



SOSIOLOGI UNTUK KESEHATAN

M o m o n S u d a r m a



**Penerbit
Salemba Medika**

Momon Sudarma

Manajer Penerbitan dan Produksi: Edward Tanujaya

Koordinator Penerbitan dan Produksi: Ariyanto

Copy Editor: Aulia Novianty

Tata Letak: Dedy Juni Asmara

Desain Sampul: mastergrafis



Hak Cipta © 2008, Penerbit Salemba Medika

Jl. Raya Lenteng Agung No. 101

Jagakarsa, Jakarta 12610

Telp. : (021) 781 8616

Faks. : (021) 781 8486

Website : <http://www.penerbitsalemba.com>

E-mail : info@penerbitsalemba.com

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apa pun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penerbit.

UNDANG-UNDANG NOMOR 19 TAHUN 2002 TENTANG HAK CIPTA
1. Barang siapa dengan sengaja dan tanpa hak mengumumkan atau memperbanyak suatu ciptaan atau memberi izin untuk itu, dipidana dengan pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp 5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah) .
2. Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah) .

Sudarma, Momon

Sosiologi untuk Kesehatan/Momon Sudarma

—Jakarta: Salemba Medika, 2008

1 jil., 264 hlm., 19 × 26 cm

ISBN 978-979-3027-75-3

1. Kesehatan

I. Judul

2. Sosiologi

II. Momon Sudarma

BAB 3	KONSEP DASAR SOSIOLOGI: INDIVIDU, MASYARAKAT, DAN KEBUDAYAAN.....	21
3.1	Pengantar	21
3.2	Manusia sebagai Makhluk Sosial	23
3.3	Manusia sebagai Makhluk Budaya	27
3.4	Nilai Kesehatan sebagai Sebuah Sudut Pandang.....	30
3.5	Uji Kompetensi	32
BAB 4	KONSEP DASAR SOSIOLOGIS: NILAI DAN NORMA KESEHATAN	33
4.1	Pengantar	33
4.2	Pengertian Nilai dan Norma	35
4.3	Kategorisasi Nilai	36
4.4	Fungsi Nilai Budaya	40
4.5	Norma Sosial Masyarakat Indonesia	41
4.6	Fungsi Pranata Sosial	43
4.7	Urgensi Memahami Nilai dan Norma dalam Praktik Pelayanan Kesehatan.	44
4.8	Malpraktik dalam Pelayanan Kesehatan.....	46
4.9	Uji Kompetensi	49
BAB 5	MODEL-MODEL PERUBAHAN PERILAKU	51
5.1	Pengantar	51
5.2	Model Pengelolaan Rasa Sakit.....	54
5.3	Model Suchman.....	55
5.4	Model Mechanic	57
5.5	Model Anderson	58
5.6	Model Keyakinan Sehat	58
5.7	Model Kurt Lewin	59
5.8	Model Pengambilan Keputusan.....	60
5.9	Uji Kompetensi	62
BAB 6	PERAN DOKTER, PASIEN, DAN PERAWAT.....	63
6.1	Pengertian	63
6.2	Peran Sakit-Sehat	64
6.3	Peran Perawat	67
6.4	Peran Dokter	74
6.5	Interaksi Sosial Antarkomponen	75
6.6	Wacana: Fenomena Perawat di Kota Cirebon.....	83
6.7	Uji Kompetensi	88

BAB 7	LAYANAN KESEHATAN DAN TANTANGAN PERUBAHAN SOSIAL	91
7.1	Pengantar	91
7.2	Pengertian Dasar Perubahan Sosial	92
7.3	Beberapa Tinjauan tentang Perubahan Sosial	94
7.4	Proses Perubahan Sosial	97
7.5	Urgensi Pemahaman Mengenai Perubahan Sosial bagi Tenaga Kesehatan ..	99
7.6	Uji Kompetensi	101
BAB 8	SISTEM MEDIS: VARIASI ATAU UNIFIKASI.....	103
8.1	Pengantar	103
8.2	Sistem Etnomedis	104
8.3	Sistem Medis Rasional-Empiris	106
8.4	Sistem Medis Keagamaan	107
8.5	Beberapa Unsur Universal dalam Sistem Medis	108
8.6	Unsur Pembeda	109
8.7	Multikulturalisme Layanan Kesehatan	110
8.8	Penutup	113
8.9	Uji Kompetensi	113
BAB 9	OBAT: ORANG MISKIN DILARANG BEROBAT	115
9.1	Pendahuluan	115
9.2	Jenis-jenis Obat	117
9.3	Fenomena Pemalsuan Obat: Orang Miskin Dilarang Berobat.....	120
9.4	Dispensing Obat	124
9.5	Obat dan Pengukurannya	127
9.6	Penutup	128
9.7	Uji Kompetensi	129
BAB 10	MENGENAL VARIASI LAYANAN PENGobatan ALTERNATIF	131
10.1	Pendahuluan	131
10.2	Pengobatan Alternatif menurut Depkes RI	133
10.3	Pengobatan Alternatif menurut Agen Pengobatan	133
10.4	Pengobatan Alternatif dari Sistem Pengorganisasian.....	134
10.5	Pengobatan Alternatif Kategori Battrra menurut WHO.....	135
10.6	Pengobatan Alternatif menurut Mengoenprasodjo-Hidayati	136
10.7	Pengobatan Alternatif Etnomedis	137
10.8	Kategori Pengobatan Alternatif di Papua.....	137
10.9	Pengelompokan Pengobatan Alternatif yang Lain.....	139
10.10	Diversifikasi Bukan Stratifikasi	140
10.11	Uji Kompetensi	141

BAB 11 AGAMA DAN KESEHATAN	143
11.1 Pengertian	143
11.2 Pola Hubungan Agama dan Kesehatan	144
<u>11.3 Aspek Agama dalam Kesehatan</u>	<u>146</u>
11.4 Aspek Kesehatan dalam Agama	147
11.5 Fungsi Agama bagi Kesehatan	148
11.6 Diskusi Wacana Agama dan Kesehatan	150
11.7 Penutup	155
11.8 Uji Kompetensi	155
 BAB 12 MAKANAN: MAKNA BUDAYA DAN KESEHATAN	 157
12.1 Pengantar	157
12.2 Persepsi Budaya dan Makanan	158
12.3 Makanan dan Identitas Budaya	160
12.4 Nilai Norma Makanan	164
12.5 Frustasi Ekonomi dan Perilaku Konsumsi	164
12.6 Peradaban: Alkoholik	169
12.7 Gaya Hidup dan Gaya Makan	170
12.8 Purnawacana	171
12.9 Uji Kompetensi	173
 BAB 13 SIKLUS HIDUP, KESEHATAN, DAN PERAN SOSIAL	 175
13.1 Pengantar	175
13.2 Masa Kehamilan	176
13.3 Masa Balita	178
13.4 Masa Anak-anak	178
13.5 Masa Remaja	179
13.6 Masa Dewasa	180
13.7 Masa Usia Lanjut	181
13.8 Masa Menjelang dan Setelah Kematian	183
13.9 Penutup	185
13.10 Uji Kompetensi	186
 BAB 14 GENDER DAN KESEHATAN	 187
14.1 Pengantar	187
14.2 Mengenal Perspektif Gender	188
14.3 Analisis Gender dalam Kesehatan	195
14.4 Penutup	198
14.5 Uji Kompetensi	198

BAB 15 KESEHATAN LINGKUNGAN DAN KANTIN SEKOLAH	199
15.1 Pengantar	199
15.2 Ekologi Sekolah	200
15.3 Lingkungan Kelas	203
15.4 Kantin Sekolah	203
15.5 Pemecahan Masalah.....	205
15.6 Uji Kompetensi	207
 BAB 16 KESEHATAN DAN KEPERAWATAN DALAM MASYARAKAT BENCANA	 209
16.1 Resistensi Pemusnahan Unggas.....	209
16.2 Anak-anak dan Unggas	212
16.3 Pelaksanaan Pekan Imunisasi Nasional di Jawa Barat	214
16.4 Keperawatan Pascamusibah.....	218
16.5 Psikologi Pascabencana	223
16.6 Penutup	228
16.7 Uji Kompetensi	228
 BAB 17 PERSPEKTIF SOSIOLOGI UNTUK PENELITIAN KESEHATAN: PENDEKATAN KUALITATIF	 231
 <u>Daftar Pustaka.....</u>	 <u>241</u>
<u>Indeks.....</u>	<u>247</u>

PENDAHULUAN

1.1 Pengantar

Sudah lama diketahui bahwa lingkungan jasmaniah mempunyai peran penting dalam pengembangan penyakit. Pengamatan bahwa epidemik kolera dikaitkan dengan kontaminasi air minum, mendahului identifikasi agen penyebab infeksi dan fakta bahwa para penambang sering berkontribusi dalam mengembangkan penyakit paru-paru tidak mungkin diabaikan di distrik-distrik penambangan. Para dokter kini juga telah belajar menyadari bahwa terkadang perlu memperhitungkan faktor-faktor sosial¹. Kasus narkoba sebagai salah satu contoh sesungguhnya tidak bisa dianalisis tanpa memerhatikan gaya hidup kalangan remaja itu sendiri.

Dengan memahami hal tersebut, dapat dikemukakan bahwa praktik layanan kesehatan bukan merupakan kegiatan individual atau kegiatan yang hampa budaya. Kegiatan perawatan senantiasa melibatkan orang lain. Misalnya saja ada yang berperan sebagai dokter, perawat, bidan, atau peran yang lainnya. Oleh karena itu, dalam memberikan layanan kesehatan membutuhkan pemahaman mengenai perilaku individu atau budaya masyarakat.

Bagaimanapun juga, para dokter di zaman modern harus membagi perhatian pada masalah-masalah lain di luar pengetahuan

Tujuan:

Bab ini menerangkan konsep sosiologi sebagai sebuah disiplin dan peran sosiologi dalam kesehatan.

Setelah mempelajari bab ini, Anda diharapkan mampu:

1. Menjelaskan pengertian dan kedudukan sosiologi kesehatan dalam ilmu sosiologi dan kesehatan.
2. Menjelaskan metode ilmiah dalam sosiologi.
3. Menjelaskan peran sosiologi dalam analisis kesehatan.
4. Menjelaskan teori implisit dan teori eksplisit dalam sosiologi.

¹ Henrik R. Wulf, Stig Andur Pedersen, Raben Rosenberg, *Filsafat Kedokteran* (Yogyakarta: Pustaka, 2007), blm. 221.

medis sewaktu menolong pasien. Dalam konteks interaksi, seorang pasien menyampaikan keluhan-keluhannya kepada dokter. Namun demikian, secara umum mereka pada dasarnya kurang memahami batas yang jelas antara patologis organis, psikologis, dan patologis sosial, akan tetapi gangguan fisiklah yang mendorong mereka mencari pertolongan medis. Pada umumnya, jenis-jenis penyakit yang ditangani oleh dokter praktik umum maupun Puskesmas tidak dapat dipisahkan dari masalah sosial dan emosional pasien itu sendiri.

Dalam kaitan dengan masalah ini, Solita Sarwono (2004:iii) mengatakan bahwa sosiologi kesehatan merupakan mata ajar yang penting, bukan hanya bagi mahasiswa fakultas kedokteran, melainkan bagi mahasiswa fakultas kesehatan masyarakat dan juga mahasiswa pendidikan kesehatan masyarakat yang lainnya².

Namun demikian, apakah sosiologi dapat memberikan jawaban dan solusi atas masalah-masalah kesehatan? Menurut Fauzi Muzaham, "Dalam beberapa hal para dokter, apalagi mahasiswa kedokteran, mungkin akan kecewa dengan sosiologi karena mereka tidak memperoleh jawaban yang jelas dalam memecahkan persoalan-persoalan yang dihadapi dalam praktik"³. Namun, layanan kesehatan bukanlah praktik tenaga kesehatan yang berhadapan dengan benda mati tetapi berhadapan dengan manusia, menuntut adanya komunikasi yang manusiawi dan memosisikan pasien sebagai manusia secara utuh. Dalam konteks inilah, sosiologi diharapkan menjadi salah satu ilmu pendukung dalam proses peningkatan layanan kesehatan.

Untuk memperjelas peran, fungsi, dan manfaat sosiologi bagi praktik pelayanan kesehatan, ada baiknya kita mengenali dulu pengertian sosiologi kesehatan dan seluk-beluk sosiologi kesehatan.

1.2 Apa itu Sosiologi Kesehatan?

Sebagai salah satu ilmu sosial, sosiologi dikelompokkan sebagai ilmu baru. Hal ini terkait dengan kelahiran ilmu sosiologi dimulai semenjak adanya usaha pemisahan sosiologi dari filsafat.

Dibandingkan dengan ilmu sosial lainnya, sosiologi merupakan ilmu yang memiliki ruang lingkup sangat luas. Seseorang dapat melakukan kajian terhadap fenomena sosial apapun sepanjang mampu menunjukkan kemampuan riset ilmiah sesuai dengan pengembangan sosiologi. Di sisi lain, seorang sosiolog dapat mengarahkan pisau analisisnya terhadap program kesehatan yang diluncurkan pemerintah, perilaku masyarakat dalam menumbuhkembangkan budaya sehat, sampai pada masalah konflik sosial yang terjadi di masyarakat. Kenyataan ini menunjukkan bahwa ruang lingkup sosiologi begitu luas⁴.

Tidak ada definisi khusus yang dapat memuaskan setiap kalangan sosiolog. Sebuah pendefinisian yang terlalu umum, menyebabkan hakikat sosiologi tidak jelas. Sedangkan definisi yang terlalu spesifik menyebabkan hakikat sosiologi menjadi kaku. Namun demikian, definisi tetap diperlukan. Dalam kaitan ini, sosiologi dimaknai sebagai sebuah penelaahan terhadap kehidupan sosial manusia secara

² Solita Sarwono, *Sosiologi Kesehatan: Beberapa Konsep Beserta Aplikasinya* (Yogyakarta: UGM, 2004).

³ Fauzi Muzaham, *Memperkenalkan Sosiologi Kesehatan* (Jakarta: UI Press, 1995).

⁴ Paul B.Horton dan Chester L.Hunt, *Sosiologi*, Jilid I, Penerjemah: Aminuddin Ram dan Tita Sobari (Jakarta: Erlangga, 1993), hlm. 28.

ilmiah. Lebih lanjut, menurut Horton dan Hunt (1993:29) sosiologi memusatkan penelaahannya pada kehidupan kelompok, produk kehidupan kelompok, dan produk kehidupan tersebut.

Penyebutan sosiologi sebagai ilmu baru karena dihitung semenjak masa pemisahan sosiologi dari filsafat merupakan sesuatu yang kurang tepat karena ilmu ini dapat dikaji dari sumber yang lebih awal lagi. Misalnya, pemikiran Ibn Khaldun (1332-1406) yang pada masa itu menyebutnya sebagai ilmu perkotaan atau ilmu peradaban (ilmu umran)⁵. Sehingga beberapa kalangan menyebut Ibn Khaldun sebagai “Bapak Sosiologi”. Namun demikian, bagi masyarakat barat, bapak sosiologi itu lebih banyak dirujuk pada pemikiran August Comte (1798-1857) yang dianggap sebagai orang pertama yang menyebut ilmu tentang masyarakat dengan istilah *sociologi*.

Setelah adanya peletakan pola pikir sosiologi, kemudian berkembanglah sosiologi sebagai sebuah ilmu sosial yang memiliki karakteristik paradigma, metode, objek kajian, dan peran keilmuan tersendiri dibandingkan ilmu sosial lainnya.

Sebagian masyarakat mengatakan bahwa makna sosiologi itu diambil dari konsep awalnya semata. Misalnya, sosiologi dipandang sebagai pecahan dari kata *socius* dan *logos* yang masing-masing mengandung makna “masyarakat” dan “ilmu”. Oleh karena itu, sosiologi dimaknai sebagai ilmu masyarakat. Namun, menurut Bierens de Hans (1953:7)⁶ pengertian ini memang masih terlampau umum dan bersifat abstrak sebab ilmu sosial yang mempelajari masalah masyarakat ini bukan hanya sosiologi. Misalnya, antropologi dan psikologi pun dapat disebut sebagai ilmu sosial yang mempelajari masyarakat.

Kemudian Bierens de Hans (1954:10) mengatakan bahwa sosiologi adalah ilmu yang mencoba menjawab pertanyaan mengenai susunannya, hakikatnya dan hubungannya, mengenal kodrat-kodrat yang menggerakkannya, yang menguasai kesadaran dan perkembangannya⁷. Josep B.Gitter sebagaimana dikutip Astrid S.Susanto mengatakan bahwa “*Sociology is the study of the form and process of human togetherness*”. Pandangan ini digenapkan oleh pandangan Bierens serta Schrag dan Martin (dalam Susanto, 1999:11) bahwa “*Sociology is the study if human interaction and social organizations*”⁸. Oleh karena itu, sosiologi merupakan disiplin ilmu yang mempelajari masyarakat dan perilaku sosial manusia dengan meneliti kelompok yang dibangunnya. Kelompok tersebut mencakup keluarga, suku bangsa, komunitas dan pemerintahan, berbagai organisasi sosial, agama, politik, bisnis, dan organisasi lainnya. Sosiolog mempelajari perilaku dan interaksi kelompok, menelusuri asal-usul pertumbuhan, serta menganalisis pengaruh kegiatan kelompok terhadap para anggotanya.

Pengertian sosiologi yang dikemukakan tersebut merupakan penjelasan sosiologi dari sisi objek kajian. Untuk memperjelas pengertian ini, marilah kita lihat kembali definisi sosiologi dari tokoh lainnya.

Sosiologi adalah disiplin intelektual mengenai pengembangan pengetahuan yang sistematis dan terandakan tentang hubungan sosial manusia pada umumnya dan tentang produk dari hubungan tersebut⁹.

⁵ Soerjono Soekanto, *Sosiologi: Suatu Pengantar* (Jakarta: Rajawali Press, 2005), hlm. 30.

⁶ J.Bierens de Hans, *Sosiologi*, (Jakarta: Jajasan Pembangunan, 1953).

⁷ *Ibid.*, hlm. 10.

⁸ Astrid S.Susanto, *Pengantar Sosiologi dan Perubahan Sosial*, (Penerbit Putra A Bardin, 1999), hlm. 10–11.

⁹ Paul B.Horton dan Chester L.Hunt, *op.cit.*, hlm. 4.

Pengertian sosiologi menurut Thomas Ford Houlth tersebut sudah beranjak dari masalah objek kajian sosiologi dan lebih menekankan pada karakteristik ilmu sosiologi. Maka tidak mengherankan dia mengatakan bahwa sosiologi merupakan disiplin intelektual mengenai pengembangan pengetahuan yang sistematis dan terandalkan dalam mengkaji objek kajian.

Sosiologi dibagi dalam beberapa bidang seperti perilaku kolektif; sosiologi komparatif, kejahatan dan kenakalan; sosiologi budaya, demografi, perilaku yang menyimpang, organisasi formal dan kompleks, ekologi manusia; sosiologi industri, hukum dan masyarakat, perkawinan dan keluarga; sosiologi matematis; sosiologi militer; sosiologi perkotaan; sosiologi pedesaan; sosiologi kelompok kecil; sosiologi pendidikan; dan lain sebagainya.

Topik-topik itu, bukan bidang khusus kajian sosiologi. Artinya bisa jadi bidang kajian tersebut ditelaah pula oleh disiplin ilmu lain. Namun demikian, kajian tersebut dapat dikatakan sebagai sosiologi manakala si penelaah tersebut mampu menggunakan metode dan teknik riset sosiologi.

Seiring dengan hal ini, maka yang dimaksud dengan sosiologi kedokteran adalah disiplin intelektual mengenai pengembangan pengetahuan yang sistematis dan terandalkan hubungan sosial manusia dalam kaitannya dengan masalah kesehatan dan tentang produk dari hubungan tersebut. Oleh karena itu pula, sosiologi kedokteran dapat dikatakan sebagai sosiologi terapan dari ilmu sosiologi itu sendiri, atau menurut istilah Solita Sarwono (2004) sosiologi kedokteran sebagai subdisiplin (bidang keahlian khusus) dari bidang ilmu sosiologi.

Dalam perkembangan berikutnya, walaupun sosiologi kedokteran ini mengakui sosiologi umum sebagai akar intelektualnya, namun subjek kajian ini pada akhirnya menjadi rujukan dari ilmu kedokteran dalam memecahkan berbagai masalah yang terkait dengan kesehatan. Bahkan dalam perkembangan berikutnya, muncul pula perkembangan sosiologi kesehatan. Solita Sarwono mengatakan bahwa yang dimaksud dengan sosiologi kesehatan merupakan subdisiplin ilmu yang lebih luas dibandingkan dengan sosiologi kedokteran.

Sosiologi kedokteran (*medical sociology*) merupakan cabang sosiologi yang memfokuskan pada pelestarian ilmu kedokteran dalam masyarakat modern. Subjek ini berkembang begitu pesat sejak tahun 1950-an hingga sekarang menjadi salah satu bidang spesialisasi terbesar dalam sosiologi. Perkembangan ini tidak bisa dipungkiri, hal ini diakibatkan oleh adanya kesadaran bahwa banyak isu yang terkandung dalam perawatan kesehatan modern yang pada dasarnya merupakan masalah sosial. Namun, ini juga mencerminkan adanya peningkatan minat terhadap pengobatan itu sendiri dalam aspek-aspek sosial dari kondisi sakit (*illness*), terutama berkaitan dengan psikiatri, pediatrik, praktik umum (atau pertolongan keluarga) dan pengobatan komunitas¹⁰.

Lebih jelasnya, Solita Sarwono mengatakan¹¹:

Sosiologi kedokteran mencakup studi tentang faktor-faktor sosial dalam etiologi (penyebab), prevalensi (angka kejadian), dan interpretasi (penafsiran) dari penyakit tentang profesi kedokteran itu sendiri serta hubungan dokter dengan masyarakat pada umumnya.

¹⁰ David Armstrong, *Ensiklopedia Ilmu-ilmu Sosial*, (Jakarta: Rajawali Press, 2000), hlm. 643.

¹¹ Solita Sarwono, *op.cit.*, hlm. 10-11.

Sementara sosiologi kesehatan, yaitu:

Selain topik-topik dalam sosiologi kedokteran, sosiologi kesehatan membahas pula perilaku kesehatan, pengaruh norma sosial terhadap perilaku kesehatan, serta interaksi antar-petugas kesehatan (dokter dengan petugas kesehatan lainnya) dan antara petugas kesehatan dengan masyarakat.

Bila tinjauan ini dikembangkan lebih lanjut, maka bagi seorang mahasiswa keperawatan, mereka dituntut untuk memahami sosiologi keperawatan yang merupakan subdisiplin sosiologi kesehatan. Demikian pula bagi mereka yang bercita-cita untuk berprofesi sebagai tenaga apoteker, bidan, tenaga kesehatan masyarakat, atau tenaga pendidik kesehatan masyarakat.

Untuk lebih memudahkan pemahaman ini, dapat dirumuskan kesimpulan analisis sebagai berikut.

- a. Sosiologi kesehatan merupakan subdisiplin ilmu dari bidang sosiologi. Disiplin ilmu ini merupakan ilmu terapan (*applied science*) dari kajian sosiologi dalam konteks kesehatan.
- b. Prinsip dasar disiplin sosiologi kesehatan adalah penerapan konsep dan metode disiplin sosiologi dalam mendeskripsikan, menganalisis, dan memecahkan masalah kesehatan. Dengan kata lain, sosiologi kesehatan merupakan penerapan ilmu sosial dalam mengkaji masalah kesehatan.
- c. Ruang lingkup kajian sosiologi terapan bergantung pada ruang lingkup objek kajian itu sendiri. Hemat kata, sosiologi kedokteran adalah ilmu sosiologi dalam mengkaji hal-hal yang terkait dengan ilmu kedokteran. Sosiologi keperawatan adalah ilmu sosiologi dalam mengkaji masalah layanan keperawatan dan begitu pula bidang kajian kesehatan lainnya.

Untuk meningkatkan pemahaman mengenai sosiologi kesehatan ini, setiap pengkaji dituntut untuk memahami konsep-konsep dasar sosiologi dan cara mengaplikasikannya dalam konteks layanan kesehatan.

1.3 Metodologi Sosiologi

Sebagaimana dikemukakan sebelumnya, ilmu sosial yang mempelajari masalah masyarakat ini sangat beraneka ragam. Ilmu politik, antropologi, ekonomi, bahkan agama dan filsafat pun menjadikan masyarakat sebagai bagian dari objek kajian keilmuannya. Bila hal ini dikumpulkan, mereka akan sama-sama merasa berhak untuk turut serta memecahkan masalah masyarakat.

Di mana dan bagaimana identitas disiplin ilmu sosiologi dapat dibedakan dari disiplin ilmu yang lainnya? Bagaimana metodologi disiplin sosiologi dapat membedakan diri dari disiplin ilmu lainnya?

Kalangan akademisi dapat dikatakan hampir sepakat bahwa sebagai suatu disiplin ilmu, sosiologi harus memenuhi syarat-syarat ilmiah yang dapat dibedakan dari disiplin ilmu yang lainnya. Horton dan Hunt (1993:14) mengatakan dengan tegas bahwa sosiologi dapat dikatakan sebagai sebuah ilmu sepanjang sosiologi menggunakan metode penelaahan ilmiah.

Oleh karena itu, dalam meneguhkan diri sebagai disiplin ilmu, sosiologi—termasuk sosiologi kesehatan—perlu disandarkan pada tuntutan syarat-syarat keilmiahannya sebagaimana yang berlaku.

Ilmu pengetahuan didasarkan pada bukti yang dapat diuji. Yang dimaksud dengan “bukti” adalah pengamatan faktual yang dapat dilihat, ditimbang, dihitung, dan diperiksa ketelitiannya oleh para pengamat lain. Observasi ilmiah tidak sama dengan sekedar “melihat sesuatu”. Kita semua sempat melihat sesuatu, namun tidak serta-merta dapat dikatakan kita sudah mengobservasi. Dengan kata lain, jika kita pernah melihat orang yang sakit di poliklinik, maka bukan berarti kita sudah melakukan observasi. Kendati kita pernah merawat orang sakit di rumah bukan berarti kita dapat dikatakan sebagai dokter¹².

Roland J. Pellegrin (dalam Sutanto, 1999:4) mengatakan bahwa sifat empiris merupakan identitas khas sosiologi yang dapat dibedakan dari disiplin ilmu lainnya. Dalam pandangan penulis, pandangan Pellegrin mengenai sifat empiris ini bukan merupakan ciri utama dari disiplin sosiologi karena sesungguhnya ilmu sosial yang lain pun banyak pula yang memiliki sifat empiris. Tetapi, sekedar membedakan diri dari disiplin filsafat dan/atau agama, maka ciri empiris dari sosiologi ini merupakan ciri yang tepat.

Dari ciri empiris, dapat dikemukakan bahwa sosiologi adalah ilmu yang mempelajari apa yang terjadi (*das sein*) dan bukan apa yang seharusnya (*das sollen*). Sosiologi adalah ilmu yang mempelajari mengenai apa yang terjadi di masyarakat dan bukan mempelajari apa yang seharusnya terjadi di masyarakat. Inilah ciri khas sosiologi yang perlu dipahami oleh para penggiat sosiologi di lapangan.

Bersamaan dengan ilmu-ilmu sosial lainnya, sosiologi mempelajari tindakan manusia dalam kelompoknya. Persamaan ini tampak pula pada kebutuhan manusia untuk menemukan keteraturan dan/atau pola yang terjadi di masyarakat tersebut, untuk kemudian keteraturan ini dapat dijadikan sebagai pengetahuan untuk menganalisis sebab-akibat yang terjadi di masyarakat pada kasus-kasus berikutnya.

Hal yang membedakan antara disiplin ilmu sosial dengan sosiologi yaitu sosiologi berupaya untuk mengetahui sisi hubungan yang terjadi di masyarakat, jadi bukan hanya pada bentuk atau fakta yang tampak. Sosiologi lebih menekankan pada aspek “hubungan” interaksi antara individu dengan individu, individu dengan kelompok, dan kelompok dengan kelompok.

Pada konteks ini, dapat dikatakan bahwa sosiologi adalah ilmu yang hendak mengerti dan menjelaskan tindakan-tindakan sosial dari manusia yang mempunyai pengaruh terhadap masyarakatnya. Sosiologi harus meneliti mengenai pola interaksi secara teliti, bagaimana pengaruh interaksi terhadap tindakan individu dan pembentukan kelompok atau masyarakatnya.

Beberapa karakteristik observasi yang dapat dikatakan sebagai sebuah observasi ilmiah yaitu¹³:

- a. Observasi harus bersifat cermat. Observasi ilmiah jangan tergesa-gesa atau terburu-buru. Pengamatan ini harus dilakukan dengan penuh kehati-hatian, sehingga hasil dari pengamatan ini dapat secara maksimal dan teliti.

¹² Dalam kajian tentang pendidikan, ada perbedaan antara melihat dan mengamati. Melihat adalah proses seseorang dalam menggunakan alat indra terhadap satu objek. Peristiwa melihat bisa dilakukan dengan sadar atau tanpa sadar. Sedangkan proses mengamati menggunakan kesadaran untuk menemukan informasi tentang sesuatu yang diamatinya. Oleh karena itu, melihat tidak sama dengan mengamati.

¹³ Paul B. Horton dan Chester L. Hunt, *op.cit.*, hlm. 5-10.

- b. Observasi ilmiah harus bersifat tepat. Bila kecermatan mengacu pada kebenaran suatu pernyataan, maka ketepatan ini menekankan pada aspek pengukuran atau derajat. Oleh karena itu, penggunaan pengukuran (kuantifikasi) menjadi sangat penting. Misalnya “mengamati **lima** orang pasien di rumah sakit”, bukan “mengamati **beberapa** orang pasien di rumah sakit”.
- c. Observasi ilmiah harus sistematis, artinya memiliki kerangka, susunan, dan langkah-langkah observasi yang jelas.
- d. Observasi harus objektif. Objektif adalah kemampuan untuk melihat dan menerima fakta sebagaimana adanya dan bukan apa yang diharapkannya.
- e. Observasi ilmiah dilakukan oleh pengamat yang terlatih. Satu miliar manusia yang pernah melihat orang sakit, belum dapat dikatakan sebagai orang yang melakukan observasi. Orang terlatih dalam kemampuan pengamatan didukung oleh pelatihan/kursus, latar pendidikan dan bekal keilmuannya.
- f. Observasi ilmiah dilakukan di bawah situasi yang terkendali. Ide ini meminjam dari ilmu pengetahuan alam di mana pengamatan ilmiah biasanya dilakukan dalam sebuah laboratorium dengan situasi dan kondisi yang dapat dikendalikan. Dalam ilmu sosial, pengamatan yang terkendali ini berarti bahwa penelitian dilakukan dalam ruang lingkup yang jelas dan pasti sehingga ketepatan penelitian dapat diukur dengan baik. Artinya meskipun banyak anggota masyarakat yang mengaku bahwa penyakit yang diidapnya ini disebabkan oleh makhluk halus, namun seorang peneliti kesehatan tidak dapat mengukur sejauh mana pengaruh makhluk halus memengaruhi penyakit seorang pasien.

Selain metode observasi, sosiologi pun menggunakan metode *cross-sectional* dan studi longitudinal. Pada dasarnya metode riset sosiologi tidak jauh berbeda dengan metode riset bidang ilmu sosial lainnya. Menurut Horton dan Hunt (1993:30)¹⁴ metode riset sosiologi dapat bersifat *cross-sectional* dan studi longitudinal.

Metode *cross-sectional* merupakan studi terhadap suatu bidang kajian sosiologi yang luas dan memiliki jangka waktu. Misalnya, kajian mengenai “Budaya Masyarakat dalam Menjaga Kebersihan Lingkungan Kota dari Sampah: Studi Terhadap Budaya Sehat Masyarakat Kota Bandung pada Tahun 2002”. Teknik ini berupaya untuk menjelaskan mengenai budaya masyarakat dalam merespons sampah kota.

Sedangkan studi longitudinal merupakan studi yang berlangsung sepanjang waktu dan menggambarkan suatu kecenderungan atau serangkaian observasi sebelum dan sesudahnya. Misalnya, melakukan kajian terhadap budaya orang tua dalam memberikan asupan nutrisi pada bayi, dari usia 0–3 tahun. Dengan mencermati pokok masalah ini, pokok utama studi longitudinal yaitu penelitian terhadap sebuah kasus dengan menggunakan waktu yang cukup panjang.

Studi longitudinal dapat bersifat prospektif atau restrospektif. Studi yang bersifat restrospektif (*ex post facto*) adalah studi yang bekerja mundur dan mempergunakan data yang telah dicatat. Sebagai

¹⁴ Paul B.Horton dan Chester L.Hunt, *op.cit.*, hlm. 30.

contoh bila kita akan meneliti kebiasaan masyarakat dalam menggunakan ruang-ruang rumah sakit maka kita dapat melihat data kejadian penggunaan ruang rumah sakit pada tahun-tahun sebelumnya. Penggunaan data sekunder atau statistik sesungguhnya dapat memberikan penjelasan mengenai fenomena kesehatan di masa lalu.

Studi longitudinal yang bersifat *prospektif* dimulai dengan menelaah data yang ada pada saat ini dan dilanjutkan dengan pengamatan jauh ke depan dalam jangka waktu tertentu. Bila suatu saat kita ingin mengetahui jumlah pengidap paru-paru dan kanker pada 10 tahun ke depan, sesungguhnya kita dapat menggunakan data jumlah perokok yang ada saat ini. Data perokok saat ini, dengan asumsi bahwa merokok dapat menyebabkan penyakit kanker dan paru-paru, maka kita dapat memprediksi jumlah pengidap penyakit kanker dan paru-paru pada 10 tahun yang akan datang.

Kemudian, pada perkembangan selanjutnya sosiologi menggunakan metode eksperimen laboratorium dan eksperimen lapangan. Pada tingkat operasional para ilmuwan sosiologi mengembangkan dua metode keilmuan yang berbeda. Satu pihak ada yang menggunakan metode eksperimen laboratorium dan pada kelompok lain menggunakan metode eksperimen lapangan.

Dalam eksperimen laboratorium, orang yang akan dijadikan sebagai informan (sumber informasi) direkrut, dikumpulkan, dan diteliti dalam sebuah laboratorium. Penelitian Doolard (1939) mengenai "agresi karena frustrasi" dilaksanakan dengan cara mengumpulkan mahasiswa untuk kemudian diberikan pengalaman frustrasi yang berat. Mahasiswa diberi tugas yang berat, situasi yang membosankan, dan tidak diberi makan atau minum sebagaimana yang dijanjikan. Kemudian dilakukan pencatatan mengenai reaksi agresif mereka terhadap situasi tersebut. Sementara dalam eksperimen lapangan, penelitian dilakukan di luar laboratorium.

Ada dua cara umum yang dapat digunakan untuk menggunakan kelompok eksperimen. Pertama adalah teknik pasangan (*match-pair technique*). Masing-masing orang dalam kelompok eksperimen mempunyai pasangan dalam kelompok kendali dengan variabel-variabel penting yang sama (misalnya usia, agama, pendidikan, pekerjaan, atau apa saja yang dianggap penting dalam riset tersebut). Teknik lain yaitu *random assignment technique* (teknik penugasan acak) di mana penugasan orang-orang dilakukan secara acak untuk kelompok eksperimen dan kelompok kendali seperti dengan menugaskan orang pertama ke dalam kelompok eksperimen, selanjutnya ke dalam kelompok kendali dan seterusnya¹⁵.

1.4 Teori Implisit dan Eksplisit

Sebagaimana dikemukakan sebelumnya, berdasarkan standar ilmu yang dimiliki oleh seorang anak yang terbiasa merawat neneknya di rumah karena menderit sakit maka anak tersebut tidak dapat dikatakan sebagai seorang dokter atau perawat. Orang yang mengamati pasien di rumah sakit atau hanya sekedar menjenguk orang sakit di rumah sakit, tidak dapat dikatakan sebagai orang yang mengobservasi perilaku sakit di rumah sakit. Tindakan-tindakan itu, belum dapat dikatakan sebagai tindakan ilmiah.

¹⁵ Paul B.Horton dan Chester L.Hunt, *op.cit.*, hlm. 33.

Bagi Doyle Paul Johnson dalam teori sosiologi ada dua kemungkinan yang dapat terjadi, yaitu berkembangnya teori implisit dan teori eksplisit. Sebagaimana sering dilihat, bahwa banyak orang tidak sadar akan asumsi-asumsi teoretis atau struktur pemikirannya dalam melakukan interaksi sosial. Misalnya seorang ibu akan merawat bayinya dengan cara dan perlakuan yang berbeda seperti ketika dia merawat ibu mertua atau orang tuanya sendiri. Begitu pula halnya dengan seorang gadis remaja, cara mengobati luka adik bungsunya tentu akan berbeda dibandingkan dengan cara mengobati luka tetangganya. Perilaku seperti ini, dalam pandangan Johnson adalah sebuah tindakan sosial yang dilandasi oleh asumsi bahwa setiap orang memiliki keunikan dan membutuhkan perlakuan yang berbeda. Kesadaran seperti ini merupakan kesadaran teori sosiologis, kendatipun untuk kategori teori implisit¹⁶.

Teori-teori implisit mewarnai sikap dan tindakan masyarakat dalam melakukan interaksi dengan sesama anggota masyarakat yang lainnya. Ada orang yang sinis atau skeptis terhadap orang yang baru bertemu atau berdialog dengan anggota masyarakat dari suku bangsa yang berbeda. Hal ini menunjukkan bahwa teori implisit kerap muncul dalam benak dan jiwa seseorang.

Dengan hadirnya sosiologi, para ilmuwan merupakan sebuah usaha untuk mengumpulkan apa yang diketahui setiap orang dan menuangkannya dalam kata-kata yang tidak dapat dipahami siapapun. Dengan kata lain, ilmu sosiologi ini adalah upaya untuk mem-verbal-kan (meng-kata-kan) apa yang dilakukan manusia dalam berinteraksi dengan sesama manusianya. Sehingga pada akhirnya, dari teori implisit dapat berubah menjadi teori eksplisit.

Dengan mengeksplisitkan teori berinteraksi ini, diharapkan dapat melahirkan kesadaran hidup yang lebih baik dan dapat memaknai hidup dengan lebih baik. Dengan belajar sosiologi ini, diharapkan orang akan lebih mengerti apa dan mengapa orang melakukan tindakan tertentu dibandingkan tindakan lain.

Mengapa ada orang yang menolak disuntik dokter dengan alasan berlawanan jenis? Mengapa ada orang yang menolak ditransfusi darah? Mengapa ada orang yang alergi terhadap obat atau makanan tertentu? Dan lain sebagainya. Pertanyaan-pertanyaan tersebut dapat dengan mudah dijawab jika kita sudah mengetahui teori eksplisit dari tindakan seseorang dalam melakukan suatu tindakan. Misalnya dengan sosiologi dapat diketahui bahwa nilai dan norma agama sangat berpengaruh terhadap tindakan individu, maka bagi sekelompok penganut agama tertentu, disuntik dan dirawat oleh lawan jenis serta donor darah merupakan sesuatu yang terlarang.

1.5 Peran Sosiologi dalam Praktik Kesehatan

Berdasarkan hal tersebut, secara teori dapat dikemukakan beberapa peran umum sosiologi/sosiolog dalam pengembangan ilmu maupun pelayanan kesehatan masyarakat.

- a. Sosiolog sebagai ahli riset.

Sebagai seorang ilmuwan, seorang sosiolog memiliki tanggung jawab untuk melakukan penelitian ilmiah, sosialisasi keilmuan, dan juga pembinaan pola pikir terhadap masyarakat.

¹⁶ Doyle Paul Johnson, *Teori Sosiologi Klasik dan Modern*, (Jakarta: Gramedia, 1986), hlm. 8.

Sehubungan dengan masalah ini, peran sebagai ahli riset seorang sosiolog berkewajiban untuk mencari, mengumpulkan, menganalisis, dan menyimpulkan fakta sosial dari data-data yang ada sehingga muncul pengetahuan sosiologi yang bermanfaat bagi kelanjutan proses pemahaman sosiologi serta rekayasa atau analisis sosial.

Dalam peran sebagai ahli riset ini, sosiolog juga berkewajiban untuk meluruskan berbagai pendapat masyarakat awam atau kalangan tertentu yang lebih disebabkan karena salah informasi atau takhayul yang dapat menghancurkan pola pikir manusia. Misalnya mengenai pengaruh gerhana bulan terhadap kesehatan anak yang dikandung.

Hal yang tidak kalah penting lagi, sosiolog pun dapat menunjukkan peran untuk memberikan ramalan-ramalan sosiologisnya terhadap data statistik atau tren perubahan sosial sehingga dapat dijadikan bahan pertimbangan dalam merumuskan kebijakan publik.

b. Sosiolog sebagai konsultan kebijakan.

Sosiologi memiliki kemampuan untuk menganalisis fakta sosial, dinamika sosial dan kecenderungan proses, serta perubahan sosial. Dalam skala jangka panjang, sosiologi memiliki kemampuan untuk meramalkan pengaruh dari sebuah kebijakan terhadap kehidupan sosial.

Tren perkembangan sosial—sebagaimana telah ditunjukkan dalam statistik sosial—dapat menganalisis ramalan-ramalan sosial yang mungkin terjadi di masa yang akan datang. Oleh karena itu, dalam kaitan dengan masalah ini, sosiolog dapat menunjukkan perannya bukan hanya sebagai ahli riset melainkan menjadi seorang konsultan kebijakan.

c. Sosiolog sebagai teknisi.

Seorang sosiolog dapat terlibat dalam perencanaan dan pelaksanaan program kegiatan masyarakat untuk memberi saran-saran dalam masalah moral, hubungan masyarakat, hubungan antarkaryawan, hubungan antarkelompok dalam suatu organisasi, dan penyelesaian berbagai masalah mengenai hubungan antarmanusia. Para sosiolog sering mengambil keahlian khusus dalam bidang psikologi sosial, sosiologi industri, sosiologi pedesaan, sosiologi perkotaan, atau sosiologi organisasi yang majemuk.

Salah satu di antara peran teknisi yang dapat ditunjukkan yaitu mulai munculnya sosiologi klinis. Istilah ini sesungguhnya merupakan penyebutan terhadap kebiasaan sosiolog masa lalu dalam melakukan kajian terhadap masalah kesehatan. Namun, pada masa sekarang sosiologi klinis lebih cenderung menunjukkan peran dirinya pada sosiologi terapan dalam menganalisis masalah kesehatan¹⁷.

d. Membantu dalam meningkatkan peran sebagai guru/pendidik kesehatan.

Dengan belajar sosiologi, seorang tenaga kesehatan dapat memahami sifat, karakter, atau norma masyarakat yang berlaku, sehingga pada akhirnya program promosi kesehatan atau agenda pembangunan kesehatan pada suatu masyarakat akan dapat berjalan dengan efektif. Kealpaan kita dalam memahami karakter atau nilai dan norma masyarakat, dapat menyebabkan resistensi dari masyarakat terhadap program pembangunan kesehatan. Oleh

¹⁷ Paul B.Horton dan Chester L.Hunt, *op.cit.*, hlm. 45.

karena itu, sosiologi dapat memberikan kontribusi wawasan dan pemahaman terhadap tenaga kesehatan atau para pengambil kebijakan dalam bidang kesehatan.

Kemudian secara spesifik, Fauzi Muzaham merinci bahwa ada beberapa manfaat sosiologi bagi kesehatan, yaitu (1) mempelajari cara orang meminta pertolongan medis atau dokter (*help-seeking*), (2) memberikan analisis mengenai hubungan dokter-pasien, (3) mengetahui latar belakang sosial-ekonomi masyarakat dalam pemanfaatan layanan kesehatan, (4) menganalisis faktor-faktor sosial dalam hubungannya dengan etiologi penyakit, dan harus diakui bahwa (5) sakit, cacat fisik, dan sejenisnya adalah sebuah fakta sosial sebagaimana masalah sosial lainnya yang membutuhkan analisis sosiologis¹⁸.

1.6 Penutup

Karakter lain yang perlu dikemukakan dalam memahami masalah sosiologi kesehatan yaitu posisi sosiologi sebagai sebuah disiplin ilmu. Sebagaimana yang terjadi pada disiplin ilmu induknya, kendatipun lebih menekankan pada aspek emik namun sosiologi kesehatan yang dimaksudkan dalam pandangan kita saat ini yaitu berkembang berdasarkan emik dan etik secara terpadu.

Pendekatan etik yaitu upaya menguraikan suatu gejala sosial atau interaksi sosial dari sudut orang luar atau sudut pandang si observer. Jika seseorang sedang melakukan pengamatan ilmiah, maka pengalaman dan pengetahuan ilmiah yang dimiliki dijadikan sebagai alat ukur atau standar dalam menjelaskan masalah interaksi sosial.

Sedangkan pendekatan emik yaitu menguraikan suatu gejala sosial sesuai dengan pandangan si pelaku itu sendiri. Seorang peneliti tidak bisa memaksakan penafsiran terhadap sebuah perilaku yang dilakukan oleh masyarakat. Misalnya ada orang yang menggunakan pengobatan alternatif dengan menggunakan cara metafisika. Maka makna pengobatan dan keakurasian model pengobatan metafisika tersebut, bukan menurut si peneliti, melainkan harus diungkap menurut si pengguna atau pelaku layanan pengobatan tradisional.

Oleh karena itu, dalam mengembangkan sosiologi kesehatan ini, seorang dokter atau tenaga kesehatan dapat mengembangkan sikap "*verstehen*" yaitu kemampuan untuk menyelami apa yang dirasakan oleh pasien atau masyarakat itu sendiri. Untuk kemudian, setelah memahami apa yang dialami oleh pasien, baru pada tahap selanjutnya dianalisis berdasarkan ilmu kesehatan yang sudah dimilikinya. Dengan demikian, penerapan ilmu sosiologi kesehatan dapat disebut sebagai satu upaya membangun pendekatan terpadu antara etik dan emik, sehingga layanan kesehatan lebih bermanfaat bagi masyarakat pada umumnya.

Dalam menutup bab ini, mari renungkan kembali pernyataan Fauzi Muzaham ketika menjelaskan tujuan dari sosiologi kesehatan¹⁹:

¹⁸ Fauzi Muzaham, *op.cit.*, hlm. 31-39.

¹⁹ Fauzi Muzaham, *op.cit.*, hlm. 3.

“Tujuan penerapan sosiologi dalam bidang kedokteran dan kesehatan antara lain untuk menambah kemampuan para dokter dalam melakukan penilaian klinis secara lebih rasional, menambah kemampuan untuk mengatasi persoalan-persoalan yang dialami dalam praktik, mampu memahami dan menghargai perilaku pasien, kolega serta organisasi, dan menambah kemampuan dan keyakinan dokter dalam menangani kebutuhan sosial dan emosional pasien, sebaik kemampuan yang mereka miliki dalam menangani gangguan penyakit yang diderita pasien.”

1.7 Uji Kompetensi

1. Apa yang dimaksud dengan sosiologi dan perbedaan sosiologi dengan ilmu sosial lainnya?
2. Jelaskan perbedaan antara sosiologi kesehatan dengan sosiologi kedokteran!
3. Apa yang dimaksud dengan teori eksplisit dan implisit dalam sosiologi?
4. Mengapa praktik pelayanan kesehatan membutuhkan ilmu sosiologi?
5. Rincikan ulang ciri-ciri dari sosiologi sebagai sebuah disiplin ilmu!
6. Rincikan syarat-syarat observasi agar dapat dikatakan sebagai observasi ilmiah!
7. Jelaskan manfaat sosiologi dalam pelaksanaan kegiatan layanan kesehatan menurut Fauzi Muzaham!
8. Apa yang dimaksud dengan teknik *cross-sectional*?
9. Mengapa sebuah keilmuan sangat mendasarkan diri pada teknik observasi? Apakah teknik ini menjadi suatu hal yang mutlak untuk menunjukkan sebuah keilmiah sebuah ilmu?
10. Apa yang dimaksud bahwa ilmu adalah sebuah usaha untuk “meng-kata-kan” teori implisit?

MENGUNGKAP KESADARAN SOSIOLOGIS

2.1 Pengantar

Dalam bab dua akan diulas beberapa kasus yang terkait dengan pola interaksi manusia yang menunjukkan penerapan teori implisit dalam kehidupan sehari-hari. Dengan memahami kasus-kasus ini, diharapkan dapat meningkatkan pemahaman dan kesadaran mengenai tindakan sosiologis tertentu yang terkait dengan masalah kesehatan.

Urgensinya mengungkap pemahaman-pemahaman mengenai teori implisit ini, selain dapat memberikan pijakan dasar dalam melakukan analisis sosiologis, juga dapat dijadikan bekal awal dalam memahami masalah sosiologi kesehatan dalam konteks kehidupan nyata karena terkadang banyak di antara kita yang mampu menunjukkan perilaku tertentu, namun tidak menyadari bahwa tindakan tersebut merupakan bagian dari perilaku sosial yang erat kaitannya dengan pengetahuan sosiologis.

2.2 “Kesan Pertama adalah Sandiwara, Selanjutnya adalah yang Sebenarnya.”

Dalam bahasa iklan, “kesan pertama begitu menggoda, selanjutnya terserah Anda”. Makna di balik iklan itu mungkin ada benarnya. Namun untuk konteks sosiologi, pengetahuan dasar ini kurang

Tujuan:

Dalam meningkatkan pemahaman konsep dasar sosiologi, bab ini akan dikemukakan mengenai peristiwa sosial yang menunjukkan teori implisit dan eksplisit.

Setelah mempelajari bab ini, Anda diharapkan mampu:

1. Mengemukakan beberapa contoh teori implisit.
2. Menunjukkan sikap yang menggambarkan pemahaman dan kesadaran sosiologis.

relevan untuk digunakan. Karena pada umumnya, di saat ada kontak dan komunikasi antara satu dengan yang lainnya, setiap individu masih memiliki jarak psikologis, jarak sosiologis dan jarak kepentingan. Sehingga seorang individu akan mengalami kesulitan untuk mampu menunjukkan dirinya secara terbuka.

Hidup sebagai sebuah sandiwara, sudah dikemukakan oleh Goffman dengan teori *dramaturgi*-nya. Teori ini secara eksplisit mengatakan bahwa setiap orang hidup di dunia ini, mirip dengan pemeran lakon tertentu dalam tema “hidup di dunia” dan dunia sebagai panggung sandiwaranya. Berbagai status yang disandang saat ini misalnya status sebagai dokter, perawat, pasien, bidan, manajemen rumah sakit dan lain sebagainya merupakan peran dalam lakon hidup di dunia kesehatan dan setiap tokoh memiliki hak, tanggung jawab, dan peran masing-masing.

Peran yang ditunjukkan kadang sesuai dengan apa yang ada dalam dirinya dan kadang pula menunjukkan perilaku yang lebih dikarenakan sebagai suatu akibat dari tekanan sosial. Oleh karena itu, setiap individu kadang bertopeng dengan peran untuk menutupi apa yang ada dalam jiwanya. Inilah yang disebut sebagai sebuah sandiwara dalam hidup.

Di masyarakat kita, kadang satu masalah tertentu—khususnya yang terkait dengan masalah tabu tidak dapat dikemukakan secara langsung—misalnya masalah kehamilan di luar nikah. Bagi orang Barat yang sekular, kehamilan di luar nikah sudah dianggap sebagai sesuatu yang biasa. Sedangkan bagi masyarakat Timur seperti di Indonesia peristiwa ini masih dikategorikan sebagai “aib”. Hal ini terjadi, bukan hanya karena nilai dan norma agama masih sangat berlaku, namun nilai adat Timur pada umumnya belum memberikan toleransi yang terbuka terhadap kasus kehamilan di luar nikah. Oleh karena itu, ketika ada seorang gadis yang hamil di luar nikah, akan semampu mungkin mereka tutup-tutupi. Bahkan jangankan orangtua, bila mampu dokter pun tidak boleh tahu mengenai apa yang sesungguhnya terjadi. Namun demikian, bila dirinya menganggap sudah tidak mampu memecahkan masalah yang dihadapi kemudian berhasrat untuk menggugurkannya, maka terpaksa mereka berkonsultasi dan minta bantuan kepada tenaga kesehatan.

Ketika berkonsultasi inilah, latar belakang kehamilan seseorang akan dapat terbongkar. Secara umum, kehamilan di luar nikah dapat terjadi karena beberapa sebab, misalnya (1) Dia mengalami musibah yaitu diperkosa, (2) Dia sudah menikah namun tidak berhasrat untuk memiliki anak lagi sehingga berniat menggugurkan kehamilan, dan (3) Dia melakukan hubungan *free sex*. Untuk menyebutkan kejadian yang sesungguhnya, bagi masyarakat Timur—khususnya karena terkait dengan nilai dan norma yang berlaku—kadang kala berusaha menutupinya dan bahkan dia mengemukakan alasan lain yang bisa diterima oleh tenaga medis.

Dalam satu sisi, kondisi psikologis seperti ini menuntut peran tenaga medis (perawat dan dokter) untuk menjaga privasi (*privacy*) klien/pasien dan pada sisi lain perlu sikap waspada menghadapi kemungkinan adanya perilaku individu yang bersandiwara. Baik seorang dokter maupun perawat, bila akan melakukan anamnesis, perlu memberikan pertanyaan yang berulang-ulang dan kritis, sehingga apa yang dirasakan atau apa yang terjadi pada pasien/klien itu benar-benar dapat dipercaya. Dengan kata lain, bila kita tidak memerhatikan aspek ini atau malah dengan mudah memercayai apa yang diungkapkan secara lisan terlebih hanya sepiantas lalu, maka dikhawatirkan akan mendapatkan

informasi yang salah, karena hidup ini panggung sandiwara dan manusia memiliki kepentingan untuk peran sandiwara tersebut.

2.3 Jarak Psikologis

Pasien adalah seorang individu yang unik. Demikian pula seorang dokter atau seorang perawat. Sebagai individu-individu yang unik, maka ketika dia melakukan komunikasi dan atau interaksi akan terjadi komunikasi antara dua pribadi yang berbeda, baik dari sisi latar belakang, status ekonomi, status sosial termasuk kebutuhan dasar yang sedang muncul saat itu. Seorang pasien yang hadir di hadapan seorang perawat atau dokter, merupakan posisi individu yang sedang membutuhkan bantuan medis untuk mendapatkan kesembuhan. Sedangkan perawat dan dokter yang ada dihadapannya, diposisikan sebagai orang yang akan berusaha menolong atau membantunya.

Pertemuan dua sifat atau karakter antara pasien dengan orang lain tersebut (perawat atau dokter) potensial menyebabkan adanya masalah. Kesenjangan karakter pribadi ini disebut sebagai jarak psikologis antara pasien dan tenaga medis. Terlebih lagi, jika ada pasien yang berkepribadian *introvert*, yaitu menunjukkan sikap tertutup dari orang lain.

Sikap dan karakter pasien yang *introvert* membutuhkan usaha keras dari tenaga pelayan kesehatan untuk melakukan komunikasi, sehingga diagnosis yang dilakukannya dan atau tindakan medis yang akan dilakukannya dapat berjalan dengan baik. Oleh karena itu, seorang perawat atau dokter dituntut untuk memiliki kemampuan komunikasi yang efektif, yang lebih mengedepankan empati dan simpati, sehingga pasien mau terbuka terhadapnya¹.

Kejadian seperti ini, tidak mungkin terjadi bila pasien bersikap *extrovert* atau mau terbuka untuk berkomunikasi dan mengemukakan apa yang terjadi dalam dirinya. Sehingga komunikasi yang dibangun oleh tenaga pelayan kesehatan itu akan lebih mudah dan lebih efektif untuk dilakukan.

2.4 Jarak Sosiologis

Dalam pandangan sosiologi, setiap orang memiliki status dan peran yang berbeda. Dokter dan atau tenaga pelayan kesehatan yang lainnya merupakan profesi yang memiliki posisi prestisius dibandingkan profesi buruh tani, ibu rumah tangga atau kuli. Beriringan dengan posisi dan prestasinya tersebut, seorang dokter atau tenaga kesehatan lainnya, kerap kali memiliki posisi ekonomi yang lebih baik di lingkungan masyarakat.

Kondisi seperti ini, memberikan dampak bahwa posisi dan status seorang tenaga kesehatan di masyarakat saat ini memiliki jarak tertentu dengan lingkungan masyarakat lainnya. Kondisi inilah yang disebut sebagai jarak sosiologis, yaitu adanya perasaan orang lain bukan bagian dari kelompok dirinya. Posisi dirinya masih dianggap kelompok luar (*out group*) dari orang lain. Setiap individu, akan senantiasa berusaha untuk masuk menjadi kelompoknya (*in group*). Namun, usaha seperti itu, tidak semudah membalikkan telapak tangan. Oleh karena itu, seorang perawat harus

¹ Samsurijal Djauzi dan Suparsono, *Komunikasi dan Empati dalam Hubungan Dokter Pasien*, (Jakarta: Fakultas Kedokteran UI, 2004).

berusaha mampu menunjukkan sikap simpati dan empati, sehingga diposisikan sebagai *in group* oleh pasien (klien).

Dalam rangka meningkatkan kepuasan dan keefektifan layanan kesehatannya, Pusat Diagnostik Dini (PDD) Jakarta yang memberikan pelayanan mengenai pemeriksaan kanker—khususnya kanker rahim dan kanker payudara—mengeluarkan kebijakan bahwa tenaga medis dan perawat di instansi tersebut adalah kaum perempuan. Sehingga kaum hawa tidak perlu risikan, risih, dan malu untuk berkonsultasi mengenai masalah kesehatan yang sedang dideritanya².

2.5 Jarak Kepentingan

Jarak kepentingan yaitu adanya kebutuhan yang berbeda antara satu dengan yang lainnya. Di saat kepentingan itu tidak terakomodir oleh pihak lain, maka dia akan menjaga jarak atau mungkin akan menolak kehadiran dihadapan orang tersebut. Seorang gadis remaja yang memeriksakan kehamilan memiliki kepentingan untuk menemukan pemecahan masalah terhadap kehamilannya, tapi tetap kehormatannya tidak diketahui banyak orang. Walaupun dia mau aborsi—misalnya karena malu atas perbuatannya—senantiasa berkeinginan untuk tidak diketahui oleh banyak kalangan. Manakala perawat tidak mau peduli terhadap kebutuhan atau keinginan si gadis (ingin dijaga kerahasiaannya), maka si gadis tidak akan dapat terbuka kepada si perawat. Pada akhirnya, komunikasi antara perawat dan pasien tidak akan berjalan dengan baik.

Kesimpulan dari pemikiran ini, seorang perawat perlu untuk waspada terhadap perilaku atau ucapan pasien. Sebab perilaku manusia yang pertama, biasanya belum terbuka luas dan bahkan cenderung untuk menjaga “gengsi sosial”-nya sehingga cenderung untuk bersandiwara. Informasi yang selanjutnya, barulah akan terbuka informasi yang sesungguhnya.

Pemahaman dan kesadaran seperti itu, sudah tentu merupakan beberapa kasus sosial yang mungkin dapat terjadi dihadapan kita. Oleh karena itu, kesadaran seperti ini merupakan bagian dari kesadaran teori implisit sosiologis dalam mempersiapkan diri untuk melakukan tindakan terapeutik kepada pasien/klien.

2.6 Konsep Umum tentang Kesehatan

Selain apa yang harus dipahami sebelum melakukan tindakan terapeutik, ada beberapa konsep umum tentang kesehatan yang perlu untuk dipahami juga oleh kalangan tenaga medis. Hal ini, khususnya terkait perkembangan analisis atau persepsi sosial tentang kesehatan.

a. *Health for all*

Kesehatan adalah kebutuhan setiap individu, baik orang yang sakit maupun yang sehat³. Program ini menjelaskan bahwa kesehatan adalah kebutuhan manusia dari berbagai

² Pusat Diagnostik Dini, *Deteksi Kanker Sejak Dini dalam Klinik Spesialis Terpilih*, (Jakarta: Senior, 2004), hlm. 12.

³ Tahun 1972/1973, WHO mencetuskan program “Health for All by the Year 2000” dapat dilihat dalam Nasrul Effendy, *Dasar-dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*, (Jakarta: EGC, 1998), hlm. 259.

kalangan baik dilihat dari ekonomi (kaya-miskin), sosial (kalangan elit atau wong alit), geografik (desa-kota), psikologi perkembangan (bayi, anak, remaja, dewasa, atau manula) maupun status kesehatan (sakit atau sehat). Orang sakit membutuhkan penyembuhan (kuratif), sedangkan orang sehat membutuhkan adanya promotif (peningkatan), preventif (pencegahan), rehabilitatif (perbaikan), dan konservatif (pemeliharaan).

Tahun 2005, ketika subsidi Bahan Bakar Minyak (BBM) dicabut oleh pemerintah sebagai kompensasinya pemerintah meluncurkan program subsidi bagi kesehatan masyarakat miskin. Ini menandakan bahwa yang butuh sehat, bukan hanya orang kaya, melainkan juga orang miskin. Bahkan, kalangan orang miskin ini, begitu sangat penting, karena mereka itu selain mengalami keterbatasan ekonomi juga keterbatasan aksesibilitas terhadap layanan kesehatan.

Kalangan pejabat atau eksekutif pada umumnya memiliki jadwal olahraga yang rutin. Bahkan acara bisnis pun kerap didampingkan dengan praktik olahraga. Golf adalah olahraga yang kerap dijadikan sebagai media *bargaining* bisnis. Untuk para pegawai negeri walaupun diberlakukan jam kerja dalam lima hari, pada jam kerja pertama di hari Jumat biasanya digunakan khusus untuk olahraga. Ini menandakan bahwa olahraga di kalangan elit, dijadwalkan secara formal. Sementara itu, di kalangan rakyat kecil belum ada jadwal olahraga yang rutin. Padahal merekapun butuh kesehatan. Kesehatan adalah kebutuhan semua manusia.

b. *All for health*

Seluruh aktivitas manusia, dari bangun pagi, aktivitas, tidur, hingga bangun kembali di waktu berikutnya terkait dan berpengaruh terhadap kesehatan. Berpikir yang sehat akan menumbuhkan jiwa sehat. Makanan, pakaian, jalan kaki, bekerja, olahraga, membaca dan bermain seluruhnya terkait erat dengan kualitas kesehatan. Oleh karena itu, seluruh aktivitas manusia senantiasa berpengaruh terhadap peningkatan atau pengurangan kualitas kesehatan.

Ada hal yang menarik, dalam berita kesehatan dari Dinas Kesehatan Pemerintah Kabupaten Sleman (24 Februari 2004). Dalam informasi itu diberitakan, bahwa "Aktivitas olahraga yang dilakukan oleh masyarakat di kabupaten Sleman sudah menunjukkan kegiatan yang meningkat, hal ini dilihat dari sejumlah aktivitas baik yang dilakukan oleh sekolah rata-rata melakukan aktivitas olahraga 1-2 kali seminggu, sedangkan di masyarakat saat ini tumbuh kelompok-kelompok masyarakat melalui organisasi kepemudaan maupun kelompok usia yang melakukan olahraga secara rutin setiap minggunya. Dari data statistik kesehatan pada tahun 1995 diperoleh informasi bahwa sekitar 73,27% penduduk telah melakukan aktivitas olahraga secara teratur atau rata-rata 1-2 kali seminggu"⁴.

Kesalahan dalam melakukan manajemen aktivitas menyebabkan terganggunya kesehatan. Salah tidur, salah makan, salah cara membaca, salah berpakaian, salah berdandan, dan sejenisnya dapat menyebabkan terganggunya kesehatan.

⁴ http://www.kesehatan.sleman.go.id/list_content.php?id_cat=3&id_menu=6

c. *Semua (beberapa) hal untuk satu.*

Satu jenis penyakit kadang tidak cukup disembuhkan oleh satu jenis obat. Menurut Daldiyono (2007:100) seorang dokter kadang menggunakan teknik polifarmasi, yaitu memberikan obat lebih dari satu jenis dengan tujuan untuk menyembuhkan satu jenis penyakit⁵. Pola kerja seperti ini, memang memberikan peluang dapat disembuhkannya sebuah penyakit oleh salah satu di antara obat yang diberikan, dibandingkan hanya dengan membuat resep dengan satu jenis obat. Namun pada sisi lain dapat menyebabkan biaya obat lebih mahal.

Peristiwa tersebut merupakan contoh kasus yang menunjukkan bahwa ada pola tindakan sosial dari beberapa tindakan atau beberapa gejala yang merupakan informasi yang padat dan koheren untuk menjelaskan sesuatu hal.

d. *Satu hal untuk lebih dari satu makna (semua).*

Sebuah tindakan manusia dapat memiliki makna lebih dari satu. Oleh karena itu, tindakan manusia tidak bersifat mutlak, melainkan bersifat relatif dan kontekstual. Misalnya saja, cara berbicara dengan pasien. Seorang perawat dapat berbincang-bincang dengan terbuka dalam mengemukakan keluhan sakitnya, namun ternyata pasien yang lain merasa risih dan semakin tertutup bila diajak berbincang-bincang secara pribadi oleh seorang perawat.⁶

Dalam kaitan dengan ini, sebuah penyakit bisa ditandai dengan adanya beberapa gejala yang tampak. Oleh karena itu, seorang perawat atau dokter dituntut untuk mendapatkan informasi yang sebanyak-banyaknya, sehingga diagnosis tersebut mendekati ketepatan. Kegagalan dalam mendapatkan informasi yang lengkap atau informasi yang tepat berpeluang menyebabkan terjadinya kesalahan dalam diagnosis.

e. *Hukum Sosial.*

Perilaku sosial atau hukum sosial lebih bersifat relatif dan kontekstual. Sehingga, pola yang berkembang bisa berupa (1) Satu sebab melahirkan satu akibat, (2) Satu sebab melahirkan lebih dari satu akibat, (3) Banyak penyebab, melahirkan satu akibat, dan (4) Banyak penyebab melahirkan banyak akibat.

Sekedar contoh dari hukum sosial tersebut adalah kulit yang tergores oleh senjata tajam menyebabkan luka berdarah. Kejadian ini menunjukkan adanya kejadian satu sebab mengakibatkan satu akibat.

Sementara bila seseorang sedang menderita sakit gigi kerap kali merasakan berbagai rasa sakit yang lain misalnya saja pusing, reaksi emosional yang tinggi dan tidak enak saat makan.

Pada pola ketiga, yaitu banyak sebab menyebabkan banyak akibat misalnya saja jika ada orang yang terkena hujan, perut kosong, jarang olahraga, kemudian dia menderita sakit demam.

⁵ Daldiyono, *Pasien Pinter dan Dokter Bijak*, (Jakarta: BIP, 2007), hlm. 100.

⁶ Pada komunikasi keperawatan, perlu dihindari sikap *counter transferensi*, yaitu memiliki sikap yang tidak proporsional kepada pasien (sangat mencintai atau membenci) dapat dilihat dalam Stuart dan Sundeen, *Keperawatan Jiwa*, (Jakarta: EGC), hlm. 27-29.

Terakhir yaitu ada banyak sebab yang menyebabkan lahirnya komplikasi penyakit. Orang yang terlalu capai dan tidak disiplin dalam waktu untuk makan bisa terkena sakit maag yang menyebabkan komplikasi penyakit tifus.

Dalam memahami “hukum alam” penyakit seseorang ini, di lingkungan kedokteran pun diakui tentang tidak adanya hukum kausalitas yang monoliti (satu sebab dengan satu akibat). Karena sesungguhnya dimungkinkan ada faktor lain yang bisa mempengaruhi perkembangan kesehatan seseorang. Handrawan Nadesul (:37) berpendapat⁷:

Ada pasien jantung koroner yang menolak operasi *bypass* dan setelah sekian tahun tidak muncul serangan jantungnya. Sebaliknya kasus jantung koroner lainnya yang dioperasi, bisa saja malah langsung tewas di meja operasi. Faktor penyebabnya memang bukan cuma satu.

f. *Variasi Penyakit dan Teknik Pengobatan*

Daldiyono (2007:22)⁸ mengatakan bahwa terdapat banyak teori tentang penyakit, bergantung pada falsafah yang dianutnya. Perbedaan falsafah serta tahapan perkembangan masyarakat berdampak pada perkembangan teknologi pengobatan yang dianut, dipercayai atau digunakan masyarakat.

Secara umum, masyarakat mengakui ada yang disebut pengobatan modern yaitu pengobatan yang berlandaskan pada pemahaman ilmiah dan teknologi kedokteran sebagaimana yang dikembangkan masyarakat barat. Daldiyono menyebutnya sebagai tradisi ilmu kedokteran yang bersumber dari tradisi Yunani dan tradisi Arab. Selain itu ada juga yang mengembangkan tradisi ilmu kedokteran India atau Cina.

Berdasarkan perkembangan ini, ada yang memandang bahwa sebuah penyakit lebih bersifat fisik, dan kemudian berkembang pula teknologi kesehatan yang sangat bernuansa material-fisik semata. Di lain pihak, ada pemahaman bahwa penyakit yang diderita manusia itu sangat bervariasi, yaitu penyakit jasmani, penyakit rohani dan penyakit sosial, karena ada pengaruh dari satu hal tersebut dapat menyebabkan adanya gangguan kesehatan. Oleh karena itu, perlu ada penanganan kesehatan, baik dari sisi jasmaniah, rohaniah, maupun sosial. Implikasi selanjutnya, maka dibutuhkan adanya tenaga kesehatan yang berkemampuan dalam mengobati sakit jasmaniah, rohaniah, dan sosial.

Todd D. Severin dan Sanford L. Severin (2003), yang mengajukan pandangan tentang pentingnya penguatan tiga energi, yaitu energi tubuh, energi pikiran, dan energi makanan⁹. Energi tubuh didapat dengan menjaga kebugaran, energi pikiran didapat dengan mengembangkan pola pikir yang sehat, dan energi makanan didapatkan dari kemampuan memilih makanan yang bergizi seimbang.

Kemudian Ibnu Qayyim merupakan salah satu tokoh yang mengembangkan kekuatan spiritual sebagai bagian dari proses peningkatan kesehatan¹⁰. Chisti menyebutkan bahwa di

⁷ Handrawan Nadesul, *Sehat itu Murah*, (Jakarta: Kompas, 2007).

⁸ Daldiyono, *op.cit.*

⁹ Todd D. Severin dan Sanford L. Severin, *Tri Energetics: Mind-Body-Nourishment*, Penerjemah Meita Tjandrasa, (Jakarta: Bhuana Ilmu Populer).

¹⁰ Ibnu Qayyim al-Jawziyah, *Pengobatan Cara Nabi*, (Bandung: Pustaka, 1989).

antara pikir, emosi, dan jasmani, itu ada titik yang lebih tinggi lagi, yaitu *ruh*. Aspek inilah yang tidak pernah diperhatikan oleh kalangan pemikir Barat atau materialisme¹¹.

Berdasarkan rumusan di atas, kesehatan manusia dapat diwujudkan dalam beberapa dimensi, yaitu (1) Jasmaniah material, yang disembuhkan oleh keseimbangan nutrisi, (2) Kesehatan fungsional organ, yang disembuhkan oleh energi aktivitas jasmaniah, (3) Kesehatan pola sikap, yang dikendalikan oleh pikiran, dan (4) Kesehatan *emosi-ruhaniah*, yang disembuhkan oleh aspek spritual keagamaan. Antara satu dimensi, dapat terkait dengan aspek yang lainnya. Oleh karena itu, perlu perawatan kesehatan yang *holistic* (menyeluruh).

Berbagai argumen yang dikemukakan tersebut, menuntut seseorang untuk dapat secara bijak memahami apa yang terjadi di masyarakat. Oleh karena itu, sangat masuk akal bahwa setiap tenaga kesehatan perlu memiliki pemahaman tentang sosiologi dan sekaligus mampu mengembangkan kesadaran sosiologis untuk meningkatkan efektivitas pelayanan kesehatan, khususnya dalam menghadapi persepsi dan perilaku kesehatan yang berkembang di masyarakat.

2.7 Uji Kompetensi

1. Apa yang dimaksud pengetahuan sosiologi?
2. Jelaskan makna dari kesadaran sosiologis dan kaitannya dengan pelaksanaan layanan kesehatan di masyarakat!
3. Uraikan pengertian *health for all* dan *all for health*!
4. Bagaimana upaya menghindari kesalahan diagnosis, ketika ditatanan empiris ada kenyataan bahwa banyak penyebab yang bisa menimbulkan satu penyakit?
5. Dengan adanya teori bahwa hidup ini adalah sandiwara (versi Erving Goffman), apakah seorang perawat pun harus mampu bersandiwara dihadapan pasien? Bagaimana hal ini bisa dilakukan?
6. Bagaimana upaya meminimalisasi jarak sosiologis antara perawat dan dokter?
7. Bagaimana upaya meminimalisasi jarak psikologis antara tenaga medis dan pasien?
8. Apa yang harus dilakukan tenaga medis dalam menghadapi pasien yang tertutup?
9. Mungkinkah di sebuah rumah sakit dikembangkan praktik layanan pengobatan tradisional?
10. Bagaimana pendapat bila tenaga medis tidak memiliki pengetahuan sosiologis atau tidak mengembangkan kesadaran sosiologis?

¹¹ Shaykh Hakim Moinuddin Chishti, *The Book of Sufi Healing*, (New York: Inner Tradition International).



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

memiliki kebutuhan adanya kehadiran orang lain di sampingnya. Ketika seorang manusia tidak bisa berinteraksi dan berkomunikasi dengan manusia yang lainnya, maka kejadian sebagaimana yang dikemukakan dalam kisah tersebut kemungkinan besar terjadi, yaitu manusia akan meniru perilaku binatang yang ada di sekitarnya.

Kisah itu hanya ingin menegaskan bahwa manusia akan menjadi manusia bila berinteraksi dengan manusia. Kingsley Davis (dalam Soerjono, 2005: 68) menelaah seorang anak di Pennsylvania, yang berusia lima tahun bernama Anna tinggal dalam sebuah loteng selama hidupnya. Anak ini menunjukkan perilaku yang sangat berbeda dengan anak seusianya. Anna tidak bisa mendengar, tidak dapat berjalan, dan tidak dapat makan seperti halnya manusia.

Keterampilan dasar asasi manusia dalam hidup ini, yaitu adanya kemampuan intrinsik manusia dalam meniru berbagai perilaku yang muncul di lingkungan dirinya, baik yang bersumber dari orang tuanya, anggota masyarakat, idolanya sebagaimana ditayangkan dalam media massa dan elektronik, termasuk dari kalangan binatang. Kecerdasan dan potensi dasar manusia ini merupakan modal dasar manusia dan kemanusiaan untuk mencapai keberadaannya manusia sebagai makhluk yang sempurna.

Dalam hubungannya dengan makhluk yang lainnya (misalnya hewan), manusia memunculkan ciri sebagai makhluk yang berdimensi kompleks. Di kalangan ilmuwan sosial, ada yang menyebut manusia sebagai *homoeconomicus* (hewan yang memiliki kebutuhan), *zoon politicon* (hewan yang berpolitik), *homosocius* (hewan yang bermasyarakat), *homo sapiens* (hewan yang berjalan tegak), dan lain sebagainya. Di samping itu, kalangan sosiologi memandang bahwa manusia adalah makhluk bermasyarakat (*homosocius*). Dengan berbagai sebutan ini, tidak mengherankan jika manusia disebut pula sebagai makhluk *multidimensional*. Artinya manusia memiliki peran dan fungsi yang bervariasi. Tidak ada manusia yang memiliki peran dan fungsi tunggal dalam hidupnya.

Siti Yanika, misalnya, sebagai mahasiswa tingkat I Akademik Keperawatan memiliki lebih dari satu status dan peran. Di ruang kelas sebagai koordinator mahasiswa yang harus mengatur kelas sekaligus menjadi mahasiswa yang harus taat kepada peraturan yang berlaku di kampus, di rumah sebagai seorang anak yang harus taat kepada orang tua, di lingkungan masyarakat sebagai aktivitis kegiatan remaja, dan lain sebagainya. Mencermati status dan peran Yanika tersebut, maka Yanika bukanlah makhluk *monodimensional* (berdimensi tunggal) melainkan sebagai makhluk yang *multidimensional*.

Setiap status sosial yang dimiliki, dapat melahirkan peran sosial (*social role*). Misalnya jika seseorang mendapatkan status sebagai koordinator mahasiswa, maka memiliki peran dan fungsi untuk mengatur dan/atau mengelola kelas. Peran dan/atau fungsi sosial tersebut lahir karena ada status sosial yang melekat dalam dirinya. Peran dan fungsi yang dilakukan oleh seorang individu di masyarakat ini, bergantung pada status sosialnya masing-masing.

Selaras dengan teori itu, dapat dirinci bahwa status sosial seseorang itu dapat berkembang mulai dari status diri sebagai makhluk individu, anggota masyarakat, dan bagian dari sistem kosmologi (alam semesta).



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

untuk sekedar mempertahankan status kesehatannya yang diidapnya saat ini, mereka tidak memiliki semangat lagi. Kefrustasian dalam menghadapi rasa sakit lebih kuat dibandingkan dengan keinginannya untuk sembuh. Akhirnya mereka lebih cenderung mengambil sikap egois¹⁰. Inilah sikap yang dapat dikategorikan sebagai salah satu bentuk *nonsocial episode*.

Bagi Muthahhari (1992:15), kehidupan manusia bersifat kemasyarakatan artinya secara fitrah ia bersifat kemasyarakatan. Di satu pihak, kebutuhan, keuntungan, kepuasan, karya, dan kegiatan manusia pada hakikatnya bersifat kemasyarakatan dan sistem kemasyarakatannya akan tetap mewujud selama ada pembagian kerja, pembagian keuntungan, dan rasa saling membutuhkan dalam suatu perangkat tertentu tradisi dan sistem. Di pihak lain, gagasan-gagasan, ideal-ideal, perangai-perangai, serta kebiasaan-kebiasaan khas menguasai manusia pada umumnya dengan memberi mereka suatu rasa kesatuan. Dengan kata lain, masyarakat merupakan suatu kelompok manusia yang di bawah tekanan serangkaian kebutuhan dan di bawah pengaruh seperangkat kepercayaan, ideal dan tujuan, tersatukan dan tersebut dalam suatu rangkaian kesatuan kehidupan bersama¹¹.

Horton dan Hunt (1993:59) mengatakan bahwa masyarakat adalah suatu organisasi manusia yang saling berhubungan¹². Pandangan ini, sudah pasti sangat global. Terlebih lagi, belum terdefinisiannya secara jelas mengenai konsep “organisasi sosial”. Sehingga dengan demikian, perlu dijelaskan menjadi dua bagian dari makna organisasi sosial ini. Satu sisi, organisasi sosial dimaknai sebagai organisasi sosial formal seperti partai politik atau negara. Sedangkan pada sisi yang lain, organisasi sosial dimaknai secara fungsional. Artinya, mereka mempunyai komunitas namun tidak dibentuk secara formal-legal. Misalnya masyarakat primitif, masyarakat nelayan, dan masyarakat petani. Pengelompokan yang terakhir ini tidak selamanya memiliki organisasi formal namun tetap dapat dikatakan sebagai sebuah masyarakat.

Hakikat masyarakat

Masyarakat adalah entitas sosial yang senantiasa menarik perhatian bagi ilmuwan sosial. Dalam menelaah masalah ini senantiasa ditemukan hal-hal unik, baru, dan tidak jarang melahirkan kontroversi dalam memahami hakikat masyarakat.

Pertama ada yang berusaha keras untuk mengatakan masyarakat adalah entitas sosial yang berubah. Tetapi pada sisi lain, masyarakat pun memiliki kemampuan untuk bertahan terhadap tradisi yang dianutnya.

Demikian pula dalam proses perubahan sosial masyarakat, manusia dan masyarakat itu merupakan dua sisi yang saling memengaruhi. Kadang inovasi dimulai dari individu yang kemudian memengaruhi tatanan masyarakat dan di lain waktu nilai budaya yang sudah tumbuh di masyarakat memengaruhi individu.

¹⁰ Momon Sudarma, *Pengambilan Keputusan Masyarakat dalam Memanfaatkan Jasa Pelayanan Pengobatan Tradisional: Studi Kasus di Masyarakat Kiaracondong-Bandung*, Tesis, (Bandung: UNPAD, 2007).

¹¹ Murtadho Muthahhari, *Masyarakat dan Sejarah*, Penerjemah M.Hashem, (Bandung: Mizan, 1992), hlm. 15.

¹² Paul B.Horton dan Chester L.Hunt, *Sosiologi*, Jilid I, Penerjemah Aminuddin Ram dan Tita Sobari, (Jakarta: Erlangga, 1993).



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Tabel 3.1
Penerjemahan Wujud Budaya dalam Kesehatan

No.	Wujud Budaya	Kasus	Contoh Respons Budaya
1	Bahasa atau alat komunikasi	Bahasa	<ul style="list-style-type: none"> Bahasa masyarakat (Indonesia, Arab, Sunda, Jawa) Bahasa khusus/istilah kedokteran: alergi, virus, intervensi, antibiotik
2	Pengetahuan	Ilmu	<ul style="list-style-type: none"> Ramuan, jamu, farmasi Ilmu kedokteran gigi, keperawatan
3	Organisasi Sosial	<ul style="list-style-type: none"> Rujukan Profesi Sosial 	<ul style="list-style-type: none"> Rumah sakit, Posyandu, Puskesmas, poliklinik Akper, IDI PT Askes, dinas kesehatan, BKKBN
4	Alat dan teknologi	Bidang kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> Jarum suntik, infusan, alat tensi Pengasapan, operasi, pijat refleksi
5	Mata Pencarian	Bidang Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> Perawat, dokter, bidan, farmakolog Tabib, dukun, paraji (dukun beranak)
6	Kesenian		<ul style="list-style-type: none"> Olahraga/aerobik/senam
7	Kepercayaan	Euthanasia	<ul style="list-style-type: none"> Muhamad Kamil Tadjudin mengatakan Islam sangat menghargai kehidupan, jadi melarang euthanasia.
8	Sistem Pendidikan	Rumah, masyarakat, dan sekolah	<ul style="list-style-type: none"> Belajar menyapu halaman, mencuci pakaian, mandi (rumah) SPK, Akper, kedokteran

Indonesia terkenal dengan budaya gotong royong, Bali dengan tariannya, Jawa dengan alat musik Gamelan Kejawen, dan Sunda dengan tarian Jaipongan. Etos budaya, yaitu watak/gaya tingkah laku individu atau masyarakat.

3.4 Nilai Kesehatan sebagai Sebuah Sudut Pandang

Dalam pandangan antropologi, sesuatu memiliki nilai. Kendati sudut pandang nilai merupakan pengalaman subjektif (pribadi), namun bila pengalaman subjektif ini disosialisasikan maka akan menjadi nilai kolektif (diakui oleh masyarakat). Sehingga pada akhirnya akan menjadi budaya.

Air dalam sudut pandang masyarakat kebanyakan hanya dianggap sebagai kebutuhan biologis. Oleh karena itu, kalau haus kemudian dia minum air. Atau lebih jauhnya, dia menggunakan air sebagai alat pembilas (mencuci). Namun, pada perkembangan sekarang ada yang menggunakan air sebagai terapi kesehatan²⁸. Demikian pula pada kasus olahraga atau makanan yang banyak dikembangkan sebagai salah satu terapi kesehatan.

²⁸ Herni Andriani, *Terapi Air: Mudah, Murah, dan Berdaya Sembuh*, (Jakarta: Pikiran Rakyat, 30 Januari 2005).



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

medis di ruang operasi ternyata sudah menunjukkan adanya penghargaan yang berbeda terhadap nilai budaya yang dianut oleh seorang pasien.

Seorang pasien yang tidak berjilbab, mereka tetap dibiarkan terbuka dan tidak ditutup kepalanya. Sedangkan seorang pasien yang berjilbab, setelah operasi dilakukan, kemudian mereka kembali ditutup dengan jilbab yang semula dikenakannya. Hal ini menunjukkan bahwa para tenaga medis tersebut sudah memiliki kesadaran sosiologis yang praktis, serta menjunjung tinggi terhadap nilai budaya yang dianut oleh seorang pasien.

Merujuk pada penggalan kisah tersebut, dapat dikemukakan bahwa sesungguhnya seorang manusia tidak hidup di ruang hampa. Seorang dokter, perawat, bidan, atau tenaga kesehatan lainnya tidak hidup di ruang hampa. Dalam menjalankan tugas kesehariannya, mereka berinteraksi dengan pasien yang memiliki aneka ragam budaya.

Pada sisi lain, dalam ruang kehidupan yang bermuatan budaya itu pulalah setiap manusia dapat menunjukkan identitas dirinya sebagai manusia serta dapat menunjukkan keunikan identitas diri dari makhluk-makhluk lainnya. Keunikan dan/atau perbedaan karakteristik individu atau masyarakat itu ditunjukkan dalam bentuk budaya atau kebudayaan.

Dalam hubungan sosial, manusia dibatasi oleh norma-norma yang mengatur sikap dan tingkah laku mereka, yang bertujuan agar terjadi keseimbangan antarmasing-masing kepentingan di dalam masyarakat. Norma ini merupakan aturan atau kaidah yang dipakai sebagai tolak ukur untuk menilai sesuatu¹.

Transaksi terapeutik sesungguhnya merupakan salah satu hubungan sosial yang tumbuh di masyarakat. Artinya, proses transaksi terapeutik ini bukan hanya ada di rumah sakit, Puskesmas, atau Poliklinik, tetapi dapat terjadi di masyarakat pada umumnya. Orang yang sedang membeli obat, konsultasi kesehatan dengan bidan di tempat praktik, dan/atau seseorang yang memberikan layanan kesehatan tradisional kepada anggota masyarakatnya merupakan sebagian contoh dari transaksi terapeutik.

Seiring dengan dinamika dan perkembangan praktik dan layanan kesehatan di masyarakat dari hari ke hari masalah hubungan sosial ini menunjukkan serta menuntut kebutuhan untuk melakukan kajian mengenai nilai dan norma sosial yang terkait dan terikat dengan transaksi terapeutik.

Dalam sebuah kasus, ada seorang perawat di Tasikmalaya (2004) yang kemudian dimarahi oleh orang tua pasien gara-gara perawat tersebut menyarankan agar orang tua pasien menggunakan kartu ASKES. Entah apa penyebabnya, tiba-tiba orang tua pasien tersebut marah dan memukul perawat yang memberikan tawaran kepadanya. Di ujung kisah, ternyata orang tua pasien tersebut merasa tersinggung atas saran perawat karena seolah-olah tidak mampu membiayai perawatan anaknya. Karena ternyata ia adalah salah seorang pejabat tinggi di daerah tersebut. Mungkin karena sang perawat itu tidak tahu siapa orang yang dihadapinya atau justru karena bapak pejabat itu tidak memahami nilai dan norma dalam hubungan sosial keperawatan sehingga masalah itu membawanya ke wilayah delik kriminal.

¹ Hendrojo Soewono, *Perlindungan Hak-hak Pasien dalam Transaksi Terapeutik*, (Surabaya: Srikandi, 2006), hlm. 9.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

b. Nilai tribalistik

Seseorang yang menganut nilai ini ditandai sifat yang taat kepada norma-norma sosial atau norma-norma kelompok dan pimpinan formal. Dengan perkataan lain, orang yang menganut nilai tribalistik adalah mereka yang berpendapat bahwa ketergantungan pada orang lain dan ketataan kepada orang yang berkuasa dan kepada norma-norma hidup yang telah disepakati bersama akan mengakibatkan hidup penuh keserasian dan keseimbangan. Orang demikian akan mudah diajak bekerja sama dengan orang lain dan akan mudah melakukan penyesuaian-penyesuaian yang diperlukan, sepanjang dapat memengaruhi pemimpin formalnya. Pada masa Orde Baru, kasus penolakan program keluarga berencana (KB) di beberapa daerah di Indonesia, dapat dieliminasi dengan cara menggunakan peran tokoh agama atau pemimpin formal.

c. Nilai ego-sentris

Yang menonjol dalam diri penganut nilai ini adalah sifat yang mementingkan diri sendiri dengan segala kebutuhan dan kepentingannya. Mereka hanya taat kepada norma-norma sosial dan norma-norma kelompok apabila ada pimpinan yang kuat—atau malah keras—dan mampu menuntut ketaatan terhadap norma-norma yang telah ditetapkan. Pada umumnya orang-orang yang menganut nilai demikian akan mau diajak bekerja sama dengan orang lain dalam kelompok apabila yang bersangkutan yakin bahwa dengan kerja sama kebutuhan dan kepentingan pribadinya dapat terpenuhi.

d. Nilai konformitas

Salah satu tuntutan kehidupan kelompok adalah kesediaan untuk melakukan penyesuaian-penyesuaian tertentu agar perilaku seseorang dapat sedemikian rupa sehingga ia diterima oleh orang lain dalam kelompok kerja di mana ia menjadi anggota. Penting untuk dicatat bahwa kesediaan seseorang untuk melakukan penyesuaian tidak perlu dan tidak berarti kehilangan kepribadian dan individulitas orang bersangkutan. Menganut nilai konformitas pada dasarnya berarti bahwa seseorang harus dapat menerima adanya nilai-nilai pribadi yang dianut orang lain yang berbeda dengan orang bersangkutan. Artinya konformitas harus berlangsung dua arah, yaitu di satu pihak bersedia menerima nilai-nilai hidup orang lain yang berbeda dan di sisi lain tidak memaksakan salah satu pihak bersedia menerima adanya nilai-nilai hidup orang lain yang berbeda dengan nilai sendiri dan di sisi lain tidak memaksakan nilai sendiri kepada orang lain. Kesediaan memahami dan menerima nilai yang berbeda dan berlainan pendapat merupakan salah satu segi kehidupan bermasyarakat yang amat penting untuk dipupuk dan dikembangkan.

e. Nilai manipulatif

Orang-orang yang menganut nilai manipulatif adalah mereka yang berusaha mencapai tujuan pribadi sendiri dengan manipulasi orang lain sedemikian rupa sehingga orang itu membenarkan tindakannya. Orang yang menjadi penganut nilai manipulatif biasanya menunjukkan sikap yang materialistik. Orang yang demikian itu biasanya sangat ambisius dan cenderung berbuat segala sesuatu agar ia meraih keberhasilan dan pada gilirannya



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

- a. *Ajaran Agama*. Umumnya mengajarkan kepada pemeluknya untuk melakukan hal-hal yang baik dan melarang berbuat yang tidak baik. Perbuatan baik atau tidak baik yang berkaitan dengan tata kehidupan. Agama memiliki aturan mengenai makanan, perilaku, dan cara pengobatan yang dibenarkan secara hukum agama.

Dipandang dari sudut pandang agama apapun, pada prinsipnya mereka mengajarkan kebaikan. Sumber agama merupakan dasar dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Hal itu berarti bahwa berbuat baik dianggap melaksanakan perintah Tuhan, di mana perintah tersebut dianggap sebagai moral yang baik dan benar. Sedangkan larangan Tuhan adalah sebagai hal yang salah dan buruk. Persepsi yang demikian mencerminkan pola berpikir yang berpedoman pada teori etika.

Pada pemahaman ini, agama dianggap mampu memberi arahan dan menjadi sumber moralitas untuk tindakan yang akan dilaksanakan. Pada dasarnya, aturan-aturan etis yang penting diterima oleh semua agama, maka pandangan moral yang dianut oleh agama-agama besar pada dasarnya hampir sama. Agama berisi topik-topik etis dan memberi motivasi pada penganutnya untuk melaksanakan nilai-nilai dan norma-norma dengan penuh kepercayaan.

- b. *Ajaran Moral*. Moral tumbuh dari hati nurani manusia untuk menjunjung tinggi harkat dan derajat manusia sehingga berbeda dengan makhluk lain. Untuk sekedar contoh, berdasarkan Undang-Undang Kesehatan, tidak ada pasal atau ayat yang menjelaskan kewajiban bagi seorang dokter untuk menolong orang yang terkena musibah tabrakan. Artinya jika dirinya tidak menolong korban tabrakan tersebut tidak akan dikenai sanksi hukum. Tetapi secara moral dan tanggung jawab sebagai anggota masyarakat akan mendorong dirinya untuk bertindak cepat dalam membantu orang sakit.
- c. *Ajaran Adat Istiadat*. Setiap kelompok masyarakat memiliki adat istiadat dan kebiasaan yang menjadi nilai-nilai yang dianggap baik atau buruk dan berlaku bagi kelompok tersebut. Setiap tenaga medis dituntut untuk menjunjung tinggi nilai dan norma yang bersumber dari adat atau budaya masyarakat.

Prinsip ini merupakan bagian dari prinsip menghargai individu yang mempunyai kebebasan untuk menentukan diri sendiri. Dalam memberi kebebasan kepada pasien ini, perawat memberikan hanya sebatas tidak mengganggu pengobatan yang dilakukan tim medis.

Dengan menghargai pasien atau keluarga dengan menggunakan cara tradisional, berarti kita juga bersikap menghormati pasien dalam menentukan diri sendiri karena kita memberi kesempatan kepada pasien untuk melakukan apa yang dilakukan oleh pasien untuk melakukan ritual sesuai kepercayaannya, sejauh tidak mengganggu proses pengobatan. Dengan menghormati budaya pasien ini juga diperlukan sikap menerima pasien apa adanya sehingga meskipun perawat tidak sepaham dengan budaya pasien tetapi tetap menghormatinya sebagai bagian dari diri pasien.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Prinsip melakukan tindakan sesuai dengan prioritas masalah ini juga menekankan untuk bersikap adil terhadap pasien dengan tidak membedakan pasien berdasarkan status yang menyertainya, tetapi berdasarkan prioritas kebutuhan dari pasien. Dengan melakukan prioritas tindakan dengan tepat maka dapat pula terdeteksi adanya suatu masalah lebih dini sehingga dapat mencegah terjadinya kondisi yang lebih buruk atau mencegah terjadinya hal yang membahayakan.

Kelima, melakukan tindakan untuk kebaikan, menghindari hal yang membahayakan. Prinsip ini merupakan pemahaman yang menyokong dalam tindakan keperawatan, karena area layanan keperawatan adalah manusia dengan kondisi yang memerlukan bantuan atau dalam kondisi menderita.

Terkandung dalam prinsip ini adalah menghindari kemungkinan kehilangan atau kerusakan, melakukan tindakan yang diperlukan untuk menghindari kerugian, melakukan tindakan dengan kemungkinan tinggi mampu menghindari kerusakan, tindakan yang dilakukan tidak akan menimbulkan risiko, keuntungan yang didapat dari tindakan harus lebih besar daripada kerugian atau biaya yang digunakan.

Kesimpulan dari pemikiran ini, peran dan fungsi nilai dan norma tersebut dapat dipahami dalam dua kategori, yaitu sebagai tujuan (*goal*) dan sebagai alat/sarana (*instrumental*). Nilai dan norma yang diposisikan sebagai tujuan misalnya hidup bahagia, hidup sehat, hidup adil, dan hidup makmur. Sedangkan instrumen untuk mewujudkan tujuan tersebut dibutuhkan usaha untuk melakukan sesuatu hal yang mengarahkan pada pencapaian tujuan tersebut. Misalnya untuk mewujudkan hidup sehat maka setiap individu harus berupaya menjaga asupan nutrisi dan olahraga. Demikian pula instrumen yang lainnya.

4.8 Malpraktik dalam Pelayanan Kesehatan

Cara pandang terhadap nilai tindakan seorang tenaga medis terus berkembang. Di Amerika Serikat, perkembangan pergeseran cara pandang pengadilan terhadap praktik kesehatan terasa dalam konteks pemaknaan terhadap tindakan malpraktik. Menurut Ann Helm (2006:6) pada masa lalu, penelantaran (*neglect*) tidak dianggap sebagai bagian dari tindakan malpraktik. Namun pada masa kini, tindakan tersebut dianggap sebagai bagian dari tindakan malpraktik¹².

Seiring dengan hal ini, muncul pertanyaan, apa sesungguhnya yang membedakan antara tindakan penelantaran dan tindakan malpraktik? Menurut Ann Helm, malpraktik adalah tindakan profesional yang salah (*wrongful*), meninggalkan kewajiban profesi seenaknya sehingga menimbulkan bahaya pada individu. Standar evaluasi terhadap tingkat kemalpraktikkan ini, yaitu adanya indikasi tindakan seorang tenaga kesehatan yang gagal memenuhi standar profesi. Oleh karena itu, Ann Helm menyebutnya dengan istilah “kelalaian profesional”. Penelantaran (*neglect*) yaitu kegagalan melakukan tindakan profesi sesuai kebijaksanaan yang lazim jika berada dalam situasi tertentu.

Menurut Munir Fuady, tindakan malpraktik dokter sering terjadi di Indonesia, namun sebagian besar kejadian ini tidak banyak diketahui masyarakat karena tidak muncul ke permukaan¹³. Sedikitnya terdengar kasus-kasus malpraktik dokter di Indonesia disebabkan oleh beberapa hal berikut ini.

¹² Ann Helm, *Malpraktik Keperawatan*, (Jakarta: EGC, 2006).

¹³ Munir Fuady, *Sumpah Hippocrates (Aspek Hukum Malpraktik Dokter)*, (Jakarta: Citra Aditya Bhakti, 2005), hlm. 10.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

rentang perilaku mandiri dan menimbulkan beberapa derajat penyimpangan terhadap tugas kebiasaan seseorang³.

5.2 Model Pengelolaan Rasa Sakit

Setiap orang selalu ingin sehat dan tidak mau sakit, kendatipun tak ada seorang pun yang tidak pernah merasakan rasa sakit. Sakit memang menjadi bagian hidup kita. Seiring hal ini, seorang pasien atau pesakit sesungguhnya yang paling banyak dikeluhkan itu adalah rasa sakit yang ada dalam dirinya.

Menurut Daldiyono (2007:16) tidak semua orang sakit memiliki penyakit. Ini adalah pemahaman yang perlu diketahui oleh setiap orang. Pemahaman ini akan memberikan bekal pada saat nanti bila sewaktu-waktu anda mengunjungi dokter. Suatu rasa sakit bukan merupakan penyakit bila tidak mengganggu aktivitas dan fungsi pokok, misalnya makan, minum, buang air besar, buang air kecil, tidur dan aktivitas sehari-hari lainnya. Artinya bila buang air besar dan buang air kecil lancar, tidak perlu takut ada penyakit di dalam usus. Pada sisi lain, suatu rasa sakit pun tidak dikatakan penyakit bila tidak mengganggu fungsi vital hidup, yaitu pernafasan dan kesadaran⁴.

Oleh karena itu, bila seseorang merasakan sakit tidak perlu panik. Tetapi tidak boleh pula lalai, terhadap rasa sakit yang terasa. Karena bila seseorang telat mengenali tanda, dikhawatirkan akan sulit untuk memberikan pertolongan yang semestinya dan pertolongan yang diharapkan. Oleh karena itu, bila merasakan sakit tidak perlu khawatir melainkan tetap harus waspada.

Sehubungan dengan rasa sakit, Lehdorff memberikan pengalamannya selama memberikan layanan penanganan rasa sakit⁵. Bagi dirinya, rasa sakit bisa dikelola, baik untuk sekedar pengendalian rasa sakit maupun untuk mencapai penyembuhan diri dari penyakit yang sedang dideritanya. Dalam pengalamannya tersebut, dapat disimpulkan bahwa faktor utama yang menunjang kemajuan derajat kesehatan pasien adalah keinginan dan kehendak yang besar untuk mengalami kemajuan.

Potensi pikiran pun perlu diperhatikan guna meraih efek manajemen sakit yang lebih baik. Pikiran memiliki kekuatan yang besar. Setiap orang memiliki potensi kemampuan untuk mengelola pikiran secara baik, sehingga dapat mengelola rasa sakit. Oleh karena itu, seorang pasien perlu diprovokasi sehingga memiliki sikap optimis. Dalam pandangan Lehdorff 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.

Dari teori yang dikembangkan Lehdorff dan Tracy, sesungguhnya dapat dipetakan ulang mengenai model perilaku sakit dilihat dari sudut kemampuan dan kemauan mengelola rasa sakit.

³ Neil Niven, *Psikologi Kesehatan*, (Jakarta: EGC, 2002), lihat pula pandangan Bekker (1979) dalam Soekidjo Notoatmodjo, *Ilmu Kesehatan Masyarakat*, (Jakarta: Rineka Cipta, 2003).

⁴ Daldiyono, *Pasien Pintar dan Dokter Bijak*, (Jakarta: Bhuana Ilmu Populer, 2007).

⁵ Peter G. Lehdorff dan Brian Tracy, *60 Menit Meredakan Rasa Sakit*, (Jakarta: BIP, 2005).



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

sosial, (4) frekuensi terjadinya tanda-tanda penyimpangan atau gejala penyakit, (5) batas toleransi dari orang yang menilai tanda menyimpang atau gejala penyakit tersebut, (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 pencermatan ini, dapat dikemukakan bahwa yang dimaksud perilaku sakit adalah pola reaksi sosio-kultural yang dipelajari pada suatu saat ketika individu dihadapkan kepada gejala penyakit sehingga gejala-gejala itu akan dikenal, dinilai, ditimbang, dan kemudian dapat bereaksi atau tidak bergantung pada definisi atas situasi itu⁸.

5.5 Model Anderson

Anderson (1974) termasuk salah seorang yang mengembangkan model sistem kesehatan (*health system model*) yang berupa model kepercayaan kesehatan. Kerangka asli model ini yaitu menggambarkan suatu sekuensi determinan individu terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh keluarga dan dinyatakan bahwa hal itu bergantung 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 medis.
- 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.

5.6 Model Keyakinan Sehat

Model ini berdasarkan pada penyelidikan pada sejumlah alasan mengapa masyarakat menerima perilaku yang disarankan, sedangkan yang lain tidak. Pada awalnya, model ini diterapkan pada permasalahan respons masyarakat terhadap program preventif kesehatan⁹. Model keyakinan sehat (*health believe model*) dikembangkan oleh Rosenstock.

Empat keyakinan utama yang diidentifikasi dalam model HBM, yaitu (1) keyakinan tentang kerentanana 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 alternatif¹⁰.

⁸ Soekidjo Notoatmodjo, *op.cit.*, hlm. 184.

⁹ Charles Abraham dan Eamon Shanley, *Psikologi Sosial untuk Perawat*, (Jakarta: EGC, 1997), hlm. 30.

¹⁰ *Ibid.*



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

pertama, terjadi kolektivasi refleksi, dan kelompok kedua yaitu de-kolektivasi refleksi, artinya ada perbedaan penilaian mengenai status sakit pasien tersebut.

Khusus bagi kelompok yang telah memiliki pemahaman yang sama terhadap status sakit si penderita, dia akan berusaha untuk mencari jasa pelayanan kesehatan. Pada konteks inilah perilaku kesehatan terjadi.

5.9 Uji Kompetensi

1. Apa yang dimaksud dengan perubahan perilaku?
2. Jelaskan kaitan antara layanan kesehatan dengan perubahan perilaku!
3. Uraikan secara singkat teori perubahan perilaku dari Suchmann!
4. Jelaskan ulang tentang model perilaku dari Mechanic dan model keyakinan sehat!
5. Bagaimana perbedaan dasar perubahan perilaku bila dilihat dari sisi psikologi dan sosiologi?
6. Mengapa seorang perawat dituntut untuk memiliki pemahaman mengenai tahapan atau model perubahan perilaku pasien?
7. Bila bagaimanakah, persepsi diri dan perilaku diri pasien yang dapat menunjang proses penyembuhan penyakit yang sedang dideritanya?
8. Apa yang saudara ketahui tentang *self-medication* atau *self-healing*?
9. Apa urgensinya *n-health* dalam konteks penyembuhan diri?
10. Bagaimana hubungan *n-health* dengan teori yang dikemukakan oleh Blum atau Manajemen Sakit?



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Seiring dengan hal ini, Sudibyo Supardi merinci 6 (enam) peran sakit di masyarakat⁶, yaitu:

- a. *Sakit sebagai upaya untuk menghindari tekanan.* Sebuah keluarga dengan enam anak tinggal di rumah sempit yang kumuh. Suatu hari datang adik-adik suaminya dan ikut tinggal bersamanya untuk mencari pekerjaan. Istri merasa wajib memberi makan dan tempat tidur yang layak bagi mereka. Namun, pada saat yang sama istri merasakan keterbatasan uang dan ruang gerak aktivitas serta dituntut untuk lebih memerhatikan anaknya. Beberapa hari kemudian ia terbaring sakit di rumahnya. Atas anjuran para saudaranya, maka adik-adik suaminya pindah. Setelah diobati, istrinya sembuh kembali. Melalui peran sakit istri, maka keluarga tersebut dapat terhindar dari ketegangan yang dapat merusak lembaga keluarga.
- b. *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, tersisih, atau tidak yakin terhadap penerimaan orang lain atas dirinya, maka salah satu cara pelepasannya dilakukan dengan melalui peran sakit. Melaporkan sakit kepada pelayanan medis merupakan kebutuhan psikologis untuk mendapat perhatian dan kasih sayang dokter serta lingkungan sosialnya.
- c. *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 juga makan yang baik dan bebas dari ketegangan rutin melalui rawat inap di rumah sakit dengan biaya kantor.
- d. *Sakit sebagai alasan kegagalan pribadi.* Peran sakit juga digunakan sebagai alasan ketidakmampuan menyelesaikan tugas yang harus dikerjakan, upaya menghindari tanggung jawab, atau pembenaran diri. Seorang karyawan yang diharuskan menyelesaikan tugas pada waktu tertentu, tiba-tiba memilih peran sakit agar atasan atau orang lain dapat memaklumi tugasnya yang tidak selesai.
- e. *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 kepada seseorang untuk menyesali atas dosa yang telah diperbuatnya.
- f. *Sakit untuk mendapatkan alat tukar.* 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.

Selain yang dikemukakan tersebut, dalam perkembangan di Indonesia, sakit digunakan sebagai alat (instrumen) politik untuk menghindarkan diri dari beban atau jeratan hukum. Ketika Sudibyo Supardi mengatakan sakit berperan untuk menghindarkan diri dari tekanan atau beban, maka hal tersebut dapat dimaknai sebagai satu kondisi yang positif. Dalam kasus yang dikemukakan pada poin (a), maka karena istri sakit, kemudian adik-adik suaminya pun pindah kembali.

⁶ Sudibyo Supardi, *Manfaat Peran Sakit di Masyarakat*, <http://www.kalbefarma.com/files/cdk/files/16ManfaatPeranSakitdiMasyarakat122.pdf/16ManfaatPeranSakitdiMasyarakat122.html>, diunduh tanggal 30 April 2007.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

dan spiritual yang terstandar sesuai tujuan dengan memerhatikan aspek budaya atau kultur pasien, dengan memberikan pendidikan kesehatan, dukungan dalam sistem kesehatan, kepemimpinan, sumber daya yang standar, manajemen yang baik, serta profesionalisme¹⁰.

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 suatu kurikulum sehingga mempunyai cukup pengetahuan, keterampilan, dan sikap untuk¹¹:

1. Melaksanakan pelayanan keperawatan profesional dalam suatu sistem pelayanan kesehatan sesuai kebijaksanaan umum pemerintah yang berlandaskan Pancasila, khususnya pelayanan dan/atau asuhan keperawatan kepada individu, keluarga, dan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan mencakup:
 - a. Menerapkan konsep, teori, dan prinsip ilmu humaniora, ilmu alam dasar, biomedik, kesehatan masyarakat, dan ilmu keperawatan dalam melaksanakan pelayanan dan/atau asuhan keperawatan kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.
 - b. Melaksanakan pelayanan dan/atau asuhan keperawatan secara tuntas melalui pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan intervensi keperawatan, implementasi, dan evaluasi, baik yang bersifat promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif kepada klien yang mempunyai masalah keperawatan dasar sesuai batas kewenangan, tanggung jawab dan kemampuannya, serta berlandaskan etika profesi keperawatan.
 - c. Mendokumentasikan asuhan keperawatan secara sistematis dan memanfaatkannya dalam upaya meningkatkan kualitas asuhan keperawatan.
 - d. Bekerja sama dengan tenaga kesehatan dan berbagai bidang terkait dengan menerapkan prinsip manajemen dalam menyelesaikan masalah kesehatan yang berorientasi kepada pelayanan dan asuhan keperawatan.
 - e. Melaksanakan sistem rujukan keperawatan dan kesehatan.
2. Menunjukkan sikap kepemimpinan dan bertanggung jawab dalam mengelola asuhan keperawatan.
 - a. Menerapkan teori manajemen dan kepemimpinan yang sesuai dengan kondisi setempat dalam mengelola asuhan keperawatan.
 - b. Melakukan perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengawasan dalam mengelola asuhan keperawatan.

¹⁰ <http://tidore3.tblog.com>.

¹¹ <http://www.pusdiknakes.or.id/kurikulum/kompetensi/index.php3>.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

6.4 Peran Dokter

Menurut Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, profesi dokter adalah suatu pekerjaan kedokteran yang dilaksanakan berdasarkan suatu keilmuan, kompetensi yang diperoleh melalui pendidikan berjenjang dan kode etik yang bersifat melayani.

Sebagai sebuah profesi, meminjam pandangan Daldiyono (2007:175)¹⁴, maka profesi kedokteran memiliki ciri (a) memiliki bidang ilmu yang jelas dan tegas, (b) memiliki sejarah dan dapat diketahui pendahulu atau pionirnya, (c) memiliki hak untuk mengatur kumpulannya sendiri, artinya dalam urusan hak dan kewajiban atau dalam hal kompetensinya diatur diri sendiri (*independen*), dan (d) bersifat melayani dengan mementingkan yang dilayani (*altruisme*) sebagaimana yang diatur dalam kode etik profesi. Berdasarkan kode etik kedokteran, dinyatakan bahwa kewajiban umum dokter adalah:

- a. Menjunjung tinggi, menghayati, dan mengamalkan sumpah dokter.
- b. Senantiasa berupaya melaksanakan profesinya sesuai dengan standar profesi yang tertinggi.
- c. Tidak boleh dipengaruhi oleh sesuatu yang mengakibatkan hilangnya kebebasan dan kemandirian profesi.
- d. Harus menghindarkan diri dari perbuatan yang bersifat memuji diri.
- e. Tiap perbuatan atau nasihat yang memungkinkan melemahkan daya tahan psikis maupun fisik hanya diberikan untuk kepentingan dan kebaikan pasien, setelah memperoleh persetujuan pasien.
- f. Senantiasa berhati-hati dalam mengumumkan dan menerapkan setiap penemuan teknik atau pengobatan baru yang belum diuji kebenarannya dan hal-hal yang menimbulkan keresahan masyarakat.
- g. Hanya memberi surat keterangan dan pendapat yang telah diperiksa sendiri kebenarannya.
- h. Dalam setiap praktiknya memberikan pelayanan medis yang kompeten dalam kebebasan teknis dan moral sepenuhnya, disertai rasa kasih sayang (*compassion*) dan penghormatan atas martabat manusia.
- i. Harus bersikap jujur dalam berhubungan dengan pasien dan sejawatnya dan berupaya untuk mengingatkan sejawatnya yang dia ketahui memiliki kekurangan dalam karakter atau kompetensi atau yang melakukan penipuan atau penggelapan dalam menangani pasien.
- j. Menghormati hak-hak pasien, hak-hak sejawatnya, hak tenaga kesehatan lainnya, dan harus menjaga kepercayaan pasien.
- k. Senantiasa mengingat akan kewajiban melindungi hidup makhluk insani.
- l. Harus memerhatikan 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.
- m. Dalam bekerja sama dengan para pejabat di bidang kesehatan dan bidang lainnya serta masyarakat harus saling menghormati.

¹⁴ Daldiyono, *Pasien Pinter dan Dokter Bijak*, (Jakarta: BIP, 2007).



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Beberapa kemungkinan yang patut kita cermati mengenai kasus seperti ini adalah (1) kesalahan tata ruang konsultasi, sehingga pasien masih mempersepsikan ruang konsultasi itu sebagai ruang publik, (2) pola interaksi *dyad* yang dikembangkan dokter masih menunjukkan pola super-ordinasi dan pasien sebagai orang yang bersalah, serta (3) pola *dyad* tidak berjalan.

Dengan beberapa kemungkinan tersebut, maka interaksi pasien dan tenaga kesehatan menjadi tidak maksimal. Efek lebih lanjutnya adalah interaksi kesehatan yang akan dibangun oleh tenaga medis dan pasien tidak akan berjalan dengan baik.

Dengan memahami komponen atau faktor yang berpengaruh dalam interaksi sosial ini, maka dapat dirumuskan pola-pola hubungan antarkomponen tersebut. Dan hubungan-hubungan kerja itu, secara praktis akan terkait dengan masalah hak-kewajiban atau perangkat aturan dan perundang-undangan yang mengikat pola hubungan yang dimaksudkan. Misalnya pada hubungan antara pasien dan rumah sakit terdapat hak dan kewajiban berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Banyaknya jumlah pola hubungan, dapat dirinci dari sejumlah elemen layanan kesehatan yang dipetakan²⁴. Khusus untuk konteks analisis saat ini, akan dikemukakan dua pola dasar hubungan kerja antarkomponen yang ada dalam konteks transaksi terapeutik. Kedua pola tersebut berorientasi pada pasien atau dokter. Setiap elemen yang terlibat dalam kedua pola tersebut, dapat mempunyai jumlah yang sama, namun fokus perhatian dari setiap elemen pelayan kesehatannya berbeda²⁵.



Bagan 6.1
Pelayanan Kesehatan dengan Berfokus pada Pasien
(Sumber: Sri Praptianingsih, 2006, hlm.16)

Bagan di atas memperlihatkan bahwa transaksi terapeutik berorientasi pada usaha pelayanan maksimal terhadap pasien atau keluarga pasien yang sedang memanfaatkan layanan kesehatan. Pada konteks ini, peran antarkomponen tenaga kesehatan itu dapat dikategorikan sebagai pola kerja sama atau kolaborasi antart tenaga medis.

²⁴ Secara rinci pola hubungan kerja dalam layanan kesehatan ini sangat variatif dan kompleks misalnya (1) hubungan rumah sakit dengan pasien, dokter, dan perawat, (2) hubungan dokter dengan pasien dan perawat, (3) hubungan perawat dan pasien, selain itu ada juga hubungan antarprofesi (perawat dengan perawat, dokter dengan dokter), serta hubungan antarlembaga (rumah sakit dengan rumah sakit, rumah sakit dan pemerintah, atau rumah sakit dengan industri obat).

²⁵ Cipto Susilo, *Tren Perawat Profesional di era Pasca Modernisasi*, Artikel, Iqra, Vol.X/No.1/Jan/1995, hlm. 6. dan Sri Praptianingsih, *op.cit.*, hlm. 16-17.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Hubungan dokter-perawat

Selain hubungan antara pasien dengan dokter, hubungan antara dokter dengan perawat pun menjadi satu fenomena sosial yang unik dan menarik untuk dicermati. Kedua elit kesehatan ini merupakan salah satu elemen tenaga kesehatan di rumah sakit yang memiliki peran yang cukup signifikan dalam memberikan layanan kesehatan kepada masyarakat. Kendati demikian, ternyata pola-pola komunikasi antara dokter dengan perawat belum muncul sebagai bentuk hubungan profesi yang komunikatif atau pola komunikasi yang setara dan seimbang.

Anwar Kurniadi (dalam *Sinar Harapan*, 2004) mengatakan bahwa dokter masih menunjukkan sikap hegemoninya dalam praktik kesehatan. Sementara peran perawat, masih kurang diuntungkan. Kondisi ini dalam konteks pendekatan layanan kesehatan kurang menguntungkan bagi usaha pembangunan budaya organisasi rumah sakit yang positif.

Ketidakseimbangan interaksi antara dokter dan perawat dapat disebabkan oleh berbagai faktor. *Pertama*, perawat pada umumnya adalah perempuan. Dalam ideologi patriarki atau maskulinitas, kaum perempuan akan tetap pada posisi sub-ordinat. Dari konteks analisis inilah, maka posisi perawat menjadi sangat lemah karena secara empiris mayoritas perawat adalah perempuan. Dalam mencermati profesi perawat, menurut Anderson dan Foster (1986:225) ada tren membiaknya keinginan masyarakat untuk menjadi perawat. Gejala ini merupakan fenomena kemajuan dalam bidang layanan kesehatan³¹. Namun demikian, fenomena ini menuntut perlunya pemberdayaan status perawat dengan kata lain pemberdayaan perawat merupakan salah satu bagian dari—istilah Anderson dan Foster—pembebasan derajat perempuan.

Kedua, dilihat dari sisi pendidikan. Para perawat, khususnya di Indonesia, mayoritas berpendidikan D3 sedangkan para dokter berpendidikan minimal S1 ditambah dengan pendidikan profesi (spesialisasi). Oleh karena itu, kesenjangan jenjang pendidikan antara dokter dan perawat ini memberikan ruang terjadinya sikap hegemoni atau arogansi dari pihak tertentu. Dalam menyikapi problem kedua ini, perlu adanya upaya strategis baik dari pemerintah maupun pengelola lembaga pendidikan, untuk memberikan layanan pendidikan kepada calon perawat secara lebih profesional dan lebih luas sehingga mampu “mengimbangi” pengetahuan dan keterampilan para dokter. Misalnya dengan meningkatkan jenjang pendidikan keperawatan menjadi setara sarjana. Tanpa ada upaya seperti ini, posisi sub-ordinasi dilingkungan rumah sakit akan terus berkelanjutan.

Ketiga, kesenjangan relasi kekuasaan dokter-perawat terkait dengan kewenangan yang dimiliki oleh kedua profesi. Sampai detik ini, dokter adalah satu-satunya pemilik kewenangan untuk mengambil keputusan dalam penentuan sikap terhadap pasien. Sementara perawat diposisikan sebagai orang yang berperan untuk merawat, memelihara pasien dan membantu tugas dokter. Seorang perawat tidak memiliki kemandirian dalam memberikan keputusan atau tidak memiliki peran dalam memberikan keputusan.

Untuk memecahkan problem ketiga ini, Siegler dan Whitney (2000) menjelaskan pentingnya kemauan dari para pelaku layanan kesehatan untuk menerapkan pendekatan kolaboratif. Dengan

³¹ Anderson dan Foster, *Antropologi Kesehatan*, (Jakarta: UI Press, 1986), hlm. 226.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Tahun 1984 dikembangkan kurikulum untuk mempersiapkan perawat menjadi pekerja profesional, pengajar, manajer, dan peneliti. Kurikulum ini diimplementasikan tahun 1985 sebagai Program Studi Ilmu Keperawatan di Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Tahun 1995 program studi tersebut berdiri menjadi Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia sekaligus menjadi fakultas ilmu keperawatan pertama di Indonesia, lulusannya diakui sebagai perawat profesional dan memperoleh gelar Ners. Saat ini di Indonesia terdapat kurang lebih 300 institusi pendidikan D3 keperawatan atau akademi keperawatan, dua Fakultas Keperawatan di UI dan UNPAD, serta delapan program studi keperawatan di universitas lain. Program pascasarjana keperawatan dimulai tahun 1999. Kini sudah ada Program Magister Keperawatan dan Program Spesialis Keperawatan, serta pendidikan S3 Keperawatan di UI.

Dikeluhkan, pengembangan pendidikan keperawatan terhambat keterbatasan fasilitas untuk praktik lapangan, praktik laboratorium, serta perpustakaan. Alasannya klasik, anggaran Departemen Pendidikan Nasional (Depdiknas) kurang. Selain itu, jumlah staf pengajar yang memenuhi kualifikasi juga terbatas. Jangankan untuk perguruan tinggi, mencari tenaga pengajar untuk akademi keperawatan di daerah saja sangat sulit.

Selama ini rumah sakit pendidikan hanya digunakan untuk mahasiswa kedokteran. Peraturan itu menyebabkan mahasiswa keperawatan mengalami diskriminasi, tak boleh memegang pasien, serta harus membayar untuk kerja praktik di rumah sakit. Padahal, untuk menjadi perawat profesional mutlak diperlukan praktik kerja di rumah sakit bagi sarjana keperawatan, sebagaimana sarjana kedokteran perlu praktik kerja untuk menjadi dokter.

Perubahan sistem pendidikan ke arah pendidikan yang profesional diharapkan dapat memperbaiki peran perawat dari yang semula pembantu dokter berangsur-angsur menjadi profesional yang mandiri. Untuk tujuan itu perlu dipikirkan alokasi anggaran yang memadai. Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial serta Depdiknas perlu duduk bersama sehingga pemanfaatan anggaran kedua departemen dapat efisien dan tidak tumpang tindih. Seiring upaya peningkatan mutu dan status perawat, di Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial kini dibentuk Direktorat Pelayanan Keperawatan pada Direktorat Jenderal Pelayanan Medik.

Kebijakan direktorat dalam meningkatkan kualitas dan kuantitas sumber daya manusia perawat dilakukan lewat penyetaraan SPK ke D3 dengan penambahan beberapa semester. Lulusan SPK yang sudah bekerja secara bertahap diberi kesempatan mengikuti pendidikan lanjutan ke akademi keperawatan maupun pendidikan S1.

Kemudian, dilakukan pemerataan tenaga kerja perawat profesional agar menyebar di daerah dan tidak menumpuk di kota-kota besar saja; membuat standar asuhan keperawatan dengan orientasi keperawatan profesional; advokasi pelayanan keperawatan profesional; dan mendukung rumah sakit meningkatkan fasilitas untuk mengakomodasi profesionalisme perawat. Hal lainnya menyangkut peningkatan manajemen kualitas pelayanan keperawatan dan pembinaan kepemimpinan perawat di institusi pelayanan keperawatan.

Untuk mempertinggi dan meningkatkan kemampuan perawat dari waktu ke waktu, organisasi perawat diharapkan membuat pendidikan berkesinambungan. Pertanyaannya sekarang adalah siapa



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

dalam masyarakat, (3) adanya pertentangan (konflik) masyarakat yang mungkin pula menjadi sebab terjadinya perubahan sosial dan kebudayaan, serta (4) terjadinya pemberontakan atau revolusi.

Suatu perubahan sosial dan kebudayaan dapat pula bersumber pada sebab-sebab yang berasal dari luar masyarakat antara lain (1) sebab-sebab yang berasal dari lingkungan alam fisik yang ada di sekitar manusia, (2) peperangan, dan (3) 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.

Kenichi Ohmae mengatakan bahwa ada empat faktor I (4I) yang memberikan pengaruh pada perubahan global yang terjadi saat ini yaitu (1) Industri, (2) Investasi, (3) Individu, dan (4) Informasi³. Seiring dengan hal ini, industri kesehatan yang berkembang di Indonesia sudah menunjukkan gejala industri modern dan bahkan para pelaku pelayanan kesehatan pun sudah masuk kalangan investor asing dan tenaga kesehatan asing. Mereka semua menggunakan sarana dan keunggulan informasi dan teknologi untuk mendapatkan kompetisi dalam pelayanan kesehatan di Indonesia.

Karena perubahan sosial itulah maka pemikiran dan kebiasaan masyarakat pun berubah, mereka tidak lagi mengenal hal-hal yang berbau tradisional melainkan cenderung lebih memilih hal-hal yang berbau modern.

7.3 Beberapa Tinjauan tentang Perubahan Sosial

a. Teori Siklus

Terdapat banyak sosiolog yang berusaha keras untuk menjelaskan irama perubahan dengan model teori siklus. Di antara sosiolog tersebut yaitu Ibn Khaldun, Oswald Spengler, Arnold Toynbee, dan Pitirim Sorokin⁴.

³ Yusuf Alam Romadhon, *op.cit.*, hlm. 17.

⁴ Piotr Sztompka, *Sosiologi Perubahan Sosial*, (Jakarta: Prenada, 2004); Robert H.Lauer, *Perspektif Tentang Perubahan Sosial*, (Jakarta: Bina Aksara, 1989); Paul B.Horton dan Chester L.Hunt, *Sosiologi*, Jilid 2, (Jakarta: Erlangga, 1999).



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

pengakuan, (b) ada tidaknya unsur yang baru yang diterima, (c) kesesuaian dengan kebudayaan lama, (d) kedudukan orang yang melakukan pembaharuan akan memengaruhi kualitas perubahan, dan (e) pemerintah dapat membatasi pengaruh difusi.

Difusi antarmasyarakat dipengaruhi oleh (a) kontak budaya, (b) kemampuan mendemonstrasikan, (c) pengakuan, (d) ada tidaknya pesaing, (e) peran masyarakat dalam menyebarkan unsur baru, serta (f) ada tidaknya unsur paksaan terhadap unsur baru.

Difusi bisa terjadi melalui (a) penetrasi atau perembesan nilai-nilai baru dan (b) simbiosis mutualistik atau hubungan timbal balik yang saling menguntungkan.

b. Inovasi

Inovasi adalah proses pembaruan dari 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 baru¹¹.

Proses inovasi, menurut Koentjaraningrat, berkaitan erat dengan proses penemuan baru dalam bidang teknologi yang biasanya merupakan tahap dari *discovery* dan *invention*. *Discovery* adalah penemuan unsur kebudayaan yang baru, baik dari individu atau kelompok. Jika *discovery* ini sudah dikenal masyarakat maka disebut dengan istilah *invention*¹².

Pada awalnya, akupuntur dapat dikatakan sebagai salah satu teknologi hasil *discovery* masyarakat Cina. Pada teknologi ini, akupuntur dilakukan dengan cara menusuk saraf-saraf dalam tubuh manusia sesuai dengan anatomi tubuhnya dengan menggunakan jarum. Pada zaman sekarang, muncul inovasi baru bahwa akupuntur tidak harus menggunakan jarum. Teknologi ini disebut *laserpuncture* atau akupuntur tanpa jarum. Munculnya *laserpuncture* merupakan contoh nyata dari inovasi. Dan suatu saat, bila teknologi ini sudah menyebar dan banyak dilakukan oleh masyarakat, tahap ini sudah termasuk *invention* dalam teknologi kesehatan.

Contoh lain adalah munculnya produk baru yang berguna untuk mengurangi rasa sakit akibat sakit kepala. Teknik ini merupakan cara merangsang otak dengan penanaman elektroda di daerah yang terasa sakit. Tindakan pengobatan yang dilakukan adalah menanam perangkat elektronik kecil di bawah kulit dan melepaskan rangsangan listrik voltase rendah pada saraf oksipital. Dalam sebuah penelitian, enam dari delapan pasien menyatakan terbebas dari sakit kepala yang bertubi-tubi. Namun, rasa sakit langsung kembali mendera ketika perangkat elektronik mati karena tenaga baterai habis¹³.

c. Akulturasi

Pada masa kini, masyarakat dengan sangat mudah menemukan pelayanan kesehatan yang memadukan antara teknologi modern dengan teknologi alternatif. Ada rumah sakit umum yang mengadopsi teknik pengobatan akupuntur sebagai bagian dari pelayanan kesehatan modern. Contohnya klinik alternatif Rumah Sakit Panti Rapih yang hadir di Jakarta sejak

¹¹ Koentjaraningrat, *Pengantar Antropologi I*, (Bandung: Rineka Cipta, 2001), hlm. 160.

¹² *Ibid.*, hlm. 161 dan Soerjono Soekanto, *Sosiologi Suatu Pengantar*, (Jakarta: Rajawali Press, 2005), hlm. 319.

¹³ "Tahukan Anda?", Kompas, 20 Maret 2007.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

7. Apakah perubahan sosial yang terjadi di masyarakat dapat menuntut adanya perubahan kode etik profesi tenaga medis?
8. Bagaimana mengantisipasi perubahan sosial di lingkungan kerja kesehatan?
9. Dengan adanya perubahan sosial, apakah interaksi sosial antara masyarakat dan tenaga medis akan berubah?
10. Apa pengaruh globalisasi terhadap dunia kesehatan?

TUGAS MANDIRI

Buatlah sebuah karangan, mengenai cara pelayanan, pengetahuan, alat, atau perkembangan teknologi kesehatan yang mengalami perubahan (dalam makalah harus dikemukakan mengenai bentuk perubahan dan sifat perubahannya)!



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

keadaan seimbang menurut usia dan kondisi individu dalam lingkungan alamiah dan lingkungan sosialnya, apabila keseimbangan terganggu, maka hasilnya adalah penyakit (1986:63–70).

Sementara ilmu yang dimiliki oleh seorang ahli pengobatan (sebutan untuk tokoh masyarakat ini ada yang disebut dukun, tabib, sanro, sense, atau istilah lainnya yang semakna) merupakan bagian dari sistem nilai budaya yang dimilikinya. Mereka menganggap bahwa “dokter” tradisional itu diposisikan seperti dewa yang mampu menyembuhkan orang sakit. Penilaian yang tinggi ini menyebabkan posisi penyembuh tradisional menempati status sosial yang tinggi di masyarakat.

Kehadiran sakit atau penyakit di lingkungan masyarakat tradisional, selain disebabkan karena adanya kesalahan perilaku dirinya dalam bertingkah, juga disebabkan karena adanya perbuatan yang melanggar aturan kosmologis. Oleh karena itu, penyakit dianggapnya sebagai sebuah hukuman atau teguran dari dewa kepada para pelaku pelanggar aturan dewa. Dengan kata lain, sakit dan penyakit merupakan satu bentuk kontrol sosial dari sistem nilai budaya yang diyakininya kepada masyarakat penganutnya.

Yang termasuk sistem etnomedis, yaitu sistem pengobatan Cina (akupunktur, refleksi) dan sistem pengobatan Yunani (patologi humoral).

8.3 Sistem Medis Rasional-Empiris

Jean-Francois Sobiecki 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)*. Pada perkembangan selanjutnya pendekatan biomedis Barat ini, berkembang sesuai dengan hasil penelitian dan data-data empiris.

Sistem medis ini dapat disebut sebagai satu sistem medis di dunia Barat yang menyandarkan pada tradisi pemikiran Yunani. Ciri utama dari sistem medis ini adalah penggunaan pola pikir rasional-empiris sebagai landasan pengembangan sistem medis. Dengan kesadaran seperti itu, maka yang disebut penyakit menurut Daldiyono adalah:

Suatu keadaan atau kondisi tubuh di mana terdapat kerusakan organ tubuh. Karena ada kerusakan, dengan sendiri timbul rasa sakit. Rasa sakit akibat kerusakan organ disebut gejala penyakit, sedangkan adanya kerusakan organ, yang biasanya perlu dideteksi (ditemukan) oleh dokter disebut tanda penyakit⁹.

Sedangkan teori timbulnya penyakit, menurut pandangan Daldiyono cukup variasi. *Pertama*, penyakit timbul karena ada bakteri dan lazim disebut infeksi. *Kedua*, penyakit muncul karena ada pengaruh perubahan cuaca. *Ketiga*, penyakit timbul karena faktor yang ada dalam tubuh manusia misalnya hipertensi (tekanan darah tinggi) atau diabetes melitus (kencing manis). *Keempat*, penyakit dapat muncul karena ada tiga faktor penyebab sebelumnya bertemu dalam satu kondisi yang disebut sebagai trias epidemiologi, yaitu lingkungan, manusia (endogen), dan faktor luar (eksogen)¹⁰.

⁹ Daldiyono, *Pasien Pinter dan Dokter Bijak*, (Jakarta: BIP, 2007), hlm. 20.

¹⁰ *Ibid.*, hlm. 25–27.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

kesehatan. Sedangkan dalam sistem medis tradisional selain sistem belajar, masih diyakini pentingnya komunikasi dengan sesuatu hal yang bersifat supranatural. Oleh karena itu, ilmu kesehatan tradisional ini cenderung diwariskan dari nenek moyang.

8.7 Multikulturalisme Layanan Kesehatan

Layanan kesehatan, sampai saat ini, lebih mencerminkan adanya perlapasan sosial, dibandingkan dengan adanya pengakuan terhadap multikulturalitas layanan sosial. Gejala demikian bukan hanya dalam skala makro pengobatan, melainkan dalam konteks internal layanan pengobatan itu sendiri.

Dalam analisis Whitney dan Sigler (2000:2-12), hubungan antara dokter-perawat, cenderung mengambil posisi *top-down*. Dokter diposisikan atau memosisikan diri “lebih” dibandingkan dengan posisi sosial atau kewenangan perawat. Dari struktur seperti ini, memunculkan adanya proses sosial yang variatif. Satu sisi, perawat menjadi subordinat, dan pada sisi yang lain, dapat melahirkan adanya konflik antara dokter dan perawat.

Sementara di tingkat makro, stratifikasi layanan pengobatan itu terjadi karena adanya interpretasi mengenai status lembaga layanan pengobatan. Dalam temuan penelitian yang dilakukan oleh penulis, konsep alternatif dan konsep tradisional menyebabkan adanya *peyorasi* (pelemahan) status sosial dari makna pranata kesehatan tersebut dihadapan pranata kesehatan modern. Sebagian anggota masyarakat menganggap bahwa model pengobatan alternatif atau pengobatan tradisional merupakan kelas “kedua” dibandingkan dengan pengobatan modern.

Standar teknologi, keilmiahan dan kapabilitas pelaku pengobatan, menjadi salah satu variabel untuk mengukur kelas sosial dari pranata pengobatan itu sendiri. Misalnya seorang dokter yang berpendidikan sarjana diposisikan 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. Dengan argumentasi tersebut, pengobatan alternatif diinterpretasikan oleh sebagian masyarakat Bandung sebagai kelas II di hadapan pengobatan modern.

Di era dominasi ekonomi, status ekonomi ternyata memberikan status sosial masyarakat itu sendiri. Anggota masyarakat yang berkemampuan secara ekonomi, bukan saja berobat ke rumah sakit atau dokter, tetapi juga ke rumah sakit dan dokter di luar negeri. Gejala seperti ini seolah-olah menjadi suatu legitimasi kolektif dari masyarakat terhadap status sosial pranata pengobatan modern sebagai satu model pengobatan modern. Sementara itu, bagi mereka yang tidak berkemampuan untuk berobat ke luar negeri atau berobat ke rumah sakit (dokter) diposisikan sebagai kelas II. Kesadaran seperti ini, seolah-olah telah menjadi sebuah kesadaran kolektif di masyarakat yang didominasi oleh pemikiran kapitalis.

Dalam penelitian yang dilakukan tahun 2007 terkait fenomena pemanfaatan pengobatan alternatif di kota Bandung menunjukkan informasi bahwa ada pergeseran sosial yang menarik di lingkungan masyarakat kota Bandung¹⁸. Merujuk informasi yang dikumpulkan, penulis mengindikasikan ada beberapa gejala pergeseran nilai di lingkungan masyarakat kota Bandung.

¹⁸ Momon Sudarma, *Pengambilan Keputusan Masyarakat dalam Memanfaatkan Jasa Pelayanan Pengobatan Tradisional: Studi Kasus di Masyarakat Kiaracondong Bandung*, Tesis, (Bandung: UNPAD, 2007).



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

kota besar di Indonesia marak senam aerobik. Karena fenomena tersebut bersifat masal, maka selain menarik minat masyarakat juga dapat menjadi lahan mencari nafkah bagi para pelatih senam aerobik, dari menjual kaset senam aerobik sampai latihan senam.

Menurut Santoso Giriwijoyo (1992:57) berdasarkan tujuan yang hendak dicapai, maka olahraga dapat dibagi menjadi (1) olahraga prestasi, (2) olahraga rekreasi, (3) olahraga kesehatan, dan (4) olahraga pendidikan, yaitu menekankan pada peran dan posisi olahraga dalam mencapai tujuan pendidikan³.

Yang membedakan olahraga kesehatan dengan 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 (ergosistema).

Seiring dengan pandangan tersebut, olahraga memiliki landasan akademik sebagai salah satu terapi untuk mendapatkan nilai sehat atau mendukung usaha penyembuhan. Namun, memang perlu ditegaskan bahwa jenis kesehatan yang dapat diraih oleh terapi olahraga ini berbeda dengan apa yang dapat dicapai oleh pendekatan lain.

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 menangkal semua penyakit".

Kalau kita melakukan olahraga dengan kurang memerhatikan aspek keselamatan maka alih-alih dengan olahraga dapat meraih kesehatan, yang didapat malahan rasa sakit atau cedera. Mirip dengan penggunaan kendaraan bermotor, manakala kita mampu menggunakannya sesuai aturan maka kita dapat menikmati kenyamanan berkendara, namun bila kita salah menggunakannya maka kita dapat tertimpa kecelakaan. Demikian pula dengan olahraga.

Masyarakat dunia tentu banyak yang tidak lupa dengan keadaan petinju legendaris Mohammad Ali yang memukau para penonton dengan seni tinju yang luar biasa. Namun publik pun mengetahui bahwa di masa tuanya saat ini, Ali berada dalam kondisi yang memprihatinkan, yaitu menderita

³ Rusli Lutan, dkk., *Manusia dan Olahraga*, (Bandung: Penerbit kerja sama ITB-FPOK IKIP Bandung).



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

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

Beberapa penjual obat palsu tampak bingung tatkala mereka diminta menjelaskan masa kedaluwarsa. Alasan tak masuk akal menjadi jurus paling akhir yang dikeluarkan untuk meyakinkan sang pembeli.

Ternyata tak sulit membuktikan sebagian obat di sini adalah obat-obatan kedaluwarsa. Di salah satu kios seorang pemasok obat palsu sedang menyuplai stok terbaru yang baru saja dikeluarkan dari kantong plastik. Tangan-tangan terampil ini cukup hanya merapikan dan meluruskan obat-obatan lama yang entah dari mana asalnya.

Obat-obatan ini berasal dari pemasok yang telah memiliki jaringan khusus dan terorganisasi. Sebagian di antaranya berasal dari stok obat sisa rumah sakit, Puskesmas, poliklinik, dan hasil tadahan dari pencurian obat di pabrik, obat impor ilegal, bahkan sampel obat dokter. Mereka tentu saja menjualnya dengan harga sangat murah, bahkan 50% lebih murah dari harga distributor.

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 ilegal semakin solid dengan pola yang semakin canggih. Padahal BPOM telah mempunyai kewenangan, tim penyidik PPNS, anggaran, bahkan *back up* aparat dari 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 ini dipasok dari para pemulung di Tempat Pembuangan Akhir (TPA) Bantar Gebang, Bekasi. Masih belum percaya? Kita simak penelusuran Kemal Ramdan dan Cosmas Gatot berikut ini. Penelusuran tim KONTROVERSI mengenai obat bekas yang bersumber dari TPA Bantar Gebang berawal dari informasi seorang sopir truk pengangkut sampah dari kawasan Rawamangun yang setiap harinya membuang sampah ke Bantar Gebang.

Pengemudi asal Kuningan, Jawa Barat ini mengakui setiap hari bertemu seorang bos obat yang mengumpulkan obat-obatan bekas dari pemulung. Ciri yang paling sederhana dari seorang bos obat adalah tas kecil yang tak pernah lepas dari pundak.

Dan benar, tak lama kemudian seorang bos obat mampir ke truk yang kami tumpangi. Sambil sesekali curiga, ia menawarkan obat-obatan "gabrug", istilah untuk transaksi obat dari berbagai merek yang dicampur. Tak heran ia curiga karena ia telah mengenal hampir seluruh pemulung maupun penjemput atau "boncos" yang datang ke Bantar Gebang. Bahkan ia menyebut sebuah nama penjemput obat dari Pasar Jatinegara.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

jauh dari kota besar, yang apotekernya tidak jelas ada di mana, hanya namanya saja yang tercantum di papan nama apotek, sehingga apotek ada di bawah pengelolaan asisten apoteker saja. Bahkan ada apotek yang tidak ada asisten apotekernya sehingga yang menyediakan dan memberikan obat, bukan lulusan sekolah menengah farmasi.

Selain ketentuan itu, terdapat bermacam ketentuan lainnya tentang apotek yang harus dipenuhi oleh pemilik. Apotek hanya boleh menjual obat bebas saja secara langsung kepada konsumen, sedangkan obat yang ada dalam daftar tertentu, hanya boleh diberikan kepada pasien atas dasar resep dari dokter.

Apotek yang melayani pembelian obat daftar tertentu (obat yang tidak dapat dijual bebas) kepada orang sakit tanpa resep dokter adalah perbuatan melanggar hukum yang dapat dikenakan hukuman pidana.

Namun, banyak apotek yang tentunya tidak mungkin hanya melayani penjualan obat bebas, agar persediaan obat yang ada di apoteknya tidak menjadi obat kedaluwarsa, maka apotek melakukan pelayanan praktik kedokteran sendiri, yakni melayani permintaan orang sakit yang mengeluhkan penyakitnya pada asisten apoteker (atau kepada apotekernya), mereka langsung menjual obat yang menurut mereka “cocok” untuk menyembuhkan penyakit yang dikeluhkan oleh orang sakit itu.

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, *di mana 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 faktur pembeliannya dari salah satu apotek entah di mana dan masih segudang masalah lainnya, semuanya masih memerlukan proses pembenahan yang sangat panjang.

Penyelesaian secepatnya sangat dibutuhkan karena apabila tidak diselesaikan akan menyebabkan keresahan di kalangan tenaga kesehatan pada umumnya dan khususnya para dokter. Akibatnya masyarakat akan terkena dampaknya, dalam arti terjadi ketidakpastian hukum.

Sementara ini, sebelum adanya pengaturan yang mengatur tentang dispensing obat, kepala dinas masing-masing daerah kota/kabupaten, bersama-sama dengan instansi terkait mengatur tentang pendelegasian wewenang dari lembaga yang berhak mendistribusikan obat (apotek) kepada dokter.

Agar menjadi adil bagi semua pihak, maka perlu pengaturan bahwa dokter obat akan membeli persediaan obatnya ke apotek (apoteker). Apotek (apoteker) tentunya memberikan harga yang pantas, bukankah apotek hanya memesan obat pesanan dari dokter ke pedagang besar farmasi dan menyerahkan ke dokter, sehingga keuntungan yang diambil cukup secara wajar saja?



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

- a. Terapi energi: akupuntur, akupresur, *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.
- b. Terapi fisik: masase, aromaterapi, osteopati, *chiropractic*, *kinesiology*, *rolfing*, *hellework*, *feldenkrais method*, teknik Alexander, *trager work*, *zero balancing*, teknik relaksasi, hidroterapi, *floatation terapi*, dan metode Bates.
- c. Terapi pikiran dan spiritual: psikoterapi, psikoanalisis, terapi kognitif, terapi humanistik, terapi keluarga, terapi kelompok, terapi autogenik, *biofeedback*, visualisasi, hipnoterapi, *dreamwork*, terapi *dance movement*, terapi musik, terapi suara, terapi seni, terapi cahaya, *biorhythms* dan terapi warna.

Bila dicermati, kategorisasi pengobatan alternatif dalam ensiklopedia tersebut, tidak memasukkan pengobatan herbal sebagai bagian dari jenis pengobatan alternatif. Pengelompokan jenis pengobatan alternatif dalam ensiklopedia tersebut, hanya terkait dengan berbagai jenis terapi yang menjadi bagian dari pengobatan alternatif saat ini.

10.4 Pengobatan Alternatif dari Sistem Pengorganisasian

Sebagaimana yang dituturkan Yuda Turana, pengelompokan jenis layanan pengobatan tradisional di Inggris menggunakan standar pengorganisasian⁵. Sudut pandang ini, berupaya untuk menerangkan mengenai keterorganisirannya sistem layanan pengobatan alternatif. Dengan demikian, dari sudut pandang ini, pengobatan alternatif dapat dikelompokkan menjadi tiga jenis.

Pertama, kelompok yang paling terorganisasi dan teratur seperti akupuntur, *chiropractic*, pengobatan dengan herbal, homeopati, dan osteopati. Pengobatan alternatif yang masuk dalam kelompok ini mempunyai dasar penelitian. *Kedua*, kelompok pengobatan alternatif yang membutuhkan penelitian lebih lanjut, namun sudah digunakan sebagai pelengkap dalam sistem pelayanan kesehatan seperti hipnoterapi dan aromaterapi. *Ketiga*, kelompok pengobatan alternatif yang belum mempunyai data sama sekali seperti terapi dengan kristal dan pendulum⁶.

Dalam tahun 1998, Badan Kongres Amerika Serikat mendirikan The National Centre for Complementary Alternatif Medicine (NCCAM) di National Institut of Health untuk mengembangkan penelitian mengenai pengobatan pelengkap dan alternatif (*complementary and alternative medicine*). Misi organisasi ini, yaitu memberikan informasi yang dapat dipercaya kepada masyarakat mengenai keamanan dan khasiat CAM⁷.

NCCAM mengatakan bahwa beberapa jenis terapi alternatif ternyata lebih “manjur” jika digunakan bersama dengan pengobatan konvensional (medis). Hal ini menunjukkan bahwa layanan pengobatan alternatif dapat digunakan secara terpisah, atau alternatif pengobatan dari sistem pengobatan yang

⁵ Yuda Turana. *Seberapa Besar Manfaat Pengobatan Alternatif*. Mediaholistik. www.medikaholistik.com

⁶ Dalam Yuda Turana. Lihat Rees L., Weil A. “Integrated medicine”. *British Med Journal* 2001 ; 322: 119 – 20.

⁷ A Setiono Mangoenprasodjo dan Sri Nur Hidayati, *Terapi Alternatif & Gaya Hidup Sehat*. Yogyakarta: Pradipta Publishing. 2005: 22-23.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

keseimbangan tubuh dan jiwa, maka dengan mandi uap dari hasil ramuan daun-daun yang dipanaskan dapat mengeluarkan roh jahat dan penyebab empiris penyakit.

Apabila dikaji lebih lanjut tentang konsep sehat dan sakit menurut perspektif kebudayaan orang Papua, maka paling sedikit ada dua kategori yang sama seperti apa yang dikemukakan oleh Anderson dan Foster, berdasarkan lingkup hidup manusianya. Kategori pertama, memandang konsep sehat-sakit bersifat "supranatural" artinya melihat sehat-sakit karena adanya gangguan dari suatu kekuatan yang bersifat gaib, bisa berupa makhluk gaib atau makhluk halus, atau kekuatan gaib yang berasal dari manusia. Sedangkan kategori kedua, adalah "rasionalistik" yaitu melihat sehat-sakit karena adanya intervensi dari alam, iklim, air, tanah dan lainnya serta perilaku manusia itu sendiri seperti hubungan sosial yang kurang baik, kondisi kejiwaan dan lainnya yang berhubungan dengan perilaku manusia. Klasifikasi ini bila dikaitkan dengan sistem pengetahuan kesehatan pada orang Papua tampaknya masih banyak berhubungan dengan kategori supranatural, terutama pada orang Papua yang masih berada di daerah pedesaan dan pedalaman. Sedangkan untuk orang Papua yang berada di daerah perkotaan kebanyakan sudah memadukan kategori rasionalistik dalam menanggulangi masalah kesehatan mereka, walaupun masih ada sebagian kecil yang memadukan kategori pertama dengan kategori kedua.

Bila dikaji secara mendalam bahwa konsep kebudayaan dalam menanggapi masalah kesehatan secara emik, masih dilaksanakan secara baik. Ini berarti orang Papua dengan keaneka ragam kebudayaannya, mempunyai konsep kesehatan bervariasi berdasarkan pengelompokan variasi lingkungan kebudayaannya secara berbeda antara satu suku bangsa dengan suku bangsa lainnya di Papua.

10.9 Pengelompokan Pengobatan Alternatif yang Lain

Diluar pengelompokan jenis pengobatan alternatif tersebut, dapat ditemukan pengelompokan jenis pengobatan alternatif, dengan menggunakan sudut pandang yang berbeda. Dalam kaitan dengan ini, jenis pengobatan alternatif, akan dikelompokkan berdasarkan unsur-unsur agen yang digunakan dalam proses pemberian layanan pengobatan atau layanan kesehatan.

- a. *Herbal-agency*. Pengobatan alternatif yang menggunakan tanaman, baik bahan asli maupun olahannya (ramuan) sebagai bahan pengobatan alternatif.
- b. *Animal-agency*. Pengobatan alternatif yang menggunakan hewan, baik bahan dasar hewan, hasil, maupun perantara sebagai bagian dari proses layanan pengobatan alternatif.
- c. *Material-agency*. Pengobatan alternatif yang menggunakan bahan-bahan material bumi sebagai bahan layanan pengobatan alternatif. Misalnya tusuk jarum, air, dan terapi kristal.
- d. *Mind-agency*. Pengobatan alternatif yang menggunakan kekuatan jiwa sebagai bahan layanan pengobatan alternatif. Misalnya saja energi chi, prana, spiritual, dan hipnoterapi.
- e. *Event-agency*. Pengobatan alternatif yang menggunakan sifat, gejala, fenomena, peristiwa sebagai bahan layanan pengobatan alternatif. Misalnya suara musik, warna, gelombang atau elektromagnetik, listrik, panas, atau aromaterapi.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Kesimpulan pemikiran mengenai hubungan antara agama (misalnya Islam) dengan kesehatan, yaitu agama memberikan penekanan mengenai hubungan dirinya dengan Tuhan (Allah SWT), sedangkan kesehatan lebih menekankan hubungan manusia dengan tubuh atau jiwanya sendiri. Pada akhirnya, dengan memadukan antara kesehatan dan agama ini, dapat membangun kesehatan jasmaniah dan rohaniah individu tersebut.

11.3 Aspek Agama dalam Kesehatan

Bila mengingat kode etik, baik kode etik kedokteran maupun kode etik keperawatan, untuk memberikan pelayanan kesehatan dengan tidak terpengaruhi oleh perbedaan agama, suku, ras, dan adat istiadat⁵. Artinya, dalam proses pelaksanaan pelayanan kesehatan ini tenaga medis tidak boleh melakukan diskriminasi terhadap pasien.

Prinsip dan kode etik ini sudah tidak ada perbedaan pendapat. Tampaknya dapat dengan mudah untuk memahami tuntutan profesionalitas tenaga medis tersebut. Namun pada sisi lain, jika dilihat dari sisi kewajiban, seorang tenaga medis adalah menghargai hak pasien⁶. Dengan kata lain, seorang tenaga medis perlu menjunjung tinggi hak-hak pasien, termasuk hak dihargai pemahaman keagamaannya.

Dalam sejarah praktik kesehatan, ada seorang dokter digugat oleh seorang pasien, yang telah ditolongnya dari ancaman kematian. Penyebab awal dari kejadian ini, bermula dari sikap dokter yang memberikan transfusi darah kepada pasien yang penganut ajaran Yahudi konservatif.

Kasus ini terjadi di Kanada, yaitu kasus *The Jehovah's Witness (Malette v Shulman, 1990)*. Pada saat itu, seorang dokter menemukan seorang anggota *Jehovah's Witness* dalam kecelakaan serius akibat tabrakan mobil. Dalam dompet orang tersebut, terdapat kalimat "*No Blood Transfusion*" sesuai dengan ajaran dari sekte agamanya. Dokter mengetahui larangan itu tetapi karena keadaan pasien semakin parah dan hanya transfusi darah yang dapat menyelamatkannya dan karena naluri sebagai dokter muncul, dia berpikir objektif dan rasional tentang pentingnya penyelamatan nyawa orang tersebut, maka tulisan dalam dompet si korban tersebut diabaikan. Akhirnya, dilakukanlah transfusi darah sampai orang tersebut dapat terselamatkan.

Setelah sembuh, orang tersebut mendapat informasi bahwa kesembuhan tersebut disebabkan karena tindakan dokter yang memberikan transfusi darah pada tubuhnya. Seketika itu pula dia menggugat dokter ke pengadilan dengan tuduhan dokter melakukan malpraktik dengan cara tidak menghargai hak pasien. Kerugian yang dirasakan oleh *Jehovah's Witness* yaitu rusaknya kepercayaan dirinya terhadap agama akibat perlakuan dokter tersebut. Sehingga, akhir drama persidangan tersebut dimenangkan oleh pasien dan si dokter dikenai sanksi oleh pengadilan⁷.

Merujuk pada kasus ini, ada dua catatan penting yang perlu dipahami oleh para tenaga kesehatan. *Pertama*, penerapan teori kebutuhan (*necessity*) dalam pertolongan kesehatan, yaitu tindakan terbaik untuk kepentingan pasien bukan berdasarkan pandangan dokter, melainkan berdasarkan kepentingan

⁵ Sri Praptiningsih, *Kedudukan Hukum Perawat dalam Upaya Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit*, (Jakarta: Rajawali Press, 2007), hlm. 67.

⁶ *Ibid.*, hlm. 76.

⁷ Munir Fuady, *Sumpah Socrates (Aspek Hukum Malpraktik Dokter)*, (Bandung: Citra Aditya Bhakti, 2005), hlm. 70.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Layanan kesehatan tidak hanya berfokus pada perhatian masalah tepat obat, tepat waktu, tepat pasien, tepat dosis, dan tepat prosedur. Dalam pelaksanaannya, layanan kesehatan ini membutuhkan pengetahuan mengenai pentingnya pendekatan yang tepat. Hal ini terkait bahwa layanan kesehatan adalah satu praktik sosial yang memosisikan tenaga kesehatan berada di hadapan manusia utuh yang membutuhkan pendekatan kemanusiaan. Oleh karena itu, pengetahuan mengenai aspek-aspek sosial-budaya dalam peningkatan layanan kesehatan menjadi hal penting yang perlu dipahami oleh tenaga kesehatan. Pada konteks inilah, layanan kesehatan membutuhkan layanan yang tepat pendekatannya, yaitu pendekatan yang berwawasan sosial-budaya.

Seiring dengan hal tersebut, buku **Sosiologi untuk Kesehatan** yang ada di tangan Anda merupakan salah satu ikhtiar penting untuk memberikan wawasan sosial-budaya kepada tenaga kesehatan, pengambil kebijakan dalam bidang kesehatan, atau calon tenaga kesehatan baik dari kalangan tenaga medis maupun paramedis dalam menjalankan profesinya. Melalui pemahaman mengenai aspek sosial-budaya ini, diharapkan layanan kesehatan akan menunjukkan hasil yang lebih baik. Oleh karena itu, buku ini dapat digunakan baik oleh pemerhati kesehatan maupun pemerhati masalah sosial.

Tema-tema aktual seperti gender dan kesehatan, makna budaya makanan, sistem media, serta munculnya fenomena layanan pengobatan alternatif menjadi salah satu perhatian dalam kajian sosiologi kesehatan. Dalam buku ini juga diangkat mengenai masalah sosial di balik munculnya obat ilegal atau malpraktik dalam kesehatan.

"Dengan ciri pembahasan yang sederhana dan ringkas namun mampu mengangkat isu pokok di seputar sosiologi kesehatan, buku ini dapat mendorong dan melecut kesadaran calon tenaga medis atau paramedis untuk meningkatkan kualitas transaksi terapeutik yang humanis"

Prof. Dr. Dadang Kahmad, M.Si.

Guru Besar Sosiologi UIN Sunan Gunung Djati, Bandung

Materi dalam buku ini mencakup:

- Bab 1** Pendahuluan
- Bab 2** Mengungkap Kesadaran Sosiologis
- Bab 3** Konsep Dasar Sosiologi: Individu, Masyarakat, dan Kebudayaan
- Bab 4** Konsep Dasar Sosiologi: Nilai dan Norma Kesehatan
- Bab 5** Model-model Perubahan Perilaku
- Bab 6** Peran Dokter, Pasien, dan Perawat
- Bab 7** Layanan Kesehatan dan Tantangan Perubahan Sosial
- Bab 8** Sistem Medis: Variasi atau Unifikasi
- Bab 9** Obat: Orang Miskin Dilarang Berobat
- Bab 10** Mengenal Variasi Layanan Pengobatan Alternatif
- Bab 11** Agama dan Kesehatan
- Bab 12** Makanan: Makna Budaya dan Kesehatan
- Bab 13** Siklus Hidup, Kesehatan, dan Peran Sosial
- Bab 14** Gender dan Kesehatan
- Bab 15** Kesehatan Lingkungan dan Kantin Sekolah
- Bab 16** Kesehatan dan Keperawatan dalam Masyarakat Bencana
- Bab 17** Perspektif Sosiologi untuk Penelitian Kesehatan: Pendekatan Kualitatif



**Penerbit
Salemba Medika**

ISBN: 978-979-3027-75-3



9 789793 027753