjadi makmur dari segi ekonomi, dimana biaya dokter dan biaya obat sudah bukan masalah lagi, maka dokter tidak perlu dispensing obat, karena masyarakat yang sudah makmur itu tahu cara pengobatan modern, yang memilah antara penyembuh dan penyedia obat-obatan.

Ketentuan tentang apotek mengharuskan bahwa apotek harus dikelola oleh seorang apoteker yang bekerja penuh waktu, jadi satu apotek dikelola oleh satu apoteker dan dibantu oleh asisten apoteker sebagai pelaksana. Tidak dapat dipungkiri bahwa banyak apotek di kota kecil dan kecamatan yang jauh dari kota besar, yang apotekernya tidak jelas ada dimana, hanya namanya saja yang tercantum di papan nama, sehingga apotek ada di bawah pengelolaan asisten apoteker saja. Bahkan yang tidak ada asisten apotekernya sehingga yang menyediakan dan memberikan obat, bukan lulusan menengah farmasi.

Masalah dokter dan apotek (apoteker) adalah masalah sebab-akibat dan akibat-sebab yang memerlukan penyelesaian yang holistik agar tidak ada pihak yang hanya dirugikan atau hanya diuntungkan sebaiknya semuanya mendapatkan keuntungan sesuai dengan bagiannya terutama jangan sampai kategori pasien tidak mampu secara ekonomi yang dirugikan, *dimana gajah dengan gajah bertengkar, pelanduk mati di tengah-tengah.*

Masalah dokter dan apotek (apoteker) akan selesai kalau semua pihak mengikuti jalur hukum, namun sekarang bagaimana caranya melakukan pengaturan tentang dispensing obat oleh dokter, sebab menyangkut hampir seluruh dokter di daerah? Banyak faktor yang akan memengaruhi pembenahan, sebagai misal masalah geografi, masalah kemiskinan, masalah pedagang besar farmasi yang menjual obat langsung kepada dokter yang faktor pembeliannya dari salah satu apotek entah di mana dan masih segudang masalah lainnya, semuanya masih memerlukan proses pembenahan yang sangat panjang.

Obat dan Pengukurannya

Bila seseorang sudah mendapatkan obat, baik itu membeli dari apoteker, warung (obat bebas), maupun yang mendapat rujukan dari resep dokter, akan dihadapkan pada salah satu aturan main mengonsumsi obat, misalnya diminum 3 x sehari, dengan ukuran 1 (satu) sendok teh. Pernyataan ini, seolah-olah mudah dipahami dan dipersepsi oleh masyarakat sebagai sesuatu hal yang sudah jelas. Padahal, dibalik aturan main serupa itu, ada nilai budaya yang perlu dipikirkan dan perlu diperjelas, sehingga tujuan mengonsumsi obat, yaitu untuk meningkatkan kualitas kesehatan dapat diwujudkan.

Obat, menurut Handrawan Nadesul, obat sudah ditakar dengan ukuran atau takaran yang jelas, dengan mempertimbangkan kadar atau dosis yang disesuaikan dengan tujuan dan acuan yang berlaku. Takaran yang tepat sangat penting untuk mendapatkan kesembuhan. Kelebihan dosis dapat menyebabkan terakumulasinya efek samping dan penyakit tidak dapat disembuhkan. Sedangkan kekurangan dosis menyebabkan obat tidak akan mampu menyembuhkan penyakit. Oleh karena itu, perhatian terhadap ukuran atau takaran obat ini menjadi sangat penting untuk diperhatikan.

Secara sosiologis, ukuran sendok adalah sangat berbeda. Ukuran takaran obat, sebagaimana yang dikenal masyarakat saat ini, sesungguhnya berlandaskan pada takaran sendok teh di Belanda (*farmakope*). Di Belanda, ukuran sendok teh adalah 3 cc dan volume sendok bubuk 8 cc. Sementara ukuran teh sendok di Indonesia, rata-rata kurang dari 3 cc. Berdasarkan kenyataan seperti ini dapat dikemukakan beberapa analisis selanjutnya.

Pertama, bila orang *alpa* atau *khilaf* perbedaan ukuran tersebut, maka potensi kurangnya daya sembuh obat menjadi sangat tinggi. Penyakit yang sedang diderita pasien atau anggota masyarakat tersebut, potensial untuk sulit disembuhkan.

Kedua, bila dilakukan pengulangan (atau lebih dari satu sendok), maka obat tersebut akan dikonsumsi lebih dari takaran yang sesungguhnya. Merujuk pada ketentuan dosis yang ada, maka orang tersebut akan mengalami overdosis. Problem yang akan muncul dari overdosis tersebut, (1) fungsi obat tidak akan efektif dan (2) efek negatif dari penggunaan obat semakin tinggi. Sebagaimana diketahui, setiap obat memiliki efek negatif. Dan bila kita mengonsumsi obat lebih dari kebutuhannya padahal obat itu tidak efektif dalam menyembuhkan maka sesungguhnya yang sedang terjadi dalam tubuh kita adalah terakumulasi

potensi-potensi efek negatif. Masalah seperti ini sudah tentu harus menjadi perhatian dari setiap anggota masyarakat atau tenaga ahli.

Ketiga, bila dalam kemasan obat tersebut, terdapat sendok penyeduh dan penyertaan sendok penyeduh ini sudah mulai dibudayakan oleh para produsen obat, maka sesungguhnya masyarakat harus secara disiplin menggunakan sendok penyeduh dalam mengkonsumsi obat termaksud. Terkait dengan masalah ini, maka perlu kiranya membiasakan menyimpan sendok obat di rumah masing-masing, hal ini untuk mengantisipasi bila dalam suatu saat ada obat yang tidak menyertakan sendok penyeduh obat.

Keempat, fenomena ini menunjukkan bahwa takaran obat adalah lebih bersifat ilmiah. Namun, benda yang digunakan sebagai alat ukurnya, potensial mengandung nilai budaya. Dengan kata lain, 3, 8, atau 10 cc adalah ukuran-ukuran ilmiah kedokteran. Namun, sendok teh, sendok makan, atau sendok penyeduh obat merupakan alat dan teknologi bernuansakan budaya. Ukuran antara benda satu dengan benda lainnya memiliki kandungan budaya.

Penutup

Berdasarkan uraian tersebut, dapat disimpulkan bahwa ukuran meraih derajat hidup yang sehat dapat dilakukan dengan berbagai cara. Hal yang penting untuk dipahami bersama adalah status penyakit atau sakit yang kita derita. Karena dengan memahami jelas sakit atau penyakit tersebut, sesungguhnya kita dapat memahami penyebab dan terapi yang cocok untuk memulihkan kembali. Kegagalan kita dalam memahami masalah ini dapat menyebabkan sulitnya sebuah penyakit dapat disembuhkan.

Tepat sekali bahwa berbagai hal yang terjadi dalam diri manusia ini, hanya berupa sebuah ikhtiar. Dokter, guru olahraga, bahkan kyai sekalipun bukan Tuhan yang memiliki kewenangan untuk memberikan sakit dan sehat. Apa yang mereka lakukan, semua itu hanyalah sebuah usaha atau ikhtiar kita dalam meraih kesehatan hidup di dunia.

Sebagai sebuah pendekatan antisipatif, maka setiap orang dapat menggunakan pendekatan komprehensif dalam meraih kesehatan jasmaniah dan rohaniannya secara simultan. Dengan pendekatan komprehensif atau holistik ini, maka diharapkan tujuan untuk meraih nilai kesehatan secara maksimal akan dapat diraih secara maksimal.

BAB V

PERAN DOKTER, PASIEN DAN PERAWAT

A. PENGERTIAN PERAN

Dalam kehidupan bermasyarakat, peran merupakan konsekuensi dari status seseorang. Bila dalam masyarakat ada orang yang berstatus sebagai perawat, dokter, bidan, atau pasien, maka terhadap individu-individu tersebut diharapkan muncul perilaku yang sesuai dengan statusnya masing-masing.

Menurut Ralf Dahrendrof (dalam Veeger, 1986:235), peran dimaknai sebagai satu pola tingkah laku, kepercayaan, nilai, sikap yang diharapkan oleh masyarakat muncul dan menandai sifat dan tindakan si pemegang status atau kedudukan sosial.

Dalam suatu lingkungan, seseorang berkewajiban untuk menunjukkan peran sosial sesuai dengan statusnya. Sementara di lain pihak, mungkin pula dia dapat berperan sebagai status yang berbeda. Contoh :seorang dokter yang merawat mertuanya. Di tempat perawatan, si mertua tersebut adalah pasien dokter maka harus patuh dan taat pada dokter, sedangkan di rumah sang dokter harus hormat dan patuh pada mertuanya. Pada situasi seperti ini, memang ada kalanya peran seseorang seringkali berbeda tergantung pada situasi sosial masing-masing.

B. PERAN SAKIT-SEHAT

Secara ilmiah penyakit (disease) itu diartikan sebagai gangguan fungsi fisiologis dari suatu organisme sebagai akibat dari infeksi atau tekanan dari lingkungan. Sedangkan sakit (illness) adalah penilaian individu terhadap pengalaman menderita suatu penyakit.

Perilaku sakit diartikan sebagai segala bentuk tindakan yang dilakukan oleh individu yang sedang sakit agar memperoleh kesembuhan, sedangkan perilaku sehat adalah tindakan yang dilakukan individu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya, termasuk pencegahan penyakit, perawatan kebersihan diri, penjagaan kebugaran melalui olahraga dan makanan bergizi. Perilaku sehat ini diperlihatkan oleh individu-individu yang merasa dirinya sehat meskipun secara medis belum tentu mereka betul-betul sehat.

Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada dokter. Dengan berbagai kondisi dan jenis penyakit yang dideritanya, setiap pasien menunjukkan

perilaku yang berbeda dihadapan seorang tenaga medis. Kalangan sosiologi menyebutnya sebagai fenomena peran sakit dalam perilaku kesehatan masyarakat.

Seorang ahli sosiologi dan psikologi sosial, Mechanic, mengembangkan teori tentang perilaku sakit yang dinamakannya **teori respons bertahan (copyng response theory)**. Menurut Mechanic perilaku sakit adalah reaksi optimal dari individu jika dia terkena suatu penyakit. Dan reaksi ini sangat ditentukan oleh sistem sosialnya. Perilaku sakit erat hubungannya dengan konsep diri, penghayatan situasi yang dihadapi, pengaruh petugas kesehatan, serta pengaruh birokrasi (karyawan yang mendapat jaminan perawatan kesehatan yang baik akan cenderung lebih cepat merasa sakit daripada mereka yang justru akan akan kehilangan nafkah hariannya jika tidak masuk kerja karena sakit). Ada dua faktor utama yang menentukan perilaku sakit, yaitu :

- a. Persepsi atau definisi individu tentang suatu situasi/penyakit
- b. Kemampuan individu untuk melawan serangan penyakit tersebut

Perilaku sakit ini juga diteropong oleh Suchman yang memberikan batasan perilaku sakit sebagai tindakan untuk menghilangkan rasa tidak enak atau rasa sakit sebagai akibat dari timbulnya gejala tertentu. Suchman menganalisa pola proses pencarian pengobatan dari segi individu atau petugas kesehatan. Menurutnya, ada 5 macam reaksi dalam proses mencari pengobatan, antara lain:

1. **Shopping**, yaitu proses mencari alternatif sumber pengobatan guna menemukan seseorang yang dapat memberikan diagnosa dan pengobatan sesuai dengan harapan.
2. **Fragmentation**, yaitu proses pengobatan oleh beberapa fasilitas kesehatan pada lokasi yang sama
3. **Procrastination**, yaitu proses penundaan pencarian pengobatan meskipun gejala penyakitnya sudah dirasakan
4. **Self medication**, yaitu pengobatan sendiri dengan menggunakan berbagai macam ramuan atau obat-obatan yang dinilai tepat baginya
5. **Discontinuity**, yaitu penghentian proses pengobatan

Dalam menentukan reaksi/tindakannya sehubungan dengan gejala penyakit yang dirasakannya, menurut Suchman, individu berproses melalui tahap-tahap berikut ini :

1. Tahap pengenalan gejala

Individu memutuskan bahwa dirinya dalam keadaan sakit yang ditandai dengan rasa tidak enak dan keadaan itu dianggapnya dapat membahayakan dirinya

2. Tahap asumsi peranan sakit

Karena merasa sakit dan perlu pengobatan, individu mulai mencari pengakuan dari kelompok acuannya (keluarga, tetangga, dll) tentang sakitnya itu dan meminta pembebasan dari tugas sehari-harinya.

3. Tahap kontak dengan pelayanan kesehatan

Individu mulai menghubungi sarana kesehatan sesuai dengan informasi yang diperoleh/dari pengalamannya tentang tersedianya jenis-jenis pelayanan kesehatan.

4. Tahap ketergantungan si sakit

Individu memutuskan bahwa dirinya sebagai orang sakit dan ingin disembuhkan, harus menggantungkan diri kepada prosedur pengobatan dan harus kpatuh terhadap perintah orang yang akan menyembuhkannya.

5. Tahap penyembuhan atau rehabilitasi

Individu memutuskan untuk melepaskan diri dari peranan sebagai orang sakit karena ia sudah sehat kembali dan dapat berfungsi seperti sedia kala.

Dalam hal ini, Sudibyo Supardi merinci **6 peran sakit di masyarakat**, yaitu:

1. **Sakit sebagai upaya untuk menghindari tekanan.** Contoh : Sebuah keluarga miskin tinggal rumah sempit yang kumuh. Suatu hari datang adik-adik suaminya ikut tinggal bersamanya untuk mencari pekerjaan. Istri merasa wajib memberi makan dan tempat tidur yang layak bagi mereka. Namun bersama dengan itu, sang istri merasakan keterbatasan uang dan ruang gerak dan dituntut untuk lebih memperhatikan anaknya. Lalu kemudian ia terbaring sakit dirumahnya. Atas anjuran saudara-saudaranya maka adik-adik suaminya pindah dan istrinya sembuh kembali. Melalui peran sakit istri, maka keluarga tersebut dapat terhindar dari ketegangan yang dapat merusak keluarga.
2. **Sakit sebagai upaya untuk mendapat perhatian.** Masyarakat menekankan pentingnya orang sakit mendapat perhatian khusus, tempat khusus, makanan khusus, dan sebagainya. Bagi orang yang merasa kesepian atau tidak yakin atas penerimaan orang lain akan dirinya, maka salah satu cara pelepasannya dilakukan dengan melalui peran sakit.
3. **Sakit sebagai kesempatan untuk istirahat.** Bagi orang yang banyak mengalami ketegangan di kantor atau di rumah, peran sakit merupakan salah satu pilihan. Beberapa orang dapat menikmati masa istirahat beberapa hari dan bebas dari ketegangan rutin melalui rawat inap di rumah sakit dengan biaya kantor.

4. **Sakit sebagai alasan kegagalan** pribadi. Peran sakit juga digunakan sebagai alasan ketidakmampuan menyelesaikan tugas yang harus dikerjakan, upaya menghindari tanggung jawab atau pembenaran diri
5. **Sakit sebagai Penghapus dosa.** Masyarakat tertentu percaya bahwa sakit merupakan akibat dari dosa yang dilakukan sebelumnya. Sakit merupakan hukuman Tuhan untuk menghapus dosa yang telah dibuat hamba-Nya. Melalui peran sakit, Tuhan memberi kesempatan pada seseorang untuk menyesali dosa yang diperbuatnya.
6. **Sakit untuk mendapatkan alat tukar.** Contoh : Karyawan yang mendapat penggantian ongkos berobat, sering mengumpulkan obat melalui peran sakit. Setelah mendapatkan sejumlah obat berikut aturan pakainya, ia menyimpan obat tersebut untuk digunakan sebagai alat tukar dengan berbagai keperluannya.

Dalam konteks politik, peran sakit memiliki nilai yang berbeda dibandingkan yang lainnya, yaitu ada peran sakit :

1. Sebagai alat untuk menghindari proses hukum
2. Sebagai alat untuk menekan dan memaksakan kehendak pada orang lain sehingga tujuan yang diinginkannya dikabulkan. Contoh :mogok makan

Sementara itu, peran sehat belum banyak mendapat perhatian dari kalangan sosiologi. Banyak kalangan menganggap bahwa peran sehat merupakan peran normal bagi individu sesuai dengan statusnya yang berlaku. Sesuai dengan konsepnya, orang sehat adalah orang yang memiliki kemampuan prima dari sisi jasmaniah, emosi, spiritual dan ekonomi.

C. PERAN PERAWAT

• Pengertian

Perawat adalah orang yang dididik menjadi tenaga paramedis untuk menyelenggarakan perawatan orang sakit atau secara khusus untuk mendalami bidang perawatan tertentu. Perawat merupakan salah satu komponen penting dan strategis dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan. Kehadiran dan peran perawat tidak dapat diabaikan. Dalam menjalankan tugasnya, perawat dituntut untuk memahami proses dan standar praktik keperawatan. Keperawatan adalah diagnosis dan penanganan respons manusia terhadap masalah kesehatan aktual maupun potensial

Menurut hasil lokakarya Keperawatan Nasional (1983), keperawatan diartikan sebagai :

Suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integrasi dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosial-spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat baik yang sakit maupun sehat yang mencakup seluruh siklus hidup manusia.

Perawat (nurse) berasal dari bahasa latin yaitu *nutrix* yang berarti merawat atau memelihara. Harley Cit menjelaskan pengertian dasar seorang perawat yaitu seseorang yang berperan dalam merawat, memelihara, membantu serta melindungi seseorang karena sakit, cedera dan proses penuaan. Sedangkan menurut Depkes RI (2002), perawat profesional adalah perawat yang bertanggung jawab dan berwenang memberikan pelayanan keperawatan secara mandiri dan berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lain sesuai dengan kewenangannya.

Asuhan keperawatan adalah kegiatan profesional perawat yang dinamis, membutuhkan kreativitas dan berlaku pada berbagai keadaan dan rentang kehidupan manusia (Carpenito,1998). Tahap dalam melakukan asuhan keperawatan yaitu pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

Dari definisi peran tersebut, maka profesi perawat diakui sebagai bagian integrasi dari pelayanan kesehatan. Ini artinya dalam pelayanan kesehatan. Ini artinya bahwa dalam pelayanan kesehatan, peran dan fungsi perawat merupakan satu komponen yang tidak dapat dipisahkan dan tidak bisa diabaikan oleh tenaga kesehatan yang lainnya. Bahkan bila dilihat dari segi intensitas interaksi dengan pasien, kelompok profesional perawat merupakan tenaga kesehatan yang paling tinggi interaksinya.

- **Perawat Sebagai Individu**

Aktifitas keperawatan meliputi peran dan fungsi pemberi asuhan keperawatan dan praktik keperawatan, pengelola institusi keperawatan, pendidik klien serta peneliti di bidang keperawatan (Sieglar, 2000)

Peran perawat sebagai individu, antara lain :

1. **Peran sebagai pelaksana (care giver).** Peran ini merupakan peran dalam memberikan asuhan keperawatan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada klien dengan pendekatan pemecahan masalah sesuai dengan metode dan proses keperawatan.

2. **Peran sebagai pendidik.** Perawat berperan dalam mendidik individu keluarga, kelompok, masyarakat, serta tenaga kesehatan yang berada di bawah tanggung jawabnya.
3. **Peran sebagai pengelola.** Perawat mempunyai tanggung jawab mengelola pelayanan maupun pendidikan keperawatan sesuai dengan manajemen keperawatan.
4. **Peran sebagai peneliti.** Perawat diharapkan mampu mengidentifikasi masalah penelitian, menerapkan prinsip dan metode penelitian serta memanfaatkan hasil penelitian untuk meningkatkan mutu asuhan pelayanan dan pendidikan keperawatan.

- **Peran Perawat dari Sudut Profesi dan Tujuan Lembaga Pendidikan**

Program Pendidikan D3 Keperawatan di Indonesia sebagai pendidikan yang menghasilkan perawat profesional pemula. Pendidikan ini bertujuan mendidik peserta didik melalui proses belajar untuk menyelesaikan kurikulum sehingga mempunyai cukup pengetahuan, ketrampilan dan sikap untuk :

1. Melaksanakan pelayanan keperawatan profesional dalam suatu sistem pelayanan kesehatan sesuai kebijaksanaan umum pemerintah yang berlandaskan Pancasila, khususnya pelayanan asuhan keperawatan kepada individu, keluarga dan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan
2. Menunjukkan sikap kepemimpinan dan bertanggung jawab dalam mengelola asuhan keperawatan
3. Berperan serta dalam kegiatan penelitian di bidang keperawatan dan menggunakan hasil penelitian dan IPTEK untuk meningkatkan mutu dan jangkauan pelayanan dan asuhan keperawatan
4. Berperan secara aktif dalam mendidik dan melatih klien
5. Mengembangkan diri secara terus-menerus untuk meningkatkan kemampuan profesional
6. Memelihara dan mengembangkan kepribadian serta sikap yang sesuai dengan etika keperawatan dalam melaksanakan profesinya
7. Berfungsi sebagai anggota masyarakat yang kreatif, produktif dan terbuka untuk menerima perubahan serta berorientasi ke masa depan sesuai perannya.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan no.647 tahun 2000 menegaskan bahwa keperawatan adalah sebuah profesi. Dengan status seperti ini maka secara legal formal dan keilmuan ada pengakuan kesejajaran antara ilmu keperawatan dan ilmu kedokteran serta ada kewenangan yang berbeda antara perawat dan dokter.

Status sebagai profesi ini menuntut setiap perawat untuk mampu memberikan pelayanan prima kepada masyarakat sesuai dengan misi perawat untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi klien, keluarga dan masyarakat.

Dalam praktik keperawatan terdapat **3 fungsi keperawatan**, antara lain yaitu:

1. Fungsi independen

Dalam fungsi ini tindakan perawat bersifat tidak memerlukan perintah dokter. Tindakan perawat bersifat mandiri berdasarkan ilmu keperawatan. Oleh karena itu perawat bertanggung jawab atas akibat yang timbul dari tindakan yang diambil. Contoh tindakan ini, yaitu :

- a. Pengkajian seluruh riwayat kesehatan pasien/keluarganya dan pemeriksaan fisik untuk menentukan status kesehatan
- b. Membantu pasien dalam melakukan kegiatan sehari-hari
- c. Mendukung pasien untuk berperilaku hidup sehat

2. Fungsi interdependen

Tindakan perawat berdasar pada kerjasama dengan tim perawatan atau tim kesehatan lain. Mereka biasanya tergabung dalam sebuah tim yang dipimpin oleh seorang dokter. Contoh tindakan ini ialah menangani ibu hamil yang menderita diabetes, perawat bersama tenaga ahli gizi berkolaborasi membuat rencana untuk menentukan kebutuhan makanan yang diperlukan ibu hamil dan perkembangan janin

3. Fungsi dependen

Perawat bertindak membantu dokter dalam memberikan pelayanan medis. Perawat membantu dokter memberikan pelayanan pengobatan dan tindakan khusus yang menjadi kewenangan dokter. Oleh karena itu, tindakan perawat ada di bawah tanggung jawab dokter termasuk setiap kesalahan medis yang dilakukan, kecuali jika perawat tersebut yang bertindak tidak sesuai dengan prosedur dan ketentuan yang ditentukan dokter.

D. PERAN DOKTER

Tokoh kunci dalam proses penyembuhan suatu penyakit adalah petugas kesehatan, lebih khususnya adalah dokter. Menurut undang-undang Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, profesi dokter berdasarkan suatu keilmuan, kompetensi yang diperoleh melalui pendidikan berjenjang dan kode etik yang bersifat melayani. Berdasarkan kode etik kedokteran, dinyatakan bahwa kewajiban umum dokter adalah :

1. menjunjung tinggi, menghayati, dan mengamalkan sumpah dokter.
2. senantiasa berupaya melaksanakan profesinya sesuai dengan standar profesi yang tertinggi

3. tidak boleh dipengaruhi oleh sesuatu yang mengakibatkan hilangnya kebebasan dan kemandirian profesi
4. harus menghindarkan diri dari perbuatan yang bersifat memuji diri
5. tiap perbuatan atau nasihat yang memungkinkan melemahkan daya tahan psikis maupun fisik hanya untuk kebaikan pasien, setelah memperoleh persetujuan pasien
6. senantiasa berhati-hati dalam mengumumkan dan menerapkan setiap penemuan teknik atau pengobatan baru yang belum diuji kebenarannya dan hal-hal yang menimbulkan keresahan masyarakat.
7. hanya memberikan surat keterangan dan pendapat yang telah diperiksa sendiri kebenarannya.
8. dalam setiap praktiknya memberikan pelayanan medis yang kompeten dalam kebebasannya teknis dan moral sepenuhnya, disertai rasa kasih sayang (compassion) dan penghormatan atas martabat manusia.
9. harus bersikap jujur dalam hubungannya dengan pasien dan sejawatnya dan berupaya untuk mengingatkan sejawatnya yang diketahui memiliki kekurangan dalam karakter atau kompetensi atau yang melakukan penipuan atau penggelapan dalam menangani pasien
10. menghormati hak-hak pasien, menghormati hak-hak sejawatnya, hak-hak tenaga kesehatan lainnya, dan harus menjaga kepercayaan pasien
11. senantiasa mengingat akan kewajiban melindungi makhluk hidup , makhluk insani
12. harus memperhatikan kepentingan masyarakat dan semua aspek pelayanan kesehatan yang menyeluruh (promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif), baik fisik maupun psikososial, serta berusaha menjadi pendidik dan pengabdian masyarakat yang sebenar-benarnya.
13. dalam bekerja sama dengan para pejabat di bidang kesehatan dan bidang lainnya serta masyarakat harus saling menghormati.

Merujuk pada kode etik tersebut, peran dokter dapat dirinci lebih spesifik lagi kedalam beberapa perilaku berikut :

- a. Dokter sebagai pendidik, yaitu memberikan promosi pendidikan kepada masyarakat baik individu, keluarga, maupun masyarakat
- b. Dokter sebagai pengembang teknologi layanan kesehatan , yaitu dalam praktik layanan kesehatan, seorang dokter dituntut untuk memiliki kreatifitas dan inisiatif untuk menemukan dan memecahkan masalah yang sedang dihadapi pasien sesuai dengan pengetahuan dan kemampuannya sendiri

- c. Dokter sebagai pengabdian masyarakat, yang dituntut memiliki kesediaan untuk memberikan pertolongan. Meminjam istilah Daldiyono (2006:291) setiap dokter harus siap siaga sebagai dokter yang profesional dalam membantu masyarakat.
- d. Dokter adalah pembelajar, yaitu dengan berbagai praktik atau pengembangan ilmu yang ada, seorang dokter dapat belajar dan mengajari kembali baik kepada rekan sejawat atau pihak lain mengenai perkembangan ilmu kedokteran.

Dalam melakukan perannya sebagai seseorang yang memiliki kompetensi untuk mengobati orang yang sakit, **dokter melaksanakan lima fungsi utama** dan fungsi-fungsi ini dapat dianalisa dengan *patterns variables* yang telah dikembangkan oleh Parsons (Schepers dan Nievaard).

- Menerapkan peraturan umum atau khusus yang harus ditaati oleh pasien (kriteria universal versus khusus)
- Membina interaksi dengan pasien secara luas dan membaur, atau terbatas pada fungsinya sebagai dokter (membraur versus spesifik)
- Melibatkan emosi /perasaan atau sikap netral dalam hubungannya dengan sang pasien (afektif versus netral)
- Mengutamakan kepentingan diri sendiri atau kepentingan bersama (orientasi diri versus orientasi kelompok)
- Memandang manusia berdasarkan kualitasnya atau prestasinya (kualitas versus prestasi)

Pandangan Parsons mengenai peran dokter tersebut merupakan pandangan yang ideal. Pada kenyataannya tidak semua kriteria Parsons dapat dipenuhi oleh dokter dalam menjalankan fungsinya mengobati pasien. Ilmu kedokteran modern cenderung menekankan perlunya para dokter mengetahui dan menginternalisasikan norma-norma praktek kedokteran dalam menjalankan tugas mereka. Pengamatan menunjukkan bahwa dimana saja di dunia ini sebagian besar anggota profesi kedokteran berasal dari tingkat sosial ekonomi menengah ke atas. Hal ini sering mempengaruhi hubungan dokter-pasien.

E. INTERAKSI ANTAR KOMPONEN

Masyarakat atau individu dalam kehidupan terkait dengan sisi statis dan sisi dinamis dari masyarakat. Struktur sosial merupakan sisi statis dan proses sosial atau interaksi sosial merupakan sisi dinamis masyarakat. Disinilah terjadi proses sosial, dimana dalam proses sosial terdapat hubungan dan

pengaruh timbal balik antara berbagai segi kehidupan bersama dan antara berbagai komponen yang terkait.

Menurut Samsuridjal Djauzi dan Supartondo, pada tahun 1950-an ada tiga pola komunikasi antara dokter dengan pasien, yaitu pola aktif-pasif, petunjuk-kerja sama, dan kerja sama. Pada pola aktif-pasif, pasien bersifat pasif dan hanya melakukan sesuatu yang diperintahkan oleh dokter. Pada pola petunjuk-kerja sama, peran dokter mulai muncul. Aspek ketaatan dan motivasi pasien dalam menjalankan perintah dokter, menjadikan kunci penyembuhan. Sedangkan dalam pola kerja sama, inisiatif pasien menjadi lebih kuat. Maka tidak mengherankan apabila pada saat sekarang banyak masyarakat yang memerlukan konsultasi kesehatan.

Sedangkan pola hubungan menurut Schepers dan Nievaard (1990) berdasarkan pada jenis penyakit atau kondisi kesehatan pasien, hubungan dokter-pasien secara umum dapat dibedakan menjadi tiga model, yaitu aktif-pasif, pemimpin-pengikut, atau hubungan setara. Menurut Freidson, model hubungan dokter-pasien dari Schepers dan Nievaard, dipengaruhi oleh tiga faktor utama, yaitu tuntutan pekerjaan, reaksi individu atau masyarakat terhadap jenis penyakit itu, serta faktor struktur dan budaya.

Hal yang terpenting dari hubungan dokter-pasien adalah komunikasi. Karena komunikasi sangatlah penting, menyangkut timbal balik yang berkesinambungan antara dua pihak. Keterampilan berkomunikasi harus dimiliki oleh setiap dokter, seperti mendengarkan (*listening*), mengulang (*parroting*), dan menyimpulkan (*pharapasing*).

Dengan memahami komponen dan faktor yang mempengaruhi dalam interaksi sosial, maka dapat dirumuskan pola-pola hubungan antar komponen tersebut (*lihat dalam skema hubungan dokter-pasien pada lampiran*). Dan hubungan-hubungan kerja tersebut secara praktis akan terkait dengan masalah hak dan kewajiban atau perangkat aturan dan perundang-undangan yang mengikat pola yang dimaksudkan.

a. Hubungan dokter-pasien

Dalam penentuan treatment untuk proses penyembuhan atau penyehatan kondisi seseorang, posisi dokter berada pada tingkat “superior”. Khusus dalam konteks pemilihan obat yang ditunjukkan dalam bentuk “resep dokter”, seorang pasien hampir tidak memiliki reaksi yang signifikan terhadap usulan dokter. Ini merupakan sebuah ciri bahwa relasi kekuasaan antara pasien dengan dokter sangat tidak seimbang. Penyebab tidak seimbangnya hubungan antara dokter-pasien ini adalah perbedaan

pengetahuan mengenai sehat-sakit dan posisi pasien sebagai seorang yang membutuhkan bantuan dokter yang menyebabkan posisi pasien menjadi individu yang ada di bawah (subordinat) dokter.

Terhadap kondisi seperti ini, Daldiyono memberikan keterangan tentang pentingnya usaha pendidikan kesehatan pada pasien sehingga pasien dapat memosisikan diri sebagai pasien dihadapan dokter, sehingga pada akhirnya hubungan dokter-pasien lebih diposisikan sebagai posisi sederajat dan hanya berbeda dalam konteks hak dan kewajiban,

Pertanyaan yang perlu dikemukakan seiring dengan beberapa kemungkinan yang dapat terjadi :

- Adanya kesalahan dalam memberikan obat
- Dokter dapat memberikan resep yang tepat, tetapi tidak untuk tujuan yang efektif , misalnya ada duplikasi obat.
- Pilihan dokter tentang obat tersebut sudah sangat tepat.

Menurut Daldiyono (2007:191-197) secara sederhana menyebutkan ada 4 (empat) teori hubungan antara dokter dengan pasien:

1. hubungan dokter-pasien yang bersifat religius, misalnya dilandasi kesadaran bahwa pengobatan itu bagian dari kegiatan keagamaan
2. hubungan dokter-pasien yang bersifat paternalistik, yaitu memosisikan pasien sebagai orang yang butuh bantuan
3. hubungan dokter-pasien yang bersifat penyedia jasa dan konsumen
4. hubungan dokter-pasien yang bersifat kemitraan

Menurut Szasz dan Hollender (dalam H.Soewono) pola hubungan dokter dan pasien dapat dilihat menjadi tiga pola, yaitu :

- hubungan orang tua dan anak, yaitu pasien yang masih perlu mendapat perlindungan dan pembelajaran hidup.
- Hubungan antara orang tua dan remaja yaitu pasien yang bisa diajak bicara.
- Prototype hubungan antar orang dewasa yaitu pasien yang dianggap setara dan memiliki hak individu secara mandiri.

b. Hubungan dokter-perawat

Anwar Kurniadi (dalam sinar harapan,2004) mengatakan bahwa dokter masih menunjukkan sikap hegemoninya dalam praktek kesehatan. Sementara peran perawat masih kurang diuntungkan. ketidak keseimbangan interaksi antara dokter-perawat disebabkan oleh berbagai faktor,yaitu:

- Perawat pada umumnya adalah perempuan.
- Dilihat dari sisi pendidikan, perawat mayoritas berpendidikan D3 sedangkan para dokter berpendidikan minimal S1., di tambah pendidikan profesi (spesialisasi).
- Kesenjangan relasi kekuasaan dokter-perawat terkait dengan kewenangan yang dimiliki oleh kedua profesi.

Terkait dengan minimal ada tiga pekerjaan yang perlu dilakukan oleh pemerintah, yaitu:

1. Memberikan pendidikan kepada publik untuk mengetahui hak dan kewajibannya dalam praktek layanan kesehatan.
2. perlu ada pendekatan kolaboratif antara dokter, perawat dan pasien untuk bersikap kritis terhadap masalah-masalah yang terkait dengan kesehatan.
3. membangun komunikasi kesehatan yang manusiawi.

c. Hubungan petugas kesehatan-masyarakat

Proses penyembuhan penyakit tidak hanya ditangani oleh dokter. Dengan meningkatnya variasi penyakit dan kerumitan teknologi kedokteran, diperlukan bantuan tenaga lain, seperti perawat, bidan, penata roentgen, ahli gizi,dsb. Yang kesemuanya bergabung menjadi tim petugas kesehatan.

Seperti halnya dokter, petugas kesehatan juga mempunyai karakteristik yang bisa menghambat komunikasinya dengan masyarakat antara lain: perbedaan status sosial, budaya dan bahasa, harapan masyarakat terhadap kemampuan petugas, serta kecenderungan sikap otoriter terutama dalam penyebaran penyakit akut. Untuk itu diperlukan kemauan untuk mempelajari bahasa dan budaya setempat agar petugas tidak dianggap orang asing oleh penduduk asli dan supaya komunikasi dengan masyarakat dapat lebih lancar.

F. WACANA : Fenomena perawat di kota Cirebon

Salah satu fenomena tenaga kerja perawat di Indonesia adalah adanya status perawat sebagai tenaga kerja kontrak. Nasib dan perhatian pemerintah terhadap tenaga perawat kontrak ini bersifat ambigu, di satu sisi berupaya untuk memberikan lapangan kerja, sementara di sisi lain pemerintah belum mampu menyediakan kompensasi yang layak dan proporsional. Hal demikian dapat di lihat dari

dua sisi, yaitu: ketidakmampuan pemerintah dalam memberikan kompensasi dan prosedur pelayanan yang optimal kepada tenaga perawat kontrak.

Salah satu kasus yang bisa dijadikan contoh adalah kasus keterlambatan gaji pada tenaga perawat kontrak yang ada di Cirebon yang hampir 1 tahun (pada tahun 2003). Peristiwa ini menunjukkan adanya prosedur pelayanan pemerintah kepada tenaga kerja kontrak yang tidak profesional, sehingga timbul keterlambatan. Selain itu upah yang diterima jauh dibawah UMR yang sebesar Rp 625.000,-. Para tenaga kerja kontrak ini hanya mendapat gaji Rp 300.000,- perbulan ditambah tunjangan insentif sebesar Rp 100.000,-.

Begitu banyak tantangan berat untuk menjadikan perawat sebagai pekerja profesional dan mendapat imbalan profesi. Saat ini kondisi perawat di Indonesia memang terpuruk. Dibanding rekannya di negara lain, bahkan sesama negara ASEAN, gaji perawat di Indonesia relative rendah, rata-rata tingkat pendidikannya pun rendah, kebanyakan hanya lulusan Sekolah Perawat Kesehatan (SPK). Di sisi lain pemerintah sendiri juga sedang terpuruk. Jangankan menyediakan anggaran untuk pendidikan untuk mempekerjakan saja tidak mampu. Akibatnya, tiap tahun 13.000 dari 15.000 orang lulusan keperawatan menganggur karena tidak terserap pasar kerja domestic, meski rumah sakit kekurangan perawat.

Kebijakan pegawai pemerintah serta ketidakmampuan rumah sakit swasta mempekerjakan perawat dalam jumlah memadai telah lama dikeluhkan oleh perawat. Akibatnya perawat harus bekerja lebih dan sering mendapat kecaman dari keluarga pasien yang merasa tidak terlayani dengan baik. Di sisi lain, tidak ada aturan yang memadai untuk melindungi perawat di tempat kerja. Lebih dari 50% perawat dan bidan tidak mendapat pelatihan tentang keperawatan atau kebidanan klinis maupun komunitas dalam lima tahun terakhir. Dengan demikian kesempatan untuk meningkatkan kemampuan dan mempersiapkan diri untuk mencapai jabatan yang memerlukan pengetahuan dan ketrampilan tinggi juga terbatas. Perawat sering dipersalahkan untuk keadaan yang mereka tidak pernah disiapkan dan pelayanan kesehatan rendah sehingga citra perawat dan bidan terpuruk.

Perbaikan sistem kurikulum diharapkan mampu merubah perawat dari hanya pembantu dokter juga menjadi tenaga kesehatan yang professional. Untuk itu Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial telah membentuk Direktorat Pelayanan Keperawatan pada Jendral Pelayanan Medik. Kebijakan Direktorat dalam rangka meningkatkan mutu, maka menyetarakan SPK dengan D3 dengan penambahan semester dan mata kuliah, juga dari segi kurikulum. Kemudian dilakukan pemerataan tenaga kerja perawat professional menyebar di daerah supaya tidak terjadi penumpukan di

kota-kota besar, membuat standar mutu keperawatan, advokasi terhadap perawat, meningkatkan fasilitas akomodasi penunjang bagi perawat.

Untuk menjadikan hal itu terwujud diperlukan pendidikan yang berkesinambungan. Alternative lain adalah dengan gabungan pemerintah local, konsumen dan organisasi tempat kerja (rumah sakit). Sementara pemerintah pusat sebagai regulator untuk menjamin kepentingan local maupun nasional.

Untuk mengatasi masalah pengangguran tenaga perawat yang mencapai 30.000 orang, pemerintah mulai menggalakkan untuk menempatkan mereka ke luar negeri. Saat ini banyak negara yang berminat menggunakan tenaga perawat Indonesia untuk bekerja di negara mereka. Seperti Timur tengah, Amerika Serikat, Kanada, Australia, Belanda, bahkan kini Inggris juga berminat menggunakan tenaga kesehatan asal Indonesia. Hal ini dikarenakan para remaja di negara tersebut sudah tidak tertarik lagi untuk masuk ke Sekolah Keperawatan. Menurut hasil pertemuan World Health Assembly di Geneva, Swiss. Kurangnya tenaga perawat bukan masalah local tetapi juga masalah internasional. Hal ini menjadikan peluang sekaligus tantangan bagi negara yang surplus tenaga kerja trampil. Peluang karena banyak peluang, tantangan karena mampukah dunia pendidikan keperawatan di Indonesia mampu menyediakan tenaga kerja yang trampil. Namun perlu dicermati bahwa jangan sampai ada brain drain atau mengalirnya SDM yang terbaik ke luar negeri sehingga negara pemasok kekurangan SDM terbaik.

DAFTAR PUSTAKA

Sarwono, Solita. 1993. *Sosiologi Kesehatan*. Gadjah Mada University Press : Yogyakarta

Sudarma, Momon. 2008. *Sosiologi untuk Kesehatan*. Salemba Medika : Jakarta

BAB VI

MAKANAN: MAKNA DAN BUDAYA

1. Pengantar

Setiap makhluk hidup pastilah membutuhkan makanan untuk mempertahankan kehidupannya. Oleh karena setiap makhluk hidup pastilah senantiasa berusaha semaksimal mungkin untuk mendapatkan makanan. Ada suatu kelompok tertentu berpendapat bahwa hakikat hidup adalah bekerja untuk mencari makanan. Maka tidaklah heran ketika kelompok Darwinian mengatakan bahwa perjuangan hidup adalah untuk mendapatkan makanan. Menurut mereka, orang-orang yang dapat mempertahankan kehidupannya hanyalah orang-orang yang mampu mendapatkan makanan secara mudah, sedangkan orang-orang yang kesulitan mendapatkan makanan maka orang-orang tersebut akan tersisih dari kehidupan ini. Hal tersebut sesuai dengan apa yang tertera dalam hukum rimba yaitu siapa yang dapat menguasai sumber-sumber produksi, maka dia yang memiliki peluang untuk mempertahankan hidup yang lebih baik.

Dengan menggunakan perspektif tersebut, maka fungsi makanan adalah alat selektor bagi kelangsungan hidup manusia karena makanan atau pola makan merupakan alat penyeleksi alamiah bagi manusia dan pengelompokan manusia. Perbedaan kepemilikan sumber dan bahan makanan akan membagi manusia menjadi kelompok orang kaya dan kelompok orang miskin dan juga variasi jenis makanan menjadikan manusia berkelompok manusia modern dan tradisional.

Beberapa hal tersebut di atas dapat ditarik kesimpulan bahwa keberadaan makanan ternyata memberikan warna-warni kehidupan manusia yang berbeda antara kelompok yang satu dengan kelompok yang lain. Makanan tidak hanya menjadi benda ekonomi, tetapi makanan justru menjadi sesuatu yang penting bagi manusia yang terus tumbuh dan berkembang dalam tatanan kehidupan masyarakat. Hal ini bila dikaitkan dengan sosial budaya, maka makanan itu ternyata mengandung makna yang lebih luas dibandingkan hanya sekedar menjadi bahan konsumsi manusia.

2. Persepsi Budaya dan Makanan

Peradaban manusia dibedakan berdasarkan mata pencaharian masyarakat, yang dibagi menjadi tiga tahapan:

- a. Tahap pertama atau gelombang hidup pertama ditandai dengan adanya peradaban manusia yang didominasi oleh tradisi berburu dan meramu. Pola konsumsi manusia pada masa itu dengan memakan makanan hasil ramuan yaitu berupa tumbuh-tumbuhan yang dikumpulkan dari hutan dan memakan hewan hasil buruan.
- b. Tahap kedua dimulai ketika terjadinya revolusi, disinilah peradaban manusia yang lebih maju dimulai. Manusia mulai menyandarkan kehidupan mereka pada agrikultur (bercocok tanam). Pada tahap ini pola dan jenis makanan yang dikonsumsi pun adalah makanan hasil olahan.
- c. Tahap ketiga dimulai ketika terjadinya revolusi industri. Dengan bantuan teknologi dan industrialisasi, berbagai jenis makanan baik olahan yang berbahan dasar tumbuhan atau hewan maupun dengan bahan kimiawi mulai bermunculan. Pada saat itu, manusia sudah bukan lagi hanya memakan hasil agrikultur melainkan hasil olahan industry.

Nilai dan norma yang ada di dalam masyarakat sangat mempengaruhi persepsi masyarakat mengenai benda yang dikonsumsi. Oleh karena itu, ketika ada beberapa orang bertemu dengan latar belakang budaya berbeda pula maka akan menunjukkan persepsi masing-masing mengenai makanan yang dikonsumsi. Pola masyarakat modern cenderung mengonsumsi makanan cepat saji (fast food). Hal ini mereka lakukan karena tingginya jam kerja atau tingginya kompetisi hidup yang membutuhkan kerja keras.

Makanan atau sesuatu yang dikonsumsi oleh manusia memiliki potensi mengandung makna budaya yang berbeda antara budaya mayoritas (*dominant culture*) pada satu masyarakat dengan budaya mayoritas yang ada dalam masyarakat lainnya.

Contoh: daun ganja bagi masyarakat Indonesia pada umumnya dipersepsikan sebagai salah satu daun psikotropika yang termasuk kategori zat adiktif terlarang di Indonesia karena bisa membuat orang *fly* (memabukkan). Namun berbeda dengan masyarakat di Nagroe Aceh Darussalam yang notabene mayoritas penduduknya Islam, telah sejak lama menjadikan daun ganja sebagai bahan untuk menyedapkan masakan. Bagi rakyat Aceh, daun ganja adalah sayuran dan tidak pernah mempersepsikannya sebagai makanan yang diharamkan. Kedua persepsi tersebut, kemudian dapat menjelaskna bahwa kedua masyarakat yang berbeda pandangan itu sesungguhnya menggunakan patokan nilai dan norma yang berlaku untuk mempersepsikan makanan.

3. Makanan dan Identitas Budaya

Makna budaya dari sebuah makanan menjadi sangat penting untuk dipahami oleh berbagai kalangan. Pengetahuan seperti ini selain dapat bermanfaat untuk mengembangkan sikap bijak terhadap persepsi masyarakat lain juga untuk menghindari gizi buruk akibat adanya kesalahan persepsi terhadap satu jenis makanan tertentu.

Ada beberapa nilai budaya makanan yang perlu diperhatikan:

– Kebutuhan Fisiologis

Mengonsumsi makanan bertujuan untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan fisiologis seseorang. Oleh karena itu, usaha untuk menjaga keseimbangan gizi dan/atau konsumsi makanan 4 sehat 5 sempurna merupakan usaha untuk mendukung pada tujuan makanan dari sisi fisiologis.

– Makanan sebagai Identitas Kelompok

Karena adanya kesangsian terhadap makanan hasil olahan atau makanan instan, banyak diantara masyarakat kota yang mudah berpindah ke tradisi vegetarian. Bagi kelompok “gang”, menghirup ganja, narkoba, dan merokok merupakan ciri kelompoknya. Kacang diidentikkan sebagai makanan yang bias menemani orang untuk nonton sepakbola. Merokok menjadi teman untuk menghadirkan inspirasi atau kreativitas. Pemahaman atau persepsi seperti ini lebih merupakan sebuah persepsi budaya tandingan (*counter-culture*) terhadap budaya tandingan.

Selain mengandung budaya dominan dan budaya tandingan, makanan pun menjadi bagian dari budaya populer. Berdasarkan telaah ini, makanan mengandung makna sebagai

- a. Identitas budaya utama (*dominan culture*) artinya harus ada dan menjadi kebutuhan utama masyarakat.
- b. Budaya tandingan (*counter culture*) artinya menghindari arus utama akibat adanya kesangsian atau ketidaksepakatan dengan budaya arus utama.

c. Makanan sebagai identitas budaya bagi kelompok tertentu (*subculture*).

– **Makanan sebagai Nilai Sakral**

Di luar makna budaya, dalam kehidupan masyarakat Indonesia makanan pun ada yang mengandung nilai sakral dan ada yang mengandung nilai profan. Khusus untuk makanan yang memiliki nilai sakral di antaranya apat ditemukan dalam beberapa agama atau budaya daerah Indonesia.

Bagi masyarakat Islam, mengonsumsi makanan tidak hanya dengan memenuhi syarat bersih (*thayyib*) tetapi juga harus memenuhi syarat halal, artinya cara mendapatkan dan cara mengolahnya sesuai dengan aturan dan norma yang ditentukan oleh ajaran agama. Dengan demikian, bagi masyarakat Islam mengonsumsi makanan merupakan bagian dari praktik agama itu sendiri. Inilah yang dimaksud dengan makanan mengandung nilai sakral.

– **Makanan sebagai Keunggulan Etnik**

Makanan merupakan unsur budaya yang membawa makna budaya komunitasnya. Di dalam makanan itu, orang tidak hanya mengonsumsi material makanannya melainkan ”monsumsi” kreativitas dan keagungan nilai budaya. Tidak mengherankan bila ada orang yang makan tahu Sumedang terasa hampa makna bila tahu itu dibeli di luar Sumedang dan dirinya tidak pergi ke Sumedang. Makanan adalah ikon keunggulan budaya masyarakat. Semakin variatif makanan itu dikenal publik semakin tinggi apresiasi masyarakat terhadap daerah itu. Semakin luas distribusi wilayah pasar dari makanan tersebut, menunjukkan kualitas makanan tersebut diakui oleh masyarakat.

– **Makanan sebagai Kebutuhan Medis**

Mengonsumsi makanan yang mengandung kandungan gizi seimbang (misalnya 4 sehat 5 sempurna), belumlah cukup untuk membangun individu yang sehat. Dalam penelitian terakhir, bahwa untuk meningkatkan kualitas kesehatan individu perlu menambahkan makanan yang 4 sehat 5 sempurna dengan gerak.

Untuk membangun kualitas pribadi yang sehat perlu dipadukan dengan gerak atau aktivitas olahraga. Pandangan sejalan dengan pandangan, tri-energetik yang memberikan penekanan pentingnya energy tubuh atau gerak dalam membangun jiwa dan pribadi yang sehat. Pada konteks inilah makanan merupakan bagian dari kebutuhan medis.

4. Nilai Norma Makanan

- Makanan yang memiliki nilai pokok (wajib). Yang dimaksud wajib ini, makanan pokok dari sebuah komunitas.
- Makanan yang memiliki nilai anjuran (*sunnah*), yaitu komoditas makanan yang merupakan tambahan/suplemen.
- Makanan yang memiliki nilai mubah, makanan ini sesungguhnya belum diketahui efek positif atau negatifnya bagi kesehatan.
- Makanan yang memiliki nilai pantangan. Karakter pantangan ini bersifat sementara, misalnya seseorang yang akan dioperasi memiliki pantangan terhadap suatu makanan.
- Dalam kategori yang terakhir yaitu pantangan mengonsumsi sebuah makanan yang bersifat permanen. Dalam ajaran agama, terdapat beberapa jenis makanan-minuman yang dilarang dikonsumsi secara permanen.

5. Frustrasi ekonomi dan perilaku konsumsi

Tekanan hidup dan tantangan menyebabkan seseorang dapat melakukan penyimpangan. Perilaku menyimpang ini yaitu munculnya perilaku memperdagangkan makanan yang tidak layak jual dan konsumsi secara medis. Akibatnya banyak konsumen yang keracunan setelah membeli makanan. Namun yang menjadi perhatian kita adalah keracunan yang sering terjadi, berulang dan kolektif. Pada akhirnya kejadian ini merupakan fenomena sosial yang perlu kita teliti. Sebab keracunan sendiri bukan hanya bias ditafsirkan secara medis tetapi bisa juga ada sebab lain mengapa keracunan itu terjadi. Berdasarkan pandangan ini ada dua hal yang perlu

diungkap dengan cermat yaitu pola konsumsi dan tradisi pemasaran makanan. Pola konsumsi terkait dengan perilaku konsumsi masyarakat, sedangkan tradisi pemasaran masyarakat terkait dengan perilaku distributor atau produsen dalam memasarkan makanan.

Contoh kasus yang terjadi terkait dengan pemasaran adalah parcel yang mengandung makanan dan minuman yang telah kadaluarsa. Ini menunjukkan lemahnya kepekaan dan kepedulian di kalangan distributor terhadap kesehatan masyarakat. Dengan kata lain adalah mereka lebih mengedepankan kepentingan ekonomi dari pada keselamatan dan kesehatan masyarakat.

Contoh lainnya adalah kasus transaksi ayam tiren. Munculnya transaksi ayam tiren disebabkan oleh beberapa hal yaitu : (a) kurangnya kepedulian masyarakat terhadap kesehatan makanan, (b) adanya kefrustasian masyarakat karena tekanan ekonomi, serta (c) rendahnya tanggung jawab peternak/penjual terhadap kesehatan masyarakat. Dilihat dari sisi social kasus tersebut menunjukkan adanya bahwa masyarakat sedang mengalami "sakit". Suasana frustrasi ekonomi menjadi pendorong distributor/penjual menjual ayam yang tak layak dikonsumsi.

Masalah lain yang timbul adalah busung lapar yang terjadi akibat ketidakmampuan daya beli masyarakat. Akibatnya mereka mengkonsumsi makanan secara asal-asalan. Sehingga angka kecukupan gizi untuk tubuh tidak terpenuhi.

Keracunan makanan juga terjadi di pabrik. Terkait dengan peristiwa ini ada beberapa hal yang perlu dikemukakan yaitu : (1) perlu adanya kesadaran penuh dari si penggiat kegiatan untuk memahami kualitas makanan, (2) diperlukan kesadaran para distributor terhadap keselamatan masyarakat dengan meneliti tanggal kadaluarsa makanan, (3) pada institusi social yang mengeluarkan kebijakan memberi makan karyawan seharusnya memiliki tim khusus yang bertanggung jawab tentang kesehatan makanan bagi karyawan.

Di sisi lain dampak kefrustasian ekonomi berdampak pada perilaku masyarakat dalam pola makan. Masyarakat menjadi apatis dan tidak peduli pada angka kandungan gizi makanan yang dikonsumsi. Perilaku ini yang juga menyebabkan kasus polio dan gizi buruk. Melihat banyak dampak kefrustasian ekonomi dengan perilaku konsumsi masyarakat maka perlu adanya usaha untuk memperbaiki keadaan di masyarakat. Usaha yang dilakukan pemerintah adalah dengan melakukan promosi kesehatan tentang makanan. Tujuannya adalah untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat mengenai gizi dan pola konsumsi masyarakat yang lebih baik. Selain pemerintah industri dan distributor makanan juga harus menunjukkan tanggung jawab

sosialnya ke masyarakat dengan meminimalisasi peredaran makanan yang tak layak konsumsi. Gerakan promosi kesehatan ini perlu dilakukan secara sinergis, kolektif dan berkelanjutan agar masyarakat peduli pada gizi makanan.

6. Peradaban Alkoholik

Konsumsi minuman keras telah menyebar luas, bukan hanya di kalangan remaja tetapi sudah merambah ke anak-anak di bawah umur, orang tua, selebritis dan elit politik. Kasus yang terjadi di Perancis akibat dampak alkohol :

menunjukkan 20% wanita dan 60% pria masuk rumah sakit, 70% penderita penyakit jiwa dan 40 % penderita venera parah. Angka kematian mencapai 20.000 jiwa per tahun , 25% kecelakaan industri dan 57% kecelakaan jalan raya.

Selain di Perancis kasus penyalahgunaan alkohol juga terjadi di Inggris bahwa 95% kasus penyakit mental disebabkan oleh alkohol. Sedangkan di Jerman dilaporkan bahwa 150.000 kasus kriminal akibat alkohol. Dan Uni Soviet , kasus alkoholisme menyebabkan meningkatnya tingkat kriminal, peningkatan absent dari pekerjaan pabrik dan menurunnya hasil produksi. Sedangkan di Amerika, pengaruh alkohol merupakan penyebab dari kebanyakan tabrakan udara. Hal ini dilakukan oleh pilot sewaan atau pemilik pesawat dan helikopter pribadi. Peningkatan kasus tabrakan pesawat ini menyebabkan pemerintah berkeras untuk mengetahui akar permasalahan dan penelitian yang menunjukkan bahwa sebagian besar tabrakan sepanjang tahun lalu disebabkan oleh mabuknya pilot atau keterlibatan mereka dalam perilaku seksual sebelum melakukan penerbangan.

7. GAYA HIDUP DAN GAYA MAKAN

Perkembangan teknologi informasi dan industri, tidak hanya memberikan pengaruh terhadap dunia ekonomi. Efek langsung dan tidak langsung dari kemajuan peradaban manusia ini, terasa

pula dalam bentuk perubahan gaya hidup. Pada suatu saat mungkin sempat melihat ada seorang istri dalam mobilnya duduk di samping kiri suaminya yang sedang memegang setir mobil menyuapi suami untuk makan pagi. Atau melihat anak kecil yang mau berangkat sekolah disuapi makan dalam kendaraan sepanjang perjalanan sekolah. Inilah sebagian dari realitas gaya hidup zaman modern yang terkait dengan makanan.

Tidak mengherankan bila kemudian muncul penyakit tipus atau maag karena tidak adanya sikap disiplin dalam pola makan. Dalam budaya kota muncul diversifikasi makanan sesuai dengan waktunya. Di kalangan mereka muncul pemahaman yang biasa dikonsumsi pada pagi, siang, dan malam hari, ada makanan pembuka, pokok, dan penutup serta ada makanan yang dikonsumsi pada hari-hari tertentu misalnya ketupat pada hari lebaran, cokelat pada Valentine's day.

Berbeda dengan makanan sebagai keunggulan etnik dalam gaya hidup modern ini ada makanan yang dianggapnya sebagai budaya universal. Makanan cepat saji atau fast food merupakan satu diantara sekian banyak jenis makanan yang muncul ke permukaan sebagai makanan global.

Prinsip hidup dalam identitas gaya hidup modern adalah :

1. Mengutamakan efisiensi, artinya cepat saji.
2. Prinsip kuantitatif artinya jelas porsi.
3. Mudah prediksi, artinya gampang menebak kapan berakhirnya.
4. Adanya control.

Budaya dan gaya hidup itulah yang kemudian disebut sebagai orang yang mengalami demam makanan cepat saji.

8. PURNAWACANA

Masalah-masalah yang terkait dengan perilaku manusia terhadap makanan.

- a. Pada kasus anak-anak ada fenomena kesulitan untuk mengajari anak makan atau dalam kasus lain yaitu adanya keenggan anak untuk mengonsumsi makanan tertentu.

Jawabannya, pertama, adanya ketidakseimbangan atau keterlambatan orang tua memperkenalkan variasi rasa dan makanan menyebabkan peluang adanya penolakan anak terhadap rasa atau makanan tertentu.

Kedua, adanya trauma atau alergi terhadap makanan tertentu.

- b. Kesalahan persepsi tentang makanan. Contohnya , budaya ngemil menjadi bagian dari gaya hidup modern, yang dipersepsi sebagai upaya menenangkan rasa atau pikiran oleh karena itu, orang stress bias melepas kekesalannya dengan makanan.
- c. Makanan dan kelas social.

Bahwa, makanan yang dikonsumsi dapat diakses oleh siapapun tetapi waktu dan tempatnya mengonsumsi menunjukkan kelas social.

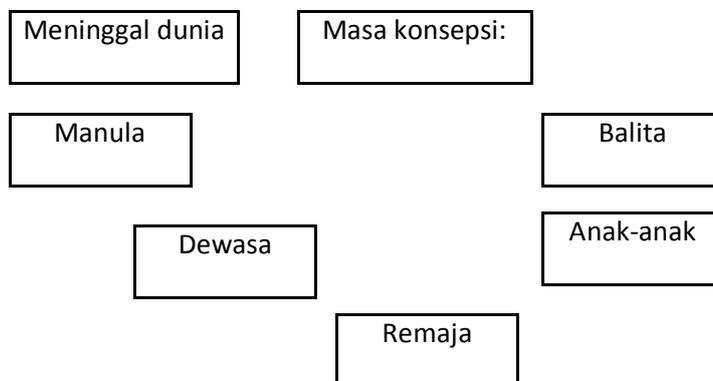
Daftar Pustaka

Sudarma, Momon. 2008. Sosiologi untuk Kesehatan. Jakarta: Salemba Medika

BAB VII

SIKLUS HIDUP, KESEHATAN dan PERAN SOSIAL

Pendekatan yang digunakan ini, dikembangkan dari model yang dikembangkan oleh Departemen Kesehatan RI saat menjelaskan tentang kesehatan reproduksi. Bila disederhanakan, pendekatan siklus hidup yang dikembangkan tersebut dapat diformulasikan ulang sebagai berikut.



Masa Kehamilan

Ada beberapa aspek sosial yang: terkait dengan masa kehamilan ini.

1. Peran kehamilan dapat dimaknai sebagai peran awal perekat sosial. kehamilan atau lebih khusus lagi kehadiran anak merupakan perekat sosial dalam sebuah masyarakat.
2. Tingginya harapan (ekspektasi) suami atau anggota keluarga terhadap bayi yang ada dalam kandungan, menyebabkan tingginya (malahan berlebihannya) perlakuan anggota keluarga terhadap ibu hamil. Oleh karena itu, seorang ibu hamil diposisikan setara dengan orang "sakit", sehingga peran sosialnya dihapuskan dari tanggung jawab si ibu hamil. Pandangan Parson mengatakan bahwa peran pasien itu adalah dibebaskan dari tugas-tugas sosial. Akibat dari kondisi seperti ini, ibu hamil mendapat keistimewaan-keistimewaan khusus, baik dari sisi pemajaan diri, kewajiban sosial, makanan, dan pemenuhan kebutuhan hidupnya.
3. Dalam konteks ini "ngidam" merupakan "instrumen khusus" yang menjadi alat ukur membangun kewajiban baru orang lain untuk memosisikan ibu hamil sebagai "ratu dalam kehidupan".
4. Ada yang berpendapat bahwa bila seorang ibu hamil memiliki kebutuhan makan yang lebih karena dia mengonsumsi makan untuk dua orang. Reaksi sosial dari kebutuhan ini, banyak ibu hamil yang mewujudkannya dalam bentuk ngemil. Padahal ngemil dengan kebutuhan makan yang cukup adalah berbeda. Artinya seorang ibu hamil tidak mesti ngemil. Sepanjang kebutuhan asupan gizinya cukup, maka ngemil pun menjadi tidak diperlukan.

Masalah kesehatan yang spesifik dari ibu hamil di antaranya (a) mendapatkan pelayanan antenatal dengan baik dan teratur, (b) memperoleh makanan bergizi dan cukup istirahat, (c) mendapatkan ketenangan dan kebahagiaan, (d) memperoleh persediaan biaya persalinan dan rujukan ke rumah sakit bila terjadi komplikasi.

Seringnya terjadi kematian lebih banyak disebabkan karena tingginya pendarahan. Selain itu, ada juga penyebab lain yang bisa menimbulkan kematian pada ibu hamil adanya *4 terlalu*: (terlalu muda, terlalu tua, terlalu sering, dan terlalu banyak). Kondisi ini kemudian didukung oleh adanya *3 terlambat* (terlambat mengenali tanda-tanda, terlambat mencapai fasilitas kesehatan, dan terlambat mendapat pertolongan).

Masa Balita

Dalam masa pertumbuhan, proses tumbuh kembang anak-anak balita (1-4 tahun) dipengaruhi oleh proses pertumbuhan semasa bayi, dan selanjutnya akan memengaruhi proses tumbuh kembang pada usia sekolah dasar (6-12 tahun).

1. Peran bayi adalah belajar mengenal bahasa tubuh dan isyarat dari luar dirinya.
2. Peran untuk diakui sebagai bagian dari anggota masyarakat. Seorang bayi sangat membutuhkan sentuhan halus anggota keluarga dan perhatian yang saksama dari orang lain.

Pada masa ini, ada beberapa masalah kesehatan yang perlu diperhatikan misalnya ASI eksklusif dan penyapihan yang layak, tumbuh kembang anak, pemberian makanan dengan gizi seimbang, imunisasi dan manajemen terpadu balita sehat, pencegahan dan penanggulangan kekerasan, serta pendidikan dan kesempatan yang sama pada anak laki-laki dan perempuan.

Masa Anak-anak

Pada masa ini, pendidikan sosial yang terjadi pada masa balita, memiliki peran nyata dalam pertumbuhan dan perkembangan selanjutnya.

Menurut Sullivan (1892-1949) hal yang penting diketahui bahwa fase anak-anak ditandai dengan anak mulai dapat mengucapkan kata-kata hingga timbulnya kebutuhan terhadap kawan bermain.

Ada beberapa peran sosial yang di munculkan anak-anak dalam kehidupan masyarakat.

Pertama. dalam mengembangkan kepribadiannya secara utuh setiap anak memiliki hak untuk mendapatkan ruang main dan ekspresi yang sesuai dengan dirinya.

Kedua. anak adalah tanda sosial dari keluarga. khususnya ibu dan anak. Pertumbuhan dan perkembangan fisik dan sosial anak. dibaca sebagai bagian dari peran nyata orang tua dalam memberikan pelayanan kepada anak-anaknya.

Ketiga, anak adalah kandidat dari pemegang amanah harapan atau impian orang tuanya.

Keempat, sebagaimana yang terjadi pada peran bayi, kehadiran anak ini memperkuat nilai solidaritas dalam keluarga.

Kelima, memiliki nilai sosial yang tinggi, baik untuk nilai ekonomi maupun nilai sosial.

Sehubungan dengan ini, perlu diperhatikan pula beberapa masalah kesehatan yang bisa hadir pada fase anak-anak misalnya kesulitan anak untuk makan karena terobsesi ingin main, asupan gizi yang tidak seimbang, rentannya fisik anak terhadap berbagai penyakit seperti polio dan DBD, dan ancaman keracunan makanan akibat dari kebiasaannya makan makanan di luar.

Mr.sa Reinaja

Pada masa remaja(*adolescens*), selain pertumbuhan yang cepat (*growth spurt*), juga timbul tanda-tanda seks sekunder, serta diakhiri dengan berhentinya pertumbuhan.

Beberapa masalah kesehatan yang dapat berpengaruh terhadap kesehatan remaja termasuk kesehatan reproduksi kalangan remaja adalah sebagai berikut.

- a. Masalah gizi
- b. Masalah seks dan seksual
- c. ada munculnya aneka ragam pola atau gaya hidup remaja.

Masa Dewasa

Secara psikologis tahap perkembangan ini dikategorikan sebagai tahap kematangan (*maturity*), dewasa dalam arti pengembangan diri maupun dalam konteks sosial. Seiring dengan hal ini, ada beberapa peran sosial yang dikembangkan dalam masa dewasa.

1. Orang dewasa sudah memiliki tugas dan kewajiban diri dalam membangun komunitas, baik dalam skala kecil (keluarga, pertemanan, maupun dalam konteks kemasyarakatan).
2. Dalam masyarakat Timur, seorang yang sudah dewasa sudah mulai memikirkan mengenai masa depan, baik masa depan ekonomi maupun masa depan sosialnya.
3. Pada sisi kesehatan, masa ini termasuk dalam kategori matang Kendati demikian. perlu diperhatikan perkembangan ke arah meno-andropause, penyakit degeneratif termasuk rabun,

gangguan mobilitas dan osteoporosis, serta perlu adanya deteksi dini terhadap kanker rahim dan kanker prostate, yang akan muncul diakhir penghujung usia dewasa.

4. Dalam sosiologi pada umumnya, telah banyak dikenal bahwa pada masa dewasa ini merupakan masa perkawinan atau berkeluarga. Fungsi keluarga menurut sosiologi yaitu (a) fungsi afeksi, yaitu membangun dan mengembangkan nilai dan norma masyarakat, (2) fungsi reproduksi, yaitu berfungsi untuk memiliki keturunan. (3) fungsi sosialisasi, artinya keluarga menjadi lembaga belajar pertama dan utama untuk bermasyarakat. (4) fungsi pengaturan seksual, artinya bagi seorang yang sudah dewasa mereka mulai meyakini dan menunjukkan peran seksualnya dihadapan orang lain, (5) fungsi penentuan status: artinya di lingkungan keluarga ini setiap anak --khususnya-- mendapat pembelajaran mengenai status diri dan status sosial. (6) fungsi perlindungan, artinya dalam keluarga ini ada upaya untuk membangun perlindungan antara satu dengan yang lainnya, dan (7) fungsi ekonomis, artinya para anggota keluarga --khususnya orang tua--memiliki peran sosial untuk memberikan layanan kebutuhan ekonomi kepada anggota keluarganya.

Masa Usia Lanjut

Menurut teori Penarikan Diri (*Disengagement Theory*), usia lanjut merupakan proses yang bergerak secara perlahan dari individu untuk menarik diri dari peran sosial atau dari konteks sosial. Pada usia lanjut sekaligus terjadi *triple loss*, yaitu (a) kehilangan peran (*loss of role*), (b) hambatan kontak sosial (*restriction of contacts and relationships*), dan (c) berkurangnya komitmen [*reduced commitment to social moves and values*].

Peran individu usia lanjut ini dapat ditemukan dalam beberapa hal sosial berikut.

Pertama, menjadi orang lanjut usia memiliki hak untuk menarik diri dari peran-peran sosial.

Kedua, memunculkan peran orang lain untuk menunjukkan peran dan kepeduliannya terhadap individu lanjut usia.

Ketiga, setelah menginjakkan diri pada usia lanjut, seorang individu akan memulai untuk melepaskan hak dan kepemilikannya terhadap berbagai sumber produksi.

Masalah kesehatan lanjut usia, ada dua pandangan yang berbeda dalam menjelaskan fenomena yang sama. yaitu lingkaran kehidupan negatif (*negative life cycle*) dan lingkaran kehidupan positif (*positive life cycle*).



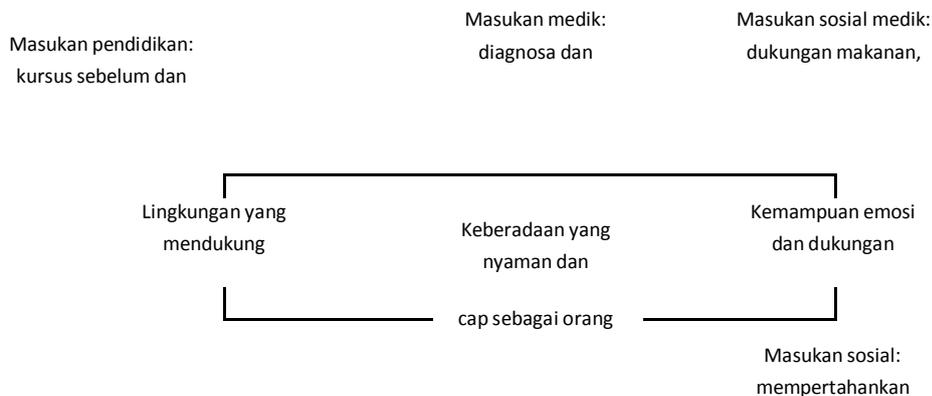
Gambar.

Lingkaran Kehidupan Negatif

(Sumber: Hardywinoto dan Tony Seiiabudhi, 2005, him.125)

negative life cycle, individu lanjut usia dipersepsi sebagai individu yang mengalami pengurangan ketahanan fisik, mental dan peran sosial. Dan kemudian anggota keluarga atau masyarakat mencapnya. Sebagai individu yang sudah memasuki masa kurang produktif dan memiliki ketergantungan yang tinggi pada orang lain.

positive life cycle yang melihat fase lanjut usia sebagai kelanjutan dari peran sosial masyarakat di masyarakat. Dalam lingkaran kehidupan positif, misi utamanya adalah mempertahankan keutuhan dan kesatuan, pada lanjut usia. Oleh karena itu, upaya intervensi baik dari sisi medis, sosial medis, sosial, dan pendidikan menjadi sangat penting bagi individu lanjut usia.



Gambar 13.2

Masa Menjelang dan Setelah Kematian

Individu yang berada pada fase menjelang kematian (*sakaratul maut*) sesungguhnya masih tetap sebagai anggota masyarakat dan bahkan dalam konteks budaya, orang yang sudah meninggal dan dikuburkan pun masih dianggap sebagai bagian dari anggota masyarakat dan berhak untuk mendapatkan peran dan/atau hak sosialnya sendiri.

Norman W. Righth (2000:156) merinci ada 6 tahap tanggapan seseorang ketika kehilangan orang yang dicintainya. Tahapan tersebut yaitu (1) terguncang dan menangis, (2) merasa bersalah, (3) memusuhi, misalnya memusuhi dokter atau perawat yang tidak mampu menyelamatkannya, (4) melakukan kegiatan dengan gelisah, (5) hilangnya makna-makna kegiatan yang biasa, dan (6) mengidentifikasi diri dengan orang lain yang meninggal, misalnya dengan memunculkan keinginan untuk melanjutkan program *dari* orang yang meninggal. Granger Westberg memperluas 6 tahap Tersebut dalam 10 dukacita, yaitu guncangan, pelepasan emosi, depresi dan kesepian, susah gelisah, perasaan bersalah, perasaan bermusuhan dan dendam, ketidak mampuan melakukan kegiatan yang lazim, harapan, dan perjuangan untuk memperkokoh realitas.

Engel (1964) mengidentifikasi enam tingkatan berduka, yaitu syok, tidak yakin, mengembangkan kesadaran diri, restitusi mengatasi kehidupan, idealisasi dan hasil. Schulz (1978) membagi proses berduka ke dalam tiga fase, yaitu fase awal, pertengahan, dan akhir.

Mengenai tahapan seseorang ketika mendekati ajal (kematian) terdapat tahapan-tahapan psikologis yang terjadi.

Pentama, penolakan terhadap kenyataan.

Kedua, mengalami depresi.

Ketiga, setelah adanya komunikasi dan interaksi dengan berbagai pihak muncul sebuah kesadaran baru.

Keempat, dengan kesadaran yang penuh, orang yang sedang sakit keras ini atau menjelang *sakaratul maut* ini akan memohon izin untuk dilepaskan dari berbagai tanggung jawab sosialnya, baik yang menyangkut masalah kekayaan atau keluarga dan peran sosialnya.

Kelima, setelah melakukan hal tersebut, sampailah pada kerelaan diri untuk memutuskan tanggung jawab diri terhadap diri, keluarga, dan masyarakatnya.

Penutup

Siklus hidup ini dapat digunakan untuk mendeskripsikan fenomena sosial secara umum. Dengan kata lain, siklus dapat dimaknai dari sisi yang berbeda-beda sesuai dengan perspektif yang digunakannya. Dengan sedikit pengembangan penafsiran ke dalam konteks wacana, dapat dilihat pandangan Hooyman dan Kiyak (dalam Wan Ahmad, 2000).

Pertama, dari sisi kronologi-astronomis. Siklus hidup dimaknai sebagai perjalanan individu mulai masa kehamilan, kelahiran pada 0 tahun, anak-anak, remaja, sampai kematian menjelang.

Kedua, siklus hidup dilihat dari perkembangan dan perubahan fisik/biologis atau anatomi. Dalam pemahaman ini, yang dimaksud siklus hidup itu lebih diorientasikan pada pertumbuhan dan perkembangan sel-sel biologis dalam diri individu.

Ketiga, siklus hidup dilihat dari sudut pandang psikologis. Perkembangan hidup individu dilihat dari sisi persepsi dan fungsi-fungsi mental seseorang dalam hidup dan kehidupan.

Keempat, siklus hidup dimaknai dari sisi sosial, yaitu melihat peran sosial individu di masyarakat.

Dan kematian peran sosial, adalah bila dirinya menarik diri dari situasi sosial dan kemudian hidup dalam kesendiriannya. Beberapa ciri kegagalan sosial dari individu ini, yaitu (1) anggota masyarakat sudah tidak mempertimbangkan kehadiran atau ketidakhadiran dirinya di masyarakat dan (2) sudah tidak mampu menunjukkan peran nyata dalam proses komunikasi atau interaksi sosial.

BAB VIII

Di masyarakat kita bahkan didunia global seperti ini, praktek layanan kesehatan sudah cepat berkembang. Dengan mencermati apa yang sedang terjadi hari ini, kita hamper sepakat bahwa sudah terdapat variasi sistem medis yang berkembang didunia. Keanekaragaman sistem medis dapat merujuk pada sistem medis modern, tradisional dan yang berbasis pada nilai-nilai agama atau nilai budaya.

Dalam ilmu sosial sudah banyak yang berusaha menjelaskan istilah sistem, berikut beberapa tokoh yang mengemukakan pendapat mengenai sistem:

1. Tatang M. Amirin (1984: 1)

Yaitu sistem berasal dari bahasa Yunani, *Systema* yang mengandung makna:

- a. Suatu keseluruhan yang tersusun dari sekian banyak bagian,
- b. Hubungan yang berlangsung antara kesatuan-kesatuan atau komponen secara teratur,

2. Djekky R. Djoht

Sistem adalah agresi atau pengelompokan obyek-obyek yang dipersatukan oleh beberapa bentuk interaksi yang tetap atau saling tergantung, sekelompok unit yang berbeda, yang dikombinasikan sedemikian rupa oleh alam atau seni sehingga membentuk suatu keseluruhan yang integral dan berfungsi, beroperasi atau bergerak dalam satu kesatuan.

3. Umar Fahmi Achmadi (2005:57)

Sistem adalah tatanan yang menggambarkan adanya rangkaian berbagai komponen yang memiliki hubungan serta tujuan bersama secara serasi, terkoordinasi yang bekerja atau berjalan dalam jangka waktu tertentu dan terencana.

Pandangan yang lain mengatakan bahwa pengertian sistem dapat dibedakan kedalam dua makna, yaitu:

- a. Sistem sebagai suatu atau benda yang terdiri atas sejumlah bagian yang memiliki tata cara atau susunan tertentu,
- b. Sistem sebagai sebuah rencana, metode, alat, atau tata cara untuk mencapai sesuatu.

Sebagai sebuah sistem, sistem medis merupakan sub-sistem dari sistem sosial yang lebih luas. Kehadiran sistem medis ada dalam bingkai sistem sosial dan tidak bisa dipisahkan dari sistem sosial kemasyarakatan yang lainnya. Dalam konteks ini, maka sistem medis merupakan salah satu lembaga sosial yang memiliki fungsi untuk memenuhi satu aspek kebutuhan manusia pada umumnya.

A. SISTEM ETNOMEDIS

Sistem medis pertama yang akan dikaji yaitu, sistem medis yang bersumber pada pengetahuan budaya. Konsep yang digunakan dalam

wacana ini yaitu, Sistem medis budaya atau etnomedis yaitu Konsep etnomedis merujuk pada model pengobatan yang banyak digunakan oleh sebuah komunitas atau masyarakat tertentu. Seiring dengan pemahaman ini, maka penyakit merupakan persepsi budaya individu sesuai dengan anutan budaya komunitasnya. Oleh karena itu secara sederhana penyakit dapat dimaknai sebagai gangguan hidup. Adapun sumber penyakitnya bisa berasal dari salah makan, salah perilaku dan atau gangguan dari makhluk supranatural.

Anderson dan Foster menyebut fenomena ini dengan istilah sistem medis yang berlandaskan pada teori Personalistik, artinya penyakit atau kehadiran penyakit pada diri individu disebabkan karena ada factor “oknum” diluar fisik yang mengganggu individu tersebut. guna-guna atau sihir merupakan salah satu bentuk penyakit tradisional yang dilandaskan pada pola pikir personalistik lebih jelasnya Anderson dan Foster berpendapat bahwa, konsep penyakit (disease) pada masyarakat tradisional dibagi menjadi dua kategori umum yaitu:

- a. Personalistik, munculnya penyakit (illness) disebabkan oleh intervensi dari suatu agen yang aktif dapat berupa makhluk supranatural (makhluk gaib, atau dewa) makhluk yang bukan manusia (hantu, roh leluhur atau roh jahat) maupun makhluk manusia (tukang sihir, tukang tenung)
- b. Naturalistik, penyakit (illness) dijelaskan dengan istilah-istilah yang sistematis dan bukan pribadi. Naturalistic mengakui adanya suatu model keseimbangan, sehat terjadi karena unsure-unsur yang tetap didalam tubuh seperti panas, dingin, cairan tubuh berada didalam keadaan seimbang menurut usia dan kondisi individu dalam lingkungan alamnya dan lingkungan sosialnya. Apabila keseimbangan terganggu, maka hasilnya adalah penyakit.

Kehadiran sakit atau penyakit dilingkungan masyarakat tradisional selain disebabkan oleh karena adanya kesalahan perilaku dirinya dalam bertingkah juga disebabkan karena adanya perbuatan yang melanggar aturan kosmologis. Oleh karena itu penyakit dianggap sebagai sebuah hukuman atau teguran dari dewa kepada para pelaku pelanggar aturan dewa. Dengan kata lain sakit dan penyakit merupakan

satu bentuk control sosial dari sistem nilai budaya yang diyakininya kepada masyarakat penganutnya.

B. SISTEM MEDIS RASIONAL – EMPIRIS

Jean-Francois Sobecki menjelaskan bahwa asal-usul sistem medis barat adalah dikembangkan dari model Cartesian yang bersifat dualisme, yaitu manusia sebagai makhluk yang terdiri atas mind (body), spirit (matter), dan real (unreal).

Sistem medis ini disebut sebagai satu sistem medis di dunia barat yang menyandarkan pada tradisi pemikiran Yunani. Cirri utama dari sistem medis Rasional – Empiris ialah : dengan menggunakan pola pikir rasional yang berdasarkan pengalaman empiris, sebagai landasan pengembangan sistem medis.

Menurut Daldiyono, penyakit merupakan suatu keadaan atau kondisi tubuh dimana terdapat kerusakan organ tubuh. Karena ada kerusakan, dengan sendiri timbullah rasa sakit. Rasa sakit akibat kerusakan organ disebut gejala penyakit, sedangkan adanya kerusakan organ yang biasanya perlu dideteksi oleh dokter disebut tanda penyakit.

Menurut pandangan Daldiyono, teori timbulnya penyakit cukup bervariasi, antara lain:

- a. Penyakit timbul karena ada bakteri dan lazim disebut infeksi.
- b. Penyakit muncul karena ada pengaruh perubahan cuaca.
- c. Penyakit timbul karena factor yang ada dalam tubuh manusia, misalnya hipertensi atau tekanan darah tinggi.
- d. Penyakit dapat muncul karena ada 3 faktor penyebab sebelumnya bertemu dalam satu kondisi yang disebut

sebagai Trias Epidemologi, yaitu lingkungan, manusia (endogen), dan factor luar (eksogen).

Berdasarkan pemikiran ini, dapat disebutkan bahwa dalam sistem medis, sakit dan sumber penyakit itu 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.

C. SISTEM MEDIS KEAGAMAAN

Sistem medis keagamaan bersumber pada ajaran agama yang berasal dari kitab suci. Tetapi ada juga sistem medis yang bersumber dari agama yang bukan agama *revelation* (ilmu wahyu) disebut dengan istilah religio-medicine.

Salah satu contoh religio-medicine yaitu sistem medis yang berkembang di negeri Hindustan, yang berpangkal pada ajurveda dan samkya darsana.

Menurut falsafah tersebut, penyakit dibagi menjadi 3 golongan yaitu :

- a. Adyatmika, penyebab yang interinsik atau berasal dari tubuh dan pikiran si penderita sendiri.
- b. Adhibhantika, penyakit ekstrinsik atau berasal dari luar tubuh seperti kecelakaan dan digigit ular.
- c. Adhidarvika, penyebab penyakit yang berasal dari kekuatan super natural, misalnya pengaruh atmosfer, planet dsb.

Islam adalah salah satu sistem medis yang termasuk ke dalam kategori sistem profetik. Sistem medis ini bersifat supranatural sehingga konstruksi ilmu kesehatannya cenderung merupakan bagian dari upaya deduksi pengetahuan keagamaan kedalam pengetahuan empiris.

Beberapa Unsur Universal Dalam Sistem Medis

Dalam bagian ini, Anderson dan Foster mengatakan ada beberapa unsure universal dalam sistem medis, antara lain:

- a. Sistem medis adalah bagian integral dari kebudayaan.
- b. Penyakit ditentukan oleh kebudayaan.
- c. Semua sistem medis memiliki segi pencegahan dan pengobatan.
- d. Sistem medis memiliki sejumlah fungsi, antara lain sebagai sebuah pengobatan rasional memberikan penjelasan terhadap resiko yang melanggar norma budaya (misal sex bebas beresiko terkena penyakit Aids).

Unsur Pembeda

Perbedaan sistem medis modern dan tradisional

Aspek	Modern	Tradisional
Sifat keilmuan	Empiris	Spiritual, magic, irasional
	Bisa dipelajari	Pewarisan dan pelatihan
	Ada sertifikasi formal	Pengakuan
	Percaya pada rasio dan teknologi	Percaya pada kekuatan supranatural
Teknologi	Mengalami industrialisasi	sederhana
Sifat praktik/pelaku	Spesialisasi (dokter spesialis)	Baur (seorang pelaku bisa mengobati banyak hal)
	Seleksi dan pendidikan formal	Seleksi sosial
	Kompensasi material	Kompensasi sosial, moral, juga materi.

Antara sistem medis yang satu dengan sistem medis yang lainnya memiliki aspek atau unsur yang berbeda, diantaranya :

- a. Asumsi kausalitas. Sistem medis barat, sanafat yakin terhadap hukum kausalitas material, sedangkan sistem medis tradisional percaya pada hukum kausalitas non material atau personal.
- b. Sifat keilmuan. Dikalangan medis rasional ilmu kesehatan bersifat empiris, bisa dipelajari dan percaya pada rasio dan teknologi. Sedangkan pada sistem medis tradisional, ada percampuran antara rasional dan irasional, empiris dan mistik.
- c. Sehat dalam sistem medis etnik (China dan India), adalah upaya penyeimbangan dengan sitem kosmos (yinyang, dosa, dan penebusan) dalam sitem medis barat adalah menghilangkan material asupan dalam tubuh.
- d. Sistem medis rasional didapat dari pembelajaran dan bersifat terbuka seperti pendidikan kedokteran, kebidanan dan keperawatan. sedangkan dalam sistem medis tradisional selain sitem belajar masih diyakini pentingnya komunikasi dengan hal supranatural. Oleh karena itu ilmu kesehatan tradisional cenderung diwariskan.

Multikulturalisme Layanan Kesehatan

Dalam analisis Whitney dan Sigler, hubungan antara dokter dan perawat, cenderung mengambil posisi top-down. Dokter diposisikan atau memosisikan diri “lebih” dibandingkan dengan posisi sosial atau kewenangan perawat.

Sementara ditingkat makro, stratifikasi layanan pengobatan itu terjadi karena adanya interpretasi mengenai status lembaga layanan pengobatan. dalam temuan penelitian konsep alternative dan konsep tradisional menyebabkan adanya peyorasi (pelemahan) status sosial dari makna pranata kesehatan tersebut dihadapan pranata kesehatan modern. Sebagian masyarakat menganggap bahwa model pengobatan alternative atau pengobatan tradisional merupakan kelas “kedua” dibandingkan dengan pengobatan modern.

Standar teknologi, keilmiahan dan kapabilitas pelaku pengobatan, menjadi salah satu variable untuk mengukur kelas sosial dari pranata pengobatan itu sendiri. Misalnya, seorang dokter yang berpendidikan sarjana diposisikan sebagai sebagai kelas sosial yang lebih unggul dibandingkan perawat yang hanya berpendidikan diploma. Seorang tabib yang mendapatkan kemampuan pengobatan secara otodidak diposisikan sebagai kelas kedua dihadapan dokter yang memiliki kemampuan pengobatan dari lembaga pendidikan.

Berdasarkan informasi yang dikumpulkan dalam penelitian yang dilakukan tahun 2007 dikota Bandung, ada beberapa gejala pergeseran nilai di lingkungan masyarakat, **Pertama**, diversifikasi kewenangan. Otoritas pengobatan, kini tidak hanya di lingkungan pengobatan modern. rumah sakit, dokter dan perawat bukanlah pemegang otoritas pelaku atau sarana pengobatan bagi masyarakat. **Kedua**, Adanya pengembangan reproduksi makna dan pranata pengobatan. Masyarakat memproduksi makna tabib, pengobatan alternatif dan tradisi dalam makna yang baru. Sehingga, layanan kesehatan tidak harus kedokter dirumah sakit, melainkan dapat pula dilakukan di luar instansi tersebut.

Dalam pandangan Giddens, reproduksi sosial terjadi karena ada struktur dan praktik sosial yang dilakukan oleh individu atau masyarakat (priyono, 2003:27). Oleh karena itu munculnya pranata kesehatan tradisional, bukanlah hanya karena tekanan struktur, tetapi juga karena ada praktik sosial masyarakat dalam merespons produk sosial itu sendiri.

Proses transformasi dari kepercayaan individual menjadi kepercayaan kolektif terhadap pengobatan tradisional ini menjadi satu gejala adanya -istilah Giddens- refleksi kolektif masyarakat terhadap status sosial pengobatan tradisional dalam kehidupan masyarakat kota Bandung.

Argumentasi yang mereka gunakan adalah variasi penyakit yang berkembang di zaman modern ini, tidak hanya bisa ditangani oleh system layanan kesehatan modern. pendekatan terapi, baik spiritual maupun psikologis, menjadi satu kebutuhan yang mendasar. Dengan pemikiran seperti ini kebutuhan untuk berkolaborasi antara pengobatan tradisional dengan pengobatan modern, menjadi satu kebutuhan bagi masyarakat modern saat ini. Dengan kata lain, perlu ada pelayanan pengobatan yang terintegrasi (Athar, 1998). Salah satu contoh Negara asing yang telah mengeluarkan kebijakan untuk mengembangkan pendekatan layanan kesehatan terintegrasi, yaitu di Negara Chili (Alethea Kraster,2003).

Cermatan Giddens (2001:40) terhadap fenomena tradisi dalam kehidupan modern ini mengatakan bahwa “ berakhirnya tradisi, tidak berarti bahwa tradisi itu lenyap seperti yang digunakan oleh para pemikir pencerahan. Sebaliknya, dalam berbagai versi yang berbeda, tradisi terus berkembang dimana-mana”. Dengan kata lain pengobatan modern menjadi system pengobatan yang mendominasi sistem pengobatan dinegara modern ini.

DAFTAR PUSTAKA

Muzaham, Fauzi. 1995. *Sosiologi Kesehatan*. Jakarta: UI Press

Sudarma, Momon. 2008. *Sosiologi Untuk Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Sarwono, Solita. 1997. *Sosiologi Kesehatan*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.

<http://www.islam-usa.com>

<http://www.naturalmedicine.co.za>

<http://www.mapuche.nl>

BAB IX

Gender dan Kesehatan

Masalah kesehatan masyarakat, terutama di Negara-negara berkembang, pada dasarnya menyangkut dua aspek utama. Yang pertama ialah aspek fisik, seperti misalnya tersedianya sarana kesehatan dan pengobatan penyakit. Sedangkan yang kedua ialah aspek non-fisik yang menyangkut perilaku kesehatan. Faktor perilaku ini mempunyai pengaruh yang besar terhadap status kesehatan individu maupun masyarakat (Solita Sarwono, 1993: 1).

Hakikatnya, semua makhluk diciptakan berpasangan. Pada manusia misalnya, ada laki-laki dan perempuan. Keduanya diciptakan dalam derajat, harkat, dan martabat yang sama. Walaupun memiliki bentuk dan fungsi yang berbeda, itu semua agar keduanya saling melengkapi. Namun dalam perjalanan kehidupan manusia, banyak terjadi perubahan peran dan status atas

keduanya, terutama dalam masyarakat. Proses tersebut lama kelamaan menjadi kebiasaan dan membudaya dan berdampak pada terciptanya perlakuan diskriminatif terhadap salah satu jenis kelamin. Oleh karena itu, masalah stereotip, subordinasi, marjinalisasi, beban ganda, dan kekerasan (terutama terhadap perempuan) seperti pelecehan seksual dan perdagangan perempuan (trafficking) telah berlangsung lama seperti perjalanan sejarah peradaban manusia.

A. Konsep Gender

Kata gender berasal dari bahasa Inggris yang berarti “jenis kelamin” Menurut Onny S. Prijono (1996: 202), konsep gender dalam wacana ilmu sosial termasuk konsep yang relatif masih muda.

Konsep gender berkembang sejak tahun 1970-an karena dalam kalangan yang berkecimpung dengan masalah kaum perempuan, terdapat ketidakpuasan dengan konsep perempuan dalam pembangunan (*woman in development*), yang pada dasarnya melihat kaum perempuan terpisah dari kaum laki-laki.

Konsep ini, kemudian berkembang di masyarakat menjadi salah satu perspektif yang digunakan untuk menganalisis masalah sosial, termasuk masalah kesehatan. Namun demikian, di lingkungan masyarakat pada umumnya, masih terdapat sejumlah kesalahpahaman mengenai konsep ini, sehingga konsep ini dimaknai sama dengan jenis kelamin. Padahal, kedua konsep tersebut merupakan dua konsep yang berbeda.

Kesalahpahaman terhadap konsep ini, menyebabkan kekeliruan yang berkepanjangan dalam proses sosialisasi dan optimisasi pendidikan gender bagi masyarakat Indonesia. Paling tidak, kesalahpahaman ini dapat menyebabkan hal-hal sebagai berikut:

- a. Kesalahan sikap anggota masyarakat terhadap program perjuangan dan penegakkan hak-hak perempuan di masyarakat, misalnya menganggap bahwa pendidikan gender

sebagai upaya untuk melepaskan kaum perempuan dari tanggung jawabnya sebagai perempuan.

- b. Kesalahan tempat mengenai duduk persoalan kewanitaan dalam konteks masalah-masalah sosial kemasyarakatan, misalnya memaksa perempuan untuk melakukan hal-hal yang tidak diinginkannya.
- c. Pencampuradukkan analisis dan kritikan terhadap berbagai konsep gender, yaitu antara peran gender dengan jenis kelamin.

Hal demikian, dapat menyebabkan prasangka yang kurang menguntungkan bagi perkembangan dan pemberdayaan perempuan di Indonesia (Sudarma, 2008: 187-188).

B. Mengenal Perspektif Gender

1. Pengertian Gender

Pada awal perkembangannya, kata gender ini tidak dibedakan dari konsep seks, sehingga terjadi kerancuan pemahaman dan penggunaan konsep gender dan seks di masyarakat. Dalam memahami konsep gender, harus dibedakan dengan konsep seks. Konsep yang kedua ini, mengacu pada pengidentifikasikan perbedaan laki-laki dan perempuan dari segi anatomi atau aspek biologi seseorang, misalnya perbedaan komposisi kimia dan hormon dalam tubuh, anatomi fisik, reproduksi dan karakteristik biologis lainnya. Lebih ditegaskannya sebagai berikut:

- a. Gender: Karena sosial, tidak universal/tidak sama dimana saja, dapat dipertukarkan, dinamis, berlaku tergantung masa, dan bukan kodrat.
- b. Seks: Karena beda biologis, universal/sama dimana saja, tidak dapat dipertukarkan, statis, sepanjang masa, dan kodrat.

Di lain pihak, terjadi perkembangan konsep gender. Perkembangan konsep ini, sebagai akibat ketidakpuasan terhadap konsep dan implikasi praktis dari konsep seks yang ada di masyarakat. Selama ini, konsep seks kerap memberikan gambaran tentang peran, status, dan posisi perempuan yang lemah. Padahal adanya sebuah kekeliruan pemahaman terhadap makna seks dan peran sosial individu di masyarakat. Dengan alasan seperti ini, maka sosialisasi dan perkembangan konsep gender menjadi satu kebutuhan yang mendasar.

Menurut Nasaruddin Umar, dengan mengutip *Webster's New World Dictionary* (2001: 33) mengatakan bahwa gender diartikan sebagai perbedaan yang tampak antara laki-laki dan perempuan dilihat dari segi nilai dan tingkah laku. Prijono (1996: 203) menegaskan konsep ini merujuk pada pemahaman bahwa identitas, peran, fungsi, pola perilaku, kegiatan, dan persepsi baik tentang perempuan maupun laki-laki ditentukan oleh masyarakat dan kebudayaan di mana mereka dilahirkan dan dibesarkan. Dengan demikian, penggambaran perempuan dan laki-laki berakar dalam kebudayaan dan bukan berdasarkan aspek biologis saja. Oleh karena itu, tepat jika dikatakan oleh Mansur Fakhri (1996: 8) bahwa gender adalah sifat yang melekat pada kaum laki-laki maupun perempuan yang dikonstruksi sosial maupun kultural.

Gender bukanlah sebagai kodrat biologis, tetapi gender digunakan untuk menunjukkan pembagian kerja yang tepat bagi pria dan wanita. Gender adalah perbedaan-perbedaan sifat wanita dan pria yang tidak hanya mengacu pada perbedaan biologis, tetapi juga mencakup nilai-nilai sosial budaya. Sehingga menimbulkan nilai-nilai lain yang berlanjut menjadi nilai umum terhadap jenis tertentu.

Dalam konsep gender dapat dikatakan bahwa sifat dapat dipertukarkan antara sifat wanita dan pria, berubah dari waktu ke waktu, berbeda dari tempat-tempat lain, dan

berbeda dari suatu kelas ke kelas lain. Itulah yang dikenal dengan “gender” (Sudarma, 2008: 188-189).

Ketidakadilan Gender

Ketidakadilan gender adalah berbagai tindak ketidakadilan atau diskriminasi yang bersumber pada keyakinan gender. Diskriminasi berarti setiap perbedaan, pengucilan, atau pembatasan yang dibuat atas dasar jenis kelamin, yang mempunyai tujuan mengurangi atau menghapus pengakuan, penikmatan atau penggunaan hak-hak asasi manusia dan kebebasan-kebebasan pokok di bidang politik, ekonomi, dll oleh perempuan, terlepas dari status perkawinan mereka, atas dasar persamaan antara perempuan dan laki-laki.

Gender tidak jadi masalah jika dilakukan secara adil dan menguntungkan kedua belah pihak, sedangkan gender jadi masalah jika terjadi ketimpangan, satu pihak dirugikan, satu jenis kelamin dibedakan derajatnya, satu jenis kelamin dianggap tidak mampu, satu jenis kelamin diperlakukan lebih rendah, satu jenis kelamin mengalami, dan ketidakadilan gender. Misalnya seorang Ibu di India dengan dua anak kembarnya. Anak laki-laki disusui oleh ibunya (diberi ASI), sedangkan anak berjenis kelamin perempuan diberi susu botol.

2. Beberapa Perspektif Gender

Feminisme telah menjadi pergerakan lebih dari seabad, secara konstan berubah dan mengubah bentuknya sendiri, untuk merespons perubahan pada lingkungan dan pergerakan sosial lainnya yang berinteraksi di dalamnya. Pergerakan modern juga mempengaruhi dengan karakter internasionalnya. Gagasan dan praktik gender dikomunikasikan, tetapi

perbedaan pada konteks sosial dan politik menghasilkan berbagai macam feminisme yang berbeda. Beberapa perspektif gender terbagi menjadi 3 teori, yaitu:

Pertama, Teori Fungsionalisme Struktural atau dikenal sebagai teori fungsional, menurut Mansur Fakih (1996: 80) tidak secara langsung menyinggung masalah perempuan dalam teorinya. Dalam keyakinan mereka, masyarakat adalah sebuah sistem yang terdiri atas bagian-bagian yang saling berkaitan dan masing-masing bagian secara terus-menerus mencari keseimbangan dan harmoni, dapat menjelaskan tentang posisi perempuan.

Kendatipun muncul konflik, namun masalah itu hanyalah sebuah dinamika sosial dalam rangka melestarikan keseimbangan sosial. Oleh karena itu, perbedaan perempuan dan laki-laki, harus dilihat sebagai satu sistem sosial yang saling mendukung dalam menjaga keseimbangan sosial dan kelestarian sosial. Namun, teori ini berpendapat bahwa perempuan harus tinggal di dalam lingkungan rumah tangga karena itu merupakan pengaturan yang paling baik dan berguna bagi keuntungan masyarakat secara keseluruhan.

Menurut Umar (2001: 53) berpendapat bahwa pembagian peran secara seksual adalah wajar. Suami (ayah) mengambil peran *instrumental* seperti membantu memelihara sendi-sendi masyarakat dan keutuhan fisik keluarga dengan jalan menyediakan bahan makanan, tempat perlindungan, dan menjadi penghubung keluarga dengan dunia luar. Sementara istri (ibu) mengambil peran *ekspresif* seperti membantu mengentalkan hubungan, memberikan dukungan emosional dan pembinaan kualitas yang menopang keutuhan keluarga, dan menjamin kelancaran urusan rumah tangga. Oleh karena itu, jika ada penyimpangan peran sosial yang dilakukan oleh salah satu anggota keluarga tersebut, dapat menyebabkan adanya ketidakseimbangan dalam keluarga. Teori fungsionalisme berupaya untuk membangun kesimbangan di dalam sebuah sistem tersebut karena

kesimbangan dapat terjadi, jika setiap elemen keluarga (sistem) dapat berfungsi sebagaimana perannya semula.

Kedua, Teori Konflik. Teori ini berangkat dari asumsi bahwa dalam susunan di dalam suatu masyarakat terdapat beberapa kelas yang saling memperebutkan pengaruh dan kekuasaan. Siapa yang memiliki dan menguasai sumber-sumber produksi dan distribusi merekalah yang memiliki peluang untuk memainkan peran utama di dalamnya.

Laki-laki dalam sejarah masyarakat patriarki adalah orang yang disertai tugas untuk mengurus alat-alat produksi, maka laki-laki mempunyai kesempatan untuk mengumpulkan kekayaan secara berlebihan. Dengan demikian, maka kekuasaan dalam keluarga, ditentukan oleh laki-laki. Gejala ini, secara tegas diungkapkan oleh Nasaruddin Umar, bahwa hubungan suami-istri ini tak ubahnya seperti hubungan antara borjuis dengan proletariat, hamba dan tuan, atau pemeas dan yang diperas. Oleh karena itu, menurut Amal (1998: 89) tidak sedikitpun Feminisme Marxis yang mempersoalkan hal-hal yang berhubungan dengan masalah reproduksi (misalnya kehamilan, kelahiran dan mengasuh anak) dan sekaligus seksualitas perempuan dalam sistem produksi (*mode of productions*). Inilah kekhasan prespektif teori konflik dalam memandang masalah perempuan.

Menurut perspektif teori konflik, perempuan merupakan kelas sosial tersendiri karena pekerjaan yang mereka lakukan, apakah perempuan sebagai istri, anak perempuan, keponakan perempuan, adik perempuan dari kelas sosial borjuis atautkah mereka itu adalah perempuan sebagai istri, anak perempuan, keponakan perempuan, adik perempuan dari kelas sosial proletariat adalah sama sebagai kelas manusia yang bekerja pada sector domestic yaitu sebagai ibu rumah tangga.

Ketiga Teori psikoanalisis. Teori ini pertama kali diperkenalkan oleh Sigmund Freud (1956-1939) yang mengungkapkan bahwa perilaku kepribadian laki-laki dan

perempuan sejak awal ditentukan oleh perkembangan seksualitas. Dalam uraiannya yang lebih rinci, Freud menjelaskan kepribadian atau tingkah laku seseorang ditentukan oleh interaksi ketiga struktur, yaitu:

- a. *id*, sebagai pembawaan sifat-sifat fisik biologis seseorang sejak lahir, termasuk nafsu seksualitas dan insting yang cenderung agresif.
- b. *ego*, bekerja dalam lingkup rasional dan berupaya menjinakkan keinginan agresif dari *id*.
- c. *superego*, berfungsi sebagai aspek moral dalam kepribadian berupaya mewujudkan kesempurnaan hidup lebih dari sekedar mencari kesenangan dan kepuasan, *superego* juga selalu mengingatkan *ego* agar menjalankan fungsinya mengontrol *id*.

Menurut Freud, individu yang normal adalah ketika ketiga struktur tersebut bekerja secara proporsional. Kalau satu di antaranya lebih dominan maka pribadi yang bersangkutan akan mengalami masalah. Jika unsure *id* lebih dominan, maka individu tersebut akan terjebak menjadi orang hedonis, sedangkan jika *superego* lebih dominan maka akan menjadi individu yang sangat sulit untuk berkembang, sebab orang seperti ini akan merasa takut dan bergulat terus-menerus dengan dirinya sendiri.

Dalam perkembangannya menjadi manusia dewasa, setiap individu akan melewati berbagai tahap perkembangan psikoseksual. Secara lebih jelas, dalam teori psikoanalisis, Freud menyebutkan ada lima tahap psikoseksual, sebagai berikut:

- a. Tahap kesenangan berada di mulut (*oral stage*), terjadi sepanjang tahun pertama seorang bayi. Kesenangan seorang bayi ialah mengisap susu melalui mulut.

- b. Tahap kesenangan berada di dubur (*anal stage*), tahun kedua seorang bayi, memperoleh kesenangan di sekitar dubur yaitu ketika seorang bayi mengeluarkan kotoran.
- c. Tahap seorang anak memperoleh kesenangan pada saat mulai mengidentifikasi alat kelaminnya (*phallic stage*), yaitu seorang anak memperoleh kesenangan erotis dari penis bagi anak laki-laki dan klitoris bagi anak perempuan.
- d. Tahap remaja (*talency stage*), yaitu kelanjutan dari tingkat sebelumnya, ketika kecenderungan erotis ditekan sampai menjelang masa pubertas.
- e. Tahap puncak kesenangan pada daerah kemaluan (*genital stage*), yaitu saat kematangan seksual seseorang.

Menurut Freud, sejak tahap *phallic*, yaitu anak usia antara 3-6 tahun perkembangan kepribadian anak laki-laki dan anak perempuan mulai berbeda. Perbedaan ini melahirkan perbedaan formasi sosial berdasarkan identitas gender, yakni bersifat laki-laki dan perempuan. Dalam masa ini, anak mengidentifikasikan diri pada peran dan status dirinya, sebagai seorang anak laki-laki atau seorang anak perempuan.

Berdasarkan teori psikoanalisis, laki-laki yang mengalami proses perkembangan psikoseksual yang normal akan menjadi maskulin dan perempuan yang perkembangan psikoseksualnya normal akan menjadi seorang yang feminim. Dalam proses pembangunan, kenyataan yang dapat dilihat dalam setiap masyarakat ialah pentingnya saling ketergantungan serta saling mengisi antara wanita dan pria sebagai warga Negara. Oleh karena itu, dalam perencanaan pembangunan diperlukan peningkatan kualitas wanita sebagai mitra sejajar pria sesuai dengan kebutuhan aktualisasi wanita. Dalam hal ini penting dilakukan analisis gender.

C. Analisis Gender dalam Kesehatan

Mengacu pada pengertian dan perspektif-perspektif gender tersebut, muncul pertanyaan bagaimana masalah kesehatan dilihat dari perspektif gender ? atau bagaimana pendekatan gender dalam melihat praktik layanan kesehatan di masyarakat ?

Memahami teknik analisis gender dalam layanan kesehatan ini, setidaknya difokuskan untuk mengetahui (1) situasi aktual wanita dan pria meliputi peranan, tingkat kesejahteraan, kebutuhan dan permasalahan yang dihadapi dalam berbagai unit sosial, budaya dan ekonomi, (2) pembagian beban kerja wanita dan pria yang meliputi tanggung jawab, curahan tenaga dan curahan waktu, (3) saling berkaitan, saling ketergantungan dan saling mengisi antara peranan wanita dan pria khususnya dalam keluarga, dan (4) tingkat akses dan kekuatan kontrol wanita dan pria terhadap sumber produktif maupun sumber daya manusia dalam keluarga.

Sebagaimana dikemukakan sebelumnya, gender adalah sebuah konstruksi sosial atau tafsir sosial terhadap peran gender. Namun, masih banyak penafsiran yang berkembang secara tidak adil, sehingga memberikan tafsiran yang kurang pada tempatnya terhadap masalah-masalah perempuan.

1. Menurut estimasi PBB di tahun 2025 atau 2050, baik di Indonesia maupun di Asia Tenggara kelompok penduduk usia tua akan lebih banyak dialami oleh kalangan perempuan.
2. Dua dari tiga wanita di dunia saat ini menderita suatu penyakit yang sangat melemahkan manusia. Gejala-gejala umum penyakit yang mudah menyebar ini mencakup anemia kronik, malnutrisi dan kondisi yang sangat lemah.
3. Wanita juga menghadapi ancaman kesehatan reproduktif yang unik. Tingginya angka penyakit yang dapat dicegah, kematian akibat komplikasi pada kehamilan dan persalinan, aborsi yang tidak aman, penyakit menular seksual dan kanker pada alat reproduksi sering dijumpai pada wanita yang miskin dan tidak memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif.

4. Di lain pihak, peran reproduktif wanita hanya mendapat perhatian apabila angka fertilitas cukup tinggi. Akibatnya, satu-satunya pelayanan kesehatan yang sering diperoleh wanita adalah keluarga berencana, meskipun pelayanan ini lebih menekankan pada control fertilitas bukan pada peningkatan kesehatan wanita.
5. Dalam praktik layanan kesehatan, masih ada pandangan bahwa ada pekerjaan perempuan dan pekerjaan laki-laki. Menjadi perawat dan bidan adalah pekerjaan perempuan dan menjadi dokter merupakan pekerjaan laki-laki. Melaksanakan operasi merupakan tugas laki-laki, mungkin benar bila disesuaikan dengan situasi, kondisi dan objek yang dikerjakannya namun, pembagian kerja seperti ini merupakan contoh nyata dari konstruksi sosial dalam pembagian tugas dalam bidang kesehatan.
6. Dalam penanganan kasus HIV/AIDS merupakan satu misteri kesehatan yang belum terpecahkan. Penyebab terjangkitnya HIV/AIDS ini sudah begitu banyak diulas dan dikupas. Namun, demikian, dalam kenyatannya masih banyak anggota masyarakat yang menyalahkan posisi perempuan sebagai penyebab utama berkembangnya virus AIDS ini.

Penanganan masalah AIDS ini disutukan pada masalah maraknya prostitusi. Kelompok orang yang paling tersudutkan dengan isu prostitusi ini yaitu kalangan perempuan. Sedangkan kaum laki-laki, kurang mendapatkan perhatian yang seimbang dengan penilaiannya terhadap kaum perempuan.

7. Pola kesehatan dan penyakit pada laki-laki dan perempuan menunjukkan adanya perbedaan. Misalnya penyakit kardiovaskular ditemukan pada usia lebih tua pada perempuan dibandingkan pada laki-laki. Beberapa penyakit misalnya anemia, gangguan makan, dan gangguan pada otot serta tulang lebih banyak ditemukan pada perempuan daripada laki-laki. Berbagai penyakit atau gangguan hanya menyerang perempuan misalnya gangguan kesehatan yang berkaitan dengan kehamilan dan kanker serviks, sementara laki-laki hanya dapat terkena kanker prostat.

D. Kesimpulan

Masalah perempuan di Indonesia merupakan masalah yang sangat krusial. Sampai detik ini, jumlah perempuan miskin, kurang gizi dan tingkat pendidikan yang rendah masih sangat tinggi. Kondisi seperti ini menyebabkan peran dan posisi perempuan belum dapat dilakukan secara maksimal. Andai mau bekerja pun, mereka masih menghadapi persepsi-persepsi budaya yang menyebabkan perkembangan kariernya terhambat.

Oleh karena itu, dibutuhkan ada upaya pemberdayaan terhadap posisi dan status perempuan di Indonesia saat ini. Melalui pemberdayaan inilah, diharapkan mereka dapat menampilkan peran dan tanggung jawabnya sesuai dengan potensi dan bakatnya masing-masing.

Daftar Pustaka

Sarwono, Solita. 1997. *Sosiologi Kesehatan*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press

Sudarma, Momon. 2008. *Sosiologi Untuk Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.

