

MASALAH-MASALAH SOSIAL BUDAYA DALAM PEMBANGUNAN KESEHATAN DI INDONESIA

Rusmin Tumanggor¹

Abstract

Health is one of basic needs of human being. The health program effort are including constructive, preventive, curative, rehabilitative, and preservative. Objects of program ranging from individuals, households, families, communities, nations to the world community. Region spatially, starting from the village, subdistrict, district, provincial, national, and international. Institutions ranging from neighborhood health center services, public health offices, health centers, and government-run hospitals and the community. Health implementation efforts have strengths, weaknesses, opportunities and challenges. The multidimensional components contribute to health status of society. Socio-cultural factors could also be considered as one of determinant factors of health status.

Keywords: health, health seeking effort, socio-cultural.

Pendahuluan

Upaya kesehatan di Indonesia mengadopsi sistem kesehatan dan medis modern yang latar masyarakat penggunaannya adalah sosial-budaya Barat. Atas dasar itu tidak sedikit kendala dalam pembangunan kesehatan maupun pengobatan serta penyembuhan penyakit ketika dilayankan kepada masyarakat Indonesia, karena pengetahuan naturalnya terintegrasi dalam pengetahuan supernaturalnya yang berbeda jauh dari nilai dan norma masyarakat Barat. Untuk memahami itu lebih luas tulisan ini dimaksudkan sebagai upaya penyadaran para pihak terkait serta menawarkan solusinya agar sukses.

Dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) tahun 1982 dan diperkuat pada GBHN 1988 dinyatakan bahwa kesehatan integral dalam pembangunan nasional lewat optimalisasi derajat kesehatan, sebagai unsur kesejahteraan umum dalam upaya mencapai kemakmuran materil

¹ Rusmin Tumanggor adalah dosen (guru besar) pada Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Syarif Hidayatullah Jakarta. E-mail: rusmintumanggor@gmail.com.

dan spiritual sesuai ciri manusia Indonesia seutuhnya (Tap MPR No. II/MPR/1988). Dalam perkembangan terakhir Sistem Kesehatan Nasional diperkuat oleh UU RI No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan dan yang disempurnakan kemudian dalam UU RI No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. Dalam UU yang terakhir disebut dinyatakan:

“Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan berasaskan perikemanusiaan, keseimbangan, manfaat, perlindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, keadilan, gender dan nondiskriminatif dan norma-norma agama. Bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis.”

Ini terkait dengan Rencana Pembangunan Jangka Menengah tahun 2004-2009 yang meliputi upaya solusi atas sejumlah masalah, yaitu: (1) Disparitas status kesehatan antartingkat sosial ekonomi, kawasan, perkotaan-pedesaan yang sangat tinggi; (2) Beban ganda penyakit yang diderita masyarakat begitu komplit dan kompleks; (3) Kinerja pelayanan kesehatan rendah; (4) Perilaku masyarakat kurang mendukung pola hidup bersih dan sehat; (5) Rendahnya kondisi kesehatan lingkungan; (6) Rendahnya kualitas, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan; (7) Terbatasnya tenaga kesehatan dan distribusi tidak merata; (8) Rendahnya status kesehatan penduduk miskin.

Sasarannya adalah: (1) Meningkatkan umur harapan hidup dari 66,2 tahun menjadi 70.6 tahun; (2) Menurunnya angka kematian bayi dari 35 menjadi 26 per 1.000 kelahiran hidup; (3) Menurunnya angka kematian ibu melahirkan dari 307 menjadi 226 per 100.000 kelahiran hidup; dan menurunnya prevalensi gizi kurang pada anak balita dari 25,8% menjadi 20.0%. Berarti jika pembangunan kesehatan lancar, pada tahun 1025 kondisi kesehatan maksimal atau zero (0) dari pelbagai kelemahan kesehatan dapat dicapai di Indonesia (RPJM, 2004-2009: 309-400).

Pembangunan kesehatan berorientasi pada tujuan kesegaran jasmani (*fitness*) dan kesehatan (*wellness*), tidak lagi paradigma penanggulangan penyakit semata sesuai visi Indonesia Sehat 2010. Faktor kunci adalah manusia/masyarakat, perilaku, dan lingkungan. Ketiga faktor ini saling terkait. Dinamika interaksi antarfaktor berjalan atas dasar sosial budaya setempat (Loedin, 1982:9; Corbin *et. al.*,

2004:5) yakni nilai, norma dan eksistensi keorganisasian sosial pendukung pencapaian kesehatan. Pada RPJM 2004-2009 kesehatan menjadi utama selain pendidikan dan pendapatan, karena dipandang sebagai investasi pembangunan ekonomi, penanggulangan kemiskinan, bagian strategi mencapai Millennium Development Goals (MDGs).

Strategi pembangunan kesehatan di Indonesia, mengacu pada ruang lingkup dan kualitas sehat yang didambakan. Acuanannya adalah pengertian sehat yang telah ditetapkan pemerintah seperti dinyatakan dalam UU RI No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan bahwa keadaan sehat meliputi fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Pengertian tersebut berasal dari definisi yang disusun oleh World Health Organization (WHO) dari tahun 1980 sampai tahun 1998 yang menyatakan: "*Health is a state of physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity*" (Heerjan, 1987:5). Sementara tahun 1999 hingga 2002, WHO memperluas pengertian kesehatan meliputi kesehatan emosional dan spiritual, sehingga bunyinya "*Health is a state of physical, mental, social, emotional and spiritual wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity*" (Marrison, 2002:5).

Kualitas kesehatan yang ingin dicapai dirujuk pada kemajuan dan kemampuan sesuatu bangsa. Indonesia termasuk kategori negara berkembang yang terlibat aktif dalam proses dan arus pembangunan kesehatan, mengapresiasi komitmen internasional dalam pertemuan Alma Ata tahun 1978 (SKN, 1982:19; Rukmono, 1982:24) yakni "*primary health care*" (PHC) pendekatan pokok mencapai "kesehatan bagi semuanya di tahun 2000 (Health for All by The 2000 Year-HFA).

Dalam pencapaian target, segi manusia/masyarakat atau kependudukan, harus diperhatikan dalam upaya kesehatan. Dari segi perilaku, gaya hidup (*life style*) yang dipengaruhi sosial budaya, pendidikan, pengertian sehat dan sakit, pengobatan sendiri, dan penggunaan sumber daya kesehatan. Dari segi lingkungan, ekonomi, kehidupan fisik dan biologik. Semua komponen ini menentukan interval maksimum yaitu sehat sampai yang minimum yaitu sakit menjelang mati.

Sistem kesehatan nasional memperhitungkan prinsip, yaitu: menyeluruh 'holistik', terpadu 'unity', merata 'evenly', dapat diterima 'acceptable' dan terjangkau 'achievable' oleh masyarakat. Warga

diperankan *'play the role'*, didayagunakan ilmu pengetahuan serta teknologi tepat guna *'empowering'*, dan biaya yang terpikul pemerintah serta masyarakat *'budgeting'*. Pelaksanaannya pada pelayanan masyarakat luas sampai tercapai kesehatan maksimal dengan tidak mengurangi pelayanan individu.

Kesehatan merupakan subsistem Ketahanan Nasional. Karena itu harus melibatkan sub-sistem lainnya lewat interaksi, interrelasi dan interdependensi, di samping kemandirian agar tercapai kesehatan bangsa. Landasannya: (1) Warga berhak atas kesehatan optimal, agar hidup layak; (2) Pemerintah dan masyarakat bertanggung jawab memelihara kesehatan; (3) Penyelenggaraan upaya kesehatan diatur dan dilakukan pemerintah dan masyarakat secara terpadu; (4) Dilandasi nilai Ketuhanan Yang Maha Esa: kemanusiaan, kepentingan rakyat banyak “persatuan” dan bukan “kesatuan” atau perorangan; (5) Kekeluargaan dan kegotongroyongan bagi pembangunan kesehatan; (6) Adil dan merata; (7) Warga wajib menjunjung tinggi regulasi kesehatan; dan (8) Pembangunan kesehatan bersendikan kepribadian bangsa (SKN,1982: 6-7; RPJM, 2004-2009:401).

Jangkauan upaya dan penyediaan sarana di seluruh nusantara. Mencakup pembangunan rumah sakit pusat, daerah provinsi dan kabupaten/kota, puskesmas di kecamatan, puskesmas pembantu serta balai kesehatan di kelurahan/desa tertentu ditambah pertumbuhan posyandu di setiap desa/kelurahan (SKN, 1982: 37). Berarti upaya kesehatan mencakup: promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif dan *prolonged* atau *preservative* yang efisien serta bersifat *empowering*. Karena itu faktor sosial-budaya sangat berpengaruh terhadap upaya kesehatan. Apa lagi jika diingat bahwa dalam upaya kesehatan nasional diberi peluang pendayagunaan Sistem Medis Tradisional di samping medis modern yang masih lebih diutamakan dalam kebijakan kesehatan masyarakat. Implikasinya memerlukan model yang dapat mempertemukan kedua sistem ini sehingga tidak kontra produktif dalam institusionalisasi kesehatan (Boedhihartono, 1989: 23). RPJM tahun 2004-2009 tidak eksplisit menyinggung peran medis tradisional dalam pembangunan kesehatan masyarakat yang menurut penulis sebaiknya tetap diupayakan kontinuitasnya karena banyak sisi positifnya.

Keterkaitan Sosial Budaya dalam Upaya Kesehatan di Indonesia

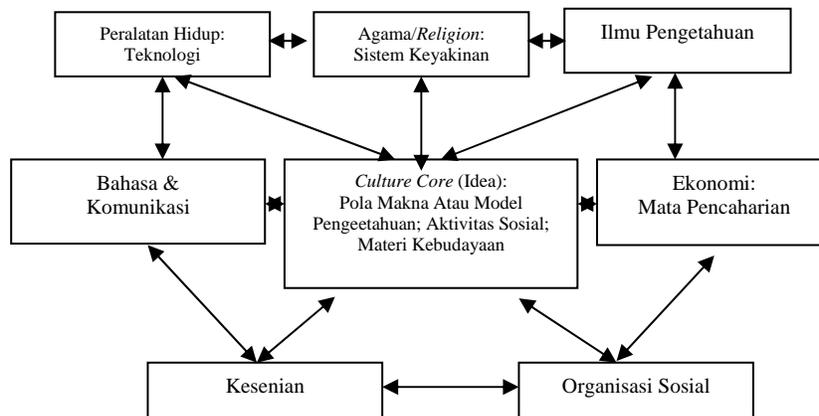
Kebudayaan adalah modal dasar masyarakat untuk mengantisipasi dan mengadaptasi kebutuhan. C. Geertz (1973:89)

menekankan: *"The culture concept..., it denotes an historically transmitted pattern of meanings embodied in symbols: a system of inherited conceptions expressed in symbolic forms by means of which men: communicate, perpetuate, and develop their knowledge about and attitudes toward life"*. Berarti kebudayaan adalah pola pengertian atau makna menyeluruh dalam simbol-simbol yang ditransmisikan secara historis; sistem konsepsi-konsepsi yang diwariskan: dalam bentuk-bentuk simbolis yang dengan cara tersebut manusia berkomunikasi, melestarikan dan mengembangkan pengetahuan dan sikap mereka terhadap kehidupan. Simbolik yang dimaksud Geertz adalah suatu cara memberi bentuk konseptual objektif terhadap kenyataan sosial dan kejiwaan warganya.

Dapat pula dihubungkan dengan kebudayaan universal yang dikemukakan sistematis oleh Tylor 1874 dan Koentjaraningrat 1979. Konsep para ahli antropologi tersebut membentangkan idea, aktivitas sosial serta materi kebudayaan yang jadi pelapisan lini bagi tujuh unsur kebudayaan yang satu sama lainnya pengaruh-mempengaruhi yaitu: (1) Agama; (2) Ilmu pengetahuan; (3) Teknologi; (4) Ekonomi; (5) Organisasi sosial; (6) Bahasa dan komunikasi; dan (7) Kesenian (Suparlan, 1988: 5).

Jika diskemakan pola makna yang dikemukakan Geertz dikaitkan dengan tujuh unsur universal kebudayaan yang dikemukakan Tylor di atas, akan terlihat sebagai berikut:

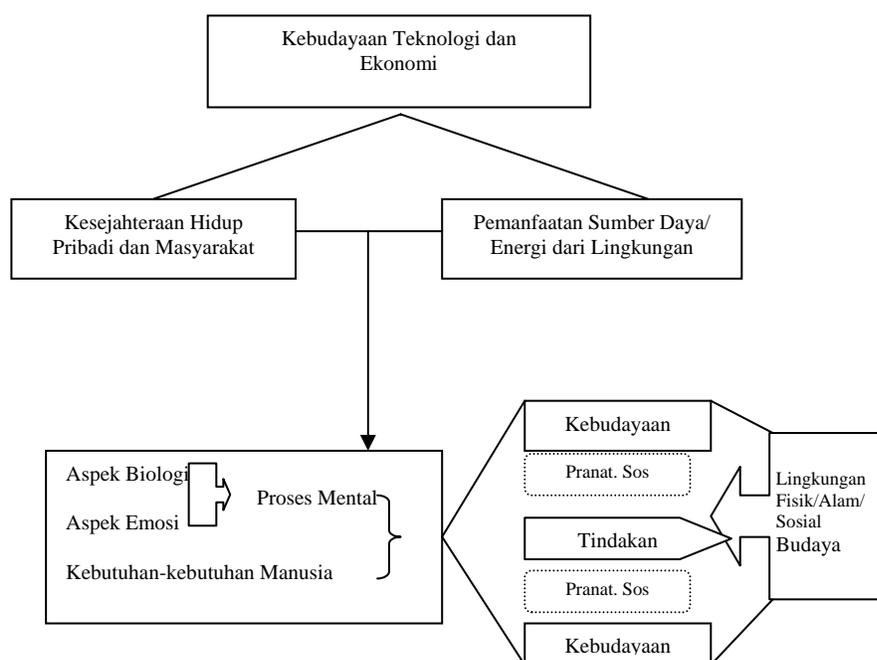
Bagan 1: Pelapisan dan Unsur Budaya Universal



Sumber: Tylor, 1874.

Suparlan (1988:6) menekankan pentingnya pemenuhan kebutuhan dan kesejahteraan manusia teknologi dan ekonomi. Melibatkan aspek biologis dan emosi yang bersangkutan. Memenuhi kualitas itu kecerdikan manusia memanipulasi macam-macam sumber daya dan energi yang tersedia dalam lingkungan. Beliau membuat skema sebagai berikut ini:

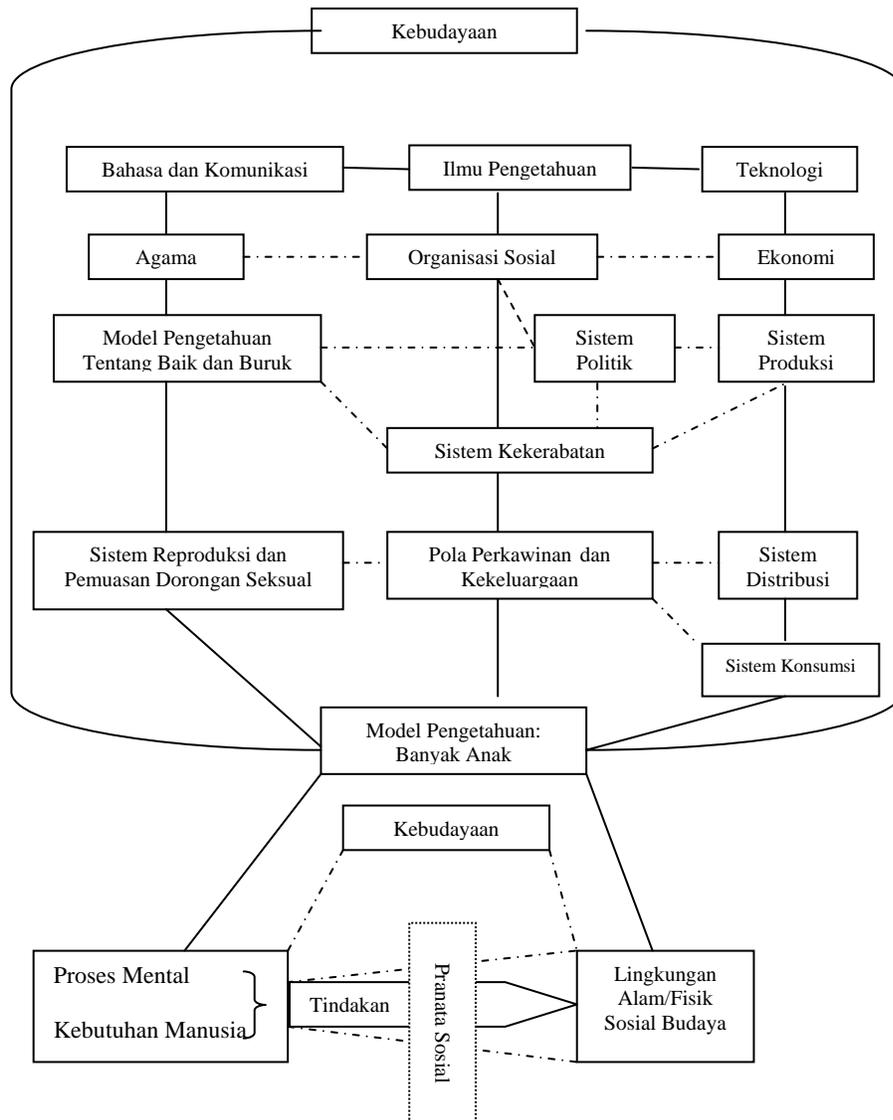
Bagan 2: Kebudayaan Pemenuhan Kebutuhan



Sumber: Suparlan, 1988.

Kaitan unsur-unsur kebudayaan dalam tindakan memenuhi kebutuhan digambarkan Suparlan lewat penelitian model pengetahuan pentingnya banyak anak dalam keluarga, sbb:

Bagan 3: Sistem Kebudayaan dan Pranata Sosial



Sumber: Suparlan, 1988.

Sekarang telah terlihat bagaimana hubungan kebudayaan dengan pemenuhan kebutuhan dan pengaruhnya terhadap pembentukan pranata-pranata sosial sebagai sarana untuk mengukuhkan berbagai tradisi atau kebiasaan yang berlaku dalam struktur masyarakat setempat.

Walaupun menurut penulis ada kelemahan dari skema tersebut, yaitu tidak mencantumkan jaringan konsep kesenian (*artistic*) dan perannya padahal konsep ini menjadi bagian yang sering muncul dalam semua aktivitas unsur budaya tersebut. Seperti seni peralatan dan teknologi produksi, pengemasan obat dan pengobatan serta komunikasi pengobat dengan pasien.

Sejalan dengan itu A.A. Loedin (1982:10) menjelaskan tahapan ilmu pengetahuan dan teknologi manusia dalam upaya kesehatan sebagai: (1) Mistik-religious, (2) Kedokteran, dan (3) Kesehatan. Tahapan ini terkait dengan konsepsi masyarakat tentang sehat-sakit-penyakit-pengobatan dan penyembuhannya, yang terus berkembang seiring dinamika sejarah kebudayaan dan peradaban.

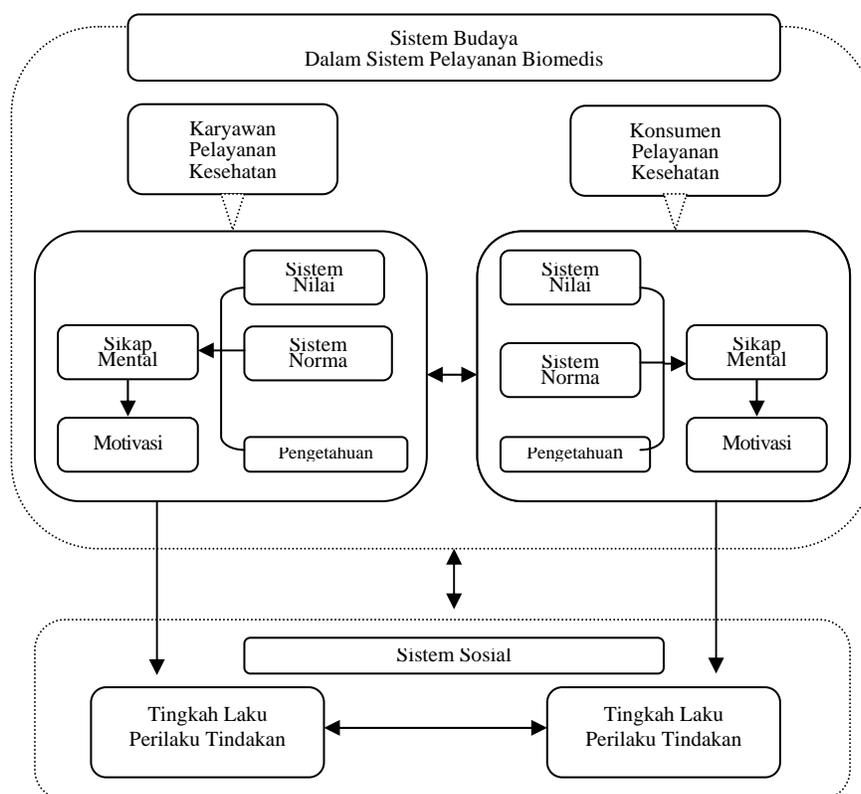
Disebut tahap mistik-religious, karena penyakit dipandang disebabkan dunia luar "supernatural". Seperti kemasukan jin dan setan serta teguran arwah leluhur, kutukan Tuhan atau Dewa terinspirasi pelbagai ajaran agama. Penyembuhannya juga lewat pengusiran atau bujukan kepada kekuatan supernatural tersebut keluar dari penderita. Dinamakan tahap kedokteran, ditemukannya pertama kali tahun 1850 oleh Robert Koch, penyebab Bacteri Tuberculosa. Manusia memahami penyebab penyakit bukan dari dunia luar, tetapi dari sesuatu di dunia nyata ini "*microcosmos*" atau "*natural*" masuk ke tubuh manusia. Sehingga ilmu kedokteran menitikberatkan hasil laboratorium dan patho-microbiologi. Dikatakan tahap kesehatan, khususnya pada peralihan abad terakhir, karena ilmu kedokteran kembali mengkaji manusia yang sehat dan faktor pencapaiannya, sebelum sakit dan seluruh faktor yang menjadi mata rantai penyakitnya. Disadari manusia sehat berasal dari masyarakat dan lingkungan ekologi sehat. Seseorang sakit dari masyarakat dan alam sekitar yang sakit. Siklus sehat-sakit daurnya disitu. Epidemi, prevalensi, endemi, dan pandemi penyakit terjadi akibat perubahan musim dan memburuknya kondisi lingkungan. Merentankan penjangkitan penyakit seseorang ke warga masyarakat lainnya.

Semenjak itu, kesehatan dan ilmu kesehatan, menjadi bagian dari proses pembangunan manusia. Melepaskan penderitaan dan mencapai kenikmatan hidup sosial ekonomi yang dapat menjamin upaya kesehatan masyarakat dan lingkungan menyeluruh "holistik" dan keterkaitan struktural dan fungsional "sistemik" (Loedin,1982:11; Foster, 1986: 45).

Selanjutnya, bagaimana kesehatan dalam kerangka kebudayaan di Indonesia? Ini bermula dari fenomena kebutuhan manusia meliputi: pangan, sandang, papan, kesehatan, pendidikan, sumber pendapatan (mata pencaharian, kecocokan jam kerja dengan upah), air bersih, tabungan hari tua (*saving*), transportasi, peralatan dan perabotan dasar hidup rumah tangga, partisipasi sosial, dan masa istirahat dengan atau tanpa rekreasi (Susenas, 1982).

Bagan 4 berikut ini menggambarkan sistem sosial khusus dari sistem pelayanan kesehatan biomedis, yang dikendalikan oleh sistem kebudayaan (Koentjaraningrat, 1982:19). Dalam bagan ini terlihat dinamika interaksi dalam sistem sosial yang ditentukan oleh sistem budaya dalam sistem pelayanan biomedis tersebut.

Bagan 4: Sistem Budaya dan Pelayanan Biomedis



Sumber: Koentjaraningrat, 1982.

Nilai dan norma kebudayaan serta sistem sosial menentukan usaha kesehatan. Baik biomedis (medis modern), kesehatan tradisional (medis tradisional), maupun kesehatan keluarga atau sendiri (*home* atau *self treatment*). Menurut penulis kelemahan konsep sistem sosial ini tidak eksplisit membedakan indikator tingkah laku dan perilaku serta tindakan yang pada hakikatnya satu ciri saja yakni dinamika bahasa fisik (*body language*) mengaktualisasikan organisasi respon dalam jiwa berupa sistem gerak yang diwujudkan. Namun esensi nilai dan norma serta keorganisasian sosial yang menyertainya memberi makna bahwa upaya kesehatan, penyebab dan penyebaran penyakit serta model pengobatan dan penyembuhannya dipengaruhi kebudayaan dan peradaban masyarakat setempat.

Masalah-masalah Upaya Kesehatan di Indonesia

Ada empat komponen yang layak didiskusikan dalam pembahasan upaya kesehatan di Indonesia, yaitu: kebutuhan pelayanan kesehatan; jenis-jenis pengobatan dan penyembuhan; pendekatan multidisipliner dan interdisipliner dalam strategi pengembangan kesehatan dan; target yang ingin dicapai.

Pertama, komponen kebutuhan pelayanan kesehatan. Ledakan penduduk begitu cepat dari ± 180 juta di tahun 1995, hingga tahun 2010 mencapai 230 juta jiwa. Memenuhi kebutuhan termasuk kesehatan mereka merupakan beban berat. Jenis penyakit meliputi infeksi menular berupa tuberkulosis paru, infeksi saluran pernafasan akut (ISPA), malaria, diare, penyakit kulit, polio, filariasis, kusta dan pneumonia. Pada saat bersamaan muncul penyakit tidak menular seperti penyakit jantung dan pembuluh darah (gangguan sirkulasi), serta diabetes mellitus dan kanker. Sementara itu Indonesia juga diterpa penyakit dadakan "emerging diseases" seperti demam berdarah "dengue" (DBD), HIV/AIDS, Chikungunya, *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS) dengan Flu Burung dan Flu Babi. Tingkat keparahan ada yang ringan dan berat, kronis dan akut. Kesemuanya ini melengkapi transisi epidemiologi Indonesia ke beban ganda (*double burdens*). Konsekuensinya perlu penemuan berbagai obat yang tepat, memadai dan terjangkau. Menghendaki fasilitas dan pranata kesehatan lengkap: puskesmas, rumah sakit, balai pengobatan, klinik dan sejenisnya hingga Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) sebagai pranata pelayanan kesehatan terakar rumput produk kerja sama masyarakat dengan pemerintah. Dari kegiatan diagnosa penyakit, menuntut peralatan medis

lengkap. Baik laboratorium, alat rontgen, radiologi maupun instrumen lainnya. Tim medis dan terapi, membutuhkan sejumlah dokter, para medis, ahli kesehatan masyarakat, ahli gizi, ahli teknologi peralatan kesehatan, farmakolog, psikolog telaten, terampil dan memadai. Regenerasi pengobat, penyembuh dan pengembang ilmu kedokteran dan kesehatan memerlukan lembaga pendidikan yang sempurna serta lengkap, seperti fakultas-fakultas kedokteran dan psikologi, sekolah tinggi atau akademi: keperawatan, kebidanan, dan farmasi. Akademi atau sekolah analis kesehatan/asisten apoteker, pendidikan penataan rontgen, pendidikan komputer dan lainnya. dari keluasan kondisi, letak wilayah cakupan kesehatan, kelancaran tugas, diperlukan sarana dan prasarana jalan, alat transportasi, penerangan serta jaringan komunikasi efektif.

Kedua, jenis pengobatan dan penyembuhan. Keanekaragaman pengobatan dan penyembuhan yang hidup dalam masyarakat memerlukan pendekatan tepat untuk didayagunakan. Ada jenis pengobatan dan penyembuhan yang muncul dari kepercayaan ilmiah mendasarkan rasionalitas logis, bertolak dari pengujian laboratorium tentang bakteri, mikrobiologi, kimiawi, rontgen, radiologi, dll. Model ini dianut dokter dan para medis, bersumber dari sistem medis modern. Ada jenis pengobatan dan penyembuhan berakar dari kepercayaan gaib, magis dan religiusitas, bertolak dari kepercayaan campur-tangan agen nirnyata (supernatural) tentang penyebab penyakit. Pengobatan dan penyembuhan ditekankan pada keharmonisan hubungan atau pengusiran agen penyakit itu. Model ini dianut para penyembuhnya dengan pelbagai sebutan yaitu dukun, orang pintar, kiai, para normal, prana, dll. Model ini dilabelkan medis tradisional. Di samping ke dua jenis tersebut, ada pengobatan datang dari pengetahuan masyarakat umum tentang penyakit dan obat-obat tertentu yang dikerjakan sendiri atau anggota keluarga lainnya. Baik melalui obat-obat bebas yang diperdagangkan di apotik, depot obat atau warung, maupun obat dari tumbuh-tumbuhan, hewan atau mineral tertentu dari bahan yang tersedia di lingkungannya (tanaman obat keluarga "Toga"). Ini yg disebut dengan pengobatan sendiri atau pengobatan keluarga (*self atau home treatment*). Sumber pengetahuan tentang khasiat dan cara penggunaannya diperoleh dari orang tua-tua sebelumnya secara turun-temurun atau dari mulut ke mulut kerabat maupun tetangganya. Berarti antara sistem medis modern dengan sistem medis tradisional (penyembuh lokal/mengobati sendiri), karena sama-sama hidup di masyarakat Indonesia, memerlukan pemecahan pengembangan masing-masing di satu sisi, upaya integrasi, terpadu,

likuidasi, penyandingan, koordinasi serta legalisasi di sisi lain. Sekaligus menyangkut penelitian eksistensi, efektivitas, sosialisasi, regulasi legalitas, hingga pembudayaan.

Tentu diperlukan keterbukaan pintu hati ahli-ahli ilmu kesehatan dan kedokteran modern, medis tradisional, hukum, agama, sosial, bersama menjembatani perbedaan kepercayaan, metode dan pendekatan masing-masing sistem medis tersebut sebagai suatu kekuatan besar dalam dunia medis Indonesia dengan mengabaikan ego sentris medis masing-masing, sepanjang penggunaan lintas medis itu real fungsional dan strukturisasi serta aksiologinya.

Ketiga, segi pendekatan multidipliner dalam strategi kesehatan. Perkembangan visi, misi, tujuan, strategi dan program kesehatan bergeser dari orientasi kedokteran yaitu penyakit "*Diseases*", kepada orientasi kesehatan "*hygiene*" yang arah pembinaannya menjadi lebih luas "*fitness to wellness whell*". Pembinaan kesehatan dipusatkan kepada kualitas kesehatan masyarakat yang kawasannya *eco-socio-religio-cultural* masyarakat. Konsep kesehatan diserasikan dengan konsep lingkungan-sosial-agama-budaya lokal atau modal dasar masyarakat "*local wisdom and social capital*". Masalah kesehatan tidak ditangani Dokter, Para Medis dan Apoteker serta Analis, Perawat, Bidan, Ahli Kesehatan Masyarakat semata, tetapi bekerja sama dengan ahli ilmu sosial budaya dan agama "*medico team worker*". Baik itu ahli ekonomi, geologi, teknologi, hukum, sosiologi, bahasa, agama, dan antropologi serta disiplin terkait lainnya. Bagaimana cara, pendekatan, model, dan penataan kerja sama di antara tenaga-tenaga ahli di bidang masing-masing sampai terintegrasi merupakan masalah yang membutuhkan pemecahan serius. Termasuk pemecahan kendala koordinasi struktur dan fungsional serta jangkauan teritorial.

Kempat, segi target yang ingin dicapai. Upaya kesehatan bagian dari kesejahteraan hidup manusia Indonesia seutuhnya, harus berwujud tahapan-tahapan kemajuan terukur yang hendak dicapai. Seperti digariskan WHO "Kesehatan untuk semua tahun 2000: Health for all in 2000 years". Cakupannya meliputi: Penanggulangan jenis penyakit, pemenuhan gizi, kesehatan lingkungan, keluarga berencana dan kependudukan yang baik, penanganan penyakit akut dan kronis, faktor-faktor psikososiobudaya dan agama dalam penyakit infeksi, masalah kesehatan dan keabnormalan jiwa, temuan teknologi baru untuk semua kegiatan kesehatan, sanitasi dan vaksinasi, perencanaan, pelaksanaan dan penilaian sistem kesehatan serta berbagai penelitian dan

pengembangan yang dibutuhkan. Semua ini membutuhkan penanganan serius, pendanaan, kerja sama ahli antardisiplin serta partisipasi warga berbagai kalangan. Bahkan memerlukan bantuan masyarakat internasional (Rukmono, 1982: 26; Naggar, 1986: 15).

Faktor-Faktor Pendukung Pembangunan Kesehatan di Indonesia

Upaya pembangunan kesehatan diperlukan dukungan berbagai faktor: Birokrasi (Pemerintah); Ahli: Kedokteran; Ilmu Ilmu Sosial serta Teknologi; Sosial Budaya Masyarakat; Medis Tradisional; Dan Hubungan Internasional.

Birokrasi (Pemerintah). Pemerintah melalui Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 99-a/Men.Kes/SK/III/1982 tanggal 2 Maret 1982 menetapkan berlakunya Sistem Kesehatan Nasional (SKN) untuk menentukan arah, tujuan dan dasar-dasar pembangunan kesehatan sebagai kesatuan yang menyeluruh, terpadu serta berkesinambungan sebagai bagian dari pembangunan nasional. Baik yang diselenggarakan pemerintah, organisasi, maupun perorangan.

Untuk pembangunan kesehatan, pemerintah pusat menyediakan anggaran setiap tahun, baik untuk perangkat keras maupun lunak. Anggaran untuk sektor ini terus meningkat. Tahun 1992–1997 \pm antara 1,5–2,5% dan tahun meningkat menjadi 2004–2009 \pm 5–7,5% dari Anggaran Belanja Negara. Dalam RPJM 2009–2014 anggarannya sekitar \pm 7,5–9%. Selain itu ada juga biaya yang berasal dari masyarakat dan Pemerintah Daerah (provinsi, kabupaten dan kota) yang rinciannya belum diketahui.

Pendanaan pembangunan kesehatan yang dibutuhkan ditujukan kepada sektor-sektor: perencanaan perluasan jangkauan upaya kesehatan; peningkatan kuantitas dan kualitas sumber daya tenaga kesehatan; pengadaan dan pengendalian obat-obatan; manajemen upaya kesehatan; meningkatkan peran serta masyarakat; dan kerja sama lintas sektoral.

Ahli-Ahli Kedokteran, Ilmu-Ilmu Sosial dan Teknologi. Disiplin Kedokteran, terus berusaha mengembangkan ilmunya, baik terkait penyakit fisik dan psikologis serta pengobatan dan penyembuhannya. Perkembangan spesialisasi di bidang kedokteran pun meluas, seperti spesialisasi: gizi radiologi, THT, kebidanan, anak, mata, kulit, penyakit dalam, paru, saraf, gigi dan mulut serta orthodontik, ahli bedah/ortopedi

dan traumatologi, ahli jiwa/psikiater, termasuk akupunktur (Rukmono, 1982:27). Demikian juga pembinaan kesehatan menyeluruh. Mulai promotif/konstruktif, preventif, rehabilitatif bahkan preservatif, selain fungsi kuratif. Pihak kedokteran juga bekerja sama dengan ahli lainnya menangani masalah kesehatan secara meluas.

Disiplin Ilmu Sosial. Ilmu-ilmu sosial menyumbangkan data, konsep, teori, model pendekatan, membantu pengembangan ilmu kesehatan. Sosiolog misalnya mengidentifikasi 'key-person' dalam masyarakat yang berguna untuk mengembangkan partisipasi masyarakat dalam program-program kesehatan. Antropolog, menyumbangkan pengetahuan kebiasaan makan golongan-golongan etnik, menu makanan yang disajikan sehari-hari, pembagian makanan di antara anggota keluarga, pengetahuan mengenai nilai dan norma gizi makanan lokal. Ahli hukum dapat menetapkan butir hukum mengenai etik kedokteran pada tenaga kesehatan dan masyarakat awam atau kebijaksanaan harga makanan terkait pemenuhan gizi dan kualitas kesehatan. Ahli pertahanan dan keamanan misalnya, mengembangkan konsep stabilitas yang sehat sehingga memberi iklim cerah untuk pembangunan kesehatan di segala sektor. Ahli agama, misalnya, memberikan dasar-dasar hukum agama mengenai akhlak, yang berkaitan dengan kegiatan kesehatan (Suparlan, 1988:6; Sadli, 1982:30; Hanlon, 1966: 288), dan demikian seterusnya.

Teknologi. Faktor pendukung dari disiplin ini terhadap kemajuan upaya kesehatan adalah semakin derasnya perhatian para teknolog dalam merancang dan memproduksi peralatan-peralatan modern, khususnya peralatan yang memberi kemudahan bagi proses kegiatan pemeriksaan (cek) kesehatan, diagnosa serta penyembuhan sesuatu penyakit dengan sistem laser. Termasuk dalam hal ini peralatan-peralatan rumah sakit. Tidak ketinggalan, perangkat komputer (Muzaham, 1982: 67).

Faktor Sosial Budaya. Warga masyarakat Indonesia pada dasarnya tidak berbeda dengan warga masyarakat lainnya di dunia ini dalam prinsip upaya kesehatan. Penanggulangan penyakit merupakan bagian dari tanggung jawab warga masyarakat yang sehat khususnya kerabat terdekat terhadap seseorang yang menderita penyakit. Ide pembangunan kesehatan, pencegahan dan penyembuhan penyakit, bahkan yang bersifat rehabilitasi, merupakan kegiatan yang tidak

terpisahkan dari pola kehidupan masyarakat Indonesia, meskipun barangkali porsinya masih kecil.

Warga masyarakat umumnya memperlihatkan kemauannya mendatangi tempat pelayanan kesehatan jika ada yang sakit. Malah bersedia membiayai penyembuhan penyakitnya atau keluarganya. Ada yang bersedia menyumbangkan harta benda, uang, dan juga darah, baik terhadap negara, lembaga swasta maupun terhadap usaha perorangan (SKN, 1982: 31 dan RPJM 2004-2009).

Begitu pula menjaga kesehatan rumah tangga, masyarakat, serta ekologinya. Warga banyak menunjukkan kesadaran tinggi, melahirkan perilaku menguntungkan kesehatan. Robertson dalam tulisannya "*Social Aspect of Health and Illness*" menyatakan ada 4 hal yang membuat seseorang tertarik kepada upaya kesehatan: (1) Ada penilaian orang bersangkutan terhadap sesuatu gangguan atau ancaman atas fungsi kesehatannya; (2) Timbulnya kecemasan terhadap kejadian tersebut; (3) Penerapan pengetahuan orang bersangkutan dengan masalah kesehatan, khususnya gangguan yang dialaminya; (4) Dilakukannya tindakan manipulatif meniadakan gangguan tersebut. Atas dasar ini Saparinah Sadli mengkaitkan dengan model perilaku kesehatan masyarakat Indonesia dimana individu dan lingkungan sosial saling berpengaruh. Perilaku individu selalu dalam jaringan norma sosial tertentu. Pertama, perilaku kesehatan individu, sikap dan kebiasaan bertindak berkaitan erat dengan keterikatannya dalam tiga lingkungan berikut; Kedua, lingkungan keluarga; Kebiasaan-kebiasaan mengenai kesehatan; Ketiga, lingkungan terbatas: Tradisi khusus mengenai cara mengobati orang sakit, definisi khusus apa itu sakit dan pengobatan serta pranata puskesmas; Keempat, lingkungan umum: Undang-undang kesehatan serta program kesehatan dan gizi (Sadli, 1982: 29). Semua faktor tersebut dapat membantu, mempercepat pembangunan negara di bidang kesehatan atau sebaliknya.

Faktor-Faktor Penghambat Pengembangan Kesehatan di Indonesia

Faktor penghambat disoroti dari sudut sosial budaya. Telah dibentangkan di awal unsur budaya universal, meliputi: Agama; Ekonomi; Ilmu Pengetahuan; Teknologi; Organisasi Sosial; Bahasa dan Komunikasi; serta Kesenian.

Faktor Agama dan Kepercayaan Gaib Non Religi. Agama yang hidup di tanah air memiliki nilai dan norma pembentukan mental bangsa

di bidang ritual dan seremonial serta akhlak berupa moral serta etika dan tatakrama dalam kehidupan. Selanjutnya ada juga ajaran agama tentang campur tangan tuhan seketika tatkala umatnya sudah keterlaluan dalam perilaku menyimpang dalam penjamahan alam atau komunikasi sesama manusia. Khusus dalam hal pembangunan kesehatan di Indonesia, banyak didapatkan data tentang pengaruh kepercayaan yang dapat menghambat upaya pembinaan kesehatan secara biomedis. Misalnya kepercayaan bahwa penyakit seseorang disebabkan oleh campur tangan agen penyakit yang bersumber dari luar diri dan luar lingkungan alam manusia. Dipercayai juga penyembuhannya, mesti dengan membujuk atau mengusir agen atau mengobati dosa kepada supernatural penyebab penyakit itu. Hal ini bisa mengakibatkan seseorang penderita berkunjung ke puskesmas atau rumah sakit atau klinik (Jordaan, 1985:126). Di samping itu banyak pula kepercayaan tentang penyakit diare balita di berbagai wilayah di Indonesia ciri pertumbuhan seperti: "mau pandai jalan dan bicara", "tumbuh gigi", dsb. Penderita tidak diobati, dibiarkan mengalami dehidrasi (kekurangan cairan tubuh) lebih lama dan bisa membawa kematian (Depkes, 1986:77).

Di beberapa tempat anak menderita sakit kulit, korengan, dipercayai karena banyak makan yang asam-asam, sehingga jadi korengan. Dari itu asam harus dipantangkan. Padahal vitamin C yang bersumber pada makanan yang asam-asam penting bagi pembentukan kulit baru jika luka atau sakit. Jika penyakit diare balita atau anak korengan itu bertambah parah, dianggap karena kemasukan roh halus atau kesambat, maka penyembuhannya membujuk atau mengusir roh tadi, melalui penyembuh tradisional atau agama. Banyak juga pemuka agama yang melarang melakukan sesuatu kegiatan pengembangan program kesehatan karena diyakini bertentangan dengan agama seperti mengharamkan program keluarga berencana secara total tanpa kategorisasi aspeknya, sehingga penduduk setempat tidak berani melakukannya takut dikucilkan atau dapat sanksi sosial dalam komunitasnya. Hal ini memperlambat pengendalian ledakan penduduk yang juga berdampak negatif ke kesehatan (UNICEF Indonesia, 1986:3).

Segi Ekonomi. Sebagian besar warga masyarakat pedesaan dan pinggiran kota yang miskin (40% penduduk Indonesia dari acuan sembilan bahan pokok/dapur), merasa berat memikul biaya pengobatan biomedis yang diselenggarakan di puskesmas, rumah sakit dan klinik

pemerintah, terutama yang diselenggarakan swasta. Warga masyarakat sering menghindari pengobatan biomedis, pergi ke penyembuh medis tradisional yang biayanya sukarela atau pengobatan sendiri (Boedhihartono, 1989:17; Soenardi, 1989:86).

Segi Ilmu Pengetahuan. Hambatan dari segi ilmu pengetahuan, dapat bersumber dari lembaga pengembangan ilmu pengetahuan biomedis, dari sistem medis tradisional serta dari warga masyarakat. Dari bagian pengembangan ilmu di lembaga pendidikan kesehatan misalnya fakultas kedokteran, terlihat antara lain: (1) Konsep baru dalam pembangunan kesehatan belum disosialisasikan secara luas sehingga kurang dipahami masyarakat; (2) Pengembangan fakultas dalam beberapa segi lebih mementingkan mutu internasional daripada kebutuhan pembangunan nasional, lokal, pulau terluar dan komunitas adat terpencil; (3) Orientasi fakultas masih mempertahankan zaman emas spesialis klinik, sedikit sekali pada kesehatan prima; (4) Pandangan lebih dominan atas pendekatan monodisipliner daripada inter dan multidisipliner; (5) Bagian kesehatan masyarakat belum mampu mengubah suasana orientasi penyakit ke arah kesehatan secara luas (Loedin, 1982:11). Hal ini terbawa oleh dokter-dokter atau paramedis sebagai alumni yang berpraktik di institusi-institusi kesehatan, baik di Pemerintahan maupun Swasta.

Dari bagian medis tradisional lain lagi. Sistem pengetahuan dari pelayanan kesehatan secara tradisional banyak yang bersifat lisan dan karena itu sulit dimengerti, diawasi dan dibakukan. Peralihannya dari satu angkatan yang tua ke angkatan muda berikutnya juga bersifat lisan dan diam-diam (esoteris). Biasanya melalui sistem magang. Seorang yang ingin menjadi penyembuh seperti dukun, dengan atau tanpa isyarat Ilham kesaktian, mulai dengan membantu seorang dukun yang sudah terkenal dan seringkali sejak ia masih kecil (Suparlan, 1991:11).

Hal penting dari pemraktik medis modern dan medis tradisional, yang jadi hambatan adalah: (1) Perbedaan dalam proses sosialisasi dan profesionalisasi, sehingga persepsi terhadap sesuatu objek yang sama akan dapat berbeda; (2) Suasana saling mengecilkan arti upaya kesehatan antara satu dengan lainnya; (3) Kurangnya ilmu pengetahuan dari masing masing sistem medis itu yang sesuai dengan tuntutan perkembangan berbagai penyakit yang timbul seperti: penyembuhan asma, tumor/kanker, dan aids.

Sebaliknya dari pihak warga masyarakat. Di Indonesia berlaku juga apa yang dikatakan J. Kosa dan L.S. Robertson dalam artikelnya *social aspect of health and illness* yang isinya perilaku kesehatan individu cenderung dipengaruhi kepercayaan yang bersangkutan terhadap kondisi kesehatan yang diinginkan dan kurang didasarkan pada pengetahuan ilmu-ilmu biologi. Termasuk konsep sehat dan sakit. Secara biomedis telah digariskan dalam SKN dan WHO sehat itu adalah kondisi seseorang yang lepas dari gangguan kimiawi, gizi, bakteri, cacat serta kelemahan fisik. Juga memiliki ketenangan jiwa, kesenangan, kegembiraan atau kebahagiaan dalam hidup. Sebaliknya adalah sakit. Akan tetapi warga masyarakat di desa umumnya memahami sehat adalah seseorang yang dapat menjalankan tugas hidup atau sosialnya. Sakit adalah orang yang tidak berdaya keluar rumah melakukan rutinitasnya. Sementara yang disebut sembuh menurut medis modern, jika kondisi sehat itu mencapai lepas dari gangguan kimiawi, gizi, bakteri/infeksi dan kelemahan) "diseases". Sedangkan menurut warga masyarakat sembuh adalah tidak lagi merasakan sakit atau kelainan perasaan dari sejumlah komponen organnya "illness". Jadi berorientasi pada gejala "simptom". Berbeda dengan pendekatan biomedis yang berorientasi pada penyebab gejala (*etio-simptomatology*) seperti perasaan panas dingin kaitannya dengan typhus/bakteri salmonella, dll. (Landy 1977:170; Young. 1982:265).

Hal ini berhubungan pula dengan banyaknya perilaku warga masyarakat yang sengaja atau tidak sengaja merugikan (di samping menguntungkan) warga masyarakat dari segi kesehatan, seperti dilukiskan oleh Kalangie (1982:56), sebagai alternatif-alternatif perilaku kesehatan yang diskemakan oleh Dunn sebagai berikut:

Tabel 1 Hubungan Antara Perilaku Kesehatan dengan Status Kesehatan

Perilaku	Sengaja	Tidak Sengaja
Merugikan Kesehatan	1	3
Menguntungkan Kesehatan	2	4

Sumber: Dunn dikutip oleh Kalangie (1982).

Di Indonesia misalnya, kebiasaan (merugikan) mandi malam sebagai sumber penyakit *rheumatic*; merokok (merugikan umum di berbagai negara) potensil melahirkan penyakit paru-paru, jantung, kanker, impotensi, gangguan kehamilan dan janin; membuang sampah di sembarang tempat mengakibatkan saluran air rumah tangga tidak

lancar menyuburkan pembiakan nyamuk aedes penular penyakit demam berdarah (*dengue*), dan seterusnya. Kebiasaan (menguntungkan) bersugi tembakau bagi ibu-ibu pemakan sirih dapat memperkuat giginya; petani turun ke sawah pada pagi selesai shalat subuh atau menjelang fajar menyingsing membuat paru-paru dan pernafasannya lebih sehat.

Segi Teknologi. Dari sistem medis modern, banyak alat diagnosa dan therapi baru belum dimiliki oleh kebanyakan rumah sakit dan puskesmas daerah, khususnya Tingkat II dan Kecamatan. Adapun dari sistem medis tradisional sering sekali menggunakan peralatan-peralatan dari benda-benda yang kurang higienis atau tidak steril, sehingga terjadi dampak negatif. Seorang paraji (dukun bayi) sering sekali memotong tali pusar bayi dengan sembilu, pisau atau gunting yang kurang bersih. Kemudian bekas potongan ditutup dengan abu dapur yang mungkin mengandung bakteri. Hal demikian, dapat menimbulkan kejang-kejang bagi bayi, menderita tetanus dan akhirnya meninggal.

Segi Organisasi Sosial. Pranata sosial di desa, ujung tombak pembangunan kesehatan nasional belum menggembirakan. Misalnya posyandu sebagai inti kekuatan pranata kesehatan di pedalaman, banyak yang tersendat bahkan mati. Terkadang disebabkan warga masyarakat yang suami-istri sama-sama bekerja. Atau anak mereka banyak kecil-kecil sementara saat posyandu buka, tidak ada yang jaga sebagian anaknya. Kalau dibawa semua anak biaya jajan anak lebih membengkak. Saat lain, disebabkan petugas teknis medis puskesmas (dokter atau para medis) yang membinanya sering datang terlambat atau tidak datang. Di sudut lain warga masyarakat kurang mau ke posyandu karena kalau ada anak sakit, posyandu tidak mengobatinya kecuali sekedar menganjurkan ke puskesmas atau ke rumah sakit, sehingga warga masyarakat lebih cenderung langsung saja ke puskesmas daripada ke posyandu (Riskesdas, 2008: 223–227).

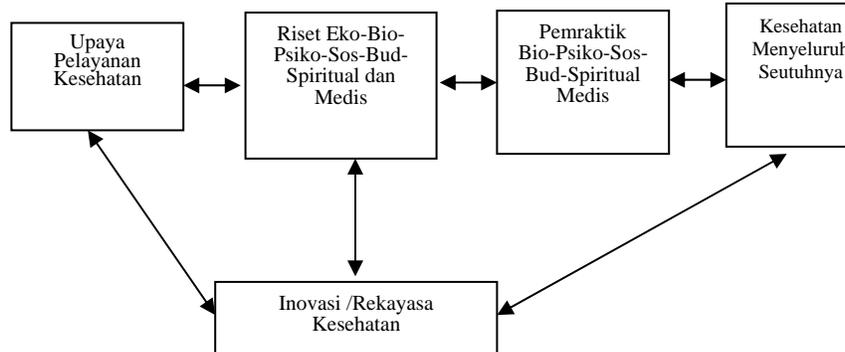
Segi Pranata Hukum "Legalitas" Kesehatan. Sejumlah praktik medis tradisional telah dilegalisasi oleh Kementerian Kesehatan seperti: akupunktur, tetapi pemraktik lainnya seperti magik-religious, herbalis, dukun patah tulang, dan paraji, belum secara resmi mendapat izin praktik. Masalahnya selain cara bekerjanya yang belum dapat diketahui secara tepat, juga masih memerlukan diskusi para ilmuan seperti yang dikemukakan oleh Boedhihartono (1989:24) tentang apakah mereka berhak mengeluarkan "surat sakit seorang pasien", "surat keterangan

meninggal", "sebagai saksi di pengadilan tentang visum sebab-sebab meninggalnya seseorang karena *black magic* atau biasa", atau "berlaku tidaknya surat keterangan penyembuhan tradisional untuk mendapatkan asuransi kesehatan maupun asuransi kecelakaan yang berhubungan dengan jiwa atau harta benda, dsb". Tentu perlu melibatkan Kementerian Kehakiman, Kementerian Kesehatan dan Kementerian Pendidikan Nasional, bahkan Kementerian Agama. Apakah semua pengobatan atau penyembuhan medis tradisional akan diperlakukan sama atau ada kekecualian, masih belum tuntas hingga sekarang walaupun landasan hukumnya sudah ada, yaitu pada UU No. 36 Tahun 2009.

Di Indonesia banyak terdapat masyarakat tradisional dan bahkan komunitas terpencil. Sifat anggota masyarakat seperti ini masih penganut sistem kepercayaan yang sukar membedakan tindakan rasional dengan irrasional. Jadi sistem pengobatan tradisional masih perlu dipetarangkan dan didokumentasikan secara menyeluruh. Hingga sekarang belum terdata secara rinci. Kekayaan data pengobatan alternatif sungguh penting sebagai dasar menentukan kategorisasi, acuan, prosedur atau proses yang serasi. Tidak tumpang tindih dengan biomedis dalam bentuk inkorporasi, integrasi, adopsi atau legalisasi atau apapun strategi yang disepakati (Boedhihartono, 1989:21).

Segi Bahasa. Acapkali istilah atau penjelasan dalam dunia kedokteran tidak dipahami warga masyarakat sewaktu dikomunikasikan oleh petugas kesehatan. Sehingga warga yang awam cenderung salah menginterpretasi (mis-komunikasi). Begitu juga tentang pemraktik medis tradisional cenderung menjelaskan kepada warga masyarakat istilah kedokteran modern (untuk jastifikasi) dengan mengkomunikasikannya dengan istilah-istilah medis tradisional yang sebenarnya tidak sama. Di satu segi warga masyarakat merasa dapat dukungan spiritual yaitu mendapatkan pengobatan sebenarnya dari pengobat tradisional seperti dukun sebagai pengganti dokter biomedis. Akan tetapi sesungguhnya penyakit menuntut penyembuhan ke tingkat medis modern (biomedis), seperti penyakit infeksi, tetanus dan tumor yang dipandang karena kesambat atau terkena *black magic*. Jika diskemakan kerangka konseptual yang penulis tawarkan dalam artikel ini adalah sebagai berikut:

Bagan 5: Hubungan Pelayanan Kesehatan dengan Rekayasa Kesehatan



Kesimpulan

Pembangunan kesehatan di Indonesia pada dekade terakhir cukup pesat. Pembangunan kesehatan meliputi biomedis, tradisional, keluarga atau sendiri. Disangga sejumlah faktor pendukung (*stimulant*) dan faktor kendala (*barrier*). Ada yang datang dari penyelenggara biomedis, pemraktik tradisional dan juga dari pemraktik keluarga atau sendiri. Baik dari pemerintah, swasta dan warga masyarakat. Dari pemraktik disiplin kedokteran dan ilmu-ilmu sosial. Proposisi hipotesis sebagai kecambah teori besar (*grand theory*) yang dapat penulis bangun dari uraian terdahulu adalah “semakin intensif studi faktor pendukung dan penghambat dari segi ekologi, biologi, psikologi, social, budaya, dan religi dibarengi uji coba inovasi medis ansih dalam biomedis serta psikoterapi sebagai acuan mendasari pengambilan kebijakan dan implementasinya dalam pembangunan kesehatan di Indonesia, akan mewujudkan idea utopis tentang kesehatan menyeluruh”.

Selama \pm 40 tahun lalu program kesehatan yang dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan RI terlalu berorientasi pada teknis biomedis dan kurang memperhatikan faktor sosial budaya dan perilaku bahkan sampai sekarang (tahun 2010) masih minim. Hasil-hasil penelitian yang diperoleh Litbangkes Depkes lebih mengarah pada kepentingan pengembangan ilmu dan penerapan biomedis ansich yang jauh hubungan dengan faktor sosial budaya. Banyak masalah kesehatan tidak dapat dipecahkan oleh ilmu kedokteran melalui pendekatan teknis biomedis semata. Akan tetapi memerlukan sinergi dan kolaborasi dengan berbagai disiplin sosial budaya. Untuk itu harus diperhitungkan arah perubahan sosial, keadaan sosial budaya dari penerima (*recipient*),

kehendak dan aspirasi mereka terhadap perubahan serta hubungan sosial yang telah tertanam nilai dan normanya dalam masyarakat.

Ilmu-ilmu sosial budaya membantu merumuskan tipe perubahan masyarakat dalam berbagai keadaan. Berguna dalam penentuan kebijaksanaan, strategi, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi upaya kesehatan fisik, psikis, sosial, emosional, dan spiritual. Memberi masukan kepada sistem monitoring pelaksanaan program-program kesehatan.

Perlu identifikasi hambatan antara ilmu/ilmuwan sosial dengan ilmu/ilmuwan dan pemberi jasa kesehatan. Hambatan dari usia ilmu-ilmu sosial, birokrasi, serta kemungkinan lain. Digali lewat penelitian pendekatan "*ethic-emic*" yaitu data dari keprofesionalan ilmu kedokteran dan ilmu-ilmu sosial (akademis), maupun dari fenomena sosial budaya yang hidup sebagai kebiasaan yang menjadi adat istiadat masyarakat (*social customs*). Kemudian dicari solusi lewat *workshop* intersubjektivitas. Dengan demikian diharapkan pembangunan kesehatan di Indonesia, berhasil mencapai tujuan dan sasarannya yaitu "manusia indonesia sehat seutuhnya".

Daftar Pustaka

- Adhyatma NI.1986. *Peningkatan Upaya Pencegahan dalam Program Pemberantasan Penyakit Diare*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular.
- Boedhihartona. 1982. *Current State and Future Perspective of Traditional Healers in Indonesia*. Dalam David Mitchell, (Ed.), 'Indonesia Medical Traditions. Monash University, Melbourne.
- Budhisantoso, S. 1987. *Jawanisasi atau Keterikatan Budaya dalam Kontak Antarkebudayaan*. Dalam Muhajir, dkk. (Penyunting Seminar Budaya Februari 1987) "Evaluasi dan Strategi Kebudayaan". Jakarta: UI Press.
- Clark, Margaret, 1959. *Health in The Mexican-American Culture: A Community Study*. Berkeley: University of California Press.
- Cunningham, W.H. 1970. *Thai 'Injection Doctors': Antibiotic Mediators*. *Social Science & Medicine* 4: 1–24.
- Depkes RI, 2009. *Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan*. Jakarta: Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia.

- , 2008. *Laporan Hasil Penelitian Dasar (Risikesdas) Indonesia-Tahun 2007*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes RI
- Foster, George M. 1976. *Medical Anthropoloy and International Health Planning*. Edited by Medical Anthropology Newsletter. Berkeley: University of California.
- Geertz., Clifford. 1973. *The Interpretation of Cultures*. New York: Basic, Books, Inc., Publishers.
- Heerjan, Soeharto. 1987. *Apa Itu Kesehatan Jiwa? Suatu Pengantar Ke Bidang Kesehatan Jiwa Masyarakat*. Jakarta: Penerbit Fakultas Kedokteran UI.
- Hartono, G. 1989. *Peranan Pemberantasan Penyakit Diare dalam Peningkatan Kualitas Hidup dan kelangsungan Hidup Anak di Indonesia*. Jakarta: Percetakan Negara dan Depkes RI.
- Kalangie, Nico S. 1977. *Beberapa Masalah Sosial-Budaya dalam Inovasi Kesehatan dalam Suatu Komuniti Pedesaan*. Jakarta: Medika, No. 5 Tahun III.
- Koentjaraningrat. 1982. *Ilmu-Ilmu Sosial dan Pembangunan Kesehatan*. Jakarta: Proceeding, Seminar Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes RI.
- Landi, David. 1971. *Cultate, Diseases and Healing. Studies in Medical Anthtropoloy*. New York: Macmillan Publishing Co., Inc.
- Loedin, A.A. 1982. *Peranan Ilmu-Ilmu Sosial dan Pengembangan Kesehatan*, Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Lubis, S. dan Abdi, Moh. 1979. *Pengobatan Cara Timur dan Barat*. Surabaya: Usaha Nasional.
- Marrison, Malcom. 2002. "Cocept of Health & Fitness. The Exercise Teachers Academy" in *The American Journal of Health Promotion*.
- Mahoncy, Elizabeth Anne. 1976. *Tehnik Mengumpulkan dan Mencatat Riwayat Kesehatan*. Jakarta: Pusat Pendidikan dan Latihan Pegawai Departemen Kesehatan RI.

- Muzaham, Fauz. 1982. *Penelitian Kesehatan di Indonesia. (Sebuah Tinjauan dan Pembahasan)*. Jakarta: Pusat Penelitian Ekologi Kesehatan, Depkes RI.
- Polgar, Steven. 1962. *Health and Human Behavior: Areas of Interest Common to The Social and Medical Sciences*. *Current Anthropology* 3: 159-205.
- Pemerintah RI. 2005. *Peraturan Pemerintah RI No. 7 Tahun 2005 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2004-2009*. Jakarta: CV. Tamita Utama.
- Rukmana, Bintari. 1982. *Peranan Ilmu-Ilmu Sosial dan Ilmuannya Dalam Penelitian: Bidang Kesehatan*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Sastroamidjojo, Seno. 1982. *Peranan Penelitian Ilmu-Ilmu Sosial dalam Pembangunan Kesehatan*. Jakarta: Fakultas Psikologi UI.
- Spradley, J.P. 1972. *Foundation of Culture Knowledge*. Dalam *Culture and Cognition: Rules, Maps, and Plans*, Edited by J.F. Spradley. San Francisco: Chandler Inc.
- Sri Kardjati. 1985. *Aspek Kesehatan dan Gizi Anak Balita*, Jakarta: Direktorat Bina Gizi Masyarakat dan Yayasan Obor Indonesia.
- Suparlan, Parsudi. 1987. *Evaluasi Keberhasilan Program Peningkatan Kesehatan Masyarakat dengan Menggunakan Model Experimental Field-Base Training*. Jakarta: Pusat Pendidikan dan Latihan Pegawai Depkes RI
- , 1991. *The Javanese Dukun*. Jakarta: Feka Publication.
- Tan, Mely G. 1982. *Pelayanan Kesehatan. Mempranatakan Kerja Sama Ilmuan Kesehatan dan Ilmuan Sosial*. Jakarta: Letnakes-LIPI,
- Young, Allan. 1987. *The Anthronologies of Illness and Sickness*. America: Reviews Anthropology Inc.
- Watson, Goodwin. 1968. *Resistance to Change. Dalam The Planning of Change* (Ed, by Warren G, Bennis et. Al.), New York: Holt Rinehart and Winston, Inc.
- World Health Organization (WHO). 1999. *Ethical Issues and Professional Responsibility*. *Bulletin International Digest of Health Legislation* Vol. 50, No. 4, 1999.