

SOSIOLOGI KESEHATAN DAN PENYAKIT



**Ramli, Tati Sumiati, A Syamsinar Asmi, Yulianita,
Pratiwi Indah Lestari, Niken Bayu Argaheni,
Pius Weraman, Christina Nayoan,
Nissa Noor Annashr, Eriyono Budi Wijoyo**

SOSIOLOGI KESEHATAN DAN PENYAKIT

**Ramli
Tati Sumiati
A Syamsinar Asmi
Yulianita Pratiwi Indah Lestari
Niken Bayu Argaheni
Pius Weraman
Christina Nayoan
Nissa Noor Annashr
Eriyono Budi Wijoyo**



PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

SOSIOLOGI KESEHATAN DAN PENYAKIT

Penulis :

Ramli
Tati Sumiati
A Syamsinar Asmi
Yulianita Pratiwi Indah Lestari
Niken Bayu Argaheni
Pius Weraman
Christina Nayoan
Nissa Noor Annashr
Eriyono Budi Wijoyo

ISBN : 978-623-198-086-1

Editor : Mila Sari, M.Si

Melda Yenisa, S.K.M

Penyunting : Rantika Maida Sahara, S.Tr., Kes.

Desain Sampul dan Tata Letak : Atyka Trianisa, S.Pd

Penerbit : PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jl. Pasir Sebelah No. 30 RT 002 RW 001
Kelurahan Pasie Nan Tigo Kecamatan Koto Tengah
Padang Sumatera Barat

Website : www.globaleksekutifteknologi.co.id

Email : globaleksekutifteknologi@gmail.com

Cetakan pertama, 16 Februari 2023

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan
dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT dalam segala kesempatan. Sholawat beriring salam dan doa kita sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis telah menyelesaikan Buku Sosiologi Kesehatan Dan Penyakit ini.

Buku ini membahas Konsep Sosiologi Kesehatan, Konstruksi Sosial pengetahuan medis, Perkembangan Sosiologi kesehatan, Liberalitas, dan perkembangan neo-liberalisme dalam kebijakan kesehatan, Persons, Sosiologi Amerika dan peranan sakit, Agama dan kesehatan, Kesehatan, Gender dan Feminimisme, Kesehatan dan keperawatan dalam masyarakat bencana.

Proses penulisan buku ini berhasil diselesaikan atas kerjasama tim penulis. Demi kualitas yang lebih baik dan kepuasan para pembaca, saran dan masukan yang membangun dari pembaca sangat kami harapkan.

Penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dalam penyelesaian buku ini. Terutama pihak yang telah membantu terbitnya buku ini dan telah mempercayakan mendorong, dan menginisiasi terbitnya buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi masyarakat Indonesia.

Padang, 16 Februari 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI.....	ii
DAFTAR GAMBAR	vi
BAB 1 KONSEP SOSIOLOGI KESEHATAN	1
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Pengertian Sosiologi dan Ilmu.....	3
1.3 Cabang-Cabang Sosiologi	6
1.4 Sejarah dan Pengertian Sosiologi Kesehatan.....	7
1.5 Perspektif Sosiologi Kesehatan.....	9
DAFTAR PUSTAKA	11
BAB 2 KONSTRUKSI SOSIAL PENGETAHUAN MEDIS	13
2.1 Pendahuluan.....	13
2.2 Asal Usul Konstruksi Sosial	14
2.3 Konstruksi Sosial : Makna Budaya.....	16
2.4 Pengalaman penyakit sebagai konstruksi sosial	21
2.5 Pengetahuan medis sebagai konstruksi sosial	23
DAFTAR PUSTAKA	26
BAB 3 PERKEMBANGAN SOSIOLOGI KESEHATAN	29
3.1 Pendahuluan.....	29
3.2 Perkembangan dan Defenisi Sosiologi Kesehatan.....	30
3.2.1 Perkembangan Sosiologi Kesehatan	30
3.2.2 Defenisi Antopologi Kesehatan.....	31
3.3 Perbedaan Sosiologi Kedokteran dan Sosiologi Kesehatan.....	32
3.4 Ruang Lingkup Sosiologi Kesehatan.....	33
3.5 Kajian Sosiologi Kesehatan	34
3.6 Teori dalam Analisis Perilaku Kesehatan	35
3.7 Prinsip Dasar dan Manfaat Sosiologi Kesehatan	36
DAFTAR PUSTAKA	38

BAB 4 LIBERALITAS, DAN PERKEMBANGAN	
NEO-LIBERALISME DALAM KEBIJAKAN KESEHATAN.....	39
4.1 Liberalitas	39
4.2 Pelayanan Kesehatan di Indonesia.....	40
4.3 Perkembangan Neo-Liberalisme dalam Kebijakan	
Kesehatan.....	41
4.3.1 Definisi Neo-Liberalisme.....	41
4.3.2 Neo-Liberalisme dalam Kebijakan Kesehatan.....	42
4.3.3 Praktik Neo-Liberalisme dalam Fasilitas	
Kesehatan.....	45
DAFTAR PUSTAKA	48
BAB 5 PARSONS, SOSIOLOGI AMERIKA DAN	
PERANAN SAKIT	51
5.1 Pendahuluan.....	51
5.2 Perspektif Sosiologis tentang Kesehatan dan	
Perawatan Kesehatan	52
5.3 Pendekatan Fungsionalis	54
5.4 Pendekatan Konflik	55
5.5 Pendekatan Interaksionis Simbolik.....	57
5.6 Peranan Sakit	59
DAFTAR PUSTAKA	63
BAB 6 AGAMA DAN KESEHATAN	65
6.1 Pendahuluan.....	65
6.2 Agama /Homo Religiosus	67
6.2.1 Apa itu Homo Religiosus?	67
6.2.2 Homo Agama.....	76
6.2.3 Homo Religius sebagai Pemimpin Agama.....	77
6.2.4 Ensiklopedia 1080	78
6.2.5 Kemanusiaan Religius.....	79
6.2.6 Mircea Eliade.....	80
6.2.7 Ilmu Sejarah Agama	81
6.2.8 Yang Sakral dan Yang Profan	82
6.2.9 Simbol dan Mitos	84

6.3 Paradigma Holistik Kesehatan”	84
6.3.1 Masalah Kesehatan Masyarakat di Indonesia	87
6.3.2 Masalah Sehat dan Sakit	88
6.3.3 Konsep Sehat Sakit Menurut Budaya Masyarakat	90
6.3.4 Pengertian Paradigma	95
6.3.5 Strategi Paradigma Kesehatan	95
6.3.6 Strategi dan Sasaran Utama Pembangunan Kesehatan	96
6.3.7 Perilaku Sehat dan Perilaku Sakit	97
6.3.8 Definisi Paradigma Sehat	98
6.3.9 Dasar Pemikiran Paradigma Sehat	100
6.3.10 Tiga Pilar Indonesia Sehat	103
6.3.11 Indikator Utama Indonesia Sehat	103
DAFTAR PUSTAKA	105
BAB 7 KESEHATAN, GENDER DAN FEMINISME	107
7.1 Definisi Gender	107
7.2 Gender dan Kesehatan	109
7.2.1 Gender dan kesehatan mental	114
7.2.2 Faktor-faktor yang menjelaskan perbedaan gender dalam kesehatan	117
7.2.3 Peran gender dan kesehatan	119
7.2.4 Gender dan implikasinya bagi kesehatan	121
7.3 Konsep Feminisme	123
7.4 Hubungan antara Kesehatan Perempuan dan Feminisme	126
DAFTAR PUSTAKA	130
BAB 8 KESEHATAN LINGKUNGAN DAN KANTIN SEKOLAH	135
8.1 Pendahuluan	135
8.2 Kesehatan Lingkungan	138
8.3 Keamanan Pangan	139
8.4 Peranan Kantin Sekolah	141
8.5 Persyaratan Kantin Sekolah Sehat	143

DAFTAR PUSTAKA	153
BAB 9 KESEHATAN DAN KEPERAWATAN	
DALAM MASYARAKAT BENCANA.....	157
9.1 Pendahuluan.....	157
9.2 Bencana	162
9.3 Keperawatan dalam masyarakat bencana.....	165
DAFTAR PUSTAKA	177
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 8.1 : Konsep H. L. Blum	135
Gambar 9.1 : Koordinasi sebelum ke wilayah sasaran semua cluster kesehatan	170
Gambar 9.2 : Pelaksanaan DKJPS pada kelompok rentan.....	171
Gambar 9.3 : Proses pelaksanaan DKJPS pada penyitas di pengungsian	172
Gambar 9.4 : Pelaksanaan DKJPS pada kelompok rentan anak-anak.....	173
Gambar 9.5 : Pelaksanaan DKJPS pada kelompok rentan ibu-ibu	174
Gambar 9.6 : Pelaksaan skrening awal untuk menjangirg penyitas dan pelaksanaan DKJPS pada kelompok besar di pengungsian	175
Gambar 9.6 : Koordinasi pasca DKJPS kepada penanggungjawab wilayah kesehatan	176

BAB 1

KONSEP SOSIOLOGI KESEHATAN

Oleh Ramli

1.1 Pendahuluan

Pada mulanya ilmu sosiologi hanya merupakan bagian saja dari ilmu filsafat. Para ahli filsafat yang menganalisa segala hal yang ada pada alam sekelilingnya, juga tak lupa memikirkan perihal hal masyarakatnya. dengan demikian dalam rangka ilmu filsafat terdapat suatu bagian yang disebut filsafat sosial. Sebelum abad ke-19, teori-teori serta konsep-konsep filsafat sosial tentu berubah, sejajar dengan berbagai perubahan aliran filsafat serta latar belakang cara berpikir orang Eropa Barat pada waktu beberapa abad lamanya.

Di tahun 1800-an/kira-kira pertengahan abad ke-19 sesudah timbulnya krisis-krisis besar dalam kehidupan masyarakat bangsabangsa Eropa (seperti Revolusi Prancis, Revolusi Industri dan sebagainya), timbul kegiatan yang lebih besar dalam menganalisa problem masyarakat; dengan demikian muncul juga kesadaran dari adanya sutu ilmu sosiologi tersendiri, ketika sarjana-sarjana ilmu filsafat Henri de Saint-Simon (1760-1825) dan A. Comte (1789-1857) mengumumkan anggapan mereka perihal sifat positif dari segala ilmu pengetahuan, juga ilmu dari tentang masyarakat atau sosiologi. Perkembangan Ilmu sosiologi menunjukkan kemantapan pada abad ke-20, kira-kira setelah 1925 (Ramli, 2021).

Manusia sebagai makhluk yang unik, karena dibekali akal atau pikiran dan curiositas (rasa ingin tahu), dengan bekal tersebut manusia mempunyai kemampuan untuk mengembangkan ilmu

pengetahuan. Pengetahuan (*knowledge*) merupakan kesan dalam pikiran manusia sebagai hasil penggunaan panca indera sedangkan ilmu pengetahuan (*science*) adalah pengetahuan yang tersusun secara sistematis dengan menggunakan kekuatan pemikiran yang dapat diperiksa atau dikontrol oleh orang yang ingin mengetahuinya (Amiruddin *et. al*, 2022).

Sosiologi merupakan pengetahuan kemasyarakatan yang tersusun dari hasil-hasil penelitian ilmiah dan dapat dikontrol secara kritis oleh orang lain atau manusia. Perilaku masyarakat menjadi lebih dinamis, adapun banyak hal yang tidak terungkap di dunia dan sulit untuk diungkapkan dalam dunia masyarakat. Seperti ilmu apa pun, sosiologi dapat mengungkapkan hal-hal di dunia ini yang belum terlihat, terutama masalah sosial dan masyarakat, dengan perkembangan teknologi informasi dan sosiologi dapat menjelaskan fenomena sosial yang terjadi di dunia maya dan media sosial. Sosiologi, seperti disiplin ilmu lainnya, bermanfaat bagi manusia. Dasar-dasar sosiologi, menjelaskan bahwa ilmu sosiologi mempunyai berbagai manfaat yaitu:

1. Memahami masalah sosial masyarakat dan pola perilaku.
 2. Memahami bagaimana sistem sosial berfungsi atau berkembang.
 3. Memahami mengapa orang mengenali sesuatu dengan caranya sendiri.
 4. Dalam kebudayaan dan masyarakat mengidentifikasi apa yang biasanya kita lakukan.
 5. Memahami mengapa dan bagaimana masyarakat berubah.
 6. Mengembangkan teori untuk memahami masalah sosial.
- Kuipers, K. J., & Sell, J (2008) di kutib dalam (Ramli *et. al*, 2022)

Ahli sosiologi mengkaji kesehatan dan penyakit bukan hanya karena secara intrinsik menarik, dan merupakan isu sentral dari peradaban manusia-yakni, sakit, penderitaan dan

meninggal-melainkan juga karena kajian tersebut membantu kita memahami bagaimana masyarakat bekerja. Bagi sosiolog, pengalaman sakit dan penyakit adalah akibat dari pengorganisasian masyarakat. Sebagai contoh, kondisi kehidupan dan pekerjaan yang buruk menyebabkan orang sakit, dan orang miskin akan mati lebih cepat, daripada orang-orang yang berada di uncak sistem sosial. Bahkan kendati akan ada perbaikan kondisi kehidupan dan praktik medis, tetapi ketidaksetaraan berbasis kelas, gender dan etnisitas tidak ditanggulangi, jarang perbedaan antara si kaya dan si miskin tetap lestari. Penyakit dan ketidaksetaraan terjadi berkelindan. Akibat dari ketidakserasian distribusi sumber daya politik, ekonomi dan sosial yang dibutuhkan untuk hidup sehat adalah unsur sosial dari kesehatan. Orang-orang yang berada dilapisan terbawah sistem sosial lebih rentan sakit dan berumur lebih pendek, dan lebih banyak yang meninggal karena penyakit dan kecelakaan yang sebenarnya dapat dicegah (White, 2011).

1.2 Pengertian Sosiologi dan Ilmu

Menurut Aguste Comte, sosiologi berasal dari kata latin "*socius*" artinya teman atau masyarakat dan "*logos*" dari kata Yunani artinya "*ilmu*". Jadi sosiologi adalah ilmu yang bercerita tentang teman atau ilmu tentang masyarakat".

Menurut kamus besar Bahasa Indonesia (Depdikbud 1988) Ilmu memiliki 2 pengertian, yaitu:

1. Ilmu diartikan sebagai suatu pengetahuan perihal suatu bidang yang disusun secara sistem berdasarkan metodemetode tertentu, yang dapat dipergunakan buat menerapkan gejala-gejala tertentu dibidang (pengetahuan) tersebut, seperti ilmu hukum, ilmu pendidikan, ilmu ekonomi dan sebagainya.
2. Ilmu diartikan sebagai pengetahuan atau kepandaian, perihal soal duniawi, akhirat, lahir, bathin, dan sebagainya,

seperti ilmu akhirat, ilmu akhlak, ilmu batin, ilmu sihir, dan sebagainya.

Dari dua pengertian di atas dapat disimpulkan: Ilmu adalah kumpulan pengetahuan yang disusun secara sistematis, menggunakan metode-metode tertentu.

3. Ilmu (atau ilmu pengetahuan) adalah seluruh usaha sadar untuk menyelidiki, menemukan, dan meningkatkan pemahaman manusia dari berbagai segi kenyataan dalam alam manusia.
4. Ilmu pengetahuan merupakan sesuatu yang dinamis, tersusun sebagai teori-teori yang saling mengeritik, mendukung dan bertumpu untuk mendekati kebenaran (Yuliyati, 2011).

Dari beberapa pengertian di atas maka dapat dikatakan bahwa “ilmu ialah pengetahuan dan pengetahuan artinya ilmu”. Tetapi menurut Soekidjo Notoatmodjo bahwa Ilmu dan Pengetahuan itu berbeda, yakni Pengetahuan (*knowledge*) adalah akibat memahami asal manusia, yang sekadar menjawab pertanyaan “what”, contohnya apa air, apa manusia, apa alam, dan sebagainya. Sedangkan ilmu (*science*) bukan sekadar menjawab “what”, melainkan menjawab pertanyaan “why” dan “how”, contohnya mengapa air mendidih Jika dipanaskan, mengapa bumi berputar, mengapa insan bernafas, serta sebagainya.

Tujuan ilmu pengetahuan artinya buat lebih mengetahui dan mendalami segala segi kehidupan. Pada hakikatnya ilmu pengetahuan muncul sebab adanya hasrat ingin tahu dalam diri manusia. rasa ingin tahu tadi muncul sebab aneka macam aspek kehidupan yang masih gelap bagi manusia dan manusia ingin mengetahui kebenaran dari kegelapan tersebut (Ramli, 2021).

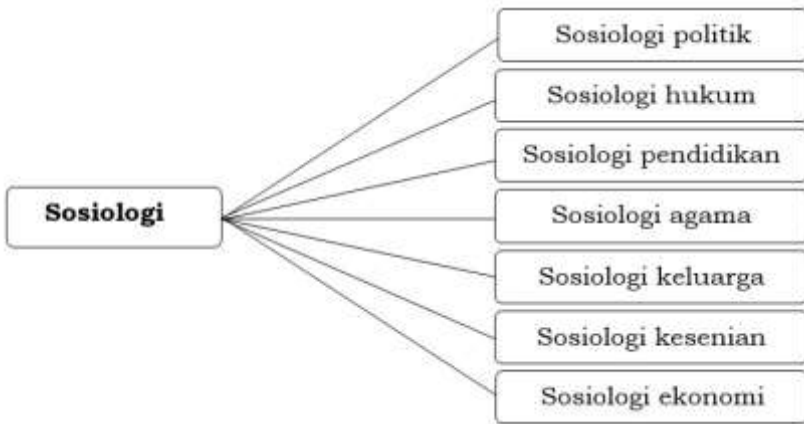
Definisi Sosiologi Menurut Para Ahli

1. *Pitirim Sorokin* mengatakan bahwa sosiologi adalah ilmu yang mempelajari:
 - a. Hubungan timbal balik dan pengaruh antara berbagai macam fenomena sosial (misalnya antara fenomena ekonomi dan agama; keluarga dan moral, hukum dan ekonomi, gerakan masyarakat dan politik dan sebagainya);
 - b. Hubungan timbal balik dan pengaruh antara fenomena sosial dan fenomena non-sosial (misalnya geografis, biologis, dan sebagainya);
 - c. Ciri-ciri umum dari segala macam gejala sosial.
2. *Peter L. Berger*, Sosiologi adalah ilmu yang mempelajari hubungan antara individu dengan individu, individu dengan kelompok, dan kelompok dengan kelompok
3. *Max Weber*, Sosiologi adalah ilmu yang berusaha memahami tindakan sosial (Ramli, 2021).
4. *Roucek dan Warren* mengemukakan bahwa sosiologi adalah ilmu yang mempelajari hubungan antara manusia dalam kelompok-kelompok.
5. *William F. Ogburn dan Meyer F. Nimkoff* dalam bukunya yang berjudul *Sociology* edisi keempat, bahwa sosiologi adalah penelitian secara ilmiah terhadap interaksi sosial dan hasilnya berupa organisasi sosial (Ramli *et. al*, 2022).
6. *Soerjono Soekanto (1983)* mengatakan bahwa Sosiologi adalah ilmu yang mempelajari struktur sosial, proses sosial, termasuk perubahan sosial dan masalah sosial.

Dari pengertian yang dikemukakan oleh para ahli di atas, maka dapat kita simpulkan bahwa sosiologi adalah ilmu yang memahami dan mempelajari segala aspek kehidupan masyarakat (Ramli, 2021)

1.3 Cabang-Cabang Sosiologi

Robert K. Merton, dalam bukunya *Sociology To-day: Problems and Prospects (1959)*, menyebutkan cabang-cabang sosiologi seperti skema berikut:



Menurut Harsja Bachtar, bidang sosiologi dapat digambarkan dalam berbagai bidang keahlian khusus (subdisiplin), diantaranya (Widjaja, 1986:5860): (a) sosiobiologi, (b) sosiologi kesehatan dan penyakit (sosiologi kedokteran, sosiologi klinis, sosiologi perawatan), (c) ilmu kependudukan/kependudukan, (d) sosiologi keluarga dan kekerabatan, (e) sosiologi anak, (f) sosiologi pemuda, (g) sosiologi orang tua, (h) sosiologi komunitas dan regional (sosiologi pedesaan, sosiologi perkotaan), dan banyak subdisiplin sosiologi lainnya.

Dalam perkembangan terakhir muncul cabang-cabang sosiologi baru, yaitu: sosiologi budaya, sosiologi industri, sosiologi masyarakat perkotaan, sosiologi masyarakat pedesaan, sosiologi pariwisata, sosiologi pembangunan, sosiologi lingkungan, sosiologi perubahan sosial dan

sebagainya. Pengetahuan sosiologis ini dapat diterapkan untuk membuat analisis sosial, perencanaan sosial, peramalan, pembuatan kebijakan sosial dan reformasi sosial (Ramli, 2021).

1.4 Sejarah dan Pengertian Sosiologi Kesehatan

Ilmu sosiologi sebagai hasil perkembangan kebutuhan dalam masyarakat. Sejak hampir seabad yang lalu di bidang kedokteran telah ada kebutuhan untuk mencoba memahami faktor-faktor sosial yang terkait dengan pola penyebaran penyakit (epidemiologi) pada kelompok masyarakat tertentu. Maka berkembanglah Sosiologi Kedokteran yang meliputi studi tentang faktor-faktor sosial dalam etiologi/penyebab, prevalensi/jumlah dan interpretasi/interpretasi penyakit, profesi kedokteran itu sendiri dan hubungan antara dokter dan masyarakat umum. Dalam perkembangan selanjutnya, terbukti bahwa upaya pengendalian penyakit masyarakat tidak hanya menjadi tanggung jawab profesi medis, tetapi juga tanggung jawab bersama tenaga kesehatan. Selain itu, pendekatan masalah kesehatan masyarakat diperluas, yaitu dengan mengubah fokus perhatian, dari penyakit menjadi kesehatan. Sejalan dengan perkembangan tersebut, muncul pula Sosiologi Kesehatan yang lebih luas dari sosiologi kedokteran. Selain topik di bidang kedokteran, sosiologi kesehatan juga membahas tentang perilaku kesehatan, pengaruh norma sosial terhadap perilaku kesehatan, serta interaksi antara petugas kesehatan (dokter dan tenaga kesehatan lainnya) dan antara petugas kesehatan dengan masyarakat (Ramli, 2021).

Beberapa Pengertian Sosiologi Kesehatan:

Dilihat dari penjelasan lahirnya Sosiologi Kesehatan di atas, maka dapat disimpulkan bahwa: Sosiologi Kesehatan adalah ilmu yang mempelajari masalah medis, mempelajari perilaku kesehatan, pengaruh norma sosial terhadap perilaku kesehatan, serta interaksi antar petugas

kesehatan (dokter dan tenaga kesehatan lain) dan antara petugas kesehatan dengan masyarakat.

Menurut Kendall and Reader, sosiologi bidang medis membahas masalah-masalah yang menjadi perhatian sosiologi profesional dan sosiologi organisasi. Sedangkan Menurut Wilson sosiologi kesehatan adalah pengamatan dan analisis dari kejauhan, yang terutama dilatarbelakangi oleh masalah-masalah sosiologis, sedangkan sosiologi dalam kesehatan adalah penelitian dan pengajaran yang lebih rinci dalam keakraban, penerapan dan kebersamaan yang terutama didorong oleh masalah kesehatan (Ramli, 2021).

Kemunculan cabang sosiologi kesehatan diperkuat dengan adanya kejadian Black Death yang menunjukkan bahwa wabah penyakit bukan hanya permasalahan medis namun juga sosiologi (Brym R & Lie, 2018). Sementara (White, 2011) menjelaskan tiga alasan mengapa dibutuhkan sosiologi kesehatan:

1. Penyakit bukan hanya sekedar bagian dari ilmu alam dan biologi, namun penyakit muncul dan tersebar secara sosial ke masyarakat.
2. Variabel sosial utama kemunculan dan penyebaran penyakit adalah kelas sosial, gender dan etnis.
3. Ilmu medis tidak murni sains, namun dalam perkembangannya ilmu ini membentuk dan dibentuk oleh masyarakat.

Sosiologi kesehatan mempelajari interaksi antara masyarakat dengan kesehatan serta bagaimana kehidupan sosial mempengaruhi tingkat kesakitan dan kematian pada populasi yang berbeda dengan melakukan perbandingan antara komunitas (Cumming, 2020).

1.5 Perspektif Sosiologi Kesehatan

Ahli sosiologi, atas dasar penelitian empiris, menunjukkan bagaimana interaksi kelas-kelas, kepentingan-kepentingan profesional, kekuasaan gender, dan etnisitas memasuki ke dalam pembentukan pengetahuan mengenai pengobatan terhadap keadaan sakit dan penyakit. Sosiolog menunjukkan produksi dan distribusi sosial suatu keadaan sakit atau penyakit. Mereka menunjukkan bagaimana penyakit dapat dipahami diobati, dan dialami berbeda-beda dengan memperlihatkan bagaimana penyakit diproduksi dalam organisasi sosial bukan semata-mata oleh alam, biologi, atau pilihan gaya hidup individual. Meski sosiolog tidak mengklaim diri mereka ahli biologi, mereka mengklaim bahwa pengetahuan biologi dapat dijelaskan secara sosiologis, untuk menunjukkan bahwa pengetahuan kita mengenai kesehatan dan penyakit diciptakan dalam lingkungan politik, sosial, dan budaya. Tidak ada pengetahuan ilmiah tentang penyakit yang sepenuhnya bebas nilai. Pengetahuan kita tentang kesehatan dan penyakit, organisasi profesi yang berkaitan dengan hal itu, dan respons kita terhadap kondisi tubuh kita, dibentuk oleh sejarah masyarakat kita dan tempat kita dalam masyarakat.

Karena sosiolog tidak menerima model medis dari penyakit dan kondisi sakit semata-mata adalah kejadian biologis, mereka kemudian mengkaji fungsi-fungsi sosial dari pengetahuan medis. Yakni, mereka mengkaji cara eksplanasi medis dan biologis mengenai fungsi penyakit dalam masyarakat kita. Pengetahuan medis diproduksi dan mencerminkan ciri-ciri struktural masyarakat. Pengetahuan medis menjelaskan apa yang di dalam perspektif sosiologi fenomena sosial, adalah "alamiah". Mengapa kelas pekerja mengalami kondisi sakit yang lebih berat dan meninggal lebih cepat, mengapa perempuan lebih rentan sakit daripada laki-laki, dan mengapa kelompok etnik tidak menerima pelayanan yang mereka butuhkan, memerlukan penjelasan sosiologis, dan bukan biologis. Eksplanasi medis mengabaikan

pembentukan dan distribusi sosial penyakit, kategori-kategori penyakit, dan pelayanan kesehatan (White, 2011).

DAFTAR PUSTAKA

- Amiruddin et. al. 2022. *Antropologi dan Sosiologi Kesehatan*. Bandung: CV. Media Sains Indonesia.
- Brym R & Lie, J. 2018. *Introduction to Sociology (3rd ed.)*. Nelson Education.
- Cumming, S. 2020. *Sociology Unlocked*. Oxford University Press.
- Nurbaeti et. al. 2022. *Antropologi Sosiologi Kesehatan*. Makassar: CV. Cahaya Bintang Cemerlang.
- Ramli. 2021. *Buku Ajar Sosio Antropologi Kesehatan*. Bandung: CV. Cakra.
- Ramli et. al. 2022. *Antropologi Sosiologi Kesehatan*. Padang: PT. Global Eksekutif Teknologi.
- White, K. 2011. *Pengantar Sosiologi Kesehatan dan Penyakit*. Jakarta: PT. RajaGrafindo Persada.

BAB 2

KONSTRUKSI SOSIAL PENGETAHUAN MEDIS

Oleh Tati Sumiati

2.1 Pendahuluan

Kehadiran ilmu sosial dibidang kesehatan sangat penting diantaranya untuk menguatkan pemahaman tentang perubahan pola kematian serta hubungannya dengan kebiasaan dan pola perilaku, meningkatkan pemahaman tentang dinamika kondisi penyakit kronis dengan mendorong kerja multidisplin dan lintas sektor. Hal ini dapat membantu mengidentifikasi dan mengembangkan strategi tindakan mengenai faktor fisik, psikologis, budaya dan lingkungan dan untuk mempromosikan humanisasi dalam perawatan pasien dengan memperjelas komposisi multikultur dan multietnis masyarakat dan membantu membangun kemampuan dalam bidang komunikasi, negosiasi dan motivasi (Barros, 2009)

Konstruksi sosial adalah kerangka kerja konseptual yang menekankan aspek budaya dan sejarah dari fenomena yang secara luas dianggap alami. Penekanannya adalah bagaimana makna dari fenomena tidak selalu melekat pada fenomena itu sendiri tetapi berkembang melalui interaksi dalam konteks sosial. Dengan kata lain, konstruksi sosial meneliti bagaimana individu dan kelompok berkontribusi untuk menghasilkan realitas dan pengetahuan sosial. Pendekatan konstruksional sosial terhadap penyakit berakar pada perbedaan konseptual yang diakui secara luar antara penyakit (kondisi biologis) dan penyakit (makna sosial dari kondisi tersebut). Berbeda dengan model medis yang mengasumsikan

bahwa penyakit bersifat universal dan tidak berubah terhadap waktu dan tempat sedangkan konstruksi sosial menekankan bagaimana makna dan pengalaman penyakit dibentuk oleh sistem budaya dan sosial. Dengan kata lain bahwa penyakit tidak hanya pengetahuan yang memenuhi syarat secara biologis ditemukan oleh ilmuwan atau dokter, namun juga bagaimana konstruksi sosial memberi label penyakit merupakan hasil negosiasi secara sosial. Kontruksi sosial terhadap penyakit diorganisir dibawah tiga tema yaitu makna budaya penyakit, pengalaman penyakit sebagai konstruksi sosial dan pengetahuan medis yang dibangun secara sosial (Conrad and Barker, 2010).

2.2 Asal Usul Konstruksi Sosial

Ada banyak pengetahuan dan pendekatan konstruksional sosial terhadap penyakit. Beberapa tulisan pada pendahulu sosiolog misalnya Emile Durkheim, Karl Mannheim dan WI Thomas. Salah satu fondasi intelektual terpenting dari konstruksi sosial penyakit adalah teori dan penelitian masalah sosial dari tahun 1960an dan 1970an. Para cendekiawan menekankan penggunaan kategori ini secara sengaja untuk tujuan kontrol sosial yaitu mendefinisikan dan menegakkan bagaimana orang-orang tertentu seharusnya berperilaku. Sosiolog medis menunjukkan proses kontingen dimana perilaku dan pengalaman tertentu digunakan untuk mendefinisikan kondisi medis dan cara definisi tersebut dapat berfungsi sebagai jenis kontrol sosial(Conrad and Barker, 2010).

Interaksi simbolik dan fenomenologi adalah dua tema intelektual populer dalam sosiolog. Goffman menjelaskan pengalaman sosial tentang kesabaran, berbeda dari kondisi biologis apa yang mungkin atau tidak mungkin. Interaksi simbolik lainnya, individu secara aktif berpartisipasi dalam konstruksi dunia sosial mereka sendiri melalui interaksi sosial yang berkelanjutan. Prinsip kunci interaksionime sosial secara efektif mengizinkan

mereka untuk eksplorasi rinci penyakit seperti yang dialami dalam konteks interaksi sosial sehari-hari. Sedangkan prinsip fenomenologis untuk menunjukkan bagaimana individu memahami penyakit mereka, bagaimana mereka mengatasi pembatasan fisik dan sosial dan bagaimana mereka beradaptasi dengan lingkungan sekitarnya dalam menghadapi pembatasan tersebut (Conrad and Barker, 2010).

Eliot Freidson (1970), Seorang Profesor Kedokteran juga meletakkan dasar penting bagi konstruksi sosial penyakit. Beliau menjelaskan bagaimana penyakit memiliki konsekuensi independen dari efek biologis. Ketika seorang dokter mendiagnosa kondisi manusia sebagai penyakit, sosial mengubah penyakit orang itu dengan keadaan sosial ditambahkan ke keadaan s dengan menetapkan arti penyakit secara sosial yang berbeda secara analisis dan empiris dari penyakit secara medis. Freidson mendesak sosiolog untuk membahas bagaimana tanda atau gejala dapat diberi label atau diagnosa sebagai penyakit sejak awal. Informasi awal tentang konstruksi sosial terhadap penyakit dapat segera mengidentifikasi terkait penyimpangan atau mendukung pengetahuan medis berdasarkan ide sosial tentang apa yang tidak diterima atau diinginkan. Pendekatan konstruksi sosial akan berkontribusi terhadap pengetahuan medis (Conrad and Barker, 2010).

Tulisan Michel Foucault (1977) berkontribusi pada pendekatan yang berbeda terhadap konstruksi sosial penyakit. Konseptualisasinya tentang "moral", Foucault menganggap pengetahuan sebagai suatu bentuk kekuasaan. Secara khusus ia berpendapat bahwa pengetahuan ahli tentang normalitas dan ketidaknormalan manusia yang tidak objektif atau diberikan secara alam dan ini adalah bentuk utama kekuasaan dalam masyarakat modern. Foucault menekankan bagaimana wacana medis membangun pengetahuan tentang tubuh termasuk penyakit. Entitas penyakit adalah produk dari wacana medis yang

mempengaruhi perilaku orang, pengalaman subjektif mereka tentang penderitaan akibat penyakit, membentuk identitas mereka serta intervensi medis. Foucault mendekonstruksi pengetahuan medis yaitu memberikan analisis rinci wacana medis untuk mengungkapkan makna yang tertanam dari penyakit, kecenderungan normalisasi dan hubungan dengan perwujudan dari penyakit dan identitas diri akibat penyakit tersebut (Conrad and Barker, 2010). Pendekatan ini mengedepankan bagaimana penyakit dibentuk oleh interaksi sosial, tradisi budaya, pengaruh sosial dan struktur kekuatan pada proses konstruksi sosial penyakit pada lintas sosio ekologis dan multilevel (Hatzenbuehler, Phelan and Link, 2013).

2.3 Konstruksi Sosial : Makna Budaya

Penyakit memiliki dimensi biomedis dan pengalaman. Meskipun sering tidak disadari atau diterima begitu saja. Penyakit tertentu memiliki makna sosial atau budaya tertentu yang dikaitkan dengan penyakit tersebut. Makna ini melekat pada penyakit dan mungkin memiliki konsekuensi independen pada pasien dan perawatan kesehatan.

Analisis budaya menunjukkan bahwa penyakit juga mungkin memiliki konotasi metaforis. Susan Santaq (1978) berpendapat bahwa makna metaforis negatif kusta sebagai kutukan supernatural illahi dan secara signifikan berdampak pada mereka yang menderita penyakit ini. Barry dkk (2009) meneliti bagaimana metafora obesitas seperti "obesitas sebagai dosa (rakus)" mempengaruhi dukungan individu terhadap kebijakan publik yang bertujuan untuk mengurangi obesitas. Sementara sosiolog jarang fokus hanya pada konotasi metaforis penyakit, mereka lebih meneliti dampak makna budaya lain yang tertanam dalam penyakit. Dalam hal ini, semua penyakit tidak sama misalnya beberapa penyakit mendapat stigma dan yang lainnya tidak, beberapa diperebutkan dan yang lain tidak dan beberapa dianggap

cacat sementara yang lain tidak. Perbedaan ini karena alasan sosial daripada biologis. Para sosiolog sangat tertarik untuk meneliti perbedaan-perbedaan ini karena dapat memberikan gambaran yang tajam lanskap budaya yang sering luput dari perhatian kita. Seorang antropolog Ralph Linton (1936) pernah menyindir "hal terakhir yang diperhatikan ikan adalah air".

Pengetahuan makna budaya penyakit berdampak pada cara penyebaran, bagaimana gambaran, respon sosial dan kebijakan yang tepat terkait penyakit itu. Hal ini lah membuat penelitian sosiologis sangat penting untuk mempertimbangkan makna budaya dari penyakit yang distigmatisasi. Stigma adalah penghalang global dalam pencarian pengobatan, keterlibatan dalam perawatan dan kepatuhan terhadap pengobatan dalam berbagai kondisi penyakit yang distigmatisasi. Goffman mengungkapkan berbagai diskriminasi dapat mengakibatkan penolakan penerimaan sosial individu atau kelompok, mengurangi peluang individu dan memicu ketidaksetaraan sosial (Goffman, 2009). Stigma dapat memperburuk kesehatan, merusak atau menghambat sejumlah proses termasuk hubungan sosial, ketersediaan sumber daya, respon psikologi dan perilaku (Hatzenbuehler, Phelan and Link, 2013). Dibawah ini beberapa penyakit yang distigmatisasi diantaranya kusta, epilepsi, kesehatan mental.

Kusta mungkin merupakan kondisi kesehatan terstigma tertua yang diketahui umat manusia. Kusta sering kali dianggap suatu kondisi yang harus dihindari dan atau sebagai hukuman supernatural ilahi karena dosa atau melanggar tabu. Gagasan bahwa penyakit kulit termasuk kusta merupakan penyakit menular sudah ada dimasa lalu. Ketakutan akan penularan dan pengucilan sosial sangat erat dengan citra kusta dan kepercayaan bahwa kusta adalah penyakit menular juga tersebar luas (Heijnders, 2016).

Epilepsi adalah kondisi neurologis yang ditandai dengan kejang kronis atau berulang. Kejang dapat menyebabkan individu menangis, pingsan, berdarah atau berbusa mulut dan kehilangan kontrol urin dan atau tinja. Hal ini dapat menakutkan bagi mereka yang mengalami atau menyaksikannya. Stigma terkait epilepsi sebagian besar didorong oleh kekhawatiran tentang produktivitas dan umur panjang dan ketakutan akan infeksi. Anggota masyarakat umum mendukung keyakinan bahwa orang dengan epilepsi tidak dapat berkontribusi secara berarti untuk masyarakat dan prospek yang buruk untuk pernikahan dan pekerjaan. Epilepsi tidak menular tetapi ada masyarakat yang percaya epilepsi menular melalui air liur (Baydar and Gu, 2007; Fiest, Birbeck and Jacoby, 2014).

Stigma terkait kesehatan mental sering didasarkan pada stereotip bahwa orang dengan masalah kesehatan mental berbahaya (tidak dapat diprediksikan, kekerasan), tidak dapat dikendalikan atau pulih dan hal memalukan. Orang dengan masalah kesehatan mental sering dipandang tidak kompeten dan tidak mampu bekerja atau hidup mandiri. Sikap, opini dan niat publik yang negatif terhadap masalah kesehatan mental tetap ada sampai sekarang dan dilaporkan diseluruh tatanan global (Angermeyer and Dietrich, 2006; Schomerus *et al.*, 2012; Stevens, 2020).

HIV adalah penyakit yang berpotensi mengancam jiwa yang disebabkan oleh virus yang melemahkan sistem kekebalan tubuh dan menyebar melalui darah dan kontak seksual. Stigma terkait HIV adalah didorong oleh beberapa faktor diantaranya ketakutan akan infeksi dimana orang yang hidup dengan HIV/AIDS dapat dianggap sebagai ancaman karena sifat menular, kekhawatiran tentang produktivitas dan umur panjang dimana ODHA mungkin dianggap sebagai prospek pekerjaan, persahabatan dan hubungan romantis yang buruk dan sanksi sosial karena risiko HIV terkait

berbagai perilaku stigma sosial dan lain-lain(Phelan, Link and Dovidio, 2014; Herek, 2015).

Pelajaran dari sudut pandang konstruksionisme adalah ada faktor pendorong karena ketakutan terinfeksi, dampak sosial ekonomi, otoritarianisme, kurangnya kesadaran, penilaian sosial, menyalahkan, stereotip dan prasangka serta difasilitasi norma budaya, kesetaraan gender, standar keselamatan kerja, lingkungan dan kebijakan kesehatan yang dapat mendorong adanya stigma (Stangl *et al.*, 2019).

Penyakit yang diperebutkan (*contested illnesses*) adalah kategori gangguan. Penyakit ini dimana penderita mengklaim memiliki penyakit tertentu sedangkan dokter tidak mengenali atau mengakui sebagai gangguan medis yang jelas. Misalnya sindrom kelelahan kronis (*Chronic Fatigue Syndrom/CFS*). *Multiple Chemical Syndorm* (MCS) dan *Gulf War Syndrom* (GWS), karena tiga penyakit tersebut tidak memiliki petunjuk agen penyebab yang disepakati secara medis dan definisi kasus yang ada belum dijelaskan secara empiris. Ketiga penyakit ini memiliki kesamaan gejala, menunjukkan komorbiditas dan kadang didiagnosa pada penyakit lainnya mengakibatkan kekhawatiran sensitifitas dan keandalan kriteria yang digunakan untuk diagnosis dan pengobatan mereka (Swoboda, 2015). Penyakit ini menunjukkan ketegangan antara pengetahuan awam dan medis sehubungan dengan legitimasi budaya dari gejala dan penderitaan. Dalam kata lain seorang peneliti, ini adalah "penyakit yang harus diperjuangkan"(Dumit, 2006). Dokter, masyarakat bahkan kadang penderita sendiri mempertanyakan keaslian gejala dan kestabilan mental penderitanya. Penderita penyakit yang diperebutkan dibebani oleh makna budaya dari kondisi medis yang tidak terlihat di era biomedis berteknologi tinggi (Brown, 2007). Faktanya ini menjadi salah satu karakteristik penting dari penyakit ini yang mempengaruhi akses ke diagnosis dan perawatan kesehatan,

respon orang lain terhadap masalah seseorang dan identitas penderitanya (Conrad and Barker, 2010).

Penelitian yang menggambarkan konstruksi sosial disabilitas juga memberikan contoh yang kuat tentang makna budaya dari kondisi tertentu. Goffman menyoroti makna sosial dari gangguan tidak berasal dari gangguan itu sendiri, tetapi dari jalinan kehidupan sehari-hari. Model sosial disabilitas didasarkan pada prinsip konstruksionis sosial secara konseptual membedakan disabilitas sebagai atribut dan disabilitas sebagai pengalaman sosial dan makna disabilitas. Perbedaan ini antar ruang dan waktu, perbedaan mendasar adalah tubuh memiliki kecacatan misalnya kehilangan anggota tubuh sementara masyarakat menciptakan kecacatan. Disabilitas menjadi dipolitisasi, hambatan apa yang membatasi peluang bagi individu penyandang disabilitas? Bagaimana hambatan tersebut dapat diubah atau dihilangkan? Biologi dan makna budaya semakin membebani mereka yang menderita. Pada tingkat umum, wawasan dari garis penelitian ini menunjukkan pergeseran penekanan dari fokus eksklusif pada perbaikan biomedis individu dan menuju perubahan konteks sosial dan budaya yang memberikan penyakit tertentu makna negatif (Conrad and Barker, 2010).

Dalam kasus penyakit yang diperebutkan, fakta bahwa gejala penderita tidak mudah dikaitkan dengan kelainan biomedis yang mengakibatkan mereka sulit mengakui atau mengobati gejalanya dan sering menimbulkan kecurigaan bahwa masalah sebenarnya "semuanya ada di kepala mereka" artinya hanya fikiran mereka saja bahwa mereka sakit. Beberapa dokter menolak merawat pasien dengan kondisi seperti ini dan bahkan beberapa perusahaan asuransi tidak akan mengganti biaya perawatan. Disisi lain keinginan pasien untuk diagnosis medis dapat mengakibatkan permintaan yang berlebihan untuk prosedur diagnostik yang tidak perlu dan mahal (Conrad and Barker, 2010).

2.4 Pengalaman penyakit sebagai konstruksi sosial

Pengalaman penyakit dikonstruksikan secara sosial didasarkan pada fondasi pragmatis yang kuat dari interaksionisme simbolik dan fenomenologis. Dalam konsep ini pertama mengakui bahwa pengalaman pasien tidak sama dengan pengalaman penyakit. Orang-orang dengan penyakit menghabiskan sangat sedikit waktu dalam peran pasien. Pendekatan ini menekankan bahwa pengalaman penyakit sebagai konstruksi sosial harus mempertimbangkan kehidupan sehari-hari dengan dan terlepas dari penyakit. Perspektif ini berfokus pada makna penyakit, organisasi sosial, dunia pendeta dan strategi yang digunakan dalam beradaptasi. Oleh karena itu perlu data yang dikumpulkan dan dianalisis secara sistematis dengan jumlah dan variasi yang cukup dari orang-orang dengan penyakit tertentu (Conrad and Barker, 2010).

Penelitian ini biasanya menggunakan wawancara mendalam, fokus pada pengalaman penyakit subjektif dan menciptakan pandangan "orang dalam". Perspektif itu diposisikan dengan baik untuk memeriksa bagaimana individu membangun, mengelola serta konsekuensi apa dari penyakit mereka. Misalnya bagaimana individu harus menghadapi dan mengelola penyakit kronis. Mereka tidak dapat melakukan rutinitasnya (tidak dapat bekerja, menghabiskan waktu bersama keluarga, bersosialisasi dengan teman dan beraktifitas secara bebas). Beberapa penelitian tentang pengalaman penyakit tertentu seperti HIV, Diabetes, epilepsi dan lain-lain (Brooks *et al.*, 2020).

Pengalaman seorang penderita epilepsi dimana mereka mengungkapkan kapan dan kepada siapa atau justru menyembunyikan informasi tentang penyakitnya. Pasien epilepsi mencoba untuk mempertahankan kontrol diri, menghindari rasa malu dan diskriminasi dan menghindari menjadi objek krisis publik. Penelitian ini menggambarkan bagaimana orang berjuang

untuk memahami penyakit mereka dan mendapatkan kembali percaya dirinya (Baydar and Gu, 2007). Orang berusaha memberikan arti penyakit mereka dalam konteks hubungan pribadi dan sosial mereka, status pekerjaan, cakupan asuransi kesehatan, keyakinan agama dan budaya dan sejenisnya. Individu dapat mengurangi ketidakpercayaan dirinya dengan terlibat dalam rekonstruksi identitas. Penyakit kronis dapat mendorong Evakuasi ulang kehidupan dan identitas seseorang sebelumnya dan dalam beberapa kasus penciptaan identitas penyakit baru. Sosiolog medis telah mendokumentasikan bagaimana orang awal terkadang membuat dan bergabung dengan gerakan sosial berbasis penyakit, menghasilkan pengetahuan awam tentang kondisi medis mereka sendiri dan membentuk komunitas baru berdasarkan identitas penyakit. Misalnya kelompok para penyintas penyakit kanker payudara dan aktivitas dalam perang melawan kanker payudara. Mereka bertukar informasi tentang pilihan pengobatan mereka, berpartisipasi dalam acara penggalangan dana nasional dan memobilisasi untuk mendukung kebijakan dan inisiatif yang relevan (Stangl *et al.*, 2019).

Pendekatan konstruksi pengalaman subjektif penyakit, memeriksa makna pribadi dan sosial dari penyakit dan mengeksplorasi bagaimana penyakit dikelola dalam konteks sosial yang dirasakan oleh penderita. Sosiolog mempunyai pandangan rinci tentang penderitaan yang sering diwakili oleh penyakit dan menunjukkan pilihan dan perlawanan adalah kunci dari pengalaman sakit (Conrad and Barker, 2010).

Konstruksi sosial dari pengalaman penyakit memiliki beberapa implikasi diantaranya isu ketidakpatuhan dan dampak dari perspektif subjektif pada interaksi dengan profesional medis dan perawatan. Fokus pada makna obat dalam konteks kehidupan sehari-hari pasien. Misalnya kasus manajemen sakit, untuk alasan tertentu dokter sering meremehkan rasa sakit pasien yang tidak memiliki cedera yang terlihat. Manajemen nyeri perlu lebih intens

lagi memahami dan mengembangkan cara yang tepat untuk mengevaluasi gejala yang jelas dari penderita nyeri kronis. Salah satunya dengan pengobatan naratif yang didasarkan pada karya sosiolog menggunakan pendekatan mendengarkan cerita penyakit. Hal ini merupakan jendela menuju pengalaman subjektif narasi penyakit yang digunakan sebagai sarana untuk membawa orang kembali ke pengobatan baik sebagai tujuan itu sendiri dan untuk manfaat terapeutik potensial. Rasa sakit kronis adalah ilustrasi ketika datang untuk menegaskan kemanusiaan penderita dan mengotentifikasi keberadaan rasa sakit, narasi pasien adalah alat untuk mengatasi keterbatasan kedokteran berteknologi tinggi (Charmaz, 1991).

2.5 Pengetahuan medis sebagai konstruksi sosial

Eliot Freidson adalah sosiolog medis pertama yang mengartikulasikan bagaimana pengetahuan medis dibangun secara sosial. Selama bertahun-tahun, para ilmuwan sosial telah mengambil pendekatan yang berbeda dalam studi konstruksi sosial pengetahuan medis. Pengetahuan medis terkadang mencerminkan dan mereproduksi bentuk ketidaksetaraan sosial yang ada. Alih-laih menjadi nilai netral, beberapa pengetahuan medis, secara implisit atau eksplisit, menopang kepentingan kelompok-kelompok yang berkuasa/ beberapa gagasan medis telah terbukti mendukung ketidaksetaraan gender, kelas dan ras etnis (Conrad and Barker, 2010).

Beberapa kontribusi feminis menemukan konstruksi sosial pendekatan penyakit menjadi perangkat analisis yang sangat kuat. Feminis mengklaim bahwa gender adalah konstruksi sosial yaitu ide kita tentang norma dan standar feminitas dan maskulinitas tidak ditemukan sebelumnya oleh perbedaan jenis kelamin biologis. Maka gender ditorehkan ke tubuh dan pikiran wanita melalui wacana dan praktik medis masa lalu dan sekarang dan selanjutnya berfungsi untuk menaturalisasikan ketidaksetaraan gender.

Misalnya dalam pengetahuan medis tentang kehamilan, sindrom premenstruasi, melahirkan dan menopause memunculkan gagasan tentang tempat perempuan dalam masyarakat yang layak sebagai bawahan serta asumsi moral tentang seksualitas. Pengetahuan medis tentang PMS dengan beberapa gejala seperti frustrasi, agresi dan kemarahan bertentangan dengan norma bagaimana perempuan seharusnya berperilaku dan berkontribusi terhadap keyakinan budaya tentang adanya perbedaan yang tidak dapat diubah antara pria dan wanita (Conrad and Barker, 2010). Masalah kesehatan mental tertentu dianggap sebagai garis maskulin (Misalnya kecanduan, gangguan kepribadian anti sosial) dan gejala yang lain sebagai feminim (misalnya gangguan makan). Hal ini dapat berkontribusi terhadap ketakutannya mengakui masalah kesehatan mental dan malu dan menghindari pencarian perawatan kesehatan mental (Link *et al.*, 2004).

Tidak mudah bagi semua orang menerima ide vaksinasi, ada yang ragu, menunda bahkan menolak vaksinasi. Keraguan menerima vaksinasi merupakan masalah yang kompleks dan spesifik, bervariasi sepanjang waktu, tempat dan jenis vaksin. Peretti-Watel dkk menyarankan bahwa gagasan ini dapat dipahami dengan menggunakan kerangka teoretis eksplisit mempertimbangkan fitur struktural utama masyarakat kontemporer (Peretti-Watel, Larson and Verger, 2015). Masyarakat kontemporer segi sosiologis mempunyai perspektif yaitu: "budaya risiko" dan "kesehatan". Masyarakat kontemporer tampaknya telah menggantikan era modern atau modernitas. Salah satu fitur penting dari basis modernitas akhir Formulasi Anthony Giddens adalah post tradisional alam. Tingkah laku manusia sangat di bawah pengekangan kebiasaan dan norma yang ditentukan, dan mereka karena itu sering dilakukan tanpa banyak tantangan atau pemikiran karena kebiasaan preseden dan tradisi yang mendominasi (Giddens, 1993). Oleh karena itu, pilihan yang tersedia untuk individu adalah terbatas dalam masyarakat

tradisional. Kemajuan dalam teknologi dan ekspansi kapitalisme, media massa, dan industrialisme di seluruh dunia telah berkontribusi pada perkembangan masyarakat pascatradisional. Ini mewakili meningkatnya jumlah reflektivitas di semua domain masyarakat dari lembaga formal (tingkat makro) untuk identitas diri dan keintiman antara orang-orang (microlevel). Akibatnya, penurunan tradisi meningkat reflektivitas untuk individu dalam masyarakat kontemporer (Siu, Fung and Leung, 2019).

Giddens tidak memperhitungkan jenis resesi ini tradisi sebagai penolakan atau negasi terhadap modernitas dan rasionalitas; sebaliknya, resesi tradisi ini mengonfigurasi tahap pencerahan baru yang menuntut pengetahuan baru dan otonomi untuk menyingkirkan nilai-nilai absolut yang memerintahkan kesetiaan individu, dengan demikian menghargai keragaman dan heterogenita. Ahli teori sosial kontemporer seperti Jürgen Habermas (modernisasi dan penjajahan lifeworld oleh sistem) dan Alain Touraine (pasca-industri masyarakat dan gerakan sosial baru) setuju dengan ini jenis ide. Secara khusus, Giddens mengaitkan gagasannya tentang era refleksif modernitas akhir ke masyarakat berisiko. Ditambah dengan munculnya set yang berbeda dari nilai-nilai, aspirasi, dan harapan, modernitas refleksif juga mengakibatkan kesadaran akan risiko, kerentanan, dan ketidakamanan (Giddens, 1993). Ini adalah konsekuensi dari proses pelemahan tradisi dan merekonstruksi aspirasi modernitas. Oleh karena itu, masalah terkait vaksinasi dipengaruhi oleh fitur masyarakat kontemporer. Nilai yang ditantang di bawah masyarakat kontemporer juga berlaku untuk sains dan obat-obatan. Keraguan berputar vaksinasi karena itu berasal dari proses rekonstruksi nilai dan pengetahuan (Siu, Fung and Leung, 2019).

DAFTAR PUSTAKA

- Angermeyer, M. C. and Dietrich, S. 2006. 'Review article Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies', pp. 163–179. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00699.x.
- Barros, N. F. De. 2009. 'Sociology, medicine and the construction of health-related', 43(1), pp. 1–7.
- Baydar, L. and Gu, D. 2007. 'Public awareness of , attitudes toward , and understanding of epilepsy in Isparta , Turkey', 11, pp. 427–433. doi: 10.1016/j.yebeh.2007.08.005.
- Brooks, S. K. *et al.* 2020. 'The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence', *The Lancet*, 395(10227), pp. 912–920. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8.
- Brown, P. 2007. *Toxic Exposure: Contested Illnesses and the environmental Health Movement*. Columbia University Press. doi: <https://doi.org/10.7312/brow12948>.
- Charmaz, K. 1991. *Good Days, Bad Days: The Self in Chronic Illness and Time*. Rutgers University Press.
- Conrad, P. and Barker, K. K. 2010. 'The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications'. doi: 10.1177/0022146510383495.
- Dumit, J. 2006. 'Illnesses you have to fight to get: Facts as forces in uncertain , emergent illnesses', *Social Science & Medicine*, 62, pp. 577–590. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.06.018.
- Fiest, K. M., Birbeck, G. L. and Jacoby, A. (2014) 'Stigma in Epilepsy'. doi: 10.1007/s11910-014-0444-x.
- Giddens, A. 1993. *Modernity and Self Identity: Self And Society in the Late Modern Age*. Wiley.
- Goffman, E. 2009. *Stigma: Notes on the Management Of Spoiled Identity*. New York: Simon & Schuster Inc.

- Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C. and Link, B. G. 2013. 'Stigma as a Fundamental Cause of Population Health Inequalities', 103(5), pp. 813–821. doi: 10.2105/AJPH.2012.301069.
- Heijnders, M. 2016. 'Leprosy : Between acceptance and segregation . Community behaviour towards persons affected by leprosy in eastern Nepal Leprosy : between acceptance and segregation . Community behaviour towards persons affected by leprosy in eastern Nepal', (January 2001). doi: 10.5935/0305-7518.20000051.
- Herek, G. M. 2015. 'Stigma and AIDS', *American Behavioral Scientist*. doi: <https://doi.org/10.1177/0002764299042007004>.
- Link, B. Q. *et al.* (2004) 'Measuring Mental Illness Stigma', *Schizophrenia Bulletin*, (3). Available at: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/30/3/511/1933054?login=false>.
- Pererri_Watel, P., Larson, H. and Verger, P. 2015. 'Vaccine Hesitancy_ Clarifying a Theoretical Framework for an Ambiguous Notion', *Plos Current*, 25(7). Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4353679/>.
- Phelan, J., Link, B. G. and Dovidio, J. F. 2014. "' Stigma and Prejudice : One Animal or Two ?", 67(3), pp. 358–367. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.03.022.
- Schomerus, G. *et al.* 2012. 'Evolution of public attitudes about mental illness : a systematic review and meta-analysis', pp. 440–452. doi: 10.1111/j.1600-0447.2012.01826.x.
- Siu, J. Y., Fung, T. K. F. and Leung, L. H. 2019. 'Social and cultural construction processes involved in HPV vaccine hesitancy among Chinese women : a qualitative study', 9, pp. 1–18.
- Stangl, A. L. *et al.* 2019. 'The Health Stigma and Discrimination Framework: a global , crosscutting framework to inform research , intervention development , and policy on health-related stigmas', pp. 18–23.

- Stevens, C. 2020. 'Sick but healthy : bariatric patients and the social construction of illness and disability', xx(xx), pp. 1–18. doi: 10.1111/1467-9566.13074.
- Swoboda, D. 2015. 'The social construction of contested illness legitimacy : a grounded theory analysis', (January 2006). doi: 10.1191/1478088706qrp061oa.

BAB 3

PERKEMBANGAN SOSIOLOGI KESEHATAN

Oleh A Syamsinar Asmi

3.1 Pendahuluan

Konsep yang paling mendasar dalam ilmu-ilmu sosial adalah perilaku masyarakat. Masyarakat merupakan sekelompok orang yang mendiami suatu wilayah tertentu sehingga mengalami perkembangan dalam norma-norma yang harus ditaati oleh anggota masyarakat tersebut. Masyarakat tersebut pula yang menentukan dan melaksanakan sanksi atas pelanggaran norma-norma sosial. Seiring perkembangan teknologi maka masyarakat yang berada di negara-negara berkembang termasuk Indonesia tidak terlepas dari proses modernisasi, yaitu perubahan teknologi, norma dan organisasi sosial yang berguna untuk mencapai tujuan tertentu. Dengan adanya modernisasi yang mampu mengubah cara berfikir, sikap dan perilaku masyarakat (Fajar, 2022).

Sosiologi merupakan disiplin ilmu yang mempelajari perilaku sosial manusia. Hal ini berkaitan tentang pola dan proses interaksi antara individu dan kelompok sosial, sehingga kelompok sosial mempengaruhi perilaku individu. Pada sosiologi kesehatan membahas tentang perilaku kesehatan dimana norma sosial memiliki pengaruh terhadap perilaku kesehatan dan interaksi antara pihak yang terlibat didalamnya (Rosdiana, 2022).

3.2 Perkembangan dan Defenisi Sosiologi Kesehatan

3.2.1 Perkembangan Sosiologi Kesehatan

Pada abad yang laliu dalam bidang kedokteran timbul upaya untuk memahami faktor-faktor sosial yang berhubungan dengan pola penyebaran penyakit (epidemiologi) dalam kelompok masyarakat tertentu. Maka berkembanglah sosiologi kedokteran yang mengkaji tentang faktor sosial dalam etiologi, prevalensi, interpretasi penyakit, profesi kodokteran dan hubungan dokter dengan masyarakat umum. Sehingga dalam perkembangannya, ditemukan bahwa upaya penanggulangan penyakit dalam masyarakat bukan hanya tanggungjawab dokter saja melainkan tanggungjawab bersama oleh semua petugas kesehatan. Selain itu pendekatannya semakin luas dengan mengubah fokus kajian dari penyakit menjadi kesehatan sehingga terbentuklah sosiologi kesehatan (Alhamda, 2015).

Sosiologi kesehatan berkembang dari adanya sosiologi kedokteran, yakni disiplin intelektual mengenai perkembangan pengetahuan yang sistematis dalam hubungan sosial manusia yang berhubungan dengan masalah kesehatan. Sosiologi kedokteran merupakan salah satu disiplin ilmu terapan dari ilmu sosiologi. Sedangkan sosiologi kesehatan merupakan subdisiplin ilmu yang lebih luas dari sosiologi kedokteran. Sosiologi kedokteran atau *medical sociology* yang mengalami perkembangan yang diakibatkan adanya isu yang terkandung dalam perawatan kesehatan yang pada dasarnya merupakan masalah sosial. Jika sosiologi kedokteran mengkaji tentang faktor sosial dalam etiologi, prevalensi, interpretasi dari penyakit dalam profesi kedokteran, maka sosiologi kesehatan mengkaji perilaku kesehatan, pengaruh norma sosial terhadap perilaku kesehatan, interaksi antar petugas maupun petugas dengan masyarakat. Selain itu sosiologi kesehatan juga mengkaji apa yang dikaji dalam sosiologi kedokteran (Sudarma, 2008).

3.2.2 Defenisi Antopologi Kesehatan

Sosiologi kesehatan adalah suatu cabang ilmu dari sosiologi yang membahas kesehatan masyarakat. Kajian yang dibahas antara lain; kesehatan penduduk, kesehatan rumah tangga, atau kesehatan subjek yang ada di dalam masyarakat. Semua akibat dari interaksi manusia dengan lingkungan sekitarnya yang bisa menimbulkan dampak negatif maupun positif sehingga sosiologi kesehatan erat hubungan dengan ilmu kesehatan yang membahas masalah kesehatan secara panjang lebar (Iskandar, 2012).

Sosiologi kesehatan merupakan kajian sosiologi yang memberikan penjelasan dan pemahaman tentang hubungan masyarakat dengan kesehatan. Kesehatan dalam masyarakat sangat penting untuk ditelaah lebih mendalam karena adanya kebutuhan dan keberlangsungan dalam kehidupan bermasyarakat. Sehingga sosiologi kesehatan merupakan disiplin ilmu yang mengkaji tentang gejala-gejala sosial dengan pengaruhnya pada sisi penyakit, dan kontribusinya terhadap kesehatan

Defenisi sosiologi kesehatan menurut para ahli (Illustri, 2022);

- a. *American Sociological Association*, menyatakan sosiologi kesehatan merupakan salah satu kajian sosiologi yang memberikan informasi mengenai konsep, perspektif, dan teori dalam menganalisis paradigma fakta melalui fenomena penyakit dan kesehatan masyarakat
- b. Ruderman (1981), sosiologi kesehatan merupakan ilmu pengetahuan tentang perawatan kesehatan dengan lembaga-lembaga sosial dalam masyarakat.

Sosiologi kesehatan memiliki sifat keilmuan, antara lain (Doloksaribu, 2021);

1. Empiris, sosiologi kesehatan mempelajari fakta yang terjadi pada masyarakat dan dapat dibuktikan dalam kehidupan sehari-hari

2. Teoritis , sosiologi kesehatan menggunakan teori-teori yang digunakan oleh para ahli yang didasarkan pada pada yang terjadi pada masyarakat.
3. Kumulatif, ilmu sosiologi kesehatan yang dipelajari merupakan pengembangan dari ilmu sosiologi kesehatan sebelumnya sehingga dapat berubah sesuai dengan kondisi sosial yang terjadi saat ini
4. Tidak bersifat menilai; ilmu sosiologi kesehatan tidak dapat membenarkan atau menyalahkan tindakan atau perilaku dalam masyarakat karena setiap daerah memiliki norma tersendiri.

3.3 Perbedaan Sosiologi Kedokteran dan Sosiologi Kesehatan

Menurut Twadle (1982), beberapa perbedaan antara sosiologi Medis/kedokteran dengan Sosiologi Kesehatan sebagai berikut (C, 1982);

- a. Ilmu yang dipakai; sosiologi kesehatan menjadi ilmu-ilmu sosial dan humaniora sedangkan sosiologi medis/kedokteran mengkaji ilmu biologi, psikologi dan ilmu sosial
- b. Satuan analisis; sosiologi kesehatan memiliki satuan analisis masyarakat dan struktur sosial, sedangkan sosiologi kedokteran/medis memiliki satuan medis tentang individu, kelompok, dan organisasi
- c. Masalah kesehatan yang dikaji; sosiologi kesehatan mengkaji masalah pembatasan kebebasan memiliki serta dikurangnya keefektifan pribadi sedangkan sosiologi medis mengkaji tentang penyakit
- d. Peran utama dalam penyembuhan; dalam sosiologi kesehatan peran utamanya adalah substitusi dokter, praktisi kesehatan masyarakat, promotor kesehatan, penyembuh awam, pendidik, ahli gizi, dan politikus. Sedangkan

- sosiologi medis yang berperan adalah dokter, profesional lain dan pasien
- e. Cara penyembuhan; sosiologi kesehatan menggunakan cara penyembuhan dengan latihan, gizi, pengendalian lingkungan, dan perubahan sosial. Sedangkan sosiologi medis menggunakan pengobatan, operasi, penggunaan zat kimia, dan perubahan kegiatan
 - f. Kajian utama; kajian utama dalam sosiologi kesehatan adalah tercapainya kesehatan, kesejahteraan, serta penurunan morbiditas dan mortalitas populasi. Sedangkan sosiologi medis memiliki kajian utama yakni tercapainya penyembuhan dan perawatan individu
 - g. Organisasi utama yang dikaji; organisasi yang dikaji dalam sosiologi kesehatan ialah rumah sakit, rawat jalan, perawatan mandiri, badan legislatif dan sekolah serta organisasi informal. Sedangkan sosiologi medis diantaranya rumah sakit, rawat jalan, serta perawatan mandiri.

3.4 Ruang Lingkup Sosiologi Kesehatan

Ruang lingkup sosiologi kesehatan dapat diuraikan sebagai berikut (Ramli, 2022);

- a. Lingkungan sosial dan kesehatan
Lingkungan sosial tidak hanya pada lingkungan masyarakat akan tetapi juga lingkungan keluarga yang menjadi tempat pertama individu bersosialisasi. Jika salah satu anggota keluarga mengalami sakit akan berpengaruh terhadap lingkungan keluarga begitupula dengan lingkungan masyarakat. Selain lingkungan sosial, lingkungan fisik juga memiliki pengaruh yang besar terhadap kesehatan masyarakat.

b. Perilaku sehat dan sakit

Perilaku yang dimaksud adalah interaksi sosial. Setiap individu harus memahami kondisi kesehatan dan lingkungan sebelum berinteraksi lebih jauh kepada orang lain atau kelompok karena individu yang mengalami sakit mampu menularkan penyakit kepada orang lain melalui interaksi.

c. Hubungan praktisi perawatan dengan pasien

Dalam hal ini adalah hubungan antara individu dengan instansi kesehatan, baik dalam bentuk pelayanan kesehatan dengan pasien, maupun antara praktisi (perawat/dokter) dengan pasien. Pelayanan yang baik adalah pelayanan kepada pasien yang menghasilkan kesembuhan dengan kepuasan pasien.

d. Sistem perawatan kesehatan

Sistem perawatan kesehatan yakni tersedianya fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai dan tenaga kesehatan harus memiliki kompetensi. Hal ini bertujuan agar mampu memberikan pelayanan yang maksimal kepada masyarakat dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

3.5 Kajian Sosiologi Kesehatan

Kajian sosiologi kesehatan dapat diuraikan sebagai berikut (Muthoharoh, 2022);

- a. Antara lingkungan sosial dengan kesehatan dan kondisi sakit
- b. Perilaku sehat dan sakit
- c. Objek sosiologi kesehatan
- d. Interaksi antar individu yang saling berkaitan
- e. Adaptasi masyarakat dalam menyesuaikan diri dengan perubahan sosial
- f. Perubahan sosial terjadi secara tepat mampu menimbulkan konflik antara golongan muda dan tua

- g. Interaksi yang berlebihan disebabkan oleh faktor pribadi dibandingkan dengan faktor kepentingan

3.6 Teori dalam Analisis Perilaku Kesehatan

Teori yang diadopsi dari teori sosiologi umum yang sering digunakan dalam menganalisa gejala sosial dan perilaku kesehatan individu maupun kelompok dalam masyarakat antara lain (Sari, 2022);

- a. *Teori Aksi atau Teori Bertindak*

Menurut Max Weber, setiap individu melakukan sebuah tindakan atas dasar pengalaman, persepsi, pemahaman dan penafsiran terhadap suatu objek tertentu. Sedangkan menurut Talcot Parsons, perilaku individu atau kelompok dipengaruhi oleh sistem sosial, sistem budaya, dan sistem kepribadian. Misalnya penolakan ibu Program Imunisasi pada Bayi tidak hanya tergantung pada kedudukannya, tapi apakah itu sesuai dengan budaya yang dianut, melainkan juga keberaniannya untuk menolak meskipun akan menimbulkan rasa tidak enak dengan tetangga, tokoh masyarakat atau bahkan pada petugas puskesmas. Ini berkaitan tentang bagaimana persepsi dan pengalaman menjadi acuan dalam bertindak.

- b. *Teori Sistem*

Menurut Bertalanffy, Teori Sistem merupakan sebuah kerangka yang terbagi dalam beberapa elemen/sub sistem yang saling berinteraksi dan saling berpengaruh. Teori sistem ini dapat digunakan untuk menganalisa perilaku dan gejala sosial. Masyarakat merupakan sebuah sistem (struktur) dengan bagian yang saling bergantung misalnya; keluarga, ekonomi dan kesehatan yang saling berinteraksi dalam menghasilkan sebuah keseimbangan.

Menurut Parsons, ada empat unsur utama dalam sistem kehidupan yaitu *latent pattern-maintenance* (L)(cara

mempertahankan kesinambungan perilaku dengan mengikuti norma atau aturan tertentu), *integration* (I) (menyatukan bagian-bagian sistem menjadi suatu kesatuan fungsi), *Goal attainment* (G) (upaya menentukan prioritas tujuan) dan *adaptation* (A) (kemampuan sistem menyerap unsur dari lingkungan)

c. *Teori Fungsionalisme*

Masyarakat merupakan sebuah sistem sosial yang terdiri dari komponen yang saling berkaitan dan saling menyatu dalam keseimbangan. Setiap komponen saling bergantung dengan komponen lain

d. *Teori Konflik*

Masyarakat senantiasa dalam proses perubahan yang ditandai dengan adanya pertentangan di antara unsur, sehingga perlu adanya tekanan dan pemaksaan kekuasaan dari pihak yang berkuasa untuk menjaga keteraturan.

e. *Teori Perilaku Pertukaran*

George Homans mengembangkan teori pertukaran berdasarkan prinsip ekonomi, yakni manusia menawarkan barang/jasa dengan harapan memperoleh imbalan yang setimpal sesuai dalam transaksi ekonomi.

f. *Teori Interaksionisme*

Masyarakat dipandang sebagai hasil akhir dari interaksi yang tak terbatas yang dilakukan oleh individu menginterpretasi pesan sosial.

3.7 Prinsip Dasar dan Manfaat Sosiologi Kesehatan

Prinsip dasar disiplin sosiologi kesehatan adalah menganalisis, mendeskripsikan, dan memecahkan masalah kesehatan. Dengan demikian sosiologi kesehatan merupakan penerapan ilmu sosial yang mengkaji ilmu kesehatan (Sudarma, 2008).

Manfaat sosiologi kesehatan dapat diuraikan sebagai berikut (Ramli, 2022);

- a. Mengetahui perilaku masyarakat ketika sakit dan upaya dalam meminta pertolongan kepada tenaga serta pemanfaatan pelayanan kesehatan
- b. Mampu mengetahui dan menganalisis interaksi antara tenaga kesehatan dengan masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan.
- c. Mampu memberikan pandangan yang luas dan kajian latar belakang ekonomi dengan fasilitas pelayanan kesehatan yang diperoleh masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Alhamda, S. 2015. *Sosiologi Kesehatan*. Jakarta: DEEPUBLISH.
- C, T. A. 1982. *From Medical Sociology to The Sociology of Health; Some Changing Concerns in the Sociological Study of Sickness and Treatment*. in Tom Bottomore, Stefa Novak and Magdalena Sokolowska *Sociology*. London and Baverly Hills: Sage: State of the Art.
- Doloksaribu, L. G. 2021. 'Kajian Ilmu Kesehatan Masyarakat', in *Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Yayasan Kita Menulis, p. 64.
- Fajar, N. A. 2022. 'Ruang Lingkup Sosiologi dan Antropologi Kesehatan', in *Antropologi dan Sosiologi Kesehatan*. Bandung: Media Sains Indonesia, p. 20.
- Ilustri. 2022. 'Psikologi Kesehatan dan Sosiologi Kesehatan', in *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Bandung: Media Sains Indonesia, p. 177.
- Iskandar, A. 2012. *Sosiologi Kesehatan (Suatu Telaah Teori dan Empirik)*. Bogor: IPB Press.
- Muthoharoh, S. 2022. 'Antropologi dan Sosiologi Kesehatan Masyarakat', in *Promosi Kesehatan*. Bandung: Media Sains Indonesia, p. 65.
- Ramli, M. 2022. 'Sosiologi dan Antropologi Kesehatan', in *Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Bandung: Media Sains Indonesia, p. 179.
- Rosdiana. 2022. *Dasar Promosi Kesehatan*. Pare-pare: CV Kaafah Learning Center.
- Sari, S. K. 2022. 'Metodologi Sosiologi', in *Antropologi dan Sosiologi Kesehatan*. Bandung: Media Sains Indonesia, p. 29.
- Sudarma, M. 2008. *Sosiologi untuk Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.

BAB 4

LIBERALITAS, DAN PERKEMBANGAN NEO-LIBERALISME DALAM KEBIJAKAN KESEHATAN

Oleh Yulianita Pratiwi Indah Lestari

4.1 Liberalitas

Istilah “*liberal*” berarti “*open minded*” (berpikiran terbuka), *generous* (ramah), *moderate* (moderat), *noninventionist* (tidak memaksakan), *free thinking* (berpikir bebas), *tolerant* (toleran), *laissez faire* (santai)”, antonimnya adalah “*narrow minded*” (berpikir sempit) (Rumadi, 2002).

Negara memainkan peran yang sangat pasif dalam hukum liberal ini. Akibatnya, setiap orang dalam masyarakat harus mematuhi hukum negara. Liberal mendukung terciptanya kesepakatan formal antara yang mengendalikan dan yang dikendalikan dalam keadaan ini. Borjuasi berusaha melindungi hak dan kebebasan mereka sendiri. Mereka sebenarnya ingin memiliki kendali atas bagaimana ekonomi atau kesejahteraan yang dijalankan. Tidak tepat bagi pemerintah untuk ikut campur dalam perekonomian. Tanggung jawab utama pemerintah dalam sistem negara hukum yang liberal adalah menegakkan hukum dan melindungi keselamatan masyarakat. Oleh karena itu, peran negara dalam negara hukum liberal hanya untuk menegakkan keamanan dan ketertiban, karena itu disebut juga negara hukum penjaga malam (*Nachtwachter Staat*) (Azhari, 1995).

4.2 Pelayanan Kesehatan di Indonesia

Laporan Kesehatan Dunia (*World Health Report*) pada tahun 2000, "*Health System: Improving Performance*" menetapkan tiga tujuan normatif untuk sistem perawatan kesehatan, termasuk meningkatkan status kesehatan (*goodness of health*), meningkatkan kaliber pelayanan kesehatan (*responsiveness*), dan meningkatkan pemerataan dalam pendanaan kesehatan (*fairness of health financing*). Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyusun kerangka kerja untuk operasi sistem kesehatan yang mencakup kepengurusan, penciptaan sumber daya, pendanaan, dan penyediaan layanan. Pembentukan tiga tujuan normatif terkait erat dengan kerangka ini. Dengan demikian, tujuan normatif diukur pada tingkatan proses, yaitu *responsiveness* dan *fairness of financing*, dan pada tingkatan *outcome*, yaitu *goodness of health*. Boelen mengidentifikasi empat tujuan normative dalam sistem pelayanan kesehatan, yaitu *equity* (keadilan), *quality* (mutu), *cost effectiveness/efficiency* (efisiensi), dan *relevance* (relevansi).

Boelen (2000) membagi empat tujuan normatif tersebut menjadi dua kategori utama: sumbu mimpi (*dream axis*), yang terdiri dari kualitas dan keadilan, dan sumbu realitas (*reality axis*), yang terdiri dari efisiensi dan relevansi. Boelen berpikir bahwa sistem pelayanan kesehatan pada mulanya hanya memiliki dua "tujuan impian", yaitu kualitas dan pemerataan. Kualitas dan keadilan berada dalam posisi di mana mereka harus "*trade off*", dengan kualitas yang menurun seiring meningkatnya keadilan dan sebaliknya. Menyadari bahwa "mimpi" secara ekonomi dibatasi oleh sumber daya yang langka sangat penting untuk mencapai kedua tujuan tersebut. Oleh karena itu Boelen menambahkan persyaratan efisiensi dan relevansi dengan tujuan sistem. Relevansi dan efisiensi terhubung ketika memprioritaskan keterbatasan sumber daya yang diberikan.

Indonesia telah menerapkan sejumlah reformasi pembiayaan kesehatan masyarakat dalam upaya memberikan

layanan kesehatan sebaik mungkin. Untuk mempersiapkan masyarakat menghadapi dampak krisis ekonomi Asia, reformasi pembiayaan dilaksanakan pada tahun 1990-an. Reformasi keuangan ini berbentuk program jaminan kesehatan pada tahun 2004, 2008, 2011, dan 2014, dan terus berkembang. Implementasi UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN (Sistem Jaminan Sosial Nasional) dan UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) merupakan reformasi keuangan terkini. Jaminan Sosial, yang mencakup asuransi kesehatan semesta, diberlakukan oleh SJSN pada tahun itu. Di bawah naungan BPJS Kesehatan, semua asuransi yang sebelumnya berdiri sendiri seperti Askes, Jamsostek, dan Jamkesda menjadi satu bagian dari reformasi keuangan kesehatan yang dikenal dengan JKN (Jaminan Kesehatan Nasional). Ada hasil yang menarik dari studi yang dilakukan oleh Health Policy Plus, meskipun faktanya reformasi keuangan dengan JKN saat ini dapat menguntungkan baik kelas yang lebih tinggi maupun kelas yang lebih miskin. Untuk memastikan bahwa setiap orang memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan nasional, BPJS Kesehatan mengadakan perjanjian dengan badan usaha swasta untuk menyediakan pelayanan kesehatan (Britton, *et al*, 2018).

4.3 Perkembangan Neo-Liberalisme dalam Kebijakan Kesehatan

4.3.1 Definisi Neo-Liberalisme

Perkembangan industrialisasi dan globalisasi yang telah menyebar ke berbagai belahan dunia secara bersamaan membawa persebaran neoliberalisme. Neoliberalisme menurut David Harvey (2009) merupakan sebuah teori ekonomi politik yang memiliki pemikiran bahwa kesejahteraan manusia dapat menjadi baik dengan membebaskan kebebasan keterampilan wirausaha individu dalam kerangka kelembagaan yang ditandai dengan menguatnya hak milik pribadi, pasar bebas, dan perdagangan

bebas. Dalam paham ini, intervensi pemerintah dalam pasar sangat minim dan dibatasi. Harvey juga menjelaskan beberapa ciri utama dari hadirnya neoliberalisme di suatu negara adalah dengan adanya privatisasi, dan komodifikasi; deregulasi; manajemen dan manipulasi krisis; dan redistribusi negara (Harvey, 2005). Privatisasi merupakan salah satu ciri dari hadirnya neo-liberalisme di Indonesia dan Malaysia dalam meningkatkan akumulasi kapital. Dalam praktiknya, privatisasi dapat dilakukan terhadap keperluan umum (air, telekomunikasi, transportasi), institusi publik (universitas, lembaga riset) dan juga pelayanan kesejahteraan sosial (hunian sosial, pendidikan, dana pensiun, hingga pelayanan kesehatan).

4.3.2 Neo-Liberalisme dalam Kebijakan Kesehatan

Kebijakan politik dan ekonomi bangsa kita (Indonesia) saat ini telah dipengaruhi oleh neoliberalisme, namun kita masih perlu memahami cara kerjanya. Kebijakan neoliberal dipraktikkan secara sistemik dan struktural melalui proses kebijakan di tingkat lokal, nasional, dan internasional dan disebut sebagai "*the dominant discourse*". Neo-liberalisme berkembang dari liberalisme ekonomi. Perspektif ini, yaitu yang membela hak atas kepemilikan dan kebebasan individu, secara efektif memperjuangkan persaingan bebas (*laissez faire*). Mereka berpendapat bahwa kekuatan pasar, berlawanan dengan kontrol pemerintah, dapat mengatasi masalah sosial (Soesilowati, 2009).

Kesehatan bersifat "politis" karena dalam sistem ekonomi neoliberal, beberapa kelompok sosial memiliki akses lebih banyak daripada yang lain. Karena kekuasaan digunakan sejauh ia merupakan komponen dari sistem ekonomi, sosial, dan politik yang lebih besar, kesehatan bersifat politis. Perjuangan dan kesadaran politik diperlukan untuk reformasi sistem ini (Bambra, *et al.*, 2005).

Keadaan kesehatan setiap orang menentukan bagaimana mereka hidup. Seseorang perlu menjaga kesehatannya agar dapat hidup dan terus hidup. Oleh karena itu, sangat penting untuk mempertahankan akses ke layanan kesehatan sehingga siapa pun yang membutuhkan dapat segera melakukannya. Namun, konsep filosofis berdampak tidak langsung pada bagaimana individu melihat diri mereka sendiri atau kesehatan mereka dalam dinamika interaksi internasional. Landasan teoretis neoliberalisme telah berkontribusi pada transformasi perawatan kesehatan dari barang publik yang ketat menjadi barang yang juga dapat diberikan oleh sektor swasta, yang mengarah ke status mereka saat ini sebagai barang yang diperdagangkan. Untuk memahami hal ini maka terlebih dahulu perlu kembali mengingat kehadiran neoliberalisme sebagai akar pemikiran komersialisasi (Aziz, *et al.*, 2020).

Diketahui bahwa banyak diskusi mendalam telah dikhususkan untuk masalah teori atau konsep mana yang paling baik menangkap dinamika ekspansi global saat ini. Pembeneran utama kaum liberal, yang berakar dari konflik antara mereka dan kaum realis, adalah karena dunia pada dasarnya anarkis, setiap negara harus bekerja untuk mempertahankan keberadaannya sendiri. Aktualitas hubungan antar bangsa yang dilakukan tanpa syarat, seperti kerjasama antar bangsa yang dilakukan atas dasar kemanusiaan, ditolak atau dipandang dengan curiga dalam dalil ini. Sebaliknya, kaum liberal berpendapat bahwa ada peluang untuk pembentukan organisasi internasional yang akan menguntungkan semua anggota untuk menegakkan perdamaian dunia (Wilson, 1998).

Perselisihan ini memicu perdebatan panjang yang menghasilkan pengembangan banyak hipotesis dan gagasan baru. Dengan menghadirkan alasan segar, liberalisme dan realisme sama-sama menghilangkan alternatif baru. Juga ditegaskan bahwa liberalisme berkontribusi pada pertumbuhan neoliberalisme.

Pembelaan utama dari sikap ini adalah bahwa, untuk mendapatkan keuntungan, pemerintah akan terus mempromosikan kerja sama. Ideologi neoliberalisme sangat menekankan perlunya kerja sama antara semua negara untuk menciptakan rezim dan institusi, meskipun tidak berpendapat bahwa tidak ada otoritas pusat dalam sistem internasional yang kacau ini. Keterkaitan bangsa-bangsa yang tidak mampu mempertahankan kepentingan nasionalnya sendiri, termasuk upaya memenuhi kebutuhan dalam negeri, akan mengarah pada terjalinnya kerjasama. Neoliberalisme dipelajari dengan penekanan pada kepentingan negara. Teori ini membahas isu-isu khusus yang berkaitan dengan apa yang dianggap sebagai kepentingan nasional secara mendalam (Keohane & Nye, 1989).

Ini menyiratkan bahwa neoliberalisme, pada kenyataannya, sangat menghargai kerja sama, termasuk proyek hubungan publik-swasta domestik dan berbagai jenis kerja sama internasional. Mengingat bahwa ini adalah upaya terbaik yang dapat dilakukan seseorang untuk mempromosikan kepentingan nasional dan memuaskan hasrat domestik, yang pada gilirannya meningkatkan kesejahteraan individu, tidak diragukan lagi hal itu dianggap legal. Neoliberalisme memiliki fokus politik-ekonomi, tetapi juga memungkinkan penggunaan elemen lain sebagai instrumen karena filosofi pasar bebas yang berasal darinya pada akhirnya menawarkan komoditas baru yang sebelumnya tidak ditawarkan, seperti di bidang kesehatan. Pembicaraan tentang pengalihan pengelolaan pelayanan kesehatan dari institusi publik, khususnya pemerintah, ke sektor swasta dipicu oleh privatisasi kesehatan akibat penerapan konsep neoliberal. Tapi itu juga ide yang buruk untuk berpikir bahwa privatisasi pelayanan kesehatan yang lengkap adalah ide yang bagus (Aziz, *et al.*, 2020).

4.3.3 Praktik Neo-Liberalisme dalam Fasilitas Kesehatan

Metode terbaik untuk memajukan kesejahteraan manusia, menurut ekonomi politik neoliberalisme, adalah dengan melindungi kebebasan individu dan profesional di sektor bisnis, yang dicirikan oleh perlindungan hak kepemilikan pribadi, pasar bebas, dan perdagangan bebas (Rahmat & Yustika, 2017).

Dominasi neoliberalisme telah menyebabkan komodifikasi layanan kesehatan dan munculnya layanan komersial. Karena sifatnya yang strategis dan dampaknya yang luas terhadap kehidupan masyarakat, sektor kesehatan sangat penting untuk perdagangan bebas. Karena "invasi ekonomi" dari sistem perawatan kesehatan, orang tidak dapat menerima perawatan kesehatan yang adil dan sesuai. Filosofi *New Public Management* (NPM) mendorong pergeseran sektor publik baru-baru ini menuju akuntabilitas publik. Karena diyakini bahwa model tata kelola konvensional tidak efektif dalam mengelola pemerintahan, sektor publik mengadopsi model manajemen sektor swasta untuk mengatasi masalah ini (Hood, 1991).

Neoliberalisme telah mengambil alih urusan pemerintahan di bidang kesehatan akibat masuknya pemikiran NPM ke dalam institusi pemerintahan. Penggunaan NPM dalam akuntansi ditandai dengan diberlakukannya IPSAS (*International Public Sector Accounting Standards*) yang dirancang oleh IPSASB (*International Public Sector Accounting Standards Board*), yang kemudian oleh DSASPIAI (Dewan Standar Akuntansi Sektor Publik –Ikatan Akuntan Indonesia) diimplementasikan dalam wujud regulasi Standar Akuntansi Pemerintah melalui Undang-undang. NPM bertujuan untuk mengurangi campur tangan pemerintah dalam menjalankan pelayanan publik di sektor kesehatan sementara juga memasukkan mekanisme pasar dan manajemen sektor swasta ke dalam administrasi publik (Harvey, 2009; Mulawarman, 2012; Sayidah, *et al.*, 2014).

Dengan kata lain, neoliberalisme cenderung melepaskan pemerintah dari penyediaan layanan kesehatan dan menyerahkannya pada mekanisme pasar. Padahal, kewajiban negara adalah menjamin kesehatan bagi setiap warga negara, seperti yang tercantum dalam UUD 1945 pasal 28 H ayat 1, UUD 1945 pasal 34 ayat 3, UU No. 26 Tahun 2009 tentang Kesehatan, UU No. 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. Proses liberalisasi pendidikan dimulai dengan privatisasi perguruan tinggi, seperti yang terjadi di bidang pendidikan. Peran negara dalam pembiayaan pendidikan berangsur-angsur berkurang setelah berubah dari PTN menjadi PT BHMN dengan dikeluarkannya PP No. 61 Tahun 1999. Akibatnya, pendidikan tinggi menjadi lebih mahal, membuatnya semakin menantang bagi mereka yang kurang beruntung. Sedikit yang memiliki kesempatan untuk mengikuti pendidikan tinggi karena mereka tidak mampu membayar biaya masuk atau biaya semester yang dikenakan oleh perguruan tinggi (Darmaningtyas, *et al.*, 2014).

Menurut Permenkes Nomor 43 Tahun 2019, Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya. Secara filosofi, tugas Puskesmas adalah mengatur upaya komunitas dan intrapersonal untuk menyebarkan dan mencegah penyakit. Untuk memberikan informasi tentang sejarah penyakit di wilayahnya dan pemahaman lebih mendalam tentang lingkungan yang dapat mempengaruhi status kesehatan penduduk di setiap lokasi, maka Puskesmas harus berfungsi sebagai pusat pengelolaan informasi kesehatan di wilayahnya. Untuk mengurangi ketergantungan pada obat-obatan dan rumah sakit, Puskesmas juga dapat memulai atau bahkan memimpin inisiatif pendidikan kesehatan di masyarakat. Guna mendukung kegiatan masyarakat yang bertujuan untuk berkolaborasi dalam meningkatkan

kesehatan daerah, maka dokter dan perawat di Puskesmas juga harus dapat melihat secara langsung permasalahan kesehatan yang dihadapi masyarakat (Prasetyo, 2004).

Puskesmas harus didirikan di setiap kecamatan, dengan kata lain setiap kecamatan harus didirikan minimal satu Puskesmas, sesuai dengan Permenkes No. 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas pasal 9 ayat (1). Khusus pada era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), pemerintah memberikan subsidi kapitasi kepada fasilitas kesehatan melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS). Neoliberalisme perlahan-lahan menyusup ke Puskesmas tanpa diketahui oleh pihak internal karena peran sosialnya yang signifikan dan sumber daya keuangan yang besar. Neoliberalisme dapat dengan mudah menggulingkan struktur organisasi Puskesmas, setidaknya karena dua alasan. Tidak dapat disangkal bahwa Puskesmas memiliki struktur sebagai unit organisasi yang memungkinkan orang-orang dari berbagai latar belakang untuk memenuhi pekerjaannya. Yang pertama adalah dampak dari sumber daya manusia. Puskesmas juga mempekerjakan individu dengan latar belakang administrasi dan keuangan.

DAFTAR PUSTAKA

- Azhari. 1995. Negara Hukum Indonesia Analisis Yuridis Normatif tentang Unsur-Unsurnya. Jakarta: UI Press, Jakarta. 55.
- Aziz, M.R.L., Chandra Purnama, & Akim. 2020. Perspektif Neoliberalisme Dalam Privatisasi Sektor Kesehatan. JURNAL TRANSBORDERS. 3(2).
- Bambra, C., Fox, D., & Scott-Samuel, A. (2005). Towards a politics of health. *Health Promotion International*, 20(2), 187-193.
- Boelen, C. Towards Unity for Health, Challenges and Opportunities for Partnership in Health Development. World Health Organization, Geneva, 2000.
- Britton, K., Koseki, S., and Dutta, A. 2018. Expanding Markets while Improving Health in Indonesia: Private Health .
- Darmaningtyas, Subkhan, E., & Panimbang, F. 2014. Melawan Liberalisme Pendidikan. Mataram: Madani.
- Harvey, D. 2005. A Brief History of Neoliberalism. Oxford University Press. 2.
- Harvey, D. 2009. Neoliberalisme dan Restorasi Kelas Kapitalis. Yogyakarta: Resist Book.
- Hood, C. 1991. A public Management for All Seasons. *Public Administration*. 69. 3-19.
- Keohane, Robert O. 1989. *International Institutions and State Power (Essay in International Relations Theory)*. London: Westvie Press.
- Kementerian Kesehatan, Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2019. *Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta.
- Mulawarman, A. D. 2012. Akuntansi Syariah di Pusaran Kegilaan “IFRS-IPSAS” Neoliberal: Kritik atas IAS 41 dan IPSAS 27 mengenai Pertanian. *The 6th Hasanuddin Days*, 1-24.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang *Pusat Kesehatan Masyarakat*. 2014.

- Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2010 tentang *Pelaksanaan Undang-Undang KIP*.
- Prasetyo, E. 2004. Orang miskin dilarang sakit. Yogyakarta: Resist Book.
- Rahmat, M. & Yustika, A.E. 2017. *Di bawah bendera pasar: dari nasionalisasi menuju liberalisasi ekonomi*. Malang: Empatdua.
- Rumadi. 2002. *Masyarakat Post-Teologi*. Bekasi: Gugus Press. 116-118.
- Sayidah, N., Triyuwono, I., Sukoharsono, E. G., & Djamhuri, A. 2014. NPM Sebagai Model University Governance Modern (Analisis Kritis dalam Perspektif Ketauhidan). *Jurnal Akuntansi Aktual*. 2(4). 229-238.
- Sector Market in the JKN Era. Washington, DC: Palladium, Health Policy Plus; and Jakarta, Indonesia: TNP2K. Hal. 5.
- Wilson, P. 1998. The Myth Of The 'First Great Debate'. *Review of International Studies*, 1-17.
- World Health Organization. *Health System: Improving Performance*. World Health Organization, Geneva, 2000.
- Soesilowati, E. 2009. *Neoliberalisme: Antara Mitos Dan Harapan*. *JEJAK*, 2(2). 126-134.

BAB 5

PARSONS, SOSIOLOGI AMERIKA DAN PERANAN SAKIT

Oleh Niken Bayu Argaheni

5.1 Pendahuluan

Talcott Parsons adalah ilmuwan sosial pertama yang berteori tentang hubungan dokter-pasien, dan pendekatan fungsionalisnya yang berbasis peran mendefinisikan analisis hubungan dokter-pasien selama dua dekade berikutnya. Parsons (1951, 1958, 1978) memulai dengan asumsi bahwa penyakit adalah bentuk penyimpangan disfungsional yang membutuhkan reintegrasi dengan organisme sosial. Sakit, atau pura-pura sakit, membebaskan orang dari pekerjaan dan tanggung jawab lainnya, dan dengan demikian berpotensi merugikan tatanan sosial jika tidak dikendalikan. Mempertahankan tatanan sosial membutuhkan pengembangan "peran sakit" yang dilegitimasi untuk mengendalikan penyimpangan ini, dan menjadikan penyakit sebagai keadaan transisi kembali ke kinerja peran normal. Dalam masyarakat Barat, Parsons melihat empat norma yang mengatur peran sakit fungsional (Coates, 2021; Hughes, 2021):

- 1) Individu tidak bertanggung jawab atas penyakitnya;
- 2) Pembebasan orang sakit dari kewajiban biasa sampai sembuh;
- 3) Penyakit tidak diinginkan; dan
- 4) Yang sakit harus mencari bantuan profesional

Bagi Parsons, peran dokter adalah untuk mewakili dan mengkomunikasikan norma-norma ini kepada pasien untuk mengendalikan penyimpangannya. Dokter mencontohkan untuk

Parsons pergeseran ke hubungan "netral ataukah memiliki pengaruh" dalam masyarakat modern, dengan dokter dan pasien dilindungi oleh jarak emosional. Pendidikan medis dan ekspektasi peran sosial memberikan sosialisasi normatif kepada dokter untuk bertindak demi kepentingan pasien daripada kepentingannya sendiri, dan dipandu oleh universalisme egaliter daripada partikularisme yang dipersonalisasi. Karena dokter telah menguasai kumpulan pengetahuan teknis, tatanan sosial fungsional untuk memungkinkan dokter memiliki otonomi dan otoritas profesional, dikendalikan oleh sosialisasi dan harapan peran dokter (Burnham, 2013; Lupton, 1997).

Fakta bahwa latar belakang sosial kita memengaruhi kesehatan kita mungkin sulit diterima banyak dari kita. Kita semua tahu seseorang yang telah meninggal karena penyakit serius atau saat ini menderita penyakit tersebut. Selalu ada penyebab medis dari penyakit orang ini, dan dokter melakukan yang terbaik untuk mencoba menyembuhkannya dan mencegahnya agar tidak kambuh lagi. Terkadang dokter berhasil; terkadang dokter gagal. Apakah seseorang menderita penyakit serius seringkali hanya masalah nasib buruk atau gen buruk (Burnham, 2013).

5.2 Perspektif Sosiologis tentang Kesehatan dan Perawatan Kesehatan

Kesehatan mengacu pada tingkat kesejahteraan fisik, mental, dan sosial seseorang. Meskipun tiga dimensi kesehatan yang baru saja disebutkan sering saling mempengaruhi, tidak menutup kemungkinan seseorang berada dalam kondisi kesehatan fisik yang baik dan kesehatan mental yang buruk, atau sebaliknya. Kedokteran mengacu pada institusi sosial yang berusaha untuk mencegah, mendiagnosa, dan mengobati penyakit dan untuk meningkatkan kesehatan dalam berbagai dimensinya. Institusi sosial di Amerika Serikat ini sangat luas, secara sederhana, dan melibatkan lebih dari 11 juta orang (dokter, perawat, dokter gigi,

terapis, teknisi rekam medis, dan banyak pekerjaan lainnya). Akhirnya, perawatan kesehatan mengacu pada penyediaan layanan medis untuk mencegah, mendiagnosa, dan mengobati masalah kesehatan.

Tabel 5.1 : Perspektif Teoretis

Perspektif teoretis	Asumsi utama
Fungsionalisme	Kesehatan yang baik dan perawatan medis yang efektif sangat penting untuk kelancaran fungsi masyarakat. Pasien harus melakukan "peran sakit" agar dianggap sakit secara sah dan dibebaskan dari kewajiban normalnya. Hubungan dokter-pasien bersifat hierarkis: Dokter memberikan instruksi, dan pasien perlu mengikutinya.
Teori konflik	Ketimpangan sosial mencirikan kualitas kesehatan dan kualitas perawatan kesehatan. Orang-orang dari latar belakang sosial yang kurang beruntung lebih mungkin menjadi sakit dan menerima perawatan kesehatan yang tidak memadai. Sebagian untuk meningkatkan pendapatan, dokter telah mencoba untuk mengontrol praktik kedokteran dan mendefinisikan masalah sosial sebagai masalah medis.
Interaksionisme simbolik	Kesehatan dan penyakit adalah konstruksi sosial : Kondisi fisik dan mental memiliki sedikit atau tidak ada realitas objektif tetapi dianggap sebagai kondisi sehat atau sakit hanya jika didefinisikan demikian oleh masyarakat. Dokter "mengelola situasi" untuk menampilkan otoritas dan pengetahuan medisnya.

5.3 Pendekatan Fungsionalis

Perspektif fungsionalis menekankan bahwa kesehatan yang baik dan perawatan medis yang efektif sangat penting bagi kemampuan masyarakat untuk berfungsi. Kesehatan yang buruk mengganggu kemampuan kita untuk menjalankan peran kita dalam masyarakat, dan jika terlalu banyak orang yang tidak sehat, fungsi dan stabilitas masyarakat akan terganggu. Hal ini terutama berlaku untuk kematian dini, kata Parsons, karena mencegah individu dari sepenuhnya melaksanakan semua peran sosialnya dan dengan demikian merupakan "pengembalian yang buruk" ke masyarakat untuk berbagai biaya kehamilan, kelahiran, perawatan anak, dan sosialisasi individu. yang akhirnya meninggal lebih awal. Perawatan medis yang buruk juga tidak berfungsi bagi masyarakat, karena orang yang sakit menghadapi kesulitan yang lebih besar untuk menjadi sehat dan orang yang sehat lebih mungkin menjadi sakit.

Agar seseorang dianggap sakit secara sah, kata Parsons, beberapa harapan harus dipenuhi. Dia menyebut ekspektasi ini sebagai ekspektasi peran sakit. Pertama, orang sakit tidak boleh dianggap sebagai penyebab masalah kesehatannya sendiri. Jika kita makan makanan berlemak tinggi, menjadi gemuk, dan mengalami serangan jantung, simpati yang kita timbulkan lebih sedikit daripada jika kita mempraktikkan nutrisi yang baik dan mempertahankan berat badan yang tepat. Jika seseorang mengemudi dalam keadaan mabuk dan menabrak pohon, simpatinya jauh lebih sedikit dibandingkan jika pengemudinya tidak mabuk dan tergelincir dari jalan dalam cuaca dingin.

Kedua, orang sakit pasti ingin sembuh. Jika pasien tidak ingin sembuh atau, lebih buruk lagi, dianggap berpura-pura sakit atau berpura-pura sakit setelah menjadi lebih sehat, pasien tidak lagi dianggap sakit secara sah oleh orang-orang yang mengenalnya atau, lebih umum, oleh masyarakat itu sendiri. Ketiga, orang sakit diharapkan agar penyakitnya dikonfirmasi oleh dokter atau

profesional perawatan kesehatan lainnya dan mengikuti instruksi profesional tersebut agar sembuh. Jika orang sakit gagal melakukannya, dia kembali kehilangan hak untuk melakukan peran sakit. Jika semua harapan ini terpenuhi, kata Parsons, orang sakit diperlakukan sebagai orang sakit oleh keluarga, teman, dan orang lain yang dikenal, dan dibebaskan dari kewajiban normalnya kepada semua orang ini. Kadang-kadang pasien bahkan disuruh tetap di tempat tidur ketika ingin tetap aktif.

Dokter juga memiliki peran untuk dilakukan. Pertama dan terpenting, dokter harus mendiagnosa penyakit orang tersebut, memutuskan bagaimana mengobatinya, dan membantu orang tersebut menjadi sehat. Untuk melakukannya, dokter memerlukan kerja sama dari pasien, yang harus menjawab pertanyaan dokter secara akurat dan mengikuti petunjuk dokter. Oleh karena itu, Parsons memandang hubungan dokter-pasien sebagai hierarkis: dokter memberikan perintah (atau, lebih tepatnya, memberikan saran dan instruksi), dan pasien mengikutinya.

5.4 Pendekatan Konflik

Pendekatan konflik menekankan ketidaksetaraan dalam kualitas kesehatan dan pelayanan kesehatan. Kualitas kesehatan dan perawatan kesehatan sangat berbeda di seluruh dunia dan di Amerika Serikat. Ketidaksetaraan masyarakat sepanjang kelas sosial, ras dan etnis, dan garis gender direproduksi dalam perawatan kesehatan dan kesehatan kita. Orang-orang dari latar belakang sosial yang kurang beruntung lebih mungkin untuk jatuh sakit, dan begitu sakit, perawatan kesehatan yang tidak memadai mempersulitnya untuk menjadi sehat. Seperti yang akan kita lihat, bukti perbedaan dalam kesehatan dan perawatan kesehatan sangatlah luas dan dramatis.

Pendekatan konflik juga mengkritik upaya dokter selama beberapa dekade untuk mengontrol praktik kedokteran dan mendefinisikan berbagai masalah sosial sebagai masalah medis.

Motivasi dokter untuk melakukannya baik dan buruk. Sisi baiknya, pasien percaya bahwa dokter adalah profesional yang paling memenuhi syarat untuk mendiagnosis masalah dan merawat orang yang memiliki masalah ini. Sisi negatifnya, dokter juga menyadari bahwa status keuangan akan meningkat jika berhasil menggolongkan masalah sosial sebagai masalah medis dan memonopoli pengobatan masalah ini. Begitu masalah ini menjadi "medikal", kemungkinan akar sosialnya dan dengan demikian potensi solusinya diabaikan.

Beberapa contoh mengilustrasikan kritik teori konflik. Pengobatan alternatif menjadi semakin populer, tetapi begitu juga kritik dari kalangan medis. Dokter mungkin secara jujur merasa bahwa alternatif medis tidak memadai, tidak efektif, atau bahkan berbahaya, tetapi juga menyadari bahwa penggunaan alternatif ini secara finansial merugikan praktiknya sendiri. Gangguan makan juga menggambarkan kritik teori konflik. Banyak wanita dan anak perempuan yang mengalami gangguan makan menerima bantuan dari dokter, psikiater, psikolog, atau ahli kesehatan lainnya. Meskipun perawatan ini seringkali sangat membantu, definisi gangguan makan sebagai masalah medis tetap memberikan sumber pendapatan yang baik bagi para profesional yang merawatnya dan mengaburkan akar budayanya dalam standar kecantikan wanita di masyarakat.

Sebagai contoh terakhir, banyak anak hiperaktif sekarang didiagnosis dengan ADHD, atau gangguan pemusatan perhatian/hiperaktivitas. Satu generasi atau lebih yang lalu, anak-anak dengan ADHD akan dianggap terlalu aktif. Setelah Ritalin, obat yang mengurangi hiperaktif, dikembangkan, perilakunya dianggap sebagai masalah medis dan diagnosis ADHD semakin diterapkan, dan puluhan ribu anak pergi ke kantor dokter dan diberi Ritalin atau obat serupa. Definisi perilaku sebagai masalah medis sangat menguntungkan bagi dokter dan perusahaan yang mengembangkan Ritalin, dan juga mengaburkan kemungkinan

akar perilakunya dalam pola asuh yang tidak memadai, sekolah yang kaku, atau bahkan sosialisasi gender, karena sebagian besar anak hiperaktif adalah laki-laki.

5.5 Pendekatan Interaksionis Simbolik

Pendekatan interaksionis simbolik menekankan bahwa kesehatan dan penyakit adalah konstruksi sosial. Ini berarti bahwa berbagai kondisi fisik dan mental memiliki sedikit atau tidak ada realitas objektif tetapi dianggap sebagai kondisi sehat atau sakit hanya jika didefinisikan demikian oleh masyarakat dan anggotanya. Contoh ADHD mengilustrasikan kekhawatiran teori interaksionis simbolik, karena perilaku yang sebelumnya tidak dianggap sebagai penyakit kemudian didefinisikan sebagai penyakit setelah perkembangan Ritalin.

Pada akhir tahun 1800an penggunaan opium cukup umum di Amerika Serikat, karena turunan opium disertakan dalam semua jenis produk yang dijual bebas. Penggunaan opium tidak dianggap sebagai masalah kesehatan atau hukum yang utama. Itu berubah pada akhir abad ini, karena prasangka terhadap orang Tionghoa-Amerika menyebabkan pelarangan sarang opium (mirip dengan bar saat ini) yang sering dikunjungi, dan seruan untuk pelarangan opium menyebabkan undang-undang federal di awal abad kedua puluh yang melarang sebagian besar opium.

Dalam contoh yang lebih baru, upaya untuk mendefinisikan kembali obesitas sedang dilakukan di Amerika Serikat. Obesitas adalah risiko kesehatan yang diketahui, tetapi gerakan "kebanggaan gemuk" atau "penerimaan lemak" yang sebagian besar terdiri dari orang-orang berat berpendapat bahwa risiko kesehatan obesitas dilebih-lebihkan dan meminta perhatian pada diskriminasi masyarakat terhadap orang yang kelebihan berat badan. Meskipun diskriminasi tersebut tentu disayangkan, kritikus mengatakan gerakan tersebut terlalu jauh dalam upaya meminimalkan risiko obesitas.

Pendekatan interaksionis simbolik juga memberikan studi penting tentang interaksi antara pasien dan profesional kesehatan. Sadar atau tidak, dokter “mengelola situasi” untuk menampilkan otoritas dan pengetahuan medisnya. Pasien biasanya harus menunggu lama sampai dokter datang, dan dokter sering memakai jas lab putih; dokter juga sering dipanggil “Dokter”, sedangkan pasien sering dipanggil dengan nama depannya. Dokter biasanya menggunakan istilah medis yang kompleks untuk menggambarkan penyakit pasien daripada istilah yang lebih sederhana yang digunakan oleh orang awam dan pasien itu sendiri.

Contoh medikalisasi diilustrasikan oleh sejarah bagaimana masyarakat kita memandang alkohol dan alkoholisme. Selama abad kesembilan belas, orang yang minum terlalu banyak dianggap buruk, orang malas, disebut pemabuk, dan tidak jarang ditangkap atau lari ke luar kota. Pemabuk tidak diperlakukan dengan simpatik karena pada saat itu dianggap kesalahannya sendiri sehingga tidak bisa berhenti minum. Namun, selama paruh kedua abad ke-20, orang yang minum terlalu banyak semakin didefinisikan sebagai pecandu alkohol: orang dengan penyakit atau kecenderungan genetik untuk kecanduan yang tidak bertanggung jawab atas kebiasaan minumnya. Dengan alkoholisme yang didefinisikan sebagai penyakit dan bukan pilihan pribadi, pecandu alkohol dipandang lebih berbelas kasih dan pengertian. Jadi, "keburukan" diubah menjadi "penyakit".

Ada banyak contoh demedialisasi dalam sejarah juga. Pada era Perang Saudara, para budak yang sering melarikan diri dari pemiliknya didiagnosa mengalami gangguan jiwa yang disebut drapetomania. Ini telah ditafsirkan kembali sebagai tanggapan yang sepenuhnya tepat untuk diperbudak. Contoh yang lebih baru adalah homoseksualitas, yang diberi label gangguan mental atau gangguan orientasi seksual oleh American Psychological Association hingga tahun 1973.

5.6 Peranan Sakit

Istilah 'peran sakit' dan deskripsi langsung tentang bagaimana para penyimpang dalam kelompok kecil menggunakan peran itu telah muncul dengan jelas dalam makalah yang sudah diterbitkan pada tahun 1947 oleh David M. Schneider. Dia mendapatkan ide tersebut dengan mengamati kejadian-kejadian di unit tentaranya sebelum dia diberhentikan pada tahun 1946. Schneider melihat dengan jelas bahwa orang-orang yang mengaku sakit memiliki tempat yang diakui dalam kelompok tersebut. Schneider tidak hanya menulis tetapi telah menerbitkan makalahnya sebelum dia menjadi mahasiswa pascasarjana di Harvard, di mana Parsons menjadi sangat mengenalnya dan dengan makalahnya yang diterbitkan. Saat itu, Parsons sedang mengembangkan teori umumnya, dan dia mendiskusikan idenya dengan anggota fakultas Harvard lainnya yang juga mengetahui karya Schneider. Schneider, yang tersanjung dengan pengakuan Parsons atas karyanya, pada saat itu tidak keberatan ketika Parsons mengambil materi Schneider dan menggunakannya tanpa sepengetahuan. Pada tahun 1953, Schneider secara implisit menerima beberapa pengakuan ketika makalahnya dicetak ulang bersama dengan dua makalah Parsons dalam koleksi yang membuat urutan publikasi menjadi jelas. Schneider kemudian tidak ingat bagaimana dia merancang istilah 'peran sakit' di luar apa yang dia amati secara spontan di antara rekan-rekan tentaranya (Burnham, 2013).

Sick role theory, seperti yang dijelaskan oleh peneliti Talcott Parsons pada tahun 1951, adalah suatu cara untuk menjelaskan hak dan tanggung jawab tertentu dari orang-orang yang sakit. Karena pasien yang didiagnosis dengan kondisi medis tidak selalu dapat memenuhi tugas yang sama dengan yang dapat dilakukan oleh orang yang sehat, masyarakat beradaptasi dengan situasi ini dan memungkinkan sejumlah penyimpangan yang wajar dari perilaku yang akan dipandang sebagai tipikal orang yang sehat.

Parsons melihat peran sakit sebagai bentuk penyimpangan, atau bertentangan dengan harapan masyarakat, karena orang yang sakit memiliki pola perilaku yang berbeda dari norma. Dia berargumen bahwa orang pada umumnya diharapkan menjadi anggota masyarakat yang produktif. Namun, jika orang yang sakit tidak dapat melakukan tugasnya yang biasa, seperti bekerja di suatu pekerjaan, pergi ke sekolah atau merawat anggota keluarga, penyimpangan dari biasanya ini disetujui secara positif, atau disetujui oleh masyarakat atau otoritas. angka. Misalnya, jika seseorang tidak hadir ke sekolah, guru dan administrator akan menganggap ini menyimpang, tetapi jika karena sakit di tempat tidur, maka hal ini diizinkan. Agar penyimpangan dapat dikenai sanksi, seorang ahli medis, seperti dokter, harus menyatakan bahwa seseorang benar-benar sakit, suatu proses yang melegitimasi penyakitnya. Legitimasi adalah bukti bahwa orang tersebut benar-benar sakit dan membutuhkan ekspektasi yang lebih lunak. Ini setara dengan catatan dokter yang dapat dibawa ke sekolah untuk membuktikan bahwa seseorang tidak membolos begitu saja untuk pergi ke bioskop.

Parsons menjelaskan dua hak dan dua tanggung jawab yang dimiliki orang sakit: pasien memiliki hak untuk tidak disalahkan atas penyakitnya dan hak untuk diberi kelonggaran oleh orang lain sehubungan dengan kewajiban normal. Namun, seorang pasien memiliki tanggung jawab untuk menjadikan sembuh sebagai prioritas dan tanggung jawab untuk mencari perawatan yang tepat untuk kondisinya. Hak dan tanggung jawab ini mungkin berlaku hanya selama periode tertentu ketika seseorang sakit dan mungkin bersifat sementara.

Parsons mengakui penyakit sebagai ancaman utama bagi stabilitas dan produktivitas masyarakat dan memperkenalkan konsep "peran sakit" untuk menggambarkan regulasi sosial penyakit dan menjelaskan mekanisme yang mendorong individu untuk kembali ke aktivitas produktif. Parsons berpendapat bahwa

karena orang yang sakit tidak dapat melakukan peran sosial yang diharapkan, maka seseorang akan dikenakan sanksi negatif. Di sisi lain, jika pasien ini tidak bermaksud untuk menjadi sakit dan termotivasi untuk sembuh, maka, menurut analisis Parsons, orang tersebut dapat mengklaim dan diberikan pembebasan sementara tanpa kesalahan dari tanggung jawab peran yang biasanya diharapkan. Alih-alih dimintai pertanggungjawaban atas ketidakhadirannya, maka akan dimaafkan karena sakit.

Ide-ide Parsons sangat berpengaruh hingga tahun 1990-an, ketika arsitek Model Perawatan Kronis. Ed Wagner, menyadari pengembalian tradisional ke kesehatan semakin menjadi pilihan, dan kembali ke kehidupan senormal mungkin adalah standar baru dalam perawatan kesehatan. Model Perawatan Kronis mengidentifikasi perubahan besar yang harus dilalui oleh sistem perawatan kesehatan untuk melengkapi prioritas pasien, termasuk penciptaan budaya perawatan kesehatan dan sistem pengiriman yang mempromosikan perawatan yang aman, berkualitas tinggi, dan memberdayakan pasien untuk mencapai manajemen mandiri di masyarakat. – bersama dengan pendukung keputusan dan sistem informasi klinis yang memudahkan transfer antar pengaturan perawatan(Williams, 2005).

Dengan menekankan tujuan pasien, model tersebut segera membalikkan hubungan dokter-pasien: pasien menjadi ahli, karena hanya pasien yang dapat memberi tahu cara terbaik meminimalkan efek penyakit pada kehidupannya. Mengidentifikasi dan mencapai tujuan yang penting bagi pasien (bukan profesional medis) memerlukan pendekatan perencanaan perawatan, di mana pasien dan profesional bertindak dalam kemitraan untuk mengidentifikasi tujuan dan memilih kombinasi perawatan dan layanan yang paling mungkin untuk mencapainya. Aspirasi seperti itu tidak bisa jauh dari postulat Parson atau penggambaran dokter dan pasien dalam film-film pada zaman itu. Memang, kondisi jangka panjang telah membuat semakin tidak tepat untuk

menyebut orang sebagai pasien – istilah yang berarti 'orang yang menderita'.

DAFTAR PUSTAKA

- Burnham, J. C. 2013. Why sociologists abandoned the sick role concept. *Http://Dx.Doi.Org/10.1177/0952695113507572*, 27(1), 70–87.
<https://doi.org/10.1177/0952695113507572>
- Coates, A. 2021. In what ways can Parsons' concept of 'sick role' still be useful to sociologists of health and illness? Retrieved 4 January 2023, from https://www.academia.edu/37634057/In_what_ways_can_Parsons_concept_of_sick_role_still_be_useful_to_sociologists_of_health_and_illness
- Hughes, J. 2021. The Doctor-Patient Relationship: A Review. Retrieved 4 January 2023, from <http://www.changesurfer.com/Hlth/DPReview.html>
- Lupton, D. 1997. Psychoanalytic sociology and the medical encounter: Parsons and beyond. *Sociology of Health & Illness*, 19(5), 561–579. <https://doi.org/10.1111/J.1467-9566.1997.TB00420.X>
- Williams, S. J. 2005. Parsons revisited: from the sick role to...? *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 9(2), 123–144.
<https://doi.org/10.1177/1363459305050582>

BAB 6

AGAMA DAN KESEHATAN

Oleh Pius Weraman

6.1 Pendahuluan

Siapakah aku? Apa makna dari hidup? Untuk apa aku hidup? adalah pertanyaan filosofis yang kurang lebih sama dengan pertanyaan siapakah manusia itu? Apa makna hidup dari seorang manusia? Untuk apa manusia hidup?. Bagaimana “aku” dan alam semesta diciptakan? Bagaimana segala sesuatu ini berada? Apakah segala sesuatu ini hadir begitu saja atautkah ada yang menjadikannya ada? Pertanyaan semacam ini bagi sebagian orang bukanlah hal yang penting. Menjawab hal ini bisa saja bagi mereka hanya membuang-buang waktu. Mereka lebih memilih bermain-main dengan produk teknologi yang sungguh memabukkan. Pertanyaan seperti ini bagi mereka hanya jalan untuk mengingkari keadaan zaman saat ini. Zaman yang bagi mereka tidak butuh sebuah makna, tidak butuh sebuah penjelasan, tidak memerlukan kerangka hakikat kemanusiaan. Bagi mereka manusia adalah pelaku-pelaku zaman yang tidak perlu mengerti kedudukan mereka dalam zaman itu sendiri.

Demikianlah pertanyaan-pertanyaan ontologis yang sejak mula sudah muncul dalam pemikiran anak cucu Adam yang bernama manusia. Manusia dalam kebudayaan besar terdahulu berupaya menjawab pertanyaan tersebut melalui mitos. Mitos (bahasa Yunani *mythos*) merupakan cerita prosa rakyat yang perankan oleh para dewa atau makhluk setengah dewa, dan peristiwanya terjadi di dunia lain atau di dunia yang berbeda dari yang kita kenal sekarang, serta terjadi pada masa

lampau (Kirk, 1984: 57). Pada umumnya mitos menceritakan terjadinya alam semesta, dunia, dan para makhluk penghuninya, kisah para supranatural, dan sebagainya.

Sebagian orang yang dianggap “aneh”, menganggap perlu untuk mengetahui jawaban pertanyaan filosofis tersebut. Walaupun mereka sendiri belum tentu dengan pasti mengetahui jawaban dari pertanyaan itu, namun dengan cara alienasi dari diri sendiri yang mereka lakukan mereka mencoba menemukan hakikat kehidupan. Karena mereka sadar hidup dalam kepalsuan sama saja seperti binatang yang tidak punya akal. Pernyataan ini mungkin berlebihan, tapi itulah kenyataan yang mereka yakini. Mereka tidak ingin ditelan oleh zaman, tidak ingin hanya menjalani hidup tanpa mengetahui siapa mereka tetapi ingin mengolah hidup dengan cara mereka sendiri.

Orang-orang yang dianggap aneh inilah yang telah berhasil membuat beberapa rangkaian definisi tentang manusia sesungguhnya. Walaupun definisi ini masih belum final mutlak dan tetap bisa dipertanyakan namun hal ini perlu dikaji dan dipahami. Dengan mencoba memahami pandangan para filsuf terdahulu tentang manusia, mudah-mudahan kita dapat mengenal hidup dan eksistensi kita secara mendalam dan sadar. Dari banyak penjelasan yang ada, saya tertarik untuk membahas manusia sebagai *homo religiosus*. Secara harfiah artinya adalah manusia beragama.

Bagi *homo religiosus* dunia ini tidak hanya terdiri dari satu tingkat, tetapi tiga. *Homo religiosus* mengenal dunia bukan hanya dunia yang dia huni, tetapi dunia bawah, yaitu dunia yang tidak dikenal, dunia tempat orang mati; dan dunia atas, yaitu dunia para dewa, nenek moyang, dan para pahlawan purba. Ketiga dunia ini memiliki relasi satu sama lain oleh poros dunia.

Namun yang tidak kalah menarik adalah adanya upaya manusia memahami keberadaannya dan realitas di luar dirinya lewat apa yang mereka percayai dari ajaran-ajaran keagamaan berdasarkan kitab-kitab suci. Menurut banyak tradisi dan kalangan, hal tersebut dikarenakan adanya hasrat kodrati di dalam diri manusia untuk menyadari sesuatu Yang Absolut di luar dirinya, yang mengatasi segalanya—yang menjadikan manusia disebut *homo religiosus*.

6.2 Agama /Homo Religiosus

6.2.1 Apa itu Homo Religiosus?

Istilah *homo religiosus* ini pertama kali dipopulerkan oleh Mircea Eliade. Menurut Eliade, *homo religiosus* adalah tipe manusia yang hidup dalam suatu alam yang sakral, penuh dengan nilai-nilai keagamaan dan dapat menikmati kesucian yang ada dan tampak pada alam semesta, alam materi, tumbuhan, hewan, dan manusia. Pengalaman dan penghayatan akan Yang Suci ini selanjutnya ikut menentukan corak serta cara hidupnya.

Manusia sebagai *homo religiosus* selalu memiliki kepekaan tentang yang “spiritual” atau “suci” yang merupakan bagian esensial pengalaman manusia tentang dunia. Hal tersebut terjadi karena secara alamiah manusia ingin bersentuhan dengan realitas ini dan memanfaatkannya, tetapi mereka juga ingin sekadar mengaguminya. Ketika manusia mulai mempersonalisasi kekuatan gaib dan menjadikannya sebagai tuhan-tuhan, mengasosiasikannya dengan angin, matahari, laut, dan bintang-bintang tetapi memiliki karakteristik manusia, mereka sebenarnya sedang mengekspresikan rasa kedekatan dengan yang gaib itu dan dengan dunia di sekeliling mereka.

Tingkat perkembangan agama dan kepercayaan pada *homo religiosus* dipengaruhi oleh tingkat perkembangan

peradaban mereka. Agama-agama kuno di suatu tempat bersesuaian dengan tingkat kehidupan dan peradaban tempat tersebut. Bangsa yang masih primitif dan sangat sederhana tingkat ilmu pengetahuan dan teknologinya memiliki agama atau kepercayaan terhadap Tuhan yang sangat sederhana pula. Namun, dalam perkembangan berikutnya, kemajuan yang dialami oleh agama ternyata jauh lebih lambat dibandingkan dengan kemajuan yang dicapai oleh ilmu pengetahuan dan teknologi. Oleh karena itu, usaha manusia untuk memperoleh kebenaran hakikat terbesar bagi alam ini, yang menjadi bidang penghayatan agama, jauh lebih sukar dibanding dengan mencari kebenaran dari bagian-bagian alam yang menjadi bidang penelitian ilmu dan teknologi.

Homo religiosus mempercayai manusia yang mempunyai dua dimensi yang tidak terpisahkan yaitu jasmani dan rohani, juga dilengkapi dengan dua kemampuan yaitu berpikir dan percaya. Dengan kemampuan berpikirnya, manusia berusaha mencari kebenaran. Namun kebenaran yang dihasilkannya bersifat nisbi. Manusia tidak puas, maka dengan mempergunakan kemampuan percayanya, manusia mencoba mendekati kebenaran yang absolut yang ada di dalam agama. Dengan demikian, kebutuhan manusia terhadap agama adalah mutlak.

Secara persepsi tidak ada yang paling benar dan yang paling salah. Kedua jenis manusia ini mempunyai prinsip dan argumen yang sama-sama kuat untuk sebuah pengokohan eksistensinya. Manusia beragama selalu ada dalam perjalanan sejarah manusia, banyak kisah tentang mereka yang dapat ditemui dalam naskah-naskah kuno, maupun cerita oral yang telah berlangsung turun-temurun, dan bahkan sampai sekarang. Perlu dipahami bahwa manusia beragama bukan terbatas pada orang-orang yang memeluk agama yang diakui seperti yang kita pahami saat ini, bukan hanya penganut agama

yang telah mapan dan dilembagakan sebagai penafsir tunggal. Mungkin agama jenis ini sangat naif dan fanatik dalam menafsirkan ajaran agamanya, sehingga sangat banyak konflik yang terjadi atas dasar membela tuhan (apakah tuhan zat yang perlu untuk dibela? jika “ya” mungkin dia bukan Tuhan). Orang-orang licik biasanya memanfaatkan agama jenis ini untuk melanggengkan kekuasaannya, dengan cara yang cukup canggih pastinya. Sehingga sulit membedakan apakah itu ajaran yang sungguh-sungguh murni atau hanya kamuflase yang dipenuhi oleh kepentingan politis yang mengerikan. Mudah-mudahan saja, orang yang suka berpikir tidak menjadi korban dari hal yang menyedihkan ini.

Dalam konteks ini segala jenis keyakinan yang menganggap ada keberadaan suatu jenis “Zat Tertinggi” yang mengatur dan mempengaruhi hidupnya adalah dasar untuk mengelaskan manusia menjadi manusia beragama. Sejak dahulu kala manusia sudah merasa dan yakin ada jenis kekuatan atau makhluk *ekstraterestrial* yang tidak dapat mereka lihat namun memiliki peranan penting di dalam kehidupan mereka. Hal-hal semacam ini bisa dilihat dari peninggalan kebudayaan-kebudayaan tradisional yang sampai sekarang masih dilestarikan. Seperti tarian-tarian yang biasanya dilakukan untuk mengcaption syukur atas panen, meminta hujan turun dan sebagainya.

Bagi homo religius dunia ini tidak seperti pandangan manusia modern yaitu alam semesta. Bagi mereka dunia yang didiami dan dikenallah yang menjadi dunia sesungguhnya yang kemudian disebut dengan *kosmos* dan dunia yang tidak dikenal adalah tempat bagi setan-setan, orang-orang asing, raksasa dan kekuatan jahat yang penuh dengan kekacauan dan ketidakteraturan yang kemudian disebut dengan *chaos* Jadi buat mereka dunia adalah daerah yang sudah terbentuk dan teratur.

Jika ditilik lebih dalam homo religiosus ini pada jaman dahulu, sungguh sangat mengerti apa yang mereka percayai, memahami apa yang mereka yakini. Bagi mereka suatu ritual keagamaan adalah tata peribadatan yang sangat-sangat sakral, bukan sekedar rutinitas yang harus dijalani tanpa ada penyerahan total raga dan jiwanya kepada Zat yang mereka yakini. Sekarang kepercayaan sudah sangat bias, ada orang yang beragama hanya karena ikut kepada kebudayaan, menjual iman hanya untuk sebuah kekuasaan, mudah terprovokasi melakukan kejahatan atas nama agama dan masih banyak contoh kasus lain yang menunjukkan bahwa sebenarnya bukan manusia beragama, hanya mengklaim saja mungkin.

Dalam kehidupannya *homo religiosus* selalu mengimani Yang Suci dan percaya bahwa dunia ini adalah realitas yang absolut. Dunia ini menjadi nyata karena mengambil bagian dalam Yang Suci, Yang Nyata. Hidup hanya akan dapat berkembang dan penuh dengan menghayati keberadaan Yang Mutlak. Keyakinan inilah yang kemudian menyebabkan mereka bertindak sesuai ajaran agamanya. *Homo religiosus*, si manusia yang beragama adalah kenyataan yang harus diterima apa adanya terserah agama jenis apa yang dia anut. *Homo religiosus* harus memahami dengan sempurna kemurnian ajaran agamanya agar terhindar dari perpecahan. Homo religiosus sejati adalah insan yang bisa mengalami pertemuan yang intim dengan "Sang yang diyakininya"

Konsep "homo religiosus" berasal dari Cicero kuno, dalam "Epistulae ad familiares". Filsuf kuno menyajikan beberapa karakteristik pola manusia: ritual dan ketelitian yang setia, fasih dan jelas, tetapi tidak mencoba mengindoktrinasi orang lain. Kemudian, setelah munculnya agama Kristen, kata tersebut masuk ke dalam area suci dan Eliade mengambilnya dari titik ini dalam pendekatannya.

Pengalaman religius manusia tidak homogen, kehidupan biasa (profan) terjalin dengan religius (sakral) dalam berbagai proporsi. Dalam "Sacral si profanul" Mircea Eliade menunjukkan sejak awal bahwa "bagi orang yang beragama, ruang tidak homogen, tetapi retak dan retak, beberapa bagian ruang secara kualitatif berbeda dari yang lain. 'Jangan datang ke sini, kata Musa, 'tetapi lepaskan sepatumu dari kakimu, karena tempat di mana engkau berdiri adalah tanah suci' (Keluaran, 3, 5). Oleh karena itu, ada ruang sakral, ruang yang 'kuat' dan ruang lain, tidak dikonsekrasikan, oleh karena itu tidak memiliki struktur dan koherensi, amorf, apalagi bagi manusia yang beragama, kurangnya homogenitas spasial tercermin dari pengalaman pertentangan antara ruang sakral, satu-satunya yang nyata, dan sisa ruang, yaitu luas informal yang mengelilinginya." (Eliade, 1995).

Heterogenitas ini tercermin dalam perbedaan antara emosi dan nalar / rasional, atau antara pengaruh dan kognisi. Meskipun dalam kehidupan sehari-hari (profan dan rasional) kisah-kisah religius tidak lolos uji penerimaan rasional, namun secara paradoks kisah-kisah tersebut diterima pada tingkat yang melampaui akal dan menjangkau wilayah afektif. Misalnya, dalam dunia logika sains tidak dikenal kasus mukjizat buatan manusia, namun, pada tingkat yang tidak rasional, tetapi sangat emosional, banyak orang yakin akan adanya mukjizat.

Oleh Eliade, *homo religiosus* ini dipertentangkan dengan *homo non-religiosus*, yaitu manusia tidak beragama, manusia modern yang hidup di alam yang sudah didesakralisasikan, bulat-bulat alamiah, apa adanya, tanpa sakralitas yang dirasa atau dialami. Bagi manusia non-religiosus semacam itu kehidupan ini tidak sakral lagi, melainkan profan saja.

Eliade melihat dalam perilaku religius suatu mekanisme untuk mengidentifikasi titik tetap, pusat keseimbangan bagi

manusia: "Dengan demikian orang dapat melihat bagaimana penemuan, bahwa wahyu ruang sakral memiliki nilai eksistensial bagi manusia beragama; tidak ada yang bisa dimulai, tidak ada yang dapat dilakukan tanpa orientasi sebelumnya, dan setiap orientasi melibatkan perolehan titik tetap. Inilah sebabnya mengapa manusia religius berjuang untuk menetap di 'Pusat Dunia'. Untuk hidup di dunia, Anda harus terlebih dahulu menemukannya, dan tidak ada dunia bisa lahir di ruang profan 'chaos' yang relatif homogen. Penemuan atau proyeksi titik tetap.

Ada argumen yang kuat untuk berpendapat bahwa *homo sapiens* juga merupakan *homo religiosus*. Manusia mulai menyembah dewa-dewa segera setelah mereka menyadari diri sebagai manusia; mereka menciptakan agama-agama pada saat yang sama ketika mereka menciptakan karya-karya seni. Ini bukan karena mereka ingin menaklukkan kekuatan alam; keimanan awal ini mengekspresikan ketakjuban dan misteri yang senantiasa merupakan unsur penting pengalaman manusia tentang dunia yang menggetarkan namun indah ini. Sebagaimana seni, agama merupakan usaha manusia untuk menemukan makna dan nilai kehidupan, di tengah derita yang menimpa wujud kasatnya (Amstrong, 2012: 20).

Pada mulanya manusia menciptakan satu Tuhan yang merupakan Penyebab Pertama bagi segala sesuatu dan Penguasa langit dan bumi. Dia tidak terwakili oleh gambaran apa pun dan tidak memiliki kuil atau pendeta yang mengabdikan kepada-Nya. Dia terlalu luhur untuk ibadah manusia yang tak memadai. Perlahan-lahan dia memudar dari kesadaran umatnya. Dia telah menjadi begitu jauh sehingga mereka memutuskan bahwa mereka tidak lagi menginginkannya. Pada akhirnya, dia dikatakan telah menghilang.

Demikianlah kira-kira yang dipaparkan Wilhelm Schmidt dalam *The Origin of the Idea of God* (1912). Schmidt

menyatakan bahwa telah ada suatu monoteisme primitif sebelum manusia mulai menyembah banyak dewa. Begitu pula, menurut Schmidt selanjutnya, di zaman kuno, Tuhan Tertinggi digantikan oleh tuhan-tuhan kuil pagan yang lebih menarik. Manusia sebagai *homo religiosus* selalu memiliki kepekaan tentang yang “spiritual” atau “suci” yang merupakan bagian esensial pengalaman manusia tentang dunia.

Hal tersebut terjadi karena secara alamiah manusia ingin bersentuhan dengan realitas ini dan memanfaatkannya, tetapi mereka juga ingin sekadar mengaguminya. Ketika manusia mulai mempersonalisasi kekuatan gaib dan menjadikannya sebagai tuhan-tuhan, mengasosiasikannya dengan angin, matahari, laut, dan bintang-bintang tetapi memiliki karakteristik manusia, mereka sebenarnya sedang mengekspresikan rasa kedekatan dengan yang gaib itu dan dengan dunia di sekeliling mereka.

Dalam teori psikoanalisisnya, Sigmund Freud membagi struktur kepribadian manusia ke dalam tiga bagian, yaitu *Das Es*, *Das Ich*, dan *Das Uber Ich*. *Das Es* adalah sistem yang orisinal ada di dalam kepribadian. *Das Es* ini ia sebut juga dengan *the True Psychis Reality* (realita psikis sebenarnya). Ia merupakan dunia batin (subyektif) yang tidak mempunyai hubungan langsung dengan dunia obyektif. Sistem yang menghubungkan dunia subyektif manusia dengan obyektif manusia adalah *Das Ich*. Adapun yang dimaksud dengan *Das Ich*, yaitu suatu kebutuhan manusia untuk berhubungan secara baik dengan dunia kenyataan (realita). *Das Ich* merumuskan suatu rencana untuk memenuhi kebutuhan, mencari jalan, membuat alternatif yang kemudian realisasinya diputuskan oleh *Das Uber Ich*. *Das Uber Ich* adalah aspek moral yang berfungsi menentukan benar atau salah, baik atau buruk, pantas atau tidak pantas, susila atau tidak susila.

Dari ketiga aspek kepribadian manusia tersebut, dapat diketahui bahwa manusia mempunyai dorongan-dorongan atau kebutuhan terhadap sesuatu. Untuk merealisasikan dorongan-dorongan atau kebutuhan-kebutuhan tersebut perlu adanya satu kekuatan moral yang mengarahkan manusia ke jalan yang baik, manfaat dan tidak merugikan. Maka dalam aspek inilah manusia memerlukan agama.

Rudolf Otto, ahli sejarah agama berkebangsaan Jerman dalam bukunya *The Idea of the Holy* (1917) percaya bahwa rasa tentang yang gaib ini (*numinous*) adalah dasar dari agama. Perasaan itu mendahului setiap hasrat untuk menjelaskan asal usul dunia atau menemukan landasan bagi perilaku beretika. Kekuatan gaib dirasakan oleh manusia dalam cara yang berbeda-beda—terkadang ia menginspirasi kegirangan liar dan memabukkan; terkadang ketenteraman mendalam, terkadang manusia merasa kecut, kagum, dan hina di hadapan kehadiran kekuatan misterius yang melekat dalam setiap aspek kehidupan. Ketika manusia mulai membentuk mitos dan menyembah dewa-dewa, mereka tidak sedang mencari penafsiran harfiah atas fenomena alam. Kisah-kisah simbolik, lukisan, dan ukiran di gua adalah usaha untuk mengungkapkan kekaguman mereka dan untuk menghubungkan misteri yang luas ini dengan kehidupan mereka sendiri; bahkan sebenarnya para sastrawan, seniman, dan pemusik pada masa sekarang juga sering dipengaruhi oleh perasaan yang sama.

Mitos-mitos itu tidak dimaksudkan untuk dipahami secara harfiah, tetapi merupakan upaya metaforis untuk menggambarkan sebuah realitas yang terlalu kompleks untuk bisa diekspresikan dengan cara lain. Kisah-kisah dramatis dan membangkitkan emosi tentang dewa-dewi ini membantu manusia untuk menyuarakan perasaan mereka tentang kekuatan dahsyat, namun tak terlihat yang mengelilingi mereka.

Di dunia kuno memang tampaknya manusia percaya bahwa hanya melalui keterlibatan dalam kehidupan yang suci ini mereka bisa menjadi manusia yang sesungguhnya. Kehidupan duniawi amat rentan dan dihantui bayang-bayang kematian, tetapi jika manusia meneladani tindakan dewa-dewa, maka mereka akan memiliki dalam kadar tertentu kekuatan dan keefektifan dewa-dewa itu. Dengan demikian, bisa dikatakan bahwa dewa-dewa itu telah memperlihatkan kepada manusia bagaimana cara membangun kota-kota dan kuil-kuil mereka, yang merupakan salinan dari tempat mereka bersemayam di langit.

Dunia suci para dewa—seperti yang sering diceritakan di dalam mitos—bukanlah sekadar sebuah hal yang ideal yang harus dituju manusia, melainkan merupakan prototipe eksistensi manusia; itulah pola atau arketipe orisinal yang menjadi model kehidupan kita di sini. Dengan demikian, segala sesuatu yang ada di bumi dipandang sebagai replika dari semua yang ada di dunia ilahiah. Inilah persepsi yang membentuk mitologi, organisasi ritual dan sosial kebanyakan kebudayaan antik dan terus mempengaruhi lebih dari masyarakat tradisional pada era kita sekarang ini (Amstrong, 2012: 30-31).

Dalam perspektif psikologi misalnya, dikatakan bahwa manusia mempunyai berbagai macam dorongan, antara lain: pertama, dorongan fisik (jasmaniah); kedua, dorongan emosional (perasaan); ketiga, dorongan sosial (bermasyarakat); keempat, dorongan mental (berilmu); dan kelima, dorongan spiritual (beragama, bermoral). Semua dorongan yang dimiliki manusia menuntut untuk dipenuhi secara berimbang. Kalau dorongan-dorongan tersebut tidak dipenuhi maka kehidupan manusia akan mengalami keguncangan.

Manusia sebagai *homo religiosus* yang membutuhkan agama, tentu bukan sekedar untuk berhubungan dengan

Tuhannya saja, melainkan juga membantu dirinya dalam menghadapi bermacam-macam problema. Agama diyakini dan dirasakan oleh pemeluknya sebagai sumber ketenangan karena agama memberi arah serta makna hidup yang pasti. Selain itu, agama bagi seseorang juga diperlukan untuk menjadi dasar dalam menata kehidupannya baik ekonomi, politik, sosial, budaya maupun aspek lainnya. Misalnya saja dalam aktivitas ekonomi, seseorang yang beragama tidak akan memenuhi kebutuhannya baik sandang, pangan, dan papan kecuali dengan cara yang halal, dalam karir politiknya tidak akan mencapai kekuasaan dengan cara menghalalkan segala cara atau menyalahgunakan kekuasaan yang telah diperoleh, demikian pula dalam kehidupan sosialnya ia akan menjalani hidup dengan harmonis dan memiliki kepedulian dengan siapa saja tanpa memandang asal, suku, agama, ras dan golongan.

6.2.2 Homo Agama

Ketika ahli botani Swedia Linnaeus mengembangkan sistem klasifikasi biologisnya pada abad kedelapan belas, cita-cita rasionalitas Pencerahan dengan kuat mengatur pandangan tentang kemanusiaan. Akibatnya, Linnaeus menyebut spesies manusia sebagai *Homo sapiens*. Namun, tak lama kemudian, gerakan Romantis dan ilmu manusia yang baru jadi menekankan dimensi kemanusiaan selain rasional. Belakangan, istilah-istilah baru diciptakan pada model Linnaean untuk menunjukkan kemanusiaan dalam berbagai aspek yang berbeda: *homo ludens* (GF Creuzer dan, kemudian, Johan Huizinga), *homo faber* (Henri Bergson), *homo viator* (Gabriel-Honoré Marcel), dan lainnya . Mungkin tumbuhnya kesadaran abad kesembilan belas tentang universalitas agama, terutama di bidang "primitif" (sebagaimana mereka kemudian dikenal), membuat tak terelakkan bahwa sebuah frase akan muncul untuk mengekspresikan aspek kemanusiaan yang sangat

ditentang oleh cita-cita Pencerahan. : homo religiosus, "manusia yang religius". Di beberapa kalangan, ungkapan itu mendapat perhatian luas, tetapi pengertiannya tidak tetap konstan. Tiga makna umum homo religiosus adalah yang paling penting bagi siswa agama.

Saat ini sangat menarik dalam hal kombinasi elemen-elemen spesifik dari masyarakat informasional yang secara bertahap menjadi "virtual" dan akar lama yang spesifik untuk masyarakat lama di mana agama menempati tempat sentral, dimulai dengan periode di mana homo sapiens muncul. dari garis kera dan mulai membentuk pandangan mereka sendiri tentang alam. Konsep homo religiosus (manusia religius) digunakan dalam dunia antropologi budaya oleh Mircea Eliade. Namun gagasan khusus tentang religiusitas manusia ditemukan juga dalam psikologi, dalam berbagai bentuk, dalam teori Jung, Fromm dan lain-lain.

Menurut data dari ensiklopedi Oxford, 84% populasi global menganut agama terorganisir, yang pada akhir 2009 mewakili 5,7 miliar orang yang menganut sekitar 10.000 agama berbeda, yang pada gilirannya terpecah-pecah. Misalnya, orang Kristen dapat dibagi menjadi 33.820 pengakuan yang berbeda (Barrett et al., 2001). Di antara nama-nama yang diberikan kepada spesies kita (Homo sapiens, homo ludens, homo economicus), tempat khusus dapat diambil, dalam konteks ini, oleh "homo religiosus".

6.2.3 Homo Religius sebagai Pemimpin Agama

Di satu sisi, homo religiosus mengacu pada orang yang sangat religius dalam komunitas (religius) tertentu, yaitu seorang pemimpin agama. Akar dari penggunaan ini jauh lebih tua dari Pencerahan dan Systema naturae Linnaeus. Dalam religiosus kuno menunjukkan orang-orang yang teliti tetapi tidak terlalu memperhatikan ketaatan karena dewa dan

manusia (Festus, hlm. 278 dan 289 M; Cicero, *De natura deorum* 2.72). Dalam pengertian ini, Cicero dapat berbicara tentang *religiosi homines* (*Epistulae ad familiares* 1.7.4). Kristenisasi membawa nuansa kekhasan — *religiosi* menjadi orang-orang dengan kedudukan gerejawi khusus — dan penggunaan ini dialihkan ke bahasa daerah, seperti dalam kata benda *religius* dalam bahasa Inggris dan ungkapan-ungkapan seperti "*kaum religius*" (*Romance of the Rose* 6149).

6.2.4 Ensiklopedia 1080

Belakangan, sebagai reaksi terhadap universalisasi kehidupan *religius* Reformasi, gerakan Pietist dan Puritan menekankan kekhasan *religius* yang pusatnya subjektif dan individual daripada objektif dan institusional (*Nachfolge Christi* personal). Friedrich Schleiermacher menganggap agama tidak mengetahui atau melakukan tetapi sebagai kesadaran pengalaman tentang ketergantungan mutlak seseorang pada Tuhan. Dia membayangkan Kristus sebagai pribadi unik yang di dalamnya kesadaran ini menerima ekspresi tertinggi, orang yang hubungan langsung dan terbuka sepenuhnya dengan Bapa memenuhi syarat dia untuk menjadi perantara yang ilahi.

Pada abad ke-20, *homo religiosus* sebagai pemimpin agama mewarisi makna *religiosus* abad pertengahan dan tradisi Protestan liberal yang diprakarsai oleh Schleiermacher. Menurut Max Scheler, yang mengembangkan versi lengkap dari pandangan ini, *homo religiosus* adalah tipe tertentu dari kepribadian manusia: "manusia yang memiliki Tuhan di dalam hatinya dan Tuhan dalam tindakannya, yang dalam sosok spiritualnya sendiri adalah transformator jiwa dan mampu dengan cara baru untuk menanamkan firman Tuhan ke dalam hati yang telah melembutkan dan menyerah" (Scheler, 1960, hlm. 127).

Scheler membedakan homo religiosus dari empat contoh nilai lainnya: seniman, roh pemimpin peradaban, pahlawan, dan jenius. Tokoh-tokoh lain ini masing-masing menjadi teladan dalam beberapa aspek atau lainnya: pahlawan dalam perbuatan, misalnya; kejeniusan dalam bekerja. Homo religiosus, bagaimanapun, adalah teladan dalam seluruh keberadaannya, yang dalam totalitasnya membutuhkan peniruan yang tidak perlu dipertanyakan lagi (Nachfolge). Selain itu, Scheler membedakan beberapa jenis homo religiosus. Dari jumlah tersebut, yang paling signifikan adalah homo religiosus asli, untuk tradisi agama historis, pendirinya. Unik di komunitasnya sendiri, pendiri adalah media untuk wahyu positif dari yang suci. Berbagai religio homines turunan —pengikut, martir, reformis, pendeta, teolog, dan lain-lain — bertubuh lebih rendah dan mencerminkan klaim absolut yang dikemukakan oleh keberadaan dan sifat homo religiosus yang sempurna.

Di antara sejarawan agama modern, Joachim Wach berbicara tentang homo religiosus dalam pengertian ini. Tidak seperti Scheler, bagaimanapun, Wach sangat berhutang budi kepada Max Weber. Dia melihat ciri khas dari homo religiosus bukan dalam kualitas intrinsik atau aktivitas kepribadian tetapi dalam efek historis dan sosiologis dari karisma pribadi atau resminya.

6.2.5 Kemanusiaan Religius

Saat ini, dua pengertian lain dari homo religiosus telah menutupi definisi homo religiosus sebagai pemimpin agama, setidaknya dalam bahasa ilmiah Anglo-Amerika. Dalam kedua kasus, istilah tersebut digunakan bukan dalam arti partikularistik — homo religiosus atau homines religiosi — tetapi dalam pengertian umum, homo merujuk bukan pada individu tetapi, seperti halnya Linnaeus, pada kemanusiaan. Dalam satu

penggunaan, istilah tersebut adalah sebutan umum untuk semua manusia, merujuk secara khusus pada agama sebagai satu aspek konstitutif kemanusiaan yang berbeda dari yang lain.

6.2.6 Mircea Eliade

Mircea Eliade merupakan salah seorang ahli ilmu agama terkemuka pada masa kini. Dia adalah sarjana berkebangsaan Rumania dan dilahirkan di Bucharest pada tanggal 7 Maret 1907. Pada umur 18 tahun, Eliade masuk Universitas Bucharest dan dengan disertasinya yang berjudul “Filsafat Italia dari Ficino sampai Giordino Bruno”, dia berhasil mendapatkan gelar MA-nya pada tahun 1928. Selama empat tahun berikutnya, Eliade bermukim di India untuk mempelajari bahasa Sanskerta dan ilmu filsafat di Universitas Calcuta (Sastrapratedja, 1982: 33).

Sebagai seorang ahli agama, selama bertahun-tahun Eliade mempelajari struktur dan arti berbagai macam fakta, data, fenomena, ungkapan-ungkapan, dan lambang-lambang religius di kalangan bangsa-bangsa yang disebutnya arkais, primitif, tradisional, etnografis atau pra-modern, yaitu bangsa-bangsa dari kebudayaan nomadis dan agraris. Karya-karya Eliade sudah diterbitkan dalam pelbagai bentuk karangan pendek, novel, otobiografi, dan buku. Penyelidikan Eliade terutama berkisar pada mitos-mitos dan lambang religius (Macquarrie, 1971: 220-223). Namun selain itu, dalam karyanya *The Quest* misalnya, Eliade berbicara mengenai maksud, metode, dan kegunaan ilmu agama yang dianutnya. Dalam bukunya *Patterns in Comparative Religion*, ia menggarap berbagai macam fakta religius beserta pengertiannya; pelaksanaan serta arti upacara inisiasi dalam *Rites and Symbols of Initiation*. Penyelidikannya terhadap manusia, mistik, dan kedudukannya dalam masyarakat menghasilkan buku *Shamanism*. Lebih lanjut Eliade menyelidiki praktik dan nilai-nilai religius lain, seperti pengalaman sinar ajaib, misteri kesempurnaan

dalam *The Two and the One*. Pandangannya mengenai dunia, waktu, dan sejarah dapat dibaca dalam karyanya *Cosmos and History*. Sedangkan sifat-sifat khusus *homo religiosus* dirumuskannya dalam *The Sacred and the Profane*. Dalam *From Primitive to Zen*, Eliade berusaha menyajikan bahan bacaan bagi mahasiswanya tentang antologi teks religius dari bangsa-bangsa yang diselidikinya (Sastrapratedja, 1982: 34).

Pada akhir pengalamannya di India, dia menyatakan bahwa India telah memberi kesan yang sangat mendalam bagi hidupnya. Terutama karena dia telah menemukan tiga hal: *pertama*, bahwa jalan hidup bisa berubah dikarenakan sebuah pengalaman *sacra mental*; *kedua*, simbol merupakan kunci membuka dunia spiritual; *ketiga*, semua itu dapat ditemukan dan digali di anak benua India.

6.2.7 Ilmu Sejarah Agama

Sejarah Agama sebagaimana dianut oleh Eliade menggarap fakta, data, fenomena, ungkapan-ungkapan, dan lambang-lambang religius sebagai bahan penyelidikannya. Sejarah Agama bertujuan menggarap fakta-fakta religius dari segi religiusitasnya untuk menangkap arti dan makna religius yang mendasari fakta itu. Untuk mencapai tujuan itu, fakta religius didekati dan dipelajari sebagaimana adanya, dalam dirinya sendiri sebagai bersifat religius. Untuk lebih menjelaskan keistimewaan sudut pandang ilmu Sejarah Agama, Eliade membandingkannya dengan sudut pandang ilmu-ilmu agama lain. Bila sejarah agama yang biasa puas dengan mencatat fakta historis: bagaimana suatu fakta telah dihayati dalam tahap-tahap kebudayaan dan masa-masa tertentu, dan bagaimana telah berubah, entah diperkaya atau diper miskin, maka Sejarah Agama masih harus menemukan arti religius dari fakta itu. Dalam mempelajari lambang dan mitos, psikologi agama hanya berusaha menangkap dinamisme bawah sadar yang ada di belakang lambang dan mitos itu, sedangkan Sejarah Agama harus

menafsirkan lambang dan mitos itu sebagai ungkapan religius (Sastrapratedja, 1982: 35-36).

Meskipun demikian untuk mencapai tujuannya, Sejarah Agama membutuhkan bantuan ilmu-ilmu agama yang lain. Beberapa ilmu-ilmu agama lain yang cukup membantu pencapaian tujuan Sejarah Agama ini adalah sosiologi agama dan psikologi agama. Metode yang digunakan dalam Sejarah agama antara lain metode komparatif, historis, fenomenologis, dan hermeneutik. Dengan metode-metode tersebut nantinya sudut pandang yang masih parsial dan belum menyeluruh tersebut akan dikumpulkan dan digarap secara khusus. Data-data yang didapatkan melalui metode-metode tersebut dianalisa untuk menjadi suatu sintesis yang utuh dengan metode hermeneutik.

Jadi, Sejarah Agama yang dianut Eliade adalah suatu cabang ilmu agama yang secara sistematis mengkaji berbagai macam fakta religius: mitos, lambang, ritus, lembaga religius, dan lain-lain. Sejarah Agama tidak membandingkan satu agama dengan agama yang lain sebagaimana kajian *Comparative Religion*, akan tetapi mengambil salah satu fakta/unsur yang sama dari berbagai agama, atau bisa disebut juga sisi esoterik dari berbagai tradisi keagamaan.

6.2.8 Yang Sakral dan Yang Profan

Sekali lagi, konsep Eliade tentang yang sakral dan profan ini sangat dipengaruhi oleh kondisi sosial masyarakat India. Eliade, dalam bukunya *The Sacred and the Profane* (1957) menyatakan bahwa sejarawan harus keluar dari peradaban modern dan mencoba untuk memahami kehidupan *Archaic* (Kuno) yang sangat berbeda dengan kehidupan masa kini. Begitu pula untuk memahami arti yang sakral dan profan hanya dengan memasuki dunia *Archaic*-lah kita dapat mendapatkan pengetahuan yang luas dan memahami kedua konsep tersebut.

Singkatnya, dalam karyanya tersebut Eliade menjelaskan bahwasanya yang profan adalah bidang kehidupan sehari-hari,

yaitu hal-hal yang dilakukan secara acak atau teratur dan sebenarnya tidak terlalu penting. Itu artinya yang profan adalah sesuatu yang biasa dan tidak istimewa, serta dalam kehidupan manusia sangat banyak sekali hal yang biasa. Sedangkan yang sakral adalah tataran yang supranatural, sesuatu yang ekstraordinari, tidak mudah dilupakan, dan teramat penting.

Kajian tentang yang sakral inilah yang menjadi fokus kajian Eliade. Eliade menjelaskan fenomena yang sakral ini berdasarkan kebudayaan India yang terdapat dalam ajaran agama Hindu dengan rujukan primer yakni kitab suci Weda (*Catur Veda*). Weda dianggap sebagai sesuatu yang sakral. Bahkan masyarakat Hindu kuno percaya bahwa tidak sembarang orang bisa membaca atau mendengar kitab Weda, melainkan hanya dari kasta Brahmana dari kalangan Arya sajalah yang diperbolehkan untuk membaca, mendengar, dan mengkajinya.

Kesakralan Weda berlanjut kepada kesakralan mereka yang dianggap orang suci sebagai pemegang Weda. Mereka pun berhak melakukan perbuatan kasar kepada kasta di bawahnya, yaitu kasta Sudra. Apabila orang-orang Sudra berani membaca Weda, seseorang berhak memotong lidahnya. Bahkan ketika orang Sudra hanya mendengarkan petikan Weda pun maka seorang Brahmana berhak mencururkan timah panas ke telinganya. Kasus ini pernah dikisahkan di dalam kisah hidup Karna putra dewa Surya. Adik dari Karna dikisahkan pernah mempelajari Weda secara diam-diam akan tetapi akhirnya ketahuan sehingga ia harus menerima hukuman telinganya dicururkan timah panas hingga ia meninggal. Hukum tersebut, *konon*, terdapat di dalam kitab Weda.

Konsep Eliade tentang yang sakral sangat dipengaruhi oleh pemikiran Rudolf Otto. Eliade mengatakan bahwa dalam perjumpaan dengan yang sakral, seseorang merasa disentuh oleh sesuatu yang nir-duniawi. Tanda-tanda orang yang mengalami perjumpaan ini adalah di antaranya, mereka sedang menyentuh suatu realitas yang belum pernah mereka kenal, sebuah dimensi

dari eksistensi Yang Maha Kuat, sangat berbeda dan merupakan realitas abadi yang tiada bandingannya.

6.2.9 Simbol dan Mitos

Mircea Eliade mengemukakan konsep simbol yang terdapat pada masyarakat kuno dalam mendeskripsikan yang sakral dalam pengalaman normal secara tidak langsung yang dapat ditemukan dalam simbol-simbol dan mitos-mitos. Simbol-simbol itu didasarkan pada prinsip kemiripan dan analogi bentuk dan karakter-karakter sesuatu. Mitos-mitos juga merupakan simbol-simbol yang berupa narasi. Mitos dalam hal ini bukan hanya sekedar sebuah imajinasi atau penanda-penanda, melainkan kisah dewa-dewa, para kesatria, atau dunia supranatural lain yang memiliki nilai keluhuran yang sangat tinggi.

Mitos dalam kepercayaan Hindu muncul dalam *Itihasa* berbentuk epos, seperti Ramayana dan Mahabharata. Mitologi Yunani pun memunculkan kisah-kisah tentang dewa-dewa dengan kisah yang paling populer yakni dewa Zeus. Dalam tradisi Kristen pun terdapat tanda salib yang oleh sebagian orang dapat mengantarkan kepada tuhan Yesus yang mati di tiang salib dalam rangka menebus dosa manusia. Selain itu juga terdapat simbol-simbol yang tingkatannya lebih rendah, seperti pada pohon, batu, bunga, keris, air sungai, dan lain-lain.

6.3 Paradigma Holistik Kesehatan”

Paradigma sehat adalah cara pandang atau pola pikir pembangunan kesehatan yang bersifat holistik, proaktif antisipatif, dengan melihat masalah kesehatan sebagai masalah yang dipengaruhi oleh banyak faktor secara dinamis dan lintas sektoral, dalam suatu wilayah yang berorientasi kepada peningkatan pemeliharaan dan perlindungan terhadap penduduk agar tetap sehat dan bukan hanya penyembuhan penduduk yang sakit. Untuk

itu diterapkan konsep hidup sehat H.L Blum. Yakni derajat kesehatan masyarakat dipengaruhi faktor lingkungan, gaya hidup, pelayanan kesehatan dan faktor genetik. Dengan tujuan mencapai derajat sehat yang optimal, sehingga perlu adanya suatu indikator untuk menilai derajat kesehatan masyarakat, yang telah dirumuskan dalam keputusan menteri kesehatan Nomor 1202/MENKES/SK/VIII/2003. Kata kunci : konsep HL Blum, kuratif dan rehabilitatif, paradigma sehat; pembangunan kesehatan 2010, preventif, upaya promotif..

Konsep pendekatan dalam upaya penanganan kesehatan penduduk mengalami banyak perubahan sejalan dengan pemahaman dan pengetahuan kita bagaimana suatu masyarakat menghayati dan menghargai bahwa kesehatan itu merupakan “Human Capital” yang sangat besar nilainya. Pemahaman masyarakat tentang sebab musabab penyakit, konsep rumah sakit dan pemahaman bahwa upaya kesehatan sebagai bagian dari pembangunan sumber daya manusia akan mendasari bagaimana upaya kesehatan di suatu negara sebaiknya diselenggarakan.

Sampai saat ini di banyak negara yang sedang berkembang termasuk Indonesia apabila berbicara masalah kesehatan pada umumnya asosiasi kita tertuju pada pengobatan penyakit, rumah sakit, puskesmas, poliklinik, sehingga pembiayaan rumah sakit dan pembiayaan penanganan orang sakit merupakan komponen utama pembiayaan upaya kesehatan. Penanganan kesehatan penduduk masih berupa program-program konvensional masih menekankan pada pengembangan rumah sakit – rumah sakit, penanganan penyakit secara individual, spesialisasi terutama penanganan peristiwa sakit secara episodik. Program kesehatan yang mengutamakan upaya kuratif dalam jangka panjang tidak menguntungkan. Oleh karena berapapun besar biaya yang disediakan akan tetap kurang, oleh karena

permintaan akan pelayanan medis kuratif akan selalu meningkat. Upaya kesehatan kuratif khususnya rumah sakit akan cenderung berkumpul di tempat yang banyak uang, yaitu di kota-kota besar saja. Upaya kesehatan yang bersifat kuratif tidak akan membawa masyarakat ke sehat produktif secara lebih cost efektif. Hal ini menyebabkan upaya kesehatan yang berorientasi kuratif dari segi ekonomi bersifat konsumtif tidak produktif.

Dipandang dari segi ekonomi melakukan investasi pada orang yang tidak atau belum sakit lebih “cost effective” daripada terhadap orang sakit karena investasi pada orang “sehat” dan orang “tidak sakit” lebih dekat ke produktivitas ketimbang investasi pada orang sakit. Kesehatan merupakan investasi untuk mendukung pembangunan ekonomi serta memiliki peran penting dalam upaya penanggulangan kemiskinan. Pembangunan kesehatan harus dipandang sebagai suatu investasi untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Dalam pengukuran Indeks Pembangunan Manusia (IPM), kesehatan adalah salah satu komponen utama selain pendidikan dan pendapatan. Dalam Undang-undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan ditetapkan bahwa kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Kondisi pembangunan kesehatan secara umum dapat dilihat dari status kesehatan dan gizi masyarakat, yaitu angka kematian bayi, kematian ibu melahirkan, prevalensi gizi kurang dan umur angka harapan hidup.

Pembangunan kesehatan sebagai salah satu upaya pembangunan nasional diarahkan guna tercapainya kesadaran, kemauan, dan kemampuan untuk hidup **sehat** bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Dan kesehatan yang demikian yang menjadi dambaan setiap orang sepanjang hidupnya. Tetapi datangnya penyakit

merupakan hal yang tidak bisa ditolak meskipun kadang-kadang bisa dicegah atau dihindari.

Konsep sehat dan sakit sesungguhnya tidak terlalu mutlak dan universal karena ada faktor-faktor lain di luar kenyataan klinis yang mempengaruhinya terutama faktor sosial budaya. Kedua pengertian saling mempengaruhi dan pengertian yang satu hanya dapat dipahami dalam konteks pengertian yang lain.

Banyak ahli filsafat, biologi, antropologi, sosiologi, kedokteran, dan lain-lain bidang ilmu pengetahuan telah mencoba memberikan pengertian tentang konsep sehat dan sakit ditinjau dari masing-masing disiplin ilmu. Masalah sehat dan sakit merupakan proses yang berkaitan dengan kemampuan atau ketidakmampuan manusia beradaptasi dengan lingkungan baik secara biologis, psikologis maupun sosio budaya (1). UU No.23,1992 tentang Kesehatan menyatakan bahwa: *Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan hidup produktif secara sosial dan ekonomi*. Dalam pengertian ini maka kesehatan harus dilihat sebagai satu kesatuan yang utuh terdiri dari unsur-unsur fisik, mental dan sosial dan di dalamnya kesehatan jiwa merupakan bagian integral kesehatan.

6.3.1 Masalah Kesehatan Masyarakat di Indonesia

Dewasa ini di Indonesia terdapat beberapa masalah kesehatan penduduk yang masih perlu mendapat perhatian secara sungguh-sungguh dari semua pihak antara lain: anemia pada ibu hamil, kekurangan kalori dan protein pada bayi dan anak-anak, GAKY terutama di daerah endemic, kekurangan vitamin A pada anak, anemia pada kelompok mahasiswa, anak-anak usia sekolah, masih tingginya angka BBLR, serta bagaimana mempertahankan dan meningkatkan cakupan imunisasi. Permasalahan tersebut harus ditangani secara sungguh-sungguh karena dampaknya akan

mempengaruhi kualitas bahan baku sumber daya manusia Indonesia di masa yang akan datang.

Perubahan masalah kesehatan ditandai dengan terjadinya berbagai macam transisi kesehatan berupa transisi demografi, transisi epidemiologi, transisi gizi dan transisi perilaku. Transisi kesehatan ini padadasarnya telah menciptakan bebab ganda (*double burden*) masalah kesehatan.

1. Transisi demografi, misalnya mendorong peningkatan usia harapan hidup yang meningkatkan proporsi kelompok usia lanjut sermentara masalah bayi dan BALITA tetap menggantung.
2. Transisi epidemiologi, menyebabkan beban ganda atas penyakit menular yang belum pupus ditambah dengan penyakit tidak menular yang meningkat dengan drastis.

6.3.2 Masalah Sehat dan Sakit

Masalah kesehatan merupakan masalah kompleks yang merupakan resultante dari berbagai masalah lingkungan yang bersifat alamiah maupun masalah buatan manusia, sosial budaya, perilaku, populasi penduduk, genetika, dan sebagainya. Derajat kesehatan masyarakat yang disebut sebagai *psycho socio somatic health well being*, merupakan resultante dari 4 faktor yaitu:

1. *Environment* atau lingkungan.
2. *Behaviour* atau perilaku, Antara yang pertama dan kedua dihubungkan dengan *ecological balance*.
3. *Heredity* atau keturunan yang dipengaruhi oleh populasi, distribusi penduduk, dan sebagainya.
4. *Health care service* berupa program kesehatan yang bersifat preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif.

Dari empat faktor tersebut di atas, lingkungan dan perilaku merupakan faktor yang paling besar pengaruhnya (dominan) terhadap tinggi rendahnya derajat kesehatan masyarakat. Tingkah

laku sakit, peranan sakit dan peranan pasien sangat dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti kelas sosial, perbedaan suku bangsa dan budaya. Maka ancaman kesehatan yang sama (yang ditentukan secara klinis), bergantung dari variabel-variabel tersebut dapat menimbulkan reaksi yang berbeda di kalangan pasien.

Pengertian sakit menurut etiologi naturalistik dapat dijelaskan dari segi impersonal dan sistematik, yaitu bahwa sakit merupakan satu keadaan atau satu hal yang disebabkan oleh gangguan terhadap sistem tubuh manusia. Pernyataan tentang pengetahuan ini dalam tradisi klasik Yunani, India, Cina, menunjukkan model keseimbangan (*equilibrium model*) seseorang dianggap apabila unsur-unsur utama yaitu panas dingin dalam tubuhnya berada dalam keadaan yang seimbang. Unsur-unsur utama ini tercakup dalam konsep tentang *humors*, *ayurveda dosha*, *yin* dan *yang*. Departemen Kesehatan RI telah mencanangkan kebijakan baru berdasarkan paradigma sehat.

Paradigma sehat adalah cara pandang atau pola pikir pembangunan kesehatan yang bersifat holistik, proaktif antisipatif, dengan melihat masalah kesehatan sebagai masalah yang dipengaruhi oleh banyak faktor secara dinamis dan lintas sektoral, dalam suatu wilayah yang berorientasi kepada peningkatan pemeliharaan dan perlindungan terhadap penduduk agar tetap sehat dan bukan hanya penyembuhan penduduk yang sakit.

Pada intinya paradigma sehat memberikan perhatian utama terhadap kebijakan yang bersifat pencegahan dan promosi kesehatan, memberikan dukungan dan alokasi sumber daya untuk menjaga agar yang sehat tetap sehat namun tetap mengupayakan yang sakit segera sehat. Pada prinsipnya kebijakan tersebut menekankan pada masyarakat untuk mengutamakan kegiatan kesehatan daripada mengobati penyakit.

Telah dikembangkan pengertian tentang penyakit yang mempunyai konotasi biomedik dan sosio kultural. Dalam bahasa Inggris dikenal kata *disease* dan *illness* sedangkan dalam bahasa

Indonesia, kedua pengertian itu dinamakan penyakit. Dilihat dari segi sosio kultural terdapat perbedaan besar antara kedua pengertian tersebut. Dengan *disease* dimaksudkan gangguan fungsi atau adaptasi dari proses-proses biologik dan psikofisiologik pada seorang individu, dengan *illness* dimaksud reaksi personal, interpersonal, dan kultural terhadap penyakit atau perasaan kurang nyaman.

Para dokter mendiagnosis dan mengobati *disease*, sedangkan pasien mengalami *illness* yang dapat disebabkan oleh *disease*. *illness* tidak selalu disertai kelainan organik maupun fungsional tubuh. Tulisan ini merupakan tinjauan pustaka yang membahas pengetahuan sehat-sakit pada aspek sosial budaya dan perilaku manusia; serta khusus pada interaksi antara beberapa aspek ini yang mempunyai pengaruh pada kesehatan dan penyakit. Dalam konteks kultural, apa yang disebut sehat dalam suatu kebudayaan belum tentu disebut sehat pula dalam kebudayaan lain. Di sini tidak dapat diabaikan adanya faktor penilaian atau faktor yang erat hubungannya dengan sistem nilai.

6.3.3 Konsep Sehat Sakit Menurut Budaya Masyarakat

Istilah sehat mengandung banyak muatan kultural, *sosial* dan pengertian profesional yang beragam. Dulu dari sudut pandangan kedokteran, sehat sangat erat kaitannya dengan kesakitan dan penyakit. Dalam kenyataannya tidaklah sesederhana itu, sehat harus dilihat dari berbagai aspek. WHO melihat sehat dari berbagai aspek Definisi WHO (1981): *Health is a state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity*. WHO mendefinisikan pengertian sehat sebagai suatu keadaan sempurna baik jasmani, rohani, maupun kesejahteraan sosial seseorang. Sebatas mana seseorang dapat dianggap sempurna jasmaninya.

Oleh para ahli kesehatan, antropologi kesehatan di pandang sebagai disiplin biobudaya yang memberi perhatian pada aspek-

aspek biologis dan sosial budaya dari tingkah laku manusia, terutama tentang cara-cara interaksi antara keduanya sepanjang sejarah kehidupan manusia yang mempengaruhi kesehatan dan penyakit. Penyakit sendiri ditentukan oleh budaya: hal ini karena penyakit merupakan pengakuan sosial bahwa seseorang tidak dapat menjalankan peran normalnya secara wajar.

Cara hidup dan gaya hidup manusia merupakan fenomena yang dapat dikaitkan dengan munculnya berbagai macam penyakit, selain itu hasil berbagai kebudayaan juga dapat menimbulkan penyakit. Masyarakat dan pengobat tradisional menganut dua konsep penyebab sakit, yaitu: Naturalistik dan Personalistik. Penyebab bersifat Naturalistik yaitu seseorang menderita sakit akibat pengaruh lingkungan, makanan (salah makan), kebiasaan hidup, ketidak seimbangan dalam tubuh, termasuk juga kepercayaan panas dingin seperti masuk angin dan penyakit bawaan.

Konsep sehat sakit yang dianut pengobat tradisional (Batra) sama dengan yang dianut masyarakat setempat, yakni suatu keadaan yang berhubungan dengan keadaan badan atau kondisi tubuh kelainan-kelainan serta gejala yang dirasakan. Sehat bagi seseorang berarti suatu keadaan yang normal, wajar, nyaman, dan dapat melakukan aktivitas sehari –hari dengan gairah. Sedangkan sakit dianggap sebagai suatu keadaan badan yang kurang menyenangkan, bahkan dirasakan sebagai siksaan sehingga menyebabkan seseorang tidak dapat menjalankan aktivitas sehari-hari seperti halnya orang yang sehat. Sedangkan konsep Personalistik menganggap munculnya penyakit (*illness*) disebabkan oleh intervensi suatu agen aktif yang dapat berupa makhluk bukan manusia (hantu, roh, leluhur atau roh jahat), atau makhluk manusia (tukang sihir, tukang tenung). Menelusuri nilai budaya, misalnya mengenai pengenalan kusta dan cara perawatannya.

Kusta telah dikenal oleh etnik Makasar sejak lama. Adanya istilah *kaddala sikuyu* (kusta keping) dan *kaddala massolong* (kusta yang lumer), merupakan ungkapan yang mendukung bahwa kusta secara endemik telah berada dalam waktu yang lama di tengah-tengah masyarakat tersebut. Hasil penelitian kualitatif dan kuantitatif atas nilai – nilai budaya di Kabupaten Soppeng, dalam kaitannya dengan penyakit kusta (*Kaddala,Bgs.*) di masyarakat Bugis menunjukkan bahwa timbul dan diamalkannya *leprophobia* secara ketat karena menurut salah seorang tokoh budaya, dalam nasehat perkawinan orang-orang tua di sana, kata *kaddala* ikut tercakup di dalamnya.

Disebutkan bahwa bila terjadi pelanggaran melakukan hubungan intim saat istri sedang haid, mereka (kedua mempelai) akan terkutuk dan menderita kusta/*kaddala*. Ide yang bertujuan guna terciptanya moral yang agung di keluarga baru, berkembang menurut proses komunikasi dalam masyarakat dan menjadi konsep penderita kusta sebagai penanggung dosa. Pengertian penderita sebagai akibat dosa dari ibu-bapak merupakan awal derita akibat *leprophobia*.

Rasa rendah diri penderita dimulai dari rasa rendah diri keluarga yang merasa tercemar bila salah seorang anggota keluarganya menderita kusta. Dituduh berbuat dosa melakukan hubungan intim saat istri sedang haid bagi seorang fanatik Islam dirasakan sebagai beban trauma psikosomatik yang sangat berat. Orang tua, keluarga sangat menolak anaknya didiagnosis kusta. (H.M. Rusli Ngatimin, 1992).

Pada penelitian Penggunaan Pelayanan Kesehatan Di Propinsi Kalimantan Timur dan Nusa Tenggara Barat (1990), hasil diskusi kelompok di Kalimantan Timur menunjukkan bahwa anak dinyatakan sakit jika menangis terus, badan berkeringat, tidak mau makan, tidak mau tidur, rewel, kurus kering. Bagi orang dewasa, seseorang dinyatakan sakit kalau sudah tidak bisa bekerja, tidak bisa berjalan, tidak enak badan, panas dingin, pusing, lemas, kurang

darah, batuk – batuk, mual, diare. Sedangkan hasil diskusi kelompok di Nusa Tenggara Barat menunjukkan bahwa anak sakit dilihat dari keadaan fisik tubuh dan tingkah lakunya yaitu jika menunjukkan gejala misalnya panas, batuk pilek, muncet, muntah -muntah, gatal, luka, gigi bengkak, badan kuning, kaki dan perut bengkak.

Seorang pengobat tradisional yang juga menerima pandangan kedokteran modern, mempunyai pengetahuan yang menarik mengenai masalah sakit-sehat. Baginya, arti sakit adalah sebagai berikut: sakit badaniah berarti ada tanda – tanda penyakit di badannya seperti panas tinggi, penglihatan lemah, tidak kuat bekerja, sulit makan, tidur terganggu, dan badan lemah atau sakit, maunya tiduran atau istirahat saja.

Pada penyakit batin tidak ada tanda-tanda di badannya, tetapi bisa diketahui dengan menanyakan pada yang gaib. Pada orang yang sehat, gerakannya lincah, kuat bekerja, suhu badan normal, makan dan tidur normal, penglihatan terang, sorot mata cerah, tidak mengeluh lesu, lemah, atau sakit – sakit badan. Sudarti (1987) menggambarkan secara deskriptif persepsi masyarakat beberapa daerah di Indonesia mengenai sakit dan penyakit; masyarakat menganggap bahwa sakit adalah keadaan individu mengalami serangkaian gangguan fisik yang menimbulkan rasa tidak nyaman. Anak yang sakit ditandai dengan tingkah laku rewel, sering menangis dan tidak nafsu makan. Orang dewasa dianggap sakit jika lesu, tidak dapat bekerja, kehilangan nafsu makan, atau “kantong kering” (tidak punya uang).

Selanjutnya masyarakat menggolongkan penyebab sakit ke dalam 3 bagian yaitu :

1. Karena pengaruh gejala alam (panas, dingin) terhadap tubuh manusia
2. Makanan yang diklasifikasikan ke dalam makanan panas dan dingin.
3. Supranatural (roh, guna-guna, setan dan lain-lain.).

Untuk mengobati sakit yang termasuk dalam golongan pertama dan ke dua, dapat digunakan obat-obatan, ramuan – ramuan, pijat, kerok, pantangan makan, dan bantuan tenaga kesehatan. Untuk penyebab sakit yang ke tiga harus dimintakan bantuan dukun, kyai dan lain-lain. Dengan demikian upaya penanggulangannya tergantung kepada kepercayaan mereka terhadap penyebab sakit.

Beberapa contoh penyakit pada bayi dan anak sebagai berikut:

1. Sakit demam dan panas.

Penyebabnya adalah perubahan cuaca, kena hujan, salah makan, atau masuk angin. Pengobatannya adalah dengan cara mengompres dengan es, oyong, labu putih yang dingin atau beli obat influenza. Di Indramayu dikatakan penyakit adem meskipun gejalanya panas tinggi, supaya panasnya turun. Penyakit tampek (campak) disebut juga sakit adem karena gejalanya badan panas.

2. Sakit mencret (diare).

Penyebabnya adalah salah makan, makan kacang terlalu banyak, makan makanan pedas, makan udang, ikan, anak meningkat kepandaiannya, susu ibu basi, encer, dan lain – lain. Penanggulangannya dengan obat tradisional misalkan dengan pucuk daun jambu dikunyah ibunya lalu diberikan kepada anaknya (Bima Nusa Tenggara Barat) obat lainnya adalah Larutan Gula Garam (LGG), Oralit, pil Ciba dan lain -lain. Larutan Gula Garam sudah dikenal hanya proporsi campurannya tidak tepat.

3. Sakit kejang-kejang

Masyarakat pada umumnya menyatakan bahwa sakit panas dan kejang-kejang disebabkan oleh hantu. Di Sukabumi disebut hantu gecep, sedangkan di Sumatra Barat disebabkan hantu jahat. Di Indramayu pengobatannya adalah dengan pergi ke dukun atau memasukkan bayi ke bawah tempat tidur yang ditutupi jaring.

4. Sakit tampek (campak)

Penyebabnya adalah karena anak terkena panas dalam, anak dimandikan saat panas terik, atau kesambet. Di Indramayu ibu-ibu mengobatinya dengan membalur anak dengan asam kawak, meminumkan madu dan jeruk nipis atau memberikan daun suwuk, yang menurut kepercayaan dapat mengisap penyakit. (Nizar Zainal Abidin)

6.3.4 Pengertian Paradigma

Stepen R. Covey dalam bukunya *"The Seven Habits of Highly Effective People"* menguraikan *"The word paradigm comes from the Greek. It was originally a scientific form, and is more commonly used today to mean a model theory, concept, perception, orientation, assumption or frame reference. In the more general sense, it's the way we see the world, not in term or our visual sense of sight, but in term of perceiving, understanding and interpreting"*.

Dalam makna yang lebih populer dapat diartikan visi serta orientasi kita terhadap realitas. Paradigma berkembang sebagai hasil sintesa dalam kesadaran manusia terhadap informasi – informasi yang diperolehnya apakah dari pengalaman ataupun dari penelitian.

6.3.5 Strategi Paradigma Kesehatan

Paradigma berkembang sebagai hasil sintesa dalam kesadaran manusia terhadap informasi-informasi yang diperoleh baik dari pengalaman ataupun dari penelitian. Dalam perkembangan kebijaksanaan pembangunan kesehatan maka memasuki era reformasi untuk Indonesia baru telah terjadi perubahan pola pikir dan konsep dasar strategi pembangunan kesehatan dalam bentuk paradigma sehat. Sebelumnya pembangunan kesehatan cenderung menggunakan paradigma sakit dengan menekankan upaya-upaya pengobatan (kuratif) terhadap masyarakat Indonesia.

Perubahan paradigma kesehatan dan pengalaman kita dalam menangani masalah kesehatan di waktu yang lalu, memaksa kita untuk melihat kembali prioritas dan penekanan program dalam upaya meningkatkan kesehatan penduduk yang akan menjadi pelaku utama dan mempertahankan kesinambungan pembangunan. Untuk membentuk manusia Indonesia menjadi sumber daya manusia sehat-produktif-kreatif, kita harus berfikir dan agak berbeda dengan apa yang kita lakukan sekarang. Kita perlu re-orientasi dalam strategi dan pendekatan. Pembangunan penduduk yang sehat tidak biasa dilakukan melalui pengobatan yang sedikit saja.

Perubahan paradigma dan re-orientasi mendasar yang perlu dilakukan adalah paradigma atau konsep yang semula menekankan pada penyembuhan penyakit berupa pengobatan dan meringankan beban penyakit diubah ke arah upaya peningkatan kesehatan dari sebagian besar masyarakat yang belum jatuh sakit agar bias lebih berkontribusi dalam pembangunan.

6.3.6 Strategi dan Sasaran Utama Pembangunan Kesehatan

Pembangunan kesehatan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari pembangunan nasional yang diupayakan oleh pemerintah. Dalam melaksanakan pembangunan kesehatan di tengah beban dan permasalahan kesehatan yang semakin pelik, dibutuhkan strategi jitu untuk menghadapinya. Dalam mengatasi masalah kesehatan dapat digunakan beberapa strategi utama, antara lain:

1. Menggerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk hidup sehat.
Sasaran utama strategi ini adalah seluruh desa menjadi desa siaga, seluruh masyarakat berperilaku hidup bersih dan sehat serta seluruh keluarga sadar gizi.
2. Meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Sasaran utama strategi ini adalah ; Setiap orang miskin mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu; setiap bayi, anak, dan kelompok masyarakat risiko tinggi terlindungi dari penyakit; di setiap desa tersedia SDM kesehatan yang kompeten; di setiap desa tersedia cukup obat esensial dan alat kesehatan dasar; setiap Puskesmas dan jaringannya dapat menjangkau dan dijangkau seluruh masyarakat di wilayah kerjanya; pelayanan kesehatan di setiap rumah sakit, Puskesmas dan jaringannya memenuhi standar mutu.

3. Meningkatkan sistem surveillans, monitoring dan informasi kesehatan.

Sasaran utama dari strategi ini adalah : setiap kejadian penyakit dilaporkan secara cepat kepada desa/lurah untuk kemudian diteruskan ke instansi kesehatan terdekat; setiap kejadian luar biasa (KLB) dan wabah penyakit tertanggulangi secara cepat dan tepat sehingga tidak menimbulkan dampak kesehatan masyarakat; semua ketersediaan farmasi, makanan dan perbekalan kesehatan memenuhi syarat; terkendalinya pencemaran lingkungan sesuai dengan standar kesehatan; dan berfungsinya sistem informasi kesehatan yang *evidence based* di seluruh Indonesia.

4. Meningkatkan pembiayaan kesehatan.

Sasaran utama dari strategi ini adalah : pembangunan kesehatan memperoleh prioritas penganggaran pemerintah pusat dan daerah; anggaran kesehatan pemerintah diutamakan untuk upaya pencegahan dan promosi kesehatan; dan terciptanya sistem jaminan pembiayaan kesehatan terutama bagi rakyat miskin.

6.3.7 Perilaku Sehat dan Perilaku Sakit

Penelitian-penelitian dan teori-teori yang dikembangkan oleh para antropolog seperti perilaku sehat (*health behavior*), perilaku sakit (*illness behavior*) perbedaan antara *illness* dan

disease, model penjelasan penyakit (*explanatory model*), peran dan karir seorang yang sakit (*sick role*), interaksi dokter-perawat, dokter-pasien, perawat-pasien, penyakit dilihat dari sudut pasien, membuka mata para dokter bahwa kebenaran ilmu kedokteran modern tidak lagi dapat dianggap kebenaran absolut dalam proses penyembuhan. Perilaku sakit diartikan sebagai segala bentuk tindakan yang dilakukan oleh individu yang sedang sakit agar memperoleh kesembuhan, sedangkan perilaku sehat adalah tindakan yang dilakukan individu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya, termasuk pencegahan penyakit, perawatan kebersihan diri, penjagaan kebugaran melalui olah raga dan makanan bergizi.

Perilaku sehat diperlihatkan oleh individu yang merasa dirinya sehat meskipun secara medis belum tentu mereka betul-betul sehat. Sesuai dengan persepsi tentang sakit dan penyakit maka perilaku sakit dan perilaku sehat pun subyektif sifatnya. Persepsi masyarakat tentang sehat – sakit ini sangatlah dipengaruhi oleh unsur pengalaman masa lalu di samping unsur sosial budaya. Sebaliknya petugas kesehatan berusaha sedapat mungkin menerapkan kriteria medis yang obyektif berdasarkan gejala yang tampak guna mendiagnosis kondisi fisik individu.

6.3.8 Definisi Paradigma Sehat

Paradigma sehat adalah cara pandang, pola pikir, atau model pembangunan kesehatan yang memandang masalah kesehatan saling terkait dan mempengaruhi banyak faktor yang bersifat lintas sektoral dengan upaya yang lebih diarahkan pada peningkatan, pemeliharaan, serta perlindungan kesehatan, tidak hanya pada upaya penyembuhan penyakit atau pemulihan kesehatan.

Paradigma sehat mengubah cara pandang terhadap masalah kesehatan baik secara makro maupun mikro. Secara makro, berarti bahwa pembangunan semua sektor harus

memperhatikan dampaknya dibidang kesehatan, minimal memberi sumbangan dalam pengembangan lingkungan dan perilaku sehat. Secara makro, berarti bahwa pembangunan kesehatan harus menekankan pada upaya promotif dan preventif, tanpa mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif.

Lebih dari itu, paradigma sehat adalah bagian dari pembangunan peradaban dan kemanusiaan secara keseluruhan. Paradigma sehat adalah perubahan mental dan watak dalam pembangunan.

Paradigma sehat adalah perubahan sikap dan orientasi (mindset), yaitu sebagai berikut:

1. Pola pikir yang memandang kesehatan sebagai kebutuhan yang bersifat pasif, menjadi sesuatu yang bersifat aktif, yang mau tidak mau harus diupayakan, karena kesehatan merupakan keperluan dan bagian dari hak asasi manusia (HAM).
2. Sehat bukan hal yang konsumtif, melainkan suatu investasi karena menjamin tersedianya SDM yang produktif secara sosial dan ekonomi.
3. Kesehatan yang semula hanya berupa penanggulangan yang bersifat jangka pendek ke depannya akan menjadi bagian dari upaya pengembangan SDM yang bersifat jangka panjang.
4. Pelayanan kesehatan tidak hanya pelayanan medis yang melihat bagian dari yang sakit/penyakit, tetapi merupakan pelayanan kesehatan paripurna yang memandang manusia secara utuh.
5. Kesehatan tidak hanya sehat jasmani, tetapi juga sehat mental dan sosial.
6. Pelayanan kesehatan tidak lagi terpecah-pecah (*fragmented*), tetapi terpadu (*integrated*).
7. Fokus kesehatan tidak hanya penyakit, tetapi juga bergantung pada permintaan pasar.

8. Sasaran pelayanan kesehatan bukan hanya masyarakat umum (pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan umum), melainkan juga masyarakat swasta (pelayanan kesehatan untuk perorangan/pribadi, misalnya *homecare*).
9. Kesehatan bukan hanya menjadi urusan pemerintah, melainkan juga menjadi urusan swasta.
10. Biaya yang ditanggung pemerintah adalah untuk keperluan publik (seperti pemberantasan penyakit menular, penyuluhan kesehatan), sedangkan keperluan lainnya perlu ditanggung bersama dengan pengguna jasa.
11. Biaya kesehatan bergeser dari pembayaran setelah pelayanan menjadi pembayaran di muka dengan model Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat.
12. Kesehatan tidak hanya berfungsi sosial, tetapi juga dapat berfungsi ekonomi.
13. Pengaturan kesehatan tidak lagi diatur dari atas (*top down*), tetapi berdasarkan aspirasi dari bawah (*bottom up*).
14. Pengaturan kesehatan tidak lagi tersentralisasi, tetapi telah terdesentralisasi.
15. Pelayanan kesehatan tidak lagi bersifat birokratis tetapi *entrepreneur*.
16. Masyarakat tidak sekedar ikut berperan serta, tetapi telah berperan sebagai mitra.

6.3.9 Dasar Pemikiran Paradigma Sehat

Hidup sehat adalah hak asasi manusia, artinya sehat merupakan sesuatu yang sangat esensial dalam diri manusia yang perlu dipertahankan dan dipelihara. Sehat merupakan suatu investasi untuk kehidupan yang produktif. Sehat bukanlah hal yang konsumtif, melainkan prasyarat agar hidup kita menjadi berarti, sejahtera dan bahagia.

Kesehatan merupakan salah satu dari tiga faktor utama yang sangat menentukan kualitas sumber daya manusia,

disamping pendidikan dan pendapatan (ekonomi). Oleh karena itu, kualitas kesehatan perlu dipelihara dan ditingkatkan.

Sehat juga merupakan karunia Tuhan yang perlu disyukuri. Mensyukuri karunia dapat ditunjukkan dengan perkataan, perasaan, dan perbuatan. Bersyukur dengan perbuatan ditunjukkan dengan memelihara kesehatan dan berupaya untuk meningkatkannya.

Memelihara dan meningkatkan kesehatan lebih efektif daripada mengobati penyakit. Oleh karena itu, upaya peningkatan kesehatan (promosi) dan pencegahan penyakit (preventif) perlu ditekankan tanpa mengesampingkan upaya penyembuhan dan pemulihan.

Derajat kesehatan dipengaruhi oleh faktor lingkungan perilaku, pelayanan kesehatan, dan keturunan. Faktor lingkungan dan perilaku memiliki kontribusi yang sangat besar terhadap kualitas derajat kesehatan. Di pihak lain, faktor lingkungan dan perilaku terkait dengan banyak sektor di luar kesehatan. Oleh karena itu, perlu diperhatikan dampak pembangunan semua sektor dibidang kesehatan.

Adanya transisi demografis dan epidemiologis, tantangan global dan regional, perkembangan iptek, tumbuhnya era desentralisasi, serta maraknya demokratisasi disegala bidang, mendorong perlunya upaya peninjauan kebijakan yang ada serta perumusan paradigma baru dibidang kesehatan.

Berdasarkan paradigma sehat, dirumuskan visi, misi dan strategi pembangunan kesehatan. *Visi Indonesia Sehat 2010* adalah gambaran masyarakat Indonesia pada masa yang akan datang, yang penduduknya hidup dalam lingkungan dan perilaku sehat, mampu memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. *Indonesia sehat 2010* ini merupakan visi dan arah pembangunan yang kita selenggarakan. *Misi Pembangunan kesehatan* adalah :

1. Menggerakkan pembangunan nasional yang berwawasan kesehatan. Artinya, semua sektor memiliki peran dan pengaruh dalam bidang kesehatan. Kebijakan pembangunan semua sektor perlu memperhatikan dampaknya di bidang kesehatan.
2. Mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat. Artinya, memperdayakan masyarakat melalui berbagai potensi yang ada di masyarakat. Inilah sebenarnya yang merupakan kunci keberhasilan pembangunan kesehatan.
3. Meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, adil, dan merata yang dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat, termasuk yang berada di daerah terpencil, perbatasan, serta transmigrasi.
4. Meningkatkan kesehatan individu, keluarga, dan masyarakat termasuk lingkungannya.

6.3.10 Strategi Pembangunan Kesehatan

Pembangunan di bidang kesehatan memiliki strategi :

1. Pembangunan kesehatan berwawasan kesehatan. Semua kebijakan nasional yang diselenggarakan harus berwawasan kesehatan, setidaknya-tidaknya harus memberi kontribusi positif terhadap pengembangan lingkungan dan perilaku sehat.
2. Profesionalisme. Pelayanan kesehatan yang bermutu perlu didukung dengan penerapan berbagai kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi serta penerapan nilai-nilai agama, moral, dan etika.
3. Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM). Penataan sistem pembiayaan kesehatan yang menjamin pemeliharaan kesehatan masyarakat luas.
4. Desentralisasi. Penyelenggaraan upaya kesehatan harus didasarkan pada masalah dan potensi spesifik daerah tertentu, yaitu pengaturannya disesuaikan dengan rumah tangga masing-masing daerah.

6.3.10 Tiga Pilar Indonesia Sehat

Tiga pilar Indonesia sehat, antara lain :

1. Lingkungan sehat, adalah lingkungan yang kondusif untuk hidup yang sehat, yakni bebas polusi, tersedia air bersih, lingkungan memadai, perumahan-kemukiman sehat, perencanaan kawasan sehat, terwujud kehidupan yang saling tolong-menolong dengan tetap memelihara nilai-nilai budaya bangsa.
2. Perilaku sehat, yaitu bersikap proaktif memelihara dan meningkatkan kesehatan (contoh: aktifitas fisik, gizi seimbang), mencegah resiko terjadinya penyakit (contoh: tidak merokok), melindungi diri dari ancaman penyakit (contoh: memakai helm dan sabuk pengaman, JPKM), berperan aktif dalam gerakan kesehatan (contoh: aktif di posyandu).
3. Pelayanan kesehatan yang bermutu, adil, dan merata, yang menjangkau semua lapisan masyarakat tanpa adanya hambatan ekonomi, sesuai dengan standar dan etika profesi, tanggap terhadap kebutuhan masyarakat, serta memberi kepuasan kepada pengguna jasa.

Indonesia Sehat 2010 dicapai dengan terciptanya provinsi sehat, kota/kabupaten sehat, dan desa/kawasan sehat, serta lebih jauh lagi melalui tatanan sehat (keluarga sehat, sekolah sehat, tempat kerja sehat, tempat umum sehat).

6.3.11 Indikator Utama Indonesia Sehat

Indikator utama Indonesia sehat, yaitu :

1. Lingkungan sehat: 80% rumah sehat, 90% keluarga menggunakan air bersih, 85% keluarga menggunakan jamban sehat, 80% sekolah sehat, 80% Kabupaten/kota sehat.
2. Perilaku sehat: 80% penduduk berperilaku sehat (aktivitas fisik, makan dengan gizi baik, dan tidak merokok); 80% tatanan keluarga sehat.

3. Pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau: Setiap kecamatan memiliki 1,5 puskesmas; pemanfaatan sarana yankes 80%; pengunjung/pasien puas akan pelayanan kesehatan; rasio desa terhadap posyandu adalah 1:5 (minimal salah satunya purnama/mandiri); 100% balita telah diimunisasi.
4. Derajat kesehatan: Angka harapan hidup 67,9 tahun, angka kematian bayi 35 per 1000 kelahiran hidup, angka kematian ibu 125 per 100.000 kelahiran, angka kematian kasar 7,5 per 1000 penduduk.

DAFTAR PUSTAKA

- <https://davidhutapea.wordpress.com/2013/04/28/homo-religius/>
- <http://lsfcogito.org/homo-religiosus-dan-mircea-eliade/>
- Amstrong, Karen, 2012. *Sejarah Tuhan*. Bandung: PT. Mizan Pustaka.
- Eliade, Mircea, 1961. *The Sacred and the Profane*. Terj. Williard R. Trask. New York: Harper & Row
- <https://ayunindya.com/2020/05/10/homo-religiosus/>
- Kirk, G. S, 1984. "On Defining Myths", di dalam Alan Dundes, *Sacred Narrative: Readings in the Theory of Myth*. Berkeley: University of California Press
- Macquarrie, J., 1971. *Twentieth Century Religious Thought*. London: SCM Press
- Sastrapratedja, M., 1982. *Manusia Multi Dimensional: Sebuah Renungan Filsafat*. Jakarta: PT. Gramedia
- <https://kisnawati.wordpress.com/2011/06/24/makalah-paradigma-sehat/>
- <https://fariedmakmur.wordpress.com/2009/05/08/paradigma-kesehatan/>
- Aditya, Dodiet. 2008. *Paradigma Sehat*. Surakarta
- Entjang, Indan. 2000. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Bandung: Citra Aditya Bakti
- Maulana, Heri D.J., 2009. *Promosi Kesehatan*. Jakarta: EGC
- Nafsiah, Siti. 2000. *Prof. Hembeng Pemenang The Star of Asia Award Pertama di Asia Ketiga di Dunia*. Jakarta: Prestasi Insan Indonesia.
- Lalonde M. 1974. *A new perspective on the health of Canadians*. A working document. Ottawa: Government of Canada
- <https://davidhutapea.wordpress.com/2013/04/28/homo-religius/>

- <http://lsfcogito.org/homo-religiosus-dan-mircea-eliade/>
- Amstrong, Karen, 2012. *Sejarah Tuhan*. Bandung: PT. Mizan Pustaka
- Eliade, Mircea, 1961. *The Sacred and the Profane*. Terj. Williard R. Trask. New York: Harper & Row
- <https://ayunindya.com/2020/05/10/homo-religiosus/>
- Kirk, G. S, 1984. "On Defining Myths", di dalam Alan Dundes, *Sacred Narrative: Readings in the Theory of Myth*. Berkeley: University of California Press
- Macquarrie, J., 1971. *Twentieth Century Religious Thought*. London: SCM Press
- Sastrapratedja, M., 1982. *Manusia Multi Dimensional: Sebuah Renungan Filsafat*. Jakarta: PT. Gramedia

BAB 7

KESEHATAN, GENDER DAN FEMINISME

Oleh Christina Rony Nayoan

7.1 Definisi Gender

Gender mengacu pada karakteristik perempuan dan laki-laki yang dikonstruksi secara sosial – seperti norma, peran dan hubungan antara kelompok perempuan dan laki-laki (WHO, 2011). Norma, peran, dan hubungan gender bervariasi dari masyarakat ke masyarakat dan berkembang dari waktu ke waktu. Mereka sering ditegakkan dan direproduksi dalam nilai-nilai, undang-undang, sistem pendidikan, agama, media dan lembaga-lembaga lain dari masyarakat di mana mereka ada. Ketika individu atau kelompok tidak "cocok" dengan norma gender yang ditetapkan, mereka sering menghadapi stigma, praktik diskriminatif, atau pengucilan sosial – yang semuanya berdampak buruk bagi kesehatan. Gender juga bermakna hierarkis dan sering mencerminkan hubungan kekuasaan yang tidak setara, menghasilkan ketidaksetaraan yang bersinggungan dengan ketidaksetaraan sosial dan ekonomi lainnya.

Gender berinteraksi dengan tetapi berbeda dari seks. Kedua istilah tersebut berbeda dan tidak boleh digunakan untuk mendeskripsikan satu dan lainnya. Akan sangat membantu untuk mendeskripsikan seks sebagai karakteristik biologis dan gender sebagai konstruksi sosial. Seks mengacu pada seperangkat atribut biologis pada manusia dan hewan. Seks terutama dikaitkan dengan fitur fisik dan fisiologis termasuk kromosom, ekspresi gen, tingkat dan fungsi hormon, dan anatomi reproduksi dan seksual.

Seks sering dikategorikan sebagai perempuan dan laki-laki, tetapi ada variasi karakteristik seks yang disebut interseks. Istilah 'interseks' digunakan sebagai istilah umum untuk individu yang lahir dengan variasi alami dalam karakteristik biologis atau fisiologis (termasuk anatomi seksual, organ reproduksi dan/atau pola kromosom) yang tidak sesuai dengan definisi tradisional pria atau wanita (WHO, 2021). Bayi umumnya diberi jenis kelamin laki-laki atau perempuan saat lahir berdasarkan penampilan anatomi/alat kelamin luarnya.

Identitas gender mengacu pada pengalaman bawaan seseorang, sangat terasa internal dan individu tentang gender, yang mungkin atau mungkin tidak sesuai dengan fisiologi orang tersebut atau jenis kelamin yang ditunjuk saat lahir. Ekspresi gender mengacu pada bagaimana seseorang mengekspresikan identitas gender mereka, termasuk melalui cara berpakaian dan ucapan (WHO, 2016a). Ekspresi gender tidak selalu menunjukkan identitas gender. 'Transgender' adalah istilah umum untuk orang-orang yang identitas dan ekspresi gendernya tidak sesuai dengan norma dan harapan yang secara tradisional terkait dengan jenis kelamin yang ditugaskan kepada mereka saat lahir; itu termasuk orang-orang yang transeksual, transgender atau jenis kelamin yang tidak sesuai (WHO, 2016b). Orientasi seksual mengacu pada ketertarikan fisik, romantis, dan/atau emosional seseorang (atau ketiadaannya) terhadap orang lain (WHO, 2016a). Ini mencakup hetero-, homo- dan biseksualitas dan berbagai ekspresi orientasi seksual lainnya (WHO, 2021). Orientasi seksual tidak dapat diasumsikan dari jenis kelamin yang ditetapkan seseorang saat lahir, identitas gender atau ekspresi gender.

7.2 Gender dan Kesehatan

Adanya perbedaan gender dalam kesehatan, dan alasan perbedaan tersebut, adalah masalah kompleks yang perlu diteliti dan dijelaskan dengan hasil yang bebas dari bias. Studi yang dilakukan di beberapa negara telah mengungkapkan perbedaan antara wanita dan pria dalam beberapa indikator kesehatan. Terlepas dari kenyataan bahwa harapan hidup wanita lebih tinggi daripada pria, secara tradisional diyakini bahwa wanita memiliki kesehatan yang lebih buruk, dan tingkat morbiditas dan ketidakmampuan yang lebih tinggi daripada pria, dan menggunakan layanan kesehatan jauh lebih sering daripada pria. Seperti yang dikemukakan oleh Lahelma dkk (2001), keyakinan bahwa perempuan lebih lemah dan mudah sakit begitu mendalam sehingga tidak diperlukan dapat menerima penjelasan lebih lanjut. Namun, penelitian yang dilakukan dari tahun 1990-an dan hingga saat ini telah mempertanyakan keyakinan seperti itu dan telah menunjukkan kompleksitas perbedaan gender dalam kesehatan (Macyntire, Hunt & Sweeting, 1996). Keberadaan gender,, besarnya, dan / atau arah pengaruhnya bergantung pada banyak hal termasuk di antara variabel-variabel lain, indikator kesehatan yang digunakan, tahap perkembangan rentang hidup, dan bahkan negara tempat penelitian dilakukan. Selain itu, wanita dan pria menunjukkan variabilitas intra-kelompok yang tinggi, dan ada interaksi yang signifikan dan kompleks, dan belum teridentifikasi, antara gender dan variabel lainnya.

Menurut Springer, Hankivsky & Bates (2012) sebagian besar penelitian tentang perbedaan kesehatan seks telah didominasi oleh dua perspektif:

(1) studi empiris tentang tren dan penjelasan tentang perbedaan jenis kelamin dalam mortalitas dan morbiditas dan (2) pola spesifik penyakit untuk setiap jenis kelamin, yang sering berhubungan dengan politik diferensial dan penelitian tentang "kesehatan wanita" dan "kesehatan pria". Lebih lanjut Springer,

Hankivsky & Bates (2012) menjelaskan bahwa, kedua perspektif ini jelas berkontribusi pada pemahaman yang lebih baik tentang distribusi penyebab penyakit dan kematian serta menumbuhkan perhatian yang lebih besar pada beberapa masalah yang berkaitan dengan kesehatan wanita dan pria; namun, hasil penelitian juga dapat memperkuat model biner yang mendasari konstruksi seks (pria/wanita) dan gender (maskulin/feminin), serta perlakuan terhadap jenis kelamin dan gender.

Saat ini diakui keberadaan determinan sosial kesehatan dan gender dianggap sebagai penentu penting kesehatan karena merupakan faktor yang paling besar kemungkinan pengaruhnya dan berdampak vital (Hunt & Annadale, 1999). Wanita dan pria tidak hanya berbeda dalam biologi, mereka juga berbeda dalam peran dan tanggung jawab yang diberikan masyarakat kepada mereka (OMS/Eropa, 2016). Seperti yang dikemukakan di subbab 11.1, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mengakui perbedaan jenis kelamin dan gender sebagai: "Karena perbedaan sosial (gender) dan biologis (jenis kelamin), wanita dan pria menghadapi risiko kesehatan yang berbeda, mengalami respons yang berbeda dari sistem kesehatan, dan perilaku mencari kesehatan mereka, dan hasil kesehatan berbeda" (WHO, 2018).

Salah satu indikator kesehatan populasi yang paling banyak digunakan adalah harapan hidup. Harapan hidup menunjukkan jumlah rata-rata tahun seseorang dari populasi tertentu diharapkan hidup. Indikator ini adalah "ukuran ringkasan tingkat kematian di semua usia, dan semua program terkait kesehatan berkontribusi pada harapan hidup. Meskipun ada kesenjangan besar dalam cakupan sistem data kematian global, kematian lebih dapat terukur secara akurat daripada penyakit atau kecacatan" (WHO, 2016c).

Meskipun usia harapan hidup telah meningkat di semua negara dari tahun 1950, ada variasi regional dan nasional yang substansial serta perbedaan gender yang nyata. Pada tahun 2015,

harapan hidup tertinggi ada di Jepang, dengan 83,7 tahun, dan terendah di Sierra Leone, hanya 51 tahun; dan sementara di 29 negara (kebanyakan Eropa), harapan hidup adalah ≥ 80 tahun, di 22 negara, semuanya dari Afrika sub-Sahara, itu adalah < 60 tahun (WHO, 2016c). Adanya perbedaan gender dalam harapan hidup saat lahir telah diakui di semua wilayah dan di semua negara di dunia. Secara global, usia harapan hidup telah meningkat lebih dari 6 tahun antara tahun 2000 dan 2019 – dari 66,8 tahun pada tahun 2000 menjadi 73,4 tahun pada tahun 2019. Sementara harapan hidup sehat (Healthy life expectancy/HALE) juga meningkat sebesar 8% dari 58,3 pada tahun 2000 menjadi 63,7, pada tahun 2019, hal ini disebabkan oleh penurunan angka kematian daripada berkurangnya tahun hidup dengan kecacatan. Dengan kata lain, peningkatan HALE (5,4 tahun) belum mengimbangi peningkatan usia harapan hidup (6,6 tahun) (WHO, 2022).

Meskipun besarnya perbedaan bervariasi di antara negara-negara dan telah menurun selama bertahun-tahun, telah ditemukan bahwa di negara-negara seperti Amerika Serikat dan Spanyol, wanita cenderung hidup, rata-rata, antara 5 dan 6 tahun lebih lama daripada pria (Rieker & Bird, 2003). Pada 2015, di negara maju, perbedaan terendah antara pria dan wanita terjadi di Islandia, di mana ada perbedaan 3 tahun dan di Swedia 3,4 tahun, sedangkan perbedaan tertinggi terjadi di negara-negara bekas Soviet, yaitu 11,6 tahun di Federasi Rusia dan 9,8 di Ukraina (WHO, 2016c). Di Indonesia sendiri, usia harapan hidup Wanita di tahun 2021 mencapai 73,35 tahun dan pria lebih rendah dari Wanita yaitu 69,51 tahun (BPS, 2022).

Mengingat bahwa penuaan populasi dan menonjolnya penyakit kronis, indikator baru diusulkan, yang memperhitungkan tidak hanya jumlah tahun yang dapat diharapkan seseorang untuk hidup — seperti halnya harapan hidup saat lahir — tetapi juga jumlah tahun hidup sehat yang diharapkan untuk dijalani oleh bayi yang baru lahir: Ini adalah harapan hidup yang sehat (HALE). Jika

indikator ini dapat diukur dengan tepat, harapan hidup sehat akan menjadi indikator yang ideal karena berhasil memasukkan mortalitas dan tahun-tahun individu gagal hidup sehat, yaitu morbiditas atau kecacatan (WHO, 2016c). Menurut perkiraan WHO, harapan hidup sehat untuk 2015 diperkirakan secara global sebesar 61,5 tahun untuk pria dan 64,6 untuk wanita. Rata-rata, harapan hidup sehat untuk kedua jenis kelamin adalah 11,7 tahun di bawah harapan hidup saat lahir. Kontributor utama hilangnya hidup sehat adalah gangguan muskuloskeletal (yaitu sakit punggung dan leher), gangguan mental dan penggunaan zat, terutama gangguan depresi dan kecemasan, serta gangguan neurologis, gangguan penglihatan dan pendengaran serta penyakit kardiovaskular dan diabetes. Karena prevalensi sebagian besar penyakit ini meningkat seiring bertambahnya usia, proporsi rentang hidup yang dihabiskan dengan masalah kesehatan ini meningkat seiring dengan meningkatnya harapan hidup (WHO, 2016c).

Meskipun banyak negara masih kekurangan kapasitas mendata jumlah kematian yang memadai (WHO, 2016c) telah ditemukan bahwa pria memiliki tingkat kematian yang lebih tinggi daripada wanita di semua usia (Oksuzyan dkk, 2010), tetapi di beberapa negara, diskriminasi terhadap anak perempuan membuat tingkat kematian bayi lebih rendah pada anak laki-laki daripada anak perempuan (Alkema dkk, 2014). Perbedaan antara wanita dan pria juga ditemukan ketika menganalisis penyebab kematian berdasarkan usia. Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Perserikatan Bangsa-Bangsa pada tahun 2014 di 197 negara membuktikan bahwa wanita dan pria meninggal karena penyebab yang berbeda (United Nations, 2014). Studi tersebut juga mengungkapkan bahwa meskipun selama masa remaja dan dewasa muda tingkat kematian rendah, di daerah berkembang, banyak remaja perempuan dan perempuan muda meninggal karena komplikasi lebih lanjut yang terkait dengan kehamilan dan

persalinan serta infeksi menular seksual, terutama HIV. Sebaliknya, dalam tahap perkembangan usia, penyebab kematian paling umum di antara remaja—baik di negara maju maupun daerah berkembang—adalah cedera di jalan, kekerasan antar pribadi, dan bunuh diri. Meskipun di daerah maju cedera juga merupakan penyebab utama kematian di kalangan wanita muda, angkanya jauh lebih rendah daripada pria muda. Pada usia yang lebih tua, penyebab kematian penyakit tidak menular yang paling umum adalah penyakit kardiovaskular, kanker, penyakit paru obstruktif kronis, dan diabetes, serta gangguan mental, terutama demensia, yang lebih sering terjadi pada wanita karena umur panjang mereka yang lebih besar (United Nations, 2014)

Beberapa studi tentang perbedaan gender dalam morbiditas fisik kurang konsisten dibandingkan dengan perbedaan mortalitas (Crimmins & Kim, 2010; Read & Gorman, 2010). Telah ditemukan bahwa perbedaan ini bervariasi sesuai dengan jenis penyakit dan menganalisis periode siklus hidup. Meskipun penyebab utama kematian (penyakit pada sistem peredaran darah kardio dan kanker) adalah sama untuk pria dan wanita, pria menunjukkan penyakit kronis yang lebih mengancam jiwa pada usia yang lebih muda, termasuk penyakit jantung koroner, stroke, kanker, emfisema, sirosis hati, penyakit ginjal, dan aterosklerosis; Sebaliknya, wanita menyajikan tingkat gangguan melemahkan kronis yang lebih tinggi seperti penyakit autoimun dan gangguan reumatologi, serta lebih sedikit penyakit yang mengancam jiwa seperti anemia, masalah tiroid, migrain, radang sendi, kondisi kandung empedu, dan eksim (Rieker & Bird, 2005). Tetapi, meskipun penelitian telah menunjukkan perbedaan antara wanita dan pria dalam beberapa masalah kesehatan, perbedaan tersebut tampaknya lebih kecil dari yang diperkirakan semula. Dalam sebuah penelitian yang dilakukan di Amerika Serikat dengan sampel representatif orang dewasa, perbedaan dalam tujuh dari 16 penyakit yang diteliti telah ditemukan wanita dan pria sama-sama

cenderung melaporkan masalah punggung atau leher kronis, nyeri kronis lainnya (tidak termasuk sakit kepala), tekanan darah tinggi, asma, penyakit paru-paru kronis, diabetes, maag, epilepsi, kanker, dan nyeri yang tidak dapat dijelaskan secara medis (Needham & Hill, 2013). Wanita secara signifikan lebih mungkin daripada pria untuk melaporkan kondisi melemahkan kronis, seperti radang sendi, sakit kepala yang sering atau parah, alergi musiman dan pengangkatan kantong empedu, sementara pria memiliki tingkat yang lebih tinggi dari beberapa kondisi yang mengancam jiwa, termasuk stroke, penyakit jantung, dan tekanan darah tinggi.

7.2.1 Gender dan kesehatan mental

Dalam masyarakat Barat, keberadaan perbedaan gender pertama kali terdeteksi selama revolusi industri pada abad kesembilan belas, era di mana perempuan diwakili dengan kesehatan mental yang lebih buruk daripada laki-laki karena "konsepsi dominan penyakit mental di-feminisasi" (Hill & Needham, 2013). Seperti yang ditegaskan Hill dan Needham (2013), pengobatan abad kesembilan belas menyimpulkan bahwa wanita secara mental dan fisik lebih rendah daripada pria dan banyak wanita kelas menengah atau atas yang memiliki gejala kelelahan, lekas marah, atau kecemasan didiagnosis dengan "histeria" atau "neurasthenia". Faktanya, gangguan tersebut dikaitkan dengan sistem reproduksi wanita dan penyakit dianggap sebagai "keadaan alami wanita" (Melian dkk, 2015). Mungkin, Freud-lah yang pertama kali mengusulkan teori sistematis yang membandingkan kesehatan wanita dan pria, di mana ia akhirnya mempertahankan bahwa pria secara mental lebih unggul daripada wanita (Rosenfield & Smith, 2010). Meskipun pemikiran semacam itu sangat dikritik, bahkan dari dalam psikoanalisis, ia telah memberikan pengaruh kuat pada pemikiran psikiatri dan medis tradisional.

Wacana tentang kesehatan mental wanita yang lebih buruk dibandingkan pria dipercayai hingga awal abad kedua puluh, menjadi keyakinan yang bergantung pada fakta bahwa wanita menderita lebih banyak depresi dan kecemasan daripada pria. Tetapi beberapa perubahan dalam apa yang sebenarnya merupakan penyakit mental bersama dengan studi epidemiologi yang dilakukan dalam beberapa dekade terakhir jelas menantang keyakinan tersebut. Saat ini, gangguan mental termasuk beberapa kondisi lain yang belum pernah diperhitungkan sebelumnya, yaitu penyalahgunaan zat dan gangguan kepribadian. Keduanya lebih sering terjadi pada pria daripada wanita, sehingga sebagai konsekuensinya tingkat gangguan kesehatan mental pria dan wanita telah semakin dekat satu sama lain (Prior, 1999). Survei populasi dan studi epidemiologi yang dilakukan di berbagai negara dengan populasi orang dewasa telah menunjukkan bahwa wanita memiliki tingkat gangguan afektif dan kecemasan yang lebih tinggi daripada pria, sedangkan pria menunjukkan tingkat gangguan jenis dan penggunaan zat eksternalisasi yang lebih tinggi daripada wanita (Seedat dkk, 2009). Secara khusus, telah ditemukan bahwa wanita menunjukkan prevalensi yang lebih tinggi pada gangguan depresi mayor, dysthymia, kecemasan umum, gangguan panik, fobia sosial, dan fobia spesifik, sementara pria menunjukkan tingkat prevalensi yang lebih tinggi daripada wanita dalam gangguan kepribadian antisosial dan alkohol, nikotin, ganja, dan ketergantungan obat-obatan lainnya (Eaton dkk, 2012). Tetapi prevalensi berbeda dari tingkat keparahan, dan meskipun gangguan kecemasan adalah gangguan mental yang paling umum, proporsi kasus serius lebih rendah daripada dalam kasus jenis gangguan lainnya (Kessler dkk, 2005).

Feminisme secara konsisten mengkritik berapa banyak diagnosis psikiatri yang diliputi dengan ideologi gender yang dominan dan telah digunakan untuk mengatur perilaku gangguan kesehatan mental. Kaum feminis bersikeras bahwa gangguan

psikologis adalah hal yang berkaitan dengan konteks sosial, ekonomi, dan politik. Penelitian tentang perbedaan gender dalam kesehatan telah memasukkan harapan hidup dan adanya penyakit dan masalah kesehatan sebagai indeks status kesehatan, berdasarkan model medis kesehatan yang berfokus secara eksklusif pada penyakit dan penyakit (Ryff & Singer, 1998). Model ini telah berlaku di dunia Barat terlepas dari kenyataan bahwa pada awal tahun 1948 WHO mendefinisikan kesehatan sebagai "keadaan kesejahteraan fisik, mental dan sosial yang lengkap dan bukan hanya tidak adanya penyakit atau kelemahan" (WHO, 1948). Perspektif ini telah berubah dalam beberapa dekade terakhir dan pentingnya kesejahteraan telah disorot. Ada dua tradisi besar dalam penelitian kesejahteraan: hedonistik dan eudaimonic (Ryan & Deci, 2001). Dalam kesejahteraan hedonik, pengejaran kesenangan adalah pusat, dan dari perspektif ini, fokusnya terletak pada kesejahteraan subjektif, yang mencakup komponen-komponen seperti kebahagiaan, kepuasan hidup, dan pengaruh positif (Diener, 1984). Biasanya, ukuran kesejahteraan subjektif terdiri dari penilaian keseluruhan dari setiap aspek kehidupan seseorang (Deiener, 1984). Ini adalah pandangan yang telah mengilhami beberapa penelitian tentang kesejahteraan individu dan yang juga telah diadopsi dalam studi kesejahteraan sebuah negara (Diener, Inglehart & Tay, 2013). Dari tradisi eudaimonic, kesejahteraan dianggap lebih dari sekadar kebahagiaan, dan ini mengacu pada menjalani hidup dengan cara yang lengkap dan memuaskan (Deci & Ryan, 2008), mendorong pertumbuhan pribadi dan realisasi diri (Ryff, 1989).

7.2.2 Faktor-faktor yang menjelaskan perbedaan gender dalam kesehatan

Perbedaan kesehatan antara wanita dan pria telah dijelaskan secara tentatif dalam hal beberapa faktor yang berkisar dari faktor biologis hingga sosial. Penjelasan biologis cenderung berfokus pada peran hormon seks, tetapi penelitian telah menunjukkan relevansi faktor psikososial seperti identifikasi diri dalam peran gender tradisional, pembagian kerja secara seksual, stres, dan perilaku kesehatan. Demikian juga, faktor struktural relevan untuk menjelaskan perbedaan gender dalam kesehatan. Penjelasan tradisional tentang perbedaan kesehatan dan harapan hidup antara pria dan wanita berasal dari biologis. Namun pendekatan tersebut gagal menjelaskan bahwa sebagian besar perbedaan dalam harapan hidup bervariasi menurut negara yang berbeda dan dalam periode waktu yang berbeda. Selain itu, harapan hidup dan besarnya kesenjangan gender dalam harapan hidup dikaitkan dengan perubahan ekonomi dan sosial dan mereka bertanggung jawab atas variasi dalam subkelompok di negara yang sama. Ini menunjukkan bahwa harapan hidup dipengaruhi oleh pola sosial, lingkungan, budaya, dan perilaku (Lee, 2010). Juga, penjelasan biologis tidak dapat menjelaskan mengapa kesenjangan gender dalam kesehatan berbeda di seluruh negara dan kelompok sosial.

Penelitian biomedis telah menyelidiki perbedaan biologis dalam anatomi dan fisiologi antara wanita dan pria, terutama yang terkait dengan sistem reproduksi, serta berbagai faktor metabolisme dan hormonal. Meskipun perbedaan biologis ini penting dalam pola morbiditas dan mortalitas, mereka telah dianggap independen dari faktor lingkungan sosial (Emslie & Hunt, 2008). Dan meskipun faktor biologis, seperti genetika dan paparan hormonal, dapat berkontribusi pada perbedaan dalam kesehatan wanita dan pria, berbagai proses sosial juga dapat menciptakan,

mempertahankan, atau memperburuk perbedaan kesehatan biologis yang mendasarinya (Bird & Rieker, 1999).

Postulat yang mendasari model medis tradisional penyakit, yang menghubungkan masalah kesehatan dan penyakit dengan karakteristik internal individu, saat ini sedang tergeser oleh keberadaan determinan sosial kesehatan yang diakui, sebuah konsep yang mengacu pada kondisi di mana orang telah dilahirkan, tumbuh, hidup, bekerja, dan menua. Determinan sosial kesehatan adalah kondisi yang mempengaruhi peluang seseorang untuk hidup sehat, risiko penyakit dan harapan hidupnya. Gender adalah penentu penting kesehatan yang menyusun peluang dan risiko vital (Hunt & Annadale, 1999). Perempuan dan laki-laki tidak hanya berbeda dalam biologi, mereka juga berbeda sehubungan dengan peran dan tanggung jawab yang diberikan masyarakat kepada mereka serta posisi mereka dalam keluarga dan dalam masyarakat; Semua ini mempengaruhi risiko yang mereka ambil, mereka yang terpapar, upaya mereka untuk meningkatkan kesehatan mereka, dan bagaimana sistem kesehatan menanggapi kebutuhan mereka. Selain itu, mungkin juga memiliki pengaruh pada penyebab, konsekuensi dan manajemen penyakit dan kesehatan yang buruk (OMS Eropa, 2016). WHO (2008) menegaskan bahwa di banyak masyarakat, perempuan memiliki lebih sedikit akses ke informasi kesehatan, layanan perawatan, dan sumber daya untuk melindungi kesehatan mereka dan bahwa norma-norma gender juga mempengaruhi kesehatan laki-laki dengan menugaskan mereka peran yang mempromosikan perilaku risiko kesehatan dan menyebabkan mereka mengabaikan kesehatan mereka. Selain itu, gender berinteraksi dengan ras dan kategori sosial lainnya dengan menghasilkan ketidaksetaraan di antara berbagai kelompok sosial dan antara pria dan wanita.

7.2.3 Peran gender dan kesehatan

Meskipun ada bukti empiris bahwa wanita dan pria serupa dalam sebagian besar sifat psikologis (Hyde, 2005), mayoritas masyarakat menganggap mereka berbeda dan harus memenuhi peran yang berbeda; oleh karena itu, mereka disosialisasikan secara berbeda sesuai dengan jenis kelamin yang ditugaskan saat lahir. Seperti yang disarankan oleh Sandra Bem (1993), perbedaan antara laki-laki dan perempuan adalah prinsip dasar organisasi masing-masing budaya, di mana peran orang dewasa didistribusikan dan dialokasikan berdasarkan jenis kelamin, dan alokasi ini diantisipasi dalam sosialisasi anak-anak mereka. Perumusan seks sebagai proses di mana masyarakat mengubah laki-laki dan perempuan menjadi maskulin dan feminin. Teori skema gender yang dikemukakan oleh penulis ini menunjukkan bahwa "konsep seks dihasilkan dari fakta bahwa konsep diri itu sendiri berasimilasi dengan skema gender" (Bem, 1993). Maskulinitas dan feminitas menunjuk fitur, perilaku, dan minat yang dianggap masyarakat sesuai untuk setiap jenis kelamin. Maskulinitas dikaitkan dengan orientasi instrumental, yang sentralnya adalah agensi, ditandai dengan berfokus pada diri sendiri, memprioritaskan kemandirian, dan pencapaian tujuan pribadi. Sebaliknya, feminitas dikaitkan dengan orientasi ekspresif dan merupakan pelengkap dari pusat atau sentral (Bem, 1993). Teori skema gender Bem menunjukkan adanya perbedaan individu dalam kepatuhan terhadap peran gender. Teori klasik tentang perbedaan antara wanita dan pria dalam peran gender dan dalam perumusan seks menyatakan bahwa perbedaan tersebut normal dan sehat karena mencerminkan standar sosial tentang perilaku yang sesuai untuk setiap jenis kelamin. Kepatuhan terhadap peran maskulin dan feminin dapat membatasi berbagai perilaku potensial dan pilihan wanita dan pria, yang berarti batasan untuk pengembangan karakteristik pribadi yang tidak sesuai dengan apa yang dianggap masyarakat sesuai dengan jenis kelamin itu.

Meskipun ada bukti bahwa ciri-ciri psikologis yang secara tradisional terkait dengan maskulinitas (yaitu, ketegasan, kemandirian, dan agensi) baik untuk kesehatan mental dan kesejahteraan wanita dan pria (Matud, Bethencourt & Ibanez, 2014). Dalam beberapa dekade terakhir telah diakui bahwa peran maskulin tradisional merumuskan serangkaian perilaku yang mungkin bertanggung jawab atas umur panjang inferior pria dan untuk beberapa jenis patologi yang lebih sering diderita oleh pria daripada wanita (Courtenay, 2000). Maskulinitas hegemonik dikaitkan dengan gaya hidup yang tidak sehat, dengan diet yang kurang tepat, dan dengan lebih banyak alkohol dan penggunaan narkoba. Selain itu, lebih umum bagi pria untuk melakukan serangkaian kegiatan berbahaya secara fisik, seperti mengemudi berkecepatan tinggi, atau di bawah pengaruh alkohol, dan latihan olahraga ekstrem. Courtenay (2000) menegaskan bahwa, karena mengenali penyakit yang menyebabkan status kesehatan pria yang lebih rendah, mereka tidak sering mengungkapkan masalah atau kebutuhan mereka dan, biasanya, menghindari mencari bantuan profesional kesehatan ketika mereka memiliki masalah emosional, sehingga mencoba untuk meringankan mereka sebagai gantinya dengan mengkonsumsi minuman beralkohol atau obat-obatan.

Peran sosial yang secara tradisional dikaitkan dengan perempuan dan laki-laki relevan dalam perbedaan gender sejauh menyangkut kesehatan dan kesejahteraan. Meskipun ada bukti empiris bahwa perempuan dan laki-laki serupa dalam sebagian besar sifat psikologis (Hyde, 2005), mayoritas masyarakat menganggap mereka berbeda dan harus memenuhi peran yang berbeda, sehingga mereka disosialisasikan secara berbeda. Selain itu, gender adalah struktur sosial yang membatasi orang, dan menetapkan peran dan posisi yang berbeda. Selain itu, perempuan dan laki-laki menunjukkan variabilitas intra-kelompok yang tinggi, dan ada interaksi yang signifikan dan kompleks, namun tidak

terkenal, antara gender dan variabel lainnya. Pertama-tama perlu untuk memperbaiki kondisi sosial laki-laki dan perempuan dan mencapai kesetaraan gender sehingga dapat meningkatkan kesehatan dan kualitas hidup mereka. Selain itu, penelitian harus diperlukan yang menggabungkan sumber sosial dan biologis dari perbedaan kesehatan wanita dan pria.

7.2.4 Gender dan implikasinya bagi kesehatan

Gender memiliki implikasi bagi kesehatan sepanjang hidup setiap orang. Gender dapat mempengaruhi pengalaman seseorang tentang krisis dan situasi darurat, paparan mereka terhadap penyakit dan akses mereka keperawatan kesehatan, air, kebersihan, dan sanitasi. Ketidaksetaraan gender secara tidak proporsional mempengaruhi perempuan dan anak perempuan. Di sebagian besar masyarakat, mereka memiliki status yang lebih rendah dan memiliki kontrol yang lebih rendah atas pengambilan keputusan tentang tubuh mereka, dalam hubungan intim mereka, keluarga dan komunitas, mengekspos mereka pada kekerasan, paksaan dan praktik berbahaya. Perempuan dan anak perempuan menghadapi risiko tinggi kehamilan yang tidak diinginkan, infeksi menular seksual termasuk HIV, kanker serviks, kekurangan gizi dan depresi, antara lain. Ketidaksetaraan gender juga menimbulkan hambatan bagi perempuan dan anak perempuan untuk mengakses informasi kesehatan dan layanan penting, termasuk pembatasan mobilitas, kurangnya otonomi pengambilan keputusan, akses terbatas ke keuangan, tingkat melek huruf yang lebih rendah, dan sikap diskriminatif penyedia layanan kesehatan. Para transgender lebih mungkin mengalami kekerasan dan paksaan, stigma dan diskriminasi, termasuk dari petugas kesehatan. Data menunjukkan bahwa individu transgender mengalami tingkat penyakit kesehatan mental yang tinggi – terkait dengan diskriminasi dan stigma yang mereka hadapi dari

masyarakat dan dalam pengaturan perawatan kesehatan (Blondeel dkk, 2018)

Konsep "Interseksionalitas" dibangun di atas, dan memperluas, pemahaman tentang bagaimana dinamika kekuasaan gender berinteraksi dengan hierarki kekuasaan hak istimewa ataupun kerugian, yang mengakibatkan ketidaksetaraan dan hasil kesehatan diferensial untuk orang yang berbeda (Manandhar dkk, 2018). Faktor-faktor ini termasuk jenis kelamin, ras, etnis, usia, kelas, status sosial ekonomi, agama, bahasa, lokasi geografis, status kecacatan, status migrasi, identitas gender dan orientasi seksual. Oleh karena itu, ketidaksetaraan dalam kesehatan ibu antara kelompok etnis yang berbeda harus dipantau untuk mengidentifikasi faktor-faktor kritis, dapat dimodifikasi, sistem kesehatan dan masyarakat yang dapat membatasi cakupan perawatan kesehatan, termasuk bahasa, agama, wilayah dan tempat tinggal. Pemantauan ketidaksetaraan kesehatan sangat penting untuk merancang program dan kebijakan yang lebih efektif untuk mengurangi risiko kesehatan di kalangan perempuan adat (Paulino, 2019).

Norma gender yang berbahaya – termasuk yang terkait dengan gagasan maskulinitas yang kaku – mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan anak laki-laki dan laki-laki dewasa. Misalnya, gagasan maskulinitas mendorong anak laki-laki dan laki-laki dewasa untuk merokok, mengambil risiko kesehatan seksual dan lainnya, menyalahgunakan alkohol dan tidak mencari bantuan atau perawatan kesehatan. Norma gender semacam itu juga berkontribusi pada anak laki-laki dan laki-laki yang melakukan kekerasan terhadap perempuan dan anak perempuan. Mereka juga berkontribusi pada kekerasan yang dilakukan terhadap pria termasuk pembunuhan, kekerasan remaja dan geng, yang merupakan salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas di kalangan pria muda. Maskulinitas yang berbahaya juga memiliki implikasi serius bagi kesehatan mental pria.

Harapan dan norma masyarakat seputar "kedewasaan" menuntun pria untuk terlibat dalam perilaku pengambilan risiko; misalnya, didorong untuk memiliki banyak pasangan seksual. Selain mempengaruhi kesehatan pria, ini juga mengarah pada hasil negatif bagi wanita dan anak-anak karena peningkatan kekerasan interpersonal, penularan infeksi menular seksual (IMS) dan kehamilan yang tidak diinginkan. Kurangnya partisipasi laki-laki dalam pekerjaan rumah tangga dan perawatan menambah tingginya beban pekerjaan perawatan yang tidak dibayar yang sering dilakukan oleh perempuan (Pan American Health Organization, 2019).

7.3 Konsep Feminisme

Feminisme adalah kata yang kita semua kenal, dari platform media sosial hingga hubungan fisik dan sosial kita. Ini memberikan kenyataan bahwa feminisme telah datang untuk tinggal dan memiliki tempat dalam kehidupan kita sehari-hari tetapi dalam semua ini, apakah kita benar-benar memahami apa arti feminisme dan apakah feminisme memiliki tempat dalam perawatan kesehatan? Feminisme sebagaimana didefinisikan oleh kamus Oxford adalah "keyakinan dan tujuan bahwa perempuan harus memiliki hak dan kesempatan yang sama dengan laki-laki" ... Sederhana bukan? Ya dan tidak. Penafsiran definisi sederhana itu telah menyebabkan perdebatan yang berbeda dan mengakibatkannya dicap oleh beberapa orang sebagai "gerakan membenci pria" di antara label lainnya. Ada juga fakta bahwa apa yang kita pahami sebagai feminisme saat ini telah berkembang selama bertahun-tahun, terutama pada abad terakhir, dengan isu-isu baru di garis depan perdebatan dan lainnya bermunculan kelompok dan teori feminis yang berbeda. Alasan lain untuk perbedaan dalam pemahaman adalah cita-cita, norma, dan harapan yang diteruskan kepada kita, yang telah menempatkan perempuan pada posisi yang kurang menguntungkan dan telah tercermin

dalam berbagai aspek kehidupan kita termasuk perawatan kesehatan, oleh karena itu kebutuhan untuk mengatasi tempatnya dalam perawatan kesehatan bergerak maju.

Karena sifat unik dari tubuh wanita, penelitian telah memilih bahwa wanita adalah pengguna terbesar layanan kesehatan yang sebagian besar dikaitkan dengan fungsi reproduksi tubuh wanita tetapi masih kurang terwakili dalam penelitian, terutama dalam aspek penelitian obat karena penelitian telah menunjukkan bahwa sebagian besar pengujian obat dan uji klinis dilakukan pada pria. Apakah dunia menempatkan kesehatan setengah dari populasi di atas yang lain? Wanita 50% lebih mungkin mengalami efek samping obat dibandingkan dengan pria yang telah dikaitkan dengan lebih sedikit jumlah wanita yang berpartisipasi dalam uji klinis dan penelitian obat. Ini lebih lanjut menunjukkan perlunya kesetaraan dalam perawatan kesehatan karena perempuan membentuk hingga setengah dari populasi dunia dan oleh karena itu harus mengalami akses yang sama ke perawatan kesehatan.

Kesehatan masyarakat merupakan aspek penting dalam pelayanan kesehatan yang berhubungan dengan masyarakat dan juga mengatasi penyebab ketimpangan kesehatan yang meliputi kemiskinan, penindasan bersama faktor sosial lainnya yang cenderung mempengaruhi sejumlah besar perempuan yang sebagian besar menempati populasi tertindas dan miskin. Oleh karena itu, ketika kesehatan masyarakat berada dalam pemahaman yang kuat dengan feminisme, itu akan dapat mencerminkan tujuan feminisme ke publik dan pada gilirannya memberikan perempuan yang menempati bagian yang lebih besar dari kelompok yang kurang beruntung kesempatan untuk kesetaraan dalam kesehatan, yang pada gilirannya akan menyebabkan langkah besar dalam mencapai masyarakat yang setara yang menguntungkan seluruh populasi pada umumnya.

Pada intinya, feminisme adalah kepercayaan pada kesetaraan sosial, ekonomi, dan politik penuh bagi perempuan. Feminisme sebagian besar muncul sebagai tanggapan terhadap tradisi Barat yang membatasi hak-hak perempuan, tetapi pemikiran feminis memiliki manifestasi dan variasi global. Di Prancis abad pertengahan filsuf Christine de Pisan menantang pembatasan sosial pada perempuan dan mendorong pendidikan perempuan. Di Inggris abad ke-18, *A Vindication of the Rights of Woman* karya Mary Wollstonecraft menjadi karya seminal filsafat feminis berbahasa Inggris. Intersectionality adalah istilah yang diciptakan oleh profesor Kimberlé Crenshaw pada tahun 1989 untuk menggambarkan bagaimana berbagai kategori sosial berinteraksi, kadang-kadang menghasilkan efek perpaduan dan juga menimbulkan ketegangan. Makalahnya tentang intersectionality berpendapat bahwa diskriminasi khusus terhadap wanita kulit hitam berbeda dari diskriminasi anti-wanita umum atau rasisme anti-Kulit Hitam. Sebaliknya, ini melibatkan pengalaman majemuk yang unik dari seksisme dan rasisme. Awalnya digunakan dalam konteks hukum diskriminasi, konsep ini melihat kebangkitan di abad ke-21 di kalangan aktivis sayap kiri yang memperluas interseksionalitas untuk memasukkan kategori seperti kelas dan orientasi seksual. Feminisme telah memberikan kepada perempuan peningkatan kesempatan pendidikan, hak untuk memilih, perlindungan terhadap diskriminasi di tempat kerja, dan hak untuk membuat keputusan pribadi tentang kehamilan. Di beberapa komunitas, feminisme juga berhasil menantang norma-norma budaya yang meresap tentang perempuan. Di luar dunia Barat, aktivis seperti Malala Yousafzai telah menyoroti isu-isu seperti akses pendidikan yang tidak setara bagi perempuan.

Gerakan kesehatan perempuan, yang muncul selama tahun 1960-an dan 1970-an bersama dengan gelombang kedua feminisme, mengakui tubuh perempuan sebagai wadah yang

memediasi dominasi laki-laki. Feminis menuntut peningkatan perawatan kesehatan dan penghapusan seksisme dalam sistem perawatan kesehatan. Para aktivis berjuang untuk memberdayakan pengetahuan perempuan, mendapatkan kendali atas hak-hak reproduksi, dan merebut kembali kekuasaan dari komunitas medis paternalistik. Kaum feminis juga berjuang melawan penindasan perempuan, yang terwujud dalam penolakan akses ke aborsi dan kontrasepsi, prostitusi, kekerasan seksual, pornografi, dan standar industri kecantikan. Belakangan, feminis mengkritik medikalisasi dan komersialisasi reproduksi dan tenaga kerja serta eksploitasi perempuan kurang mampu dalam industri reproduksi. Para pemikir feminis menciptakan istilah "gender" untuk membedakan antara aspek biologis dan sosial menjadi laki-laki atau perempuan dan untuk menekankan peran budaya dan masyarakat dalam konstruksi seksualitas manusia (WHO, 2016a). Selain itu, bukti ilmiah baru-baru ini mengungkapkan bahwa tidak mungkin untuk memisahkan jenis kelamin dan jenis kelamin dan bahwa dikotomi dua jenis kelamin mengabaikan realitas biologis dan sosial yang lebih kompleks.

7.4 Hubungan antara Kesehatan Perempuan dan Feminisme

Sebelum munculnya feminisme, kondisi kehidupan perempuan sangat buruk karena mereka terus-menerus didorong ke pinggiran, bahkan pada hal-hal yang menyentuh kesehatan mereka sendiri. Wanita ada untuk dilihat, tetapi tidak untuk didengar karena mereka adalah milik pria. Sama seperti laki-laki memiliki properti lain, seperti tanah, perempuan juga dimiliki dengan cara yang sama (Schoen, 2001). Praktik tradisional tidak dapat memungkinkan perempuan untuk berpartisipasi dalam beberapa kegiatan, seperti perumusan kebijakan dan akumulasi kekayaan. Feminisme menyoroati perdebatan tersebut karena

mengadvokasi hak-hak perempuan, khususnya kesehatan reproduksi.

Sebelum feminisme, seorang wanita hanya akan digunakan sebagai objek seks karena dia tidak memiliki hak. Saat ini, seks dianggap sebagai hubungan cinta di mana dua orang hanya dapat melakukannya melalui persetujuan. Feminisme menganjurkan penyediaan aborsi gratis, penyediaan kontrasepsi dan metode keluarga berencana gratis, penghapusan mutilasi alat kelamin perempuan, dan pernikahan paksa. Melalui ratifikasi hukum, seorang perempuan dalam masyarakat modern memiliki kendali penuh atas kesehatan reproduksinya. Perempuan secara mandiri dapat memutuskan kapan harus memiliki anak dan kapan harus mengakhiri kehamilan (Roth, 2004). Kebebasan ini dikaitkan dengan karya-karya feminis, yang telah mencapai banyak hal mengenai hak-hak reproduksi perempuan. Perempuan menghadapi beberapa tantangan dalam hidup mereka, salah satunya adalah reproduksi. Setiap wanita seharusnya melakukan beberapa tindakan pencegahan untuk memastikan bahwa dia tetap reproduktif sepanjang hidupnya. Ini termasuk sering menemui dokter. Melalui feminisme, perempuan telah mampu mencapai hak kesehatan reproduksi mereka, termasuk aborsi gratis, penggunaan keluarga berencana, dan penghapusan praktik tradisional yang merusak, seperti mutilasi alat kelamin perempuan dan warisan istri.

Seperti yang dinyatakan sebelumnya di bagian pendahuluan, feminisme mengacu pada gerakan dan seperangkat ideologi yang bertujuan untuk mendefinisikan kembali, mengidentifikasi, dan membela hak-hak politik, ekonomi dan sosial perempuan dalam masyarakat (Miracle, 2006). Secara khusus, peran utama feminis adalah untuk mengadvokasi kesempatan yang sama bagi perempuan dalam pendidikan dan pekerjaan. Teori ini muncul dari imajinasi berbagai perempuan yang berusaha memahami hakikat ketidaksetaraan gender melalui pemahaman

peran sosial dan berbagai posisi individu dalam masyarakat. Teori ini memiliki interpretasi dan definisi yang berbeda tentang gender dan jenis kelamin. Meskipun ada berbagai konsep feminisme, tujuan utamanya adalah untuk memperjuangkan hak-hak perempuan di masyarakat. Tujuan tersebut antara lain memperjuangkan hak-hak reproduksi dan tubuh perempuan. Dalam hal ini, perempuan harus diberi kebebasan untuk mengambil keputusan yang menyentuh kesehatan mereka (Sandmaier, 2007). Melalui feminisme, ada interpretasi baru tentang gender dan seks.

Dalam masyarakat modern, apa yang memerlukan kesehatan reproduksi didokumentasikan dengan baik. Badan dunia yang bertanggung jawab atas kesehatan (WHO) mencatat bahwa pasangan harus diberi kebebasan untuk memutuskan jumlah anak yang harus mereka miliki. Namun, orang harus bertanggung jawab saat mereka membuat keputusan karena kesucian hidup. Selain memutuskan jumlah anak, pasangan harus selalu menentukan jarak anak-anak mereka. Dalam hal ini, perempuan tidak boleh didiskriminasi (Khalaf, Fathieh, Moghli & Sivarajan, 2010). Yang lain memandang perempuan sebagai orang yang harus bergantung pada laki-laki untuk keputusan besar karena mereka tidak memiliki otoritas moral untuk berpartisipasi dalam pembangunan masyarakat (Ketting & Esin, 2010).

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menuntut agar perempuan diberikan hak-hak khusus, termasuk hak untuk melakukan aborsi, hak untuk menggunakan metode keluarga berencana untuk mengontrol kelahiran, hak untuk mengakses perawatan kesehatan reproduksi yang berkualitas, dan hak untuk mengakses pendidikan reproduksi gratis, yang akan menginformasikan keputusan mereka. Feminis bersikeras bahwa pemerintah harus menawarkan pendidikan gratis tentang kontrasepsi untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan dan infeksi menular seksual (Knudson, 2006). Setiap perempuan harus

dilindungi dari praktik-praktik yang akan mengganggu reproduksi, seperti kekerasan berbasis gender, sterilisasi paksa, dan mutilasi alat kelamin perempuan. Sejumlah negara bagian telah menetapkan undang-undang yang lebih ketat terkait kekerasan berbasis gender. Misalnya, seorang pria harus dipenjara seumur hidup jika dia ditemukan memaksa seorang wanita untuk berhubungan seks (Furlong, 2009). Ini dianggap sebagai pelanggaran hak reproduksi wanita karena dia diharapkan untuk melakukan hubungan seks dengan persetujuan. Segala jenis praktik tradisional yang mengganggu reproduksi perempuan sudah seharusnya ditiadakan.

DAFTAR PUSTAKA

- Alkema L, Chao F, You D, Pedersen J, & Sawyer CC. 2014. National, regional, and global sex ratios of infant, child, and under-5 mortality and identification of countries with outlying ratios: a systematic assessment. *Lancet Global Health*, Vol. 2. Hal. e521–e530.
- Bem SL. 1993. *The lenses of gender: Transforming the debate on sexual inequality*. New Haven: Yale University Press
- Bird CE, & Rieker PP. 1999. Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's health. *Social Science & Medicine*, Vol. 48. Hal. 745–755.
- Blondeel, K., de Vasconcelos, S., García-Moreno, C., dkk. 2018. Violence motivated by perception of sexual orientation and gender identity: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 96 (1). Hal. 29 - 41L
- BPS. 2022. Angka Harapan Hidup (AHH) Menurut Provinsi dan Jenis Kelamin (Tahun), 2019-2021. Diunduh dari Badan Pusat Statistik (bps.go.id) pada tanggal 4 Januari 2023
- Courtenay WH. 2000. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, Vol. 50. Hal. 1385–1401.
- Crimmins EM, Kim JK, & Solé-Auroó A. 2010. Gender differences in health: results from SHARE, ELSA and HRS. *European Journal of Public Health*, Vol. 21. Hal. 81–91.
- Deci EL, & Ryan RM. 2008. Hedonia, Eudamonia, and well-being: an introduction. *Journal of Happiness Studies*, Vol. 9. Hal. 1–11.
- Diener E, & Ryan K. 2014. Subjective well-being: a general overview. *South African Journal of Psychology*, Vol. 39. Hal. 391–406.
- Diener E, Inglehart R, & Tay L. 2013. Theory and validity of life satisfaction scales. *Social Indicators Research*. Vol. 112. Hal. 497–527.

- Diener E. 1984. Subjective well-being. *Psychological Bulletin* Vol. 95. Hal. 542–575.
- Eaton NR, Keyes KM, Krueger RF, dkk. 2012. An invariant dimensional liability model of gender differences in mental disorder prevalence: evidence from a national sample. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 121. Hal. 282–288.
- Emslie C, & Hunt K. 2008. The weaker sex? Exploring lay understandings of gender differences in life expectancy: a qualitative study. *Social Science & Medicine*, Vol. 67. Hal. 808–916.
- Hill TD & Needham BL. 2013. Rethinking gender and mental health: a critical analysis of three propositions. *Social Science & Medicine*, Vol. 92. Hal. 83–91.
- Hunt K, Annadale E. 1999. Relocating gender and morbidity: examining men's and women's health in contemporary Western societies. Introduction to special issue on Gender and health. *Social Science & Medicine*, Vol. 48. Hal.:1–5.
- Hyde JS. 2005. The gender similarities hypothesis. *American Psychologist*, Vol. 60. Hal. 581–592.
- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, & Walters EE. 2005. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 62. Hal. 617–627.
- Ketting, E & Esin, A. 2010. Integrating Sexual and Reproductive Primary Health in Europe: Position Paper of the European Forum for Primary Care. *Quality in Primary Care*, Vol. 18, no. 4. Hal. 269–282.
- Khalaf, I, Fathieh, A, Moghli, E & Sivarajan, F. 2010. Youth Friendly Reproductive Services in Jordan from the Perspective of the Youth: A Descriptive Qualitative Study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Vol. 24, no. 2. Hal. 321–331.

- Knudson, L. 2006. Reproductive Rights in a Global Context: South Africa, Uganda, Peru, Denmark, United States, Vietnam, Jordan, Vanderbilt University Press, Nashville.
- Lahelma E, Arber S, Martikainen P, Rahkonen O, Silventoinen K. 2001. The Myth of gender differences in health: social structural determinants across adult ages in Britain and Finland. *Current Sociology*, Vol 49, Hal. 31–54.
- Lee C. 2010. Gender, health, and health behaviors. In: Crisler JC, McCreary, editors. *Handbook of Gender Research in Psychology*, Vol 2. New York, NY: Springer. Hal. 471–494.
- Macyntire S, Hunt K, Sweeting H. 1996. Gender differences in health: are things really as simple as they seem? *Social Science & Medicine*, Vol 42. Hal 617–624.
- Manandhar, M., Hawkes, S., Buse, K., dkk. 2018. Gender, health and the 2030 agenda for sustainable development. *Bulletin of the World Health Organization*, 96 (9). Hal. 644 - 653
- Matud MP, Bethencourt JM, & Ibáñez I. 2015. Gender differences in psychological distress in Spain. *International Journal of Social Psychiatry*, Vol. 61. Hal. 560–568.
- Matud MP, Bethencourt, JM, & Ibáñez I. 2014. Relevance of gender roles in life satisfaction in adult people. *Personality and Individual Differences*. Vol. 70. Hal. 206–2011.
- Matud MP, Correa MC, Bethencourt JM, & Del Pino MJ. 2014. Relevance of menopausal status in mental health differences between women and men. *Anales de Psicología*, Vol. 30. Hal. 927–936.
- Melián EM. & Útero. 2015. Psiquis and climaterio: an approach since the anthropological endocrinology. *Investigaciones Feministas*, Vol. 6. Hal. 196–208.
- Miracle, VA 2006, Coronary artery disease in women: the myth still exists. *Dimensional Critical Care Nursing*, Vol. 25, no. 5, pp 209-215.

- Needham B, & Hill TD. 2010. Do gender differences in mental health contribute to gender differences in physical health? *Social Science & Medicine*, Vol. 71. Hal. 1472–1479.
- Oksuzyan A, Crimmins E, Saito Y, O’Rand A, Vaupel JW, Christensen K. 2010. Cross-national comparison of sex differences in health and mortality in Denmark, Japan and the US. *European Journal of Epidemiology*, Vol. 25. Hal. 471–480.
- OMS/Europa. 2016. Gender and health. Diunduh dari <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/gender>
- Pan American Health Organization. 2019. Masculinities and Health in the Region of the Americas. Washington, D.C.: PAHO.
- Prior PM. 1999. *Gender & Mental Health*. New York, NY: University Press
- Rieker PP, Bird CE. 2005. Rethinking gender differences in health: why we need to integrate social and biological perspectives. *Journal of Gerontology*, Vol. 60B:40–47.
- Rosenfield S & Smith D. 2010. Gender and mental health: do men and women have different amounts or types of problems? In: Cheid TL, Brown TN, editors. *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems*. New York, NY: Cambridge University Press. Hal. 256–267.
- Roth, R. 2004. No New Babies-Gender Inequality and Reproductive Control in the Criminal Justice and Prison Systems. *American Journal of Gender and Society on Population*, Vol. 12, no. 1, 391-412.
- Ryan RM, & Deci EL. 2001. On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, Vol. 52. Hal. 141–66.
- Ryff CD & Singer B. 1998. The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, Vol. 9. Hal. 9–28.

- Ryff CD.1989. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 57. Hal.1069–1081.
- Sandmaier, M. 2007. *Healthy Heart Handbook for Women*, National Heart, Lung, and Blood Institute, US Dept of Health and Human Services, Bethesda.
- Schoen, J. 2001. Between Choice and Coercion: Women and the Politics of Sterilization in North Carolina, 1929-1975. *Journal of Women's History*, Vol. 13, no. 1, 132–156.
- Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, dkk . 2009. Cross-national associations between gender and mental disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 66. Hal. 785–789.
- Springer KW, Hankivsky O, Bates LM. 2012. Gender and health: relational, intersectional, and biosocial approaches. *Social Science & Medicine*, Vol 74. Hal. 1661–1666.
- United Nations. 2015.. *The World's Women 2014: Trends and statistics*. 2015. Diunduh dari: http://unstats.un.org/unsd/gender/downloads/WorldsWomen2015_report.pdf
- WHO. 1948. Preamble to the Constitution of the World Health Organization. 1948. Diunduh dari: http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/2e.pdf
- WHO. 2008. Strategy for integrating gender analysis and actions into the work of WHO. 2008. Diunduh dari http://www.who.int/gender/GM_strategy_jun08.pdf
- WHO. 2011. *Gender mainstreaming for health managers: a practical approach*. Geneva : World Health Organisation.
- WHO. 2016c. *World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Ginebra: World Health Organization
- WHO. 2022. GHE: Life expectancy and healthy life expectancy. Diunduh dari Life tables (who.int) tanggal 4 Januari 2023

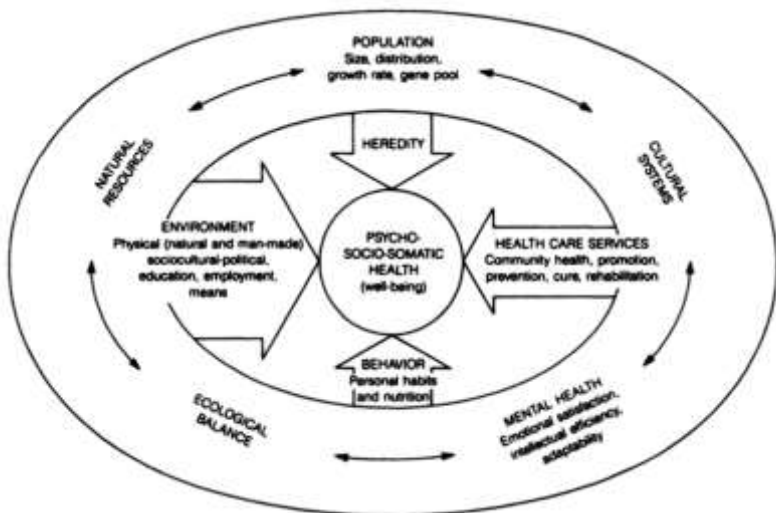
BAB 8

KESEHATAN LINGKUNGAN DAN KANTIN SEKOLAH

Oleh Nissa Noor Annashr

8.1 Pendahuluan

Menurut teori H. L. Blum, terdapat 4 faktor yang dapat mempengaruhi tinggi rendahnya derajat kesehatan suatu masyarakat, yaitu (Schulz and Johnson, 2003) :



Gambar 8.1 : Konsep H. L. Blum

Berdasarkan gambar 8.1, kita dapat mengetahui bahwa 4 faktor tersebut adalah : lingkungan (*environment*), perilaku

(*behavior*), pelayanan kesehatan (*health care service*) dan keturunan (*heredity*).

Faktor perilaku (*life style*). Perilaku individu seperti merokok, minum alkohol, mengemudi secara berbahaya, mengonsumsi makanan berlebihan, penyalahgunaan obat-obatan, mengabaikan *personal hygiene* dan menunda mencari perawatan medis (*health seeking behavior*) merupakan pengaruh besar pada kesehatan dan kesejahteraan masyarakat (Schulz and Johnson, 2003). Perilaku individu yang baik dalam menerapkan pola hidup sehat dapat meningkatkan status kesehatan seseorang misalnya menerapkan pola makan yang baik dengan gizi seimbang, rutin melakukan aktivitas fisik, melakukan buang air besar (BAB) di jamban, kebiasaan mencuci tangan dan sebagainya.

Faktor pelayanan kesehatan (*health care services*), yang berpengaruh terhadap derajat kesehatan misalnya ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan, ketersediaan sumber daya manusia, kinerja/cakupan serta pembiayaan (Syafurudin, 2015).

Faktor *heredity* atau warisan genetik, yaitu sifat intrinsik individu, semakin diakui memiliki pengaruh utama pada kerentanan terhadap penyakit dan pewarisan penyakit. Warisan genetik berinteraksi dengan faktor lingkungan dan perilaku (Schulz and Johnson, 2003). Penyakit-penyakit dapat terjadi karena bersifat turunan dan mempengaruhi sumber daya masyarakat (Syafurudin, 2015). Penyakit asma dan diabetes mellitus (DM) adalah contoh penyakit yang dapat diturunkan ke generasi berikutnya dalam lingkungan keluarganya. Seorang anak yang memiliki orangtua menderita asma dan DM, akan lebih berisiko menderita penyakit tersebut dibandingkan anak yang tidak mempunyai riwayat keluarga mengidap penyakit tersebut.

Faktor lingkungan (*environment*). Lingkungan menjadi faktor yang memiliki peran paling besar dalam mempengaruhi derajat kesehatan. Karakteristik fisik alam lingkungan, seperti iklim, kondisi tanah dan topografi berhubungan langsung dengan

kesehatan. Selain itu, aspek lingkungan buatan manusia memiliki pengaruh besar terhadap kesehatan manusia, misalnya perumahan yang tidak memadai, berkontribusi terhadap terjadinya penyakit. Sanitasi dalam arti luas, yaitu pengendalian udara, air, dan polusi kebisingan dan estetika, jelas memberikan kontribusi terhadap kesehatan (Schulz and Johnson, 2003). Lingkungan dapat menjadi *support system* untuk menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat mencakup keterjangkauan terhadap air bersih, ketersediaan jamban untuk BAB, pengelolaan sampah, kondisi lantai rumah, *breeding places*, pencemaran lingkungan, kesehatan lingkungan tempat-tempat umum, limbah bahan beracun berbahaya (B3), kebersihan tempat pelayanan umum (Syafurudin, 2015).

Gangguan kesehatan dapat terjadi sebagai hasil resultan dari hubungan interaktif antara lingkungan dan variabel kependudukan (Achmadi, 2014). Banyak penyakit dapat dimulai, didukung, ditopang atau dirangsang oleh faktor-faktor lingkungan. Kondisi lingkungan yang terbebas dari risiko berbahaya bagi kesehatan dan keselamatan manusia dikatakan sebagai lingkungan dengan kualitas yang sehat (Muchtar, Khair and Noraida, 2016).

Komponen lingkungan berpotensi menimbulkan penyakit jika mengandung agen penyakit seperti mikroorganisme patogen atau jasad renik yang berbahaya lainnya. Agen penyakit yang terdapat dalam komponen lingkungan atau kita sebut sebagai media transmisi seperti air, udara, pangan, atau melalui binatang penular (vektor penyakit) yang selanjutnya berinteraksi dengan penduduk baik secara sendiri maupun secara bersamaan, pada rentang waktu yang sama atau beda kemudian dapat masuk ke dalam tubuh manusia. Komponen lingkungan yang telah terkontaminasi tersebut dapat menimbulkan penyakit berbasis lingkungan (Achmadi, 2014). Oleh karena itu faktor lingkungan harus kita kelola dengan baik supaya lingkungan tidak menjadi media transmisi penyakit sehingga penyakit berbasis lingkungan dapat dicegah dan dikendalikan.

8.2 Kesehatan Lingkungan

Berikut ini beberapa definisi mengenai kesehatan lingkungan :

- a. Menurut PP RI Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan, kesehatan lingkungan adalah upaya pencegahan penyakit dan/atau gangguan kesehatan dari faktor risiko lingkungan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat baik dari aspek fisik, kimia, biologi, maupun sosial (Peraturan Pemerintah Republik Indonesia, 2014).
- b. Kesehatan lingkungan menurut WHO yaitu "those aspects of human health and diseases that are determined by factors in the environment. It also refers to the theory and practice of assesing and controlling factor in the environment that can potentially affect health." Suatu keseimbangan ekologi yang harus ada antara manusia dan lingkungan agar dapat menjamin keadaan sehat dari manusia (Takesan, 2021), (Arsyad *et al.*, 2022)(Muchtar, Khair and Noraida, 2016). Hal ini juga merujuk kepada teori dan praktik dalam melakukan assesmen atau penilaian dan pengendalian faktor lingkungan yang memiliki potensi untuk mempengaruhi kesehatan.

Berdasarkan UU RI Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, upaya kesehatan lingkungan ditujukan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat, baik fisik, kimia, biologi, maupun sosial yang memungkinkan setiap orang mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (Presiden Republik Indonesia, 2009).

Dalam UU tersebut, juga disebutkan bahwa lingkungan sehat, yaitu bebas dari unsur-unsur yang menimbulkan gangguan kesehatan, antara lain: 1) limbah cair; 2) limbah padat; 3) limbah gas; 4) sampah yang tidak diproses sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan pemerintah; 5) binatang pembawa penyakit; 6) zat kimia yang berbahaya; 7) kebisingan yang melebihi ambang batas;

8) radiasi sinar pengion dan non pengion; 9) air yang tercemar; 10) udara yang tercemar; dan 11) makanan yang terkontaminasi (Presiden Republik Indonesia, 2009).

Menurut WHO, ruang lingkup kesehatan lingkungan meliputi : 1) penyediaan air; 2) pengelolaan air limbah dan pengelolaan pencemaran; 3) pengelolaan sampah padat; 4) kontrol terhadap vektor dan binatang mengerat; 5) pencegahan dan pengontrolan pencemaran tanah oleh ekskreta manusia; 6) higiene makanan dan susu; 7) kontrol terhadap polusi udara; 8) kontrol terhadap radiasi; 9) kesehatan kerja; 10) kontrol terhadap kebisingan; 11) perumahan dan pemukiman; 12) perencanaan kota dan regional; 13) pencegahan terhadap kecelakaan; 14) aspek kesehatan lingkungan dari udara laut dan transportasi; 15) tempat rekreasi umum dan pariwisata; 16) tindakan sanitasi yang dihubungkan dengan epidemi, keadaan darurat (seperti banjir dan sebagainya) serta imigrasi penduduk; dan 17) tindakan pencegahan lain yang dibutuhkan untuk meyakinkan bahwa lingkungan telah bebas dari bahaya yang mengancam kesehatan (Mundiatun dan Daryanto, 2015)(Muchtar, Khair and Noraida, 2016).

8.3 Keamanan Pangan

Berdasarkan ruang lingkup WHO, kita dapat mengetahui bahwa higiene makanan menjadi bagian dari lingkup kesehatan lingkungan. Pangan atau makanan yang tidak aman dapat menimbulkan terjadinya *foodborne diseases* (penyakit bawaan makanan), yaitu penyakit yang terjadi karena mengonsumsi makanan yang di dalamnya terdapat zat kimia toksik atau organisme patogen (Sucipto, 2015). Penyebab ketidakamanan pangan itu sendiri karena dua faktor, yaitu pertama dari perspektif gizi, pangan menjadi tidak aman jika mengandung zat gizi berlebihan sehingga jika dikonsumsi masyarakat secara berlebihan dapat menimbulkan beberapa penyakit seperti jantung, kanker dan

diabetes mellitus. Kedua, dari perspektif terjadinya kontaminasi, pangan menjadi tidak aman karena telah terkontaminasi atau tercemar oleh agen penyakit baik itu mikroorganisme maupun zat kimia (Sucipto, 2015).

Berdasarkan PP RI No. 86 Tahun 2019 Tentang Keamanan Pangan, keamanan pangan didefinisikan sebagai kondisi dan upaya yang diperlukan untuk mencegah pangan dari kemungkinan cemaran biologis, kimia, dan benda lain yang dapat mengganggu, merugikan, dan membahayakan kesehatan manusia serta tidak bertentangan dengan agama, keyakinan, dan budaya masyarakat sehingga aman untuk dikonsumsi (Peraturan Pemerintah Republik Indonesia, 2019). Untuk dapat menjamin makanan yang dikonsumsi itu aman maka diperlukan upaya pengolahan makanan yang menerapkan prinsip higiene dan sanitasi makanan sehingga mencegah terjadinya kontaminasi agen penyakit ke dalam makanan.

Dalam Permenkes RI Nomor 1096/Menkes/Per/ VI/2011 tentang Higiene Sanitasi Jasaboga, higiene sanitasi adalah upaya untuk mengendalikan faktor risiko terjadinya kontaminasi terhadap makanan, baik yang berasal dari bahan makanan, orang, tempat dan peralatan agar aman dikonsumsi (Menteri Kesehatan RI, 2011).

6 (enam) prinsip higiene dan sanitasi makanan (Menteri Kesehatan RI, 2011), yaitu pemilihan bahan makanan, penyimpanan bahan makanan, pengolahan makanan, penyimpanan makanan jadi/masak, pengangkutan makanan dan penyajian makanan. Usaha sanitasi makanan bertujuan antara lain agar memberikan jaminan keamanan dan kebersihan makanan, mencegah penularan wabah penyakit, mencegah terdistribusinya produk makanan yang merugikan masyarakat serta mengurangi tingkat kerusakan atau pembusukan makanan (Sucipto, 2015). Cara pengolahan makanan yang baik yaitu dengan mengikuti prinsip-prinsip higiene dan sanitasi makanan atau disebut *good*

manufacturing practice (GMP) dan tidak terdapat kerusakan makanan yang diakibatkan karena cara mengolah makanan yang salah (Boy, 2022).

8.4 Peranan Kantin Sekolah

Kantin sekolah memiliki peranan penting dalam menunjang proses pembelajaran di sekolah. Salah satu poin utama dalam memelihara individu agar tetap sehat yaitu terpenuhinya kebutuhan pangan dalam jumlah cukup dan asupan zat gizi seimbang. Dengan kondisi yang sehat maka setiap warga sekolah meliputi tenaga pendidik, tenaga kependidikan, maupun peserta didik dapat berpartisipasi aktif dalam proses pendidikan. Kesehatan juga mempengaruhi efektivitas pembelajaran yang diikuti peserta didik (Wahyuningsih, Hendriani and Akbar, 2020). Kantin sekolah berkontribusi penting dalam mewujudkan pesan-pesan kesehatan dan dapat mempengaruhi perilaku makan peserta didik sehari-hari melalui penyediaan makanan jajanan di sekolah. Diperlukan kesadaran dari pengelola sekolah terkait urgensi kantin sekolah sebagai tempat promosi kesehatan yang potensial pada peserta didik di sekolah (Arifin and Wijayanti, 2019).

Waktu yang diperlukan setiap peserta didik untuk mengikuti kegiatan di sekolah cukup lama berkisar 5 hingga 8 jam sehingga mereka memerlukan makanan sehat dengan gizi yang cukup selama berada di sekolah (Wahyuningsih, Hendriani and Akbar, 2020). Selama di sekolah, anak-anak mengonsumsi hampir 40% dari asupan energi harian mereka (Nathan *et al.*, 2016). Untuk dapat menunjang kesehatan warga sekolah, khususnya para peserta didik atau siswa sekolah, maka makanan yang dikonsumsi harus higienis, sehat dan aman yaitu bebas dari cemaran fisik, kimia dan bakteri (Menteri Kesehatan RI, 2011). Makanan sehat adalah makanan yang mengandung zat-zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh (Boy, 2022).

Oleh karena itu, dalam konteks kesehatan, keberadaan kantin sekolah penting sekali peranannya untuk mengontrol penyediaan makanan dengan asupan gizi yang cukup dan sehat bagi warga sekolah. Ketiadaan kantin sekolah menyebabkan warga sekolah harus pergi ke tempat lain untuk menemukan makanan dalam memenuhi kebutuhan makanannya yang belum terjamin sebagai makanan sehat (Wahyuningsih, Hendriani and Akbar, 2020). Bukti dari tinjauan sistematis menunjukkan bahwa kebijakan dan pedoman gizi makanan dan minuman sekolah telah efektif dalam meningkatkan asupan makanan siswa di lingkungan sekolah dan sehingga WHO merekomendasikan agar sekolah menerapkan kebijakan gizi untuk mengontrol jenis makanan dan minuman yang tersedia bagi siswa (Nathan *et al.*, 2016).

Pada kenyataannya tidak semua sekolah memiliki kantin. Berikut beberapa persoalan yang dihadapi sekolah-sekolah yang tidak memiliki kantin, antara lain tidak tersedia lahan lagi di sekolah; prasarana ruangan terbatas sehingga tidak dapat digunakan sebagai kantin; kurangnya dana; serta kekurangan sumber daya manusia dalam penyelenggaraan kantin sekolah.

Untuk sekolah yang sudah mempunyai kantin, mayoritas proses penyelenggaraannya belum maksimal, terlihat dari sisi sarana prasarana kantin, pangan yang dijual, maupun dalam sistem manajemen kantin. Ditemukan pula persoalan mengenai kurangnya perhatian pengelola makanan mengenai aspek pengelolaan kantin sehat. Di samping itu, sekolah tidak memiliki sistem pengelolaan khusus untuk kantin sekolah dan kurangnya kemitraan sekolah dengan *stakeholder* terkait, seperti Dinas Kesehatan, Puskesmas, Badan dan Balai Pengawasan Obat dan Makanan, dan lain-lain (Wahyuningsih, Hendriani and Akbar, 2020). Dukungan kemitraan dari instansi kesehatan memiliki peran penting dalam penyelenggaraan kantin sehat sebagaimana penelitian di Australia menyatakan faktor umum yang mendukung penerapan kantin sehat antara lain termasuk pembangunan

kapasitas organisasi, dukungan dari badan promosi kesehatan, dan yang paling penting adalah pengetahuan gizi dan persepsi pengelola kantin (Trakman *et al.*, 2021).

Sebagaimana penelitian (Hikmah, Budi Mustofa and Cahyo, 2017) di wilayah Kecamatan Tembalang menunjukkan 84% Sekolah Dasar (SD) di kecamatan tersebut mempunyai kantin sekolah dengan kondisi kurang baik. 56% jajanan murid SD berasal dari luar kantin sekolah serta belum ada manajemen kantin yang mandiri pada 59% SD. Oleh karena itu, menyebabkan belum maksimalnya penyelenggaraan kantin sekolah. Keterbatasan penyelenggaraan kantin sekolah mencakup perilaku pedagang dan murid dalam memilih jajanan sehat, terbatasnya minimnya lahan untuk kantin sekolah serta terbatasnya dana sekolah. Sebanyak 81% sekolah tidak mempunyai anggaran khusus untuk manajemen kantin sekolah sebab 96,9% dana penyelenggaraan kantin sekolah sumbernya dari setiap pedagang di kantin sekolah sehingga manajemen dana umumnya dikelola pedagang. Selanjutnya pedagang menyerahkan retribusi kepada sekolah sebagai uang menyewa lokasi untuk berjualan di sekolah.

8.5 Persyaratan Kantin Sekolah Sehat

Kantin sehat sekolah harus dapat memfasilitasi ketersediaan makanan utama atau *snack* ringan yang sehat, yaitu bergizi, higienis dan aman untuk dikonsumsi, untuk seluruh warga sekolah.

Dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1429/MENKES/SK/XII/2006 tentang Pedoman Penyelenggaraan Kesehatan Lingkungan Sekolah tahun 2006, persyaratan kesehatan lingkungan untuk ruang kantin atau warung sekolah adalah sebagai berikut :

- a. Tersedia tempat cuci peralatan makan dan minum dengan air yang mengalir.

- b. Tersedia tempat cuci tangan bagi pengunjung kantin/warung sekolah.
- c. Tersedia tempat untuk penyimpanan bahan makanan.
- d. Tersedia tempat untuk penyimpanan makan jadi/siap saji yang tertutup.
- e. Tersedia tempat untuk menyimpan peralatan makan dan minum.
- f. Lokasi kantin/warung sekolah minimal berjarak 20 m dengan TPS (tempat pengumpulan sampah sementara).

Menurut Kepmenkes tersebut, tata laksana kantin sekolah yang baik terdapat beberapa komponen, yaitu :

- a. makanan jajanan yang dijual harus dalam keadaan terbungkus dan atau tertutup (terlindung dari lalat atau binatang lain dan debu).
- b. makanan jajanan yang disajikan dalam kemasan harus dalam keadaan baik dan tidak kadaluarsa.
- c. tempat penyimpanan makanan yang dijual pada warung sekolah/kantin harus selalu terpelihara dan selalu dalam keadaan bersih, terlindung dari debu, terhindar dari bahan kimia berbahaya, serangga dan hewan lain.
- d. tempat pengolahan/dapur atau penyiapan makanan harus bersih dan memenuhi persyaratan kesehatan sesuai ketentuan yang berlaku.
- e. peralatan yang sudah dipakai dicuci dengan air bersih yang mengalir atau dalam 2 (dua) wadah yang berbeda dan dengan menggunakan sabun.
- f. peralatan yang sudah bersih harus disimpan di tempat yang bebas pencemaran.
- g. peralatan yang digunakan untuk mengolah dan menyajikan makanan jajanan harus sesuai dengan peruntukannya (Menteri Kesehatan RI, 2006).

Adapun menurut BPOM, standar dan kriteria kantin sehat sekolah adalah (Wahyuningsih, Hendriani and Akbar, 2020) :

- a. Menyediakan makanan yang aman dan bersih.
- b. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan baik.
- c. Produk makanan yang dijual memiliki label yang jelas.
- d. Melatih anak untuk membaca label informasi nilai gizi.
- e. Menyediakan berbagai minuman sehat.
- f. Tidak menjual makanan dan minuman berwarna mencolok.
- g. Tidak menjual makanan dengan rasa tertentu (misalnya terlalu manis).
- h. Membatasi persediaan makanan cepat saji.
- i. Membatasi persediaan makanan ringan.
- j. Memperbanyak persediaan makanan berserat.

Dalam upaya penyediaan pangan yang sehat di lingkungan sekolah, maka dibutuhkan kondisi yang mendukung sustainability penyelenggaraan kantin di sekolah. Berikut adalah 4 komponen pilar yang harus disediakan dalam mewujudkan kantin sekolah sehat :

- a. Pilar 1: Komitmen dan Manajemen Sekolah.

Sangat dibutuhkan komitmen sekolah untuk menyediakan kantin sehat dalam rangka melahirkan otoritas yang kuat sehingga terealisasi pengelolaan kantin sehat sekolah (Februhartanty *et al.*, 2018). Dibuatnya surat penugasan dari kepala sekolah kepada tim yang diberi kepercayaan sebagai penanggungjawab pengelolaan kantin sekolah untuk dapat mengontrol penyediaan pangan dengan mutu yang aman. Kemudian, dibutuhkan penyusunan kebijakan tertulis mengenai kantin sehat sekolah yang mengatur mutu dan jenis pangan yang dijual serta sistem pengawasan terhadap pangan yang dijual tersebut. Kemudian, dibutuhkan juga regulasi serta

kebijakan untuk mengatur mulai dari penyediaan bahan pangan sampai dengan sistem monitoring terhadap mutu produk yang disediakan di kantin sekolah (Februhartanty *et al.*, 2018) dan (Wahyuningsih, Hendriani and Akbar, 2020).

Hasil penelitian (Sri Mulyani and Suryapermana, 2020) pada kantin sekolah SMAN 3 Rangkasbitung yang pernah meraih juara 1 kantin sehat sekolah Adiwiyata tahun 2018 menunjukkan pada fase perencanaan, telah ditetapkan kantin sekolah menerapkan standar adiwiyata yaitu kantin sehat itu terdiri dari (1) kantin di yang dalamnya tidak menjual makanan dan minuman dengan obat pengawet; 2) kantin tidak menjual makanan kadaluarsa, 3) kantin tidak menjual makanan dengan pembungkus yang tidak ramah lingkungan yaitu : plastik, styrofoam dll. Kepala sekolah melakukan program pembinaan dengan mengacu kepada panduan kerja yang disusun. Persyaratan kantin sehat sudah dipenuhi oleh kantin SMAN 3. Pengelola kantin mendapatkan penyuluhan dari dinas terkait, serta penyuluhan secara mandiri oleh pihak sekolah tentang pola makan sehat dan isu penggunaan kemasan yang ramah lingkungan. Monitoring untuk pengelolaan kantin Sehat di SMAN 3 Rangkasbitung diwujudkan melalui 1) berkoordinasi dengan *stakeholder* misalnya ke Puskesmas Rangkasbitung; 2) penetapan dan monitoring pembina pengawas kantin sehat, termasuk mengikutsertakan puskesmas sebagai pengawas eksternal, 3) penilaian, Kantin SMAN 3 Rangkasbitung sudah mendapatkan stiker hijau yang mengindikasikan telah mencapai syarat kantin sehat (berdasarkan hasil uji dan syarat laboratorium); 4) Penilaian kantin sekolah dilakukan setiap 6 bulan dengan cara melakukan pemeriksaan pangan yang disediakan di

kantin dan jika ditemukan makanan yang tidak sehat maka akan ditegur dan diberikan peringatan salah satunya dengan stiker tersebut dan 5) monitoring yang belum terpenuhi, maka harus ada partisipasi masyarakat. Berdasarkan hasil penelitian tersebut, komitmen pihak pengelola sekolah dapat mempengaruhi keberhasilan penyelenggaraan kantin sekolah sehat.

b. Pilar 2 : Sumber Daya Manusia

Sumber daya manusia yang terlibat dalam pengelolaan kantin sehat dimaksud adalah penjual atau penjamah makanan minuman yang mempersiapkan, mengolah dan menyajikan makanan bagi pembeli. Mereka berpotensi menjadi sumber penularan agen penyakit. Oleh karena itu, mereka harus mampu menerapkan perilaku *personal hygiene* yang baik sehingga tidak berpotensi mengontaminasi makanan. Perilaku tersebut seperti rajin mencuci tangan, mandi, harus selalu bersih baik pakaian dan tangannya, kuku tangan harus dalam kondisi pendek dan bersih, tidak sambil merokok, tidak membuang ludah dan memakai alas kaki yang bersih.

Selain itu, Alat Pelindung Diri (APD) harus digunakan penjual atau penjamah, utamanya adalah kain celemek dan penutup kepala agar agen penyakit dari badan dan rambut tidak mencemari pangan. Selain itu, dapat pula memakai masker dan sarung tangan. Saat mengolah makanan, penjual harus dalam kondisi sehat (tidak sedang diare, batuk atau pilek), tidak memiliki luka yang terbuka, serta tidak memakai perhiasan terlalu banyak (Februhartanty *et al.*, 2018) dan (Wahyuningsih, Hendriani and Akbar, 2020).

Hasil penelitian (Arifin and Wijayanti, 2019) menggambarkan higiene penjual makanan jajanan di kantin Sekolah Dasar dan Madrasah Ibtidaiyah di wilayah

kerja Puskesmas Sekaran yaitu seluruh responden yang berjumlah 21 orang (100,0%) tidak memenuhi persyaratan higiene penjamah makanan. Seluruh penjual makanan (100,0%) tidak melakukan cuci tangan terlebih dahulu setiap kali akan mengolah makanan, padahal mereka telah melakukan berbagai kegiatan seperti membersihkan kantin, menyentuh uang, dan lain-lain. Kurangnya perilaku *personal hygiene* seperti itu akan berdampak negatif, sebagaimana penelitian Pratiwi (2014) menemukan adanya korelasi antara kebiasaan cuci tangan menggunakan sabun dan kandungan *E. coli* pada sambal yang terdapat di kantin sebuah kampus negeri (p value = 0,008). Mayoritas penjual makanan (95,2%) tidak menggunakan APD saat menangani makanan. Mayoritas dari mereka (95,2%) tidak menderita penyakit yang mudah menular misalnya batuk, pilek, influenza, diare, penyakit perut sejenisnya. Penelitian juga menemukan sebagian dari mereka tidak memenuhi persyaratan higiene yaitu 9,5% orang tidak menutup luka; 28,6% orang tidak memelihara kebersihan tangan, rambut, kuku, dan pakaian; masih terdapat 61,9% orang yang menggaruk anggota badan dan merokok saat mengolah makanan; dan sebanyak 19,0% orang batuk atau bersin tanpa menutup mulutnya di depan makanan yang mereka tangani.

c. Pilar 3: Sarana dan Prasarana Konstruksi Kantin

Sarana dan prasarana yang memadai untuk kantin sehat sekolah, diantaranya dalam konstruksi kantin, fasilitas sanitasi, dapur, tempat makan, dan tempat penyimpanan yang harus sesuai standar kantin sehat. Selain itu, harus ada sarana pengendalian hama dan serangga (Wahyuningsih, Hendriani and Akbar, 2020).

Konstruksi kantin

- 1) Bangunan kantin sebaiknya terbuat dari bahan yang permanen.
- 2) Peralatan dan barang yang berada di ruang kantin sebaiknya diatur tata letaknya sesuai fungsinya.
- 3) Lantai harus dibuat dari bahan kedap air dengan permukaan yang rata.
- 4) Dinding bangunan dibuat dari bahan kedap air dengan permukaan yang rata.
- 5) Perlu disediakan ventilasi yang memadai. Bila ada jendela, diberi kawat kasa untuk mencegah vektor penyakit dan binatang pengganggu lainnya.

Fasilitas Sanitasi

- 1) Ketersediaan air jumlahnya harus cukup dan mutu air harus dijaga.
- 2) Terdapat saluran pembuangan air limbah yang kedap air, tertutup dan aliran air harus lancar, jarak minimal antara *septic tank* dan sumber air tanah yaitu 20 meter.
- 3) Tempat sampah harus diusahakan selalu dalam keadaan bersih, memiliki tutup dan tempat harus dikosongkan secara rutin.
- 4) Harus tersedia toilet yang bersih, didukung tersedianya sabun dan air bersih.
- 5) Harus ada tempat cuci tangan yang didukung tersedianya sabun dan air mengalir.
- 6) Perlu disediakan tempat mencuci peralatan yang didukung tersedianya sabun dan air bersih.
- 7) Alat-alat kebersihan yang berfungsi baik dan selalu dalam keadaan bersih perlu disediakan.

Pengendalian hama dan serangga

- 1) Perlu dicegah kehadiran binatang-binatang di kantin yang memiliki potensi untuk mengontaminasi pangan seperti lalat, kecoa, tikus, kucing, dan sebagainya.

Dapur, tempat makan, peralatan dan tempat penyimpanan

- 1) Ruang dapur harus dijaga kebersihannya untuk mencegah kontaminasi silang. Ukuran dapur harus memadai dan sirkulasi udara dijaga dengan baik.
- 2) Kebersihan ruang makan harus dirawat, perlu penyesuaian antara luas area ruang makan dengan banyaknya pembeli yang berkunjung.
- 3) Kegiatan mencuci, mengeringkan dan menyimpan alat masak dan alat makan harus dilakukan dengan benar, dan sebelum dipakai harus dalam kondisi bersih. Peralatan disimpan dalam rak yang memiliki tutup.
- 4) Tempat menyimpan makanan berfungsi dengan baik, tidak terjadi pencampuran antara bahan pangan mentah dengan bahan pangan matang atau siap santap. Memperhatikan suhu penyimpanan ideal.
- 5) Peralatan masak, peralatan makan dan wadah pangan harus *food grade* (dibuat dari bahan yang aman untuk makanan).
- 6) Harus selalu menggunakan lap yang bersih.
- 7) Harus menyimpan dan menyajikan makanan yang siap dikonsumsi dalam kondisi aman yaitu dalam lemari (transparan) dan wadah yang memiliki tutup (Februhartanty *et al.*, 2018).

Penelitian (Arifin and Wijayanti, 2019) menemukan sanitasi peralatan di kantin SD sederajat di wilayah kerja Puskesmas Sekaran bahwa dari 18 kantin terdapat 14 kantin (77,8%) tidak memenuhi syarat sanitasi peralatan,

dalam aspek meletakkan peralatan yang telah bersih di tempat yang terhindar dari pencemaran karena pengelola meletakkan alat-alat makan dan masak yang telah bersih di tempat yang tidak tertutup. Hal ini disebabkan oleh tidak tersedia rak tertutup untuk meletakkan peralatan tersebut. Mayoritas kantin (94,4%) sudah mencuci peralatan kotor dengan air bersih dan sabun. Hal ini ditunjang oleh tersedianya air bersih di setiap kantin. Sebanyak 72,2% kantin, pengelolanya telah mengeringkan peralatan yang telah dicuci dengan alat pengering/lap bersih. Pencucian peralatan yang baik dan pengeringan peralatan dengan baik dapat menurunkan kandungan bakteri pada alat makan. Kemudian, hasil observasi menggambarkan seluruh kantin tidak memakai ulang alat makan sekali pakai. Berdasarkan hasil penelitian tersebut, ketersediaan sarana prasarana dapat mempengaruhi perilaku pengelola makanan di kantin.

d. Pilar 4: Mutu Pangan

Pangan yang dijual di kantin sekolah merupakan pangan yang menyehatkan artinya harus aman (terhindar dari bahaya biologis, kimia dan fisik) dan mengandung zat gizi yang diperlukan, utamanya untuk konsumen khususnya para peserta didik dan seluruh warga sekolah umumnya (Wahyuningsih, Hendriani and Akbar, 2020). Pangan yang aman dari bahaya biologis umumnya dapat terwujud melalui penerapan komponen Pilar 2 (Sumber Daya Manusia) dan Pilar 3 (Sarana Prasarana). Selain itu, dengan mengimplementasikan prinsip GIGO (*Garbage In Garbage Out*) yang mana harus ada pemeliharaan mutu pangan dari sejak awal seperti dengan memilih bahan baku yang segar, bersih dan memiliki mutu yang baik serta

mencuci buah/sayur yang akan dimakan mentah dengan air bersih dan mengalir (Februhartanty *et al.*, 2018).

Penelitian (Sanubari *et al.*, 2017) di kantin di SDN Mangunsari 03 Salatiga menunjukkan kantin sekolah menerima produk makanan dari beberapa distributor yang dipercaya dalam menyediakan jajanan yang aman bagi kesehatan bagi anak-anak. Kebijakan kantin sekolah di SD tersebut yaitu tidak menerima makanan dan minuman yang di dalamnya terkandung Monosodium Glutamat (MSG) dan bahan pengawet, tidak menerima produk makanan yang belum mempunyai label BPOM, di dalam minuman yang dijual tidak boleh terkandung pemanis buatan berbahaya. Ciri khas kantin sekolah adalah tidak menerima makanan yang dikemas menggunakan staples. Untuk proses pemantauan mutu pangan, dilakukan kerja sama dengan Dinas Kesehatan Kota Salatiga. Aturan yang diimplementasikan oleh SD tersebut sudah sesuai dengan Kepmenkes RI No. 942/Menkes/SK/VII/2003 tentang Pedoman Persyaratan Hygiene Sanitasi Makanan Jajanan pasal 5 butir 1 yang menyatakan bahwa semua bahan yang diolah menjadi makanan jajanan harus dalam keadaan baik mutunya, segar, dan tidak busuk. Pasal 5 butir 2 dalam Kepmenkes tersebut juga menyatakan bahwa semua bahan olahan dalam kemasan yang diolah menjadi makanan jajanan harus bahan olahan yang terdaftar di Departemen Kesehatan, tidak kedaluwarsa, tidak catat atau tidak rusak.

DAFTAR PUSTAKA

- Achmadi, U. F. 2014. *Dasar-Dasar Penyakit Berbasis Lingkungan*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Arifin, M. H. and Wijayanti, Y. 2019. 'Higiene dan Sanitasi Makanan di Kantin Sekolah Dasar dan Madrasah Ibtidaiyah', *Jurnal HIGEIA*, 3(3), pp. 442–453. Available at: <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/higeia>.
- Arsyad, G. *et al.* 2022. *Dasar Kesehatan Lingkungan*. Sukoharjo: Penerbit Pradina Pustaka.
- Boy, H. E. 2022. *Buku Ajar Kesehatan Lingkungan*. Medan: UMSU Press.
- Februhartanty, J. *et al.* 2018. *Petunjuk Praktis Pengembangan Kantin Sehat Sekolah*.
- Hikmah, L., Budi Mustofa, S. and Cahyo, K. 2017. 'Gambaran Kondisi Kantin Sekolah Pada Sekolah Dasar Di Wilayah Kecamatan Tembalang Kota Semarang', *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 5(3), pp. 578–586.
- Mawarsari, S. *et al.* 2020. 'Analisis Kondisi Sanitasi dan Higiene di Kantin SMA Negeri 2 Pare Kediri', *Jtb*, 9(2), pp. 822–828. Available at: <https://ejournal.unesa.ac.id/index.php/jurnal-tata-boga/article/view/36985>.
- Menteri Kesehatan RI. 2006. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1429/MENKES/SK/XII/2006*. Indonesia.
- Menteri Kesehatan RI. 2011. *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1096/Menkes/Per/ VI/2011 tentang Higiene Sanitasi Jasaboga*. Available at: <https://peraturanpedia.id/peraturan-menteri-kesehatan-nomor-1096-menkes-per-vi-2011/>.
- Muchtar, M., Khair, A. and Noraida. 2016. *Hukum Kesehatan Lingkungan (Kajian Teoritis dan Perkembangan Pemikiran)*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.

- Mundiatur dan Daryanto. 2015. *Pengelolaan Kesehatan Lingkungan*. Yogyakarta: Penerbit Gava Media.
- Nathan, N. *et al.* 2016. 'Effectiveness of a multicomponent intervention to enhance implementation of a healthy canteen policy in Australian primary schools: A randomised controlled trial', *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 13(1), pp. 1–9. doi: 10.1186/s12966-016-0431-5.
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia. 2014. *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan*. doi: 10.1017/CBO9781107415324.004.
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia. 2019. *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 86 Tahun 2019 Tentang Keamanan Pangan, Peraturan Pemerintah Tentang Keamanan Pangan*. Indonesia.
- Presiden Republik Indonesia. 2009. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan*. Indonesia.
- Sanubari, T. P. E. *et al.* 2017. 'Analisis Kantin Sekolah Dasar Negeri Mangunsari 03 Salatiga Berdasarkan Kebijakan Pemerintah', *Kes Mas: Jurnal Fakultas Kesehatan Masyarakat*, 11(2), pp. 181–186.
- Schulz, R. and Johnson, A. C. 2003. *Management of Hospitals and Health Services Strategic Issues and Performance*. Washington DC: Beard Books.
- Sri Mulyani, I. T. and Suryapermana, N. 2020. 'MANAJEMEN KANTIN SEHAT DALAM MENINGKATKAN KEGIATAN BELAJAR MENGAJAR (Studi Kasus di SMAN 3 Rangkasbitung)', *Adaara: Jurnal Manajemen Pendidikan Islam*, 10(2), pp. 121–130. doi: 10.35673/ajmpi.v10i2.988.
- Sucipto, C. D. 2015. *Keamanan Pangan untuk Kesehatan Manusia*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.

- Syafrudin. 2015. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Takesan, M. J. S. 2021. *Kolaborasi Inovasi Percepatan Penanggulangan Pandemi COVID-19 di Provinsi Nusa Tenggara Timur*. Yogyakarta: Deepublish Publisher.
- Trakman, G. L. *et al.* 2021. 'Healthy-canteen displays: A tactic to encourage community sport canteens to provide healthier food and beverage options', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19). doi: 10.3390/ijerph181910194.
- Wahyuningsih, U., Hendriani, W. W. and Akbar, W. 2020. *Kantin Sehat Sekolah Menengah Atas di Masa Kebiasaan Baru*. Jakarta: Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan.

BAB 9

KESEHATAN DAN KEPERAWATAN DALAM MASYARAKAT BENCANA

Oleh Eriyono Budi Wijoyo

9.1 Pendahuluan

Kesehatan merupakan bagian yang penting dan menjadi salah satu hal yang diidamkan dari masyarakat umum. Kesehatan menjadi hak asasi manusia serta menjadi salah satu yang diamanahkan oleh Pancasila dan Undang-Undang Dasar 1945. Dengan perkembangan teknologi dan informasi yang ada pergeseran paradigma dan pandangan tentang kesehatan menjadi lebih luas. Dahulu seseorang dikatakan sehat itu yang terbebas dari penyakit dan tidak memiliki penyakit. Sekarang paradigma itu bergeser ke arah yang lebih luas. Seseorang dikatakan sehat harus meliputi fisik, psikis, sosial, spiritual dan budaya. Seperti definisi kesehatan menurut Pusat Krisis Kemenkes (2021) yaitu kesehatan tidak hanya secara fisik akan tetapi menjadi luas menyangkut, mental, spiritual maupun sosial sehingga seseorang dapat hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

Perjalanan waktu kesehatan menjadi hal yang utama untuk seseorang dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri dan tanpa ada halangan apapun. Menurut (UU No. 36 (2009) tentang kesehatan menyampaikan bahwa kesehatan harus dibangun secara berkesinambungan dan terarah. Tujuan dari pembangunan kesehatan yaitu untuk meningkatkan kesadaran, kemampuan dan kemauan untuk hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya sebagai investasi pada pembangunan sumber daya

manusia yang produktif baik sosial serta ekonomi. Kesehatan menjadi hal yang penting dalam tatanan masyarakat untuk menumbuhkan semangat dan mencapai upaya kesehatan yang optimal.

Upaya kesehatan yang dilakukan bisa berupa dengan perawatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Hal ini dilakukan untuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit dan pemulihan kesehatan (Almirza *et al*, 2018). Salah satu tenaga kesehatan yang dapat mendukung upaya kesehatan yaitu dengan keperawatan. Pelayanan keperawatan merupakan salah satu profesi yang memberikan asuhan kepada individu, keluarga, kelompok atau masyarakat baik dalam keadaan sakit ataupun sehat (UU No. 38, 2014). Paradigma keperawatan meliputi manusia, kesehatan, keperawatan dan lingkungan (Aiken, 2004). Manusia, lingkungan, kesehatan dan keperawatan menjadi satu kesatuan yang tidak dapat dilepaskan dari berbagai dasar kebutuhan dan perkembangannya. Tumbuh kembang manusia mulai dari lahir sampai lansia tidak luput dari lingkungan yang ada disekitarnya. Penelitian yang muncul pada dewasa ini berkaitan dengan keehatan dan berbagai faktor yang mempengaruhinya semisal mulai dari gaya hidup, lingkungan, fasilitas pelayanan keseahtan dan kebijakan kesehatan. Lingkungan fisik dan mental menjadi salah satu hal yang penting dalam pembentukan kesehatan dalam diri seorang manusia.

Lingkungan fisik meliputi wilayah manusia tinggal dan hal ini menjadi sesuatu yang penting untuk dapat mempertahankan kesehatan. Lingkungan yang buruk dapat menyebabkan penyakit-penyakit yang disebabkan dari lingkungan itu sendiri bisa karena bakteri atau virus yang muncul disana. Selain itu lingkungan fisik dapat memunculkan penyakit yang disebabkan dari agen yang muncul dari lingkungan yang kotor. Penyakit yang muncul bisa ISPA, TBC Paru, Diare, Campak, Cacingan, Polio. Lalu bisa dikarenakan binatang yang ada di dalam lingkungan tersebut seperti Flu

Burung, Pes Antrax atau disebabkan oleh vector nyamuk seperti DBD, Maralia dan Chikungunya (Purnama, 2016). Selain itu lingkungan fisik juga bisa menghasilkan bencana baik itu bencana alam atau bencana non-alam.

Bencana alam merupakan bencana yang terjadi disebabkan oleh alam, sedangkan bencana non-alam bisa disebabkan oleh manusia baik sengaja atau tidak sengaja. Bencana alam seperti gempa bumi, tsunami, tanah longsor, banjir, angin topan, erupsi gunung berapi, dll. Sedangkan bencana non-alam yaitu perang, ledakan penduduk, gagal teknologi, epidemi, wabah penyakit, dll (Depkes, 2007; UU No. 24, 2007). Pada tahun 2017, menurut Centre for Research on the Epidemiology of Disaster (2022) mencatat ada 335 bencana alam dan mempengaruhi kehidupan lebih dari 95,6 juta orang, menewaskan lebih dari 9.697 jiwa dan menelan kerugian dengan total US \$ 335 miliar. Sedangkan di Indonesia selama tahun 2018 tercatat 1.233 insiden bencana alam dan bencana manusia (BNPB, 2019). Sehingga perlu adanya penyelenggaraan penanggulangan bencana mulai dari penetapan kebijakan pembangunan pada wilayah berisiko terjadi bencana, pencegahan, tanggap darurat dan rehabilitasi pada wilayah yang terdampak bencana. Hal ini untuk mencegah terjadinya kerugian yang lebih mendalam baik fisik ataupun non-fisik.

Kerusakan fisik dan non-fisik pada wilayah yang rawan bencana perlu ditindaklanjuti untuk dilakukan edukasi. Indonesia secara geografis rawan untuk terjadi bencana terutama bencana alam karena terletak pada 2 lempeng yang berbeda dan masuk pada *ring of fire* dengan banyaknya gunung berapi yang aktif. Hal ini perlu ditingkatkan pemahaman dari masyarakat Indonesia mulai dari tahap pra bencana, saat bencana dan pasca bencana. Setiap tahapan bencana yang terjadi dapat menyebabkan permasalahan dan dampak yang berbeda-beda. Dampak yang muncul dapat berupa kerusakan bangunan fisik, jalan, infrastruktur, luka pada korban bencana dan kehilangan orang

terkasih. Selain itu dampaknya juga akan bersifat kerusakan non-fisik meliputi trauma dan depresi.

Setiap tahapan bencana memiliki tujuan yang berbeda untuk menyelesaikan masalah yang ada. Pada tahap pertama yaitu tahap pra-bencana dimana bencana belum terjadi. Hal ini bisa dilakukan pada daerah dengan kerawanan bencana yang akan terjadi seperti di wilayah gunung berapi, Gedung-gedung pencakar langit, daerah jalur gempa, daerah aliran sungai dan lain-lain. Upaya yang bisa dilakukan dalam wilayah tersebut yaitu dengan pencegahan, mitigasi dan kesiapsiagaan. Tujuan dari upaya yang dilakukan dalam tahap pra bencana ini adalah untuk persiapan menghadapi bencana dan peningkatan koping atau penyelesaian masalah ketika terjadi bencana pada wilayah tersebut. Kegiatan yang bisa dilakukan pada tahapan ini yaitu peningkatan pengetahuan, persiapan dan pelatihan pada masyarakat di wilayah risiko bencana.

Tahapan yang kedua yaitu tahapan bencana, tahap ini merupakan tahapan ketika bencana sedang terjadi pada waktu itu. Dampak yang muncul ketika bencana ini terjadi yaitu kerusakan infrastruktur, kematian, kehilangan harta benda bahkan orang yang kita sayangi. Pada tahap ini terdiri dari 3 fase mulai dari fase *impact* 0-48 jam setelah kejadian terjadi, fase *rescue* yaitu fase 0-1 minggu dari kejadian bencana dan fase terakhir yaitu fase *recovery* yaitu 1-4 minggu setelah bencana terjadi. Tindakan yang bisa dilakukan pada masing-masing fase yaitu terjalannya komunikasi, koordinasi dan perencanaan yang dilakukan selanjutnya. Tindakan yang bisa dilakukan pada fase *impact* yaitu dengan membantu keluar dari dampak bencana yang ditimbulkan, melindungi para korban dari bencana yang terjadi. Selanjutnya pada fase *rescue* yang dilakukan yaitu orientasi dengan lingkungan baru, ketentuan dari kebutuhan para penyintas korban bencana. Pada fase *recovery* pada 1-4 minggu setelah bencana yang dilakukan pada fase ini yaitu monitor perkembangan perbaikan lingkungan, monitor

kemungkinan kejadian stress pasca bencana, atau monitor kemungkinan muncul kecemasan, depresi dan gangguan mental emosional pada penyintas dan relawan yang ada.

Tahapan terakhir yaitu tahap pasca bencana, pada tahap ini dimulai pada minggu keempat setelah bencana terjadi. Para penyintas bencana dapat dipastikan bahwa setiap individu dapat mengalami trauma baik fisik ataupun psikologis. Hal ini terjadi karena perubahan yang mendadak akibat suatu peristiwa atau kejadian yang tidak diduga-duga sebelumnya. Peristiwa ini menyebabkan ketidakseimbangan emosi, pikiran dan perilaku yang mengarah pada kesehatan jiwa. Tujuan dari tindakan yang dilakukan pada fase *recovery* adalah untuk meningkatkan reintegrasi selama bencana terjadi. Tindakan yang bisa dilakukan pada fase ini mulai dari membantu kesinambungan kehidupan pasca bencana dan melakukan intervensi psikoterapi pada individu, keluarga dan kelompok rentan (Keliat and Thika Marliana, 2020; Kementrian Kesehatan, 2021). Setiap bencana akan berdampak pada kejadian fisik, pikiran, perasaan pada penyintas yang mengalami bencana ini.

Bencana merupakan stressor tidak terduga yang dapat mengakibatkan respon stress dari individu yang mengalaminya. Respon yang muncul pada individu berbeda-beda tergantung dari kemampuan individu dalam melakukan adaptasi terhadap stressor yang muncul. Kejadian stressor yang sering muncul pada kejadian bencana alam yaitu ansietas dan depresi. Selain itu gangguan mental emosional juga akan terjadi pada penyintas bencana setelah bencana alam terjadi. Permasalahan yang muncul setelah bencana bisa dialami pada reaksi stress akut sampai dua belas bulan setelah kejadian. Reaksi akut yang muncul pada awal bencana terjadi sampai dengan satu bulan setelah kejadian stressor utama. Kejadian yang terjadi pada reaksi akut bisa disebabkan karena kehilangan yang berhubungan dengan biologis seperti cedera, sedangkan pada kehilangan psikologis seperti situasi yang tidak

terduga serta tidak menyenangkan, sedangkan pada aspek sosial yaitu perubahan hubungan sosial seperti keluarga yang cidera, kehilangan dan kematian. Reaksi stress akut bisa terjadi pada pikiran, emosi, tubuh dan perilaku yang muncul dari pertama bencana sampai dengan satu bulan setelah bencana.

Tanda dan gejala pada reaksi stress akut akan hilang seiring dengan berjalannya waktu. Gejala yang muncul pada emosi seperti mudah menangis, mudah marah, labil, mati rasa sampai dengan kehilangan minat dalam melakukan kegiatan dan aktivitas sehari-hari. Lalu untuk reaksi stress akut pada gejala pikiran yaitu penyintas mengalami mimpi buruk dan jika tidak ditangani dalam waktu yang cepat dan tepat maka akan menimbulkan halusinasi ataupun disosiasi bisa menyebabkan mudah curiga sulit berkonsentrasi pada suatu hal. Sedangkan pada gejala tubuh penyintas yaitu sakit kepala, siklus menstruasi yang berubah, sariawan, sakit punggung kelelahan, rambut rontok dan reaksi stress akut pada perilaku yaitu menarik diri, putus asa, ketergantungan, sikap bermusuhan, kemarahan, merusak, impulsif dan percobaan bunuh diri.

Masalah kesehatan fisik pada bencana dalam waktu dekat atau hitungan hari atau bulan sudah selesai. Hal ini berbeda dengan masalah kesehatan jiwa pada bencana alam bisa muncul sampai dua belas bulan atau lebih setelah bencana terjadi (Adams and Boscarino, 2006). Hal ini menjadi perhatian khusus untuk penggiat kesehatan jiwa dan tenaga kesehatan di seluruh dunia khususnya pada wilayah yang rentan bencana.

9.2 Bencana

Bencana merupakan sebuah peristiwa yang terjadi secara tiba-tiba dan menimbulkan dampak pada daerah tertentu. Bencana merupakan kejadian yang dapat mengakibatkan berbagai kerugian baik kerugian materi maupun kerusakan lingkungan yang dampaknya secara langsung dirasakan oleh masyarakat. Definisi

lain menyebutkan bahwa bencana merupakan peristiwa yang mengancam kehidupan masyarakat yang disebabkan oleh alam, nonalam dan faktor manusia sehingga dapat mengakibatkan korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda dan dampak psikologis.

Undang-Undang Nomor 24 tahun 2017 tentang penanggulangan bencana, penyebab bencana dibagi menjadi tiga yaitu bencana alam, bencana nonalam dan bencana. Bencana yang terjadi karena alam seperti gempa bumi, puting beliung, tsunami, tanah longsor dan banjir. Selanjutnya jenis bencana yang disebabkan nonalam seperti gagal teknologi, gagal *modernisasi*, kecelakaan transportasi, konflik bersenjata dan perang. Jenis bencana terakhir adalah bencana manusia yang disebabkan oleh manusia yang meliputi konflik sosial antar kelompok atau antar komunitas.

Bencana alam selain menelan korban jiwa dan kerugian infrastruktur, bencana alam juga mengganggu proses pengiriman pelayanan kesehatan serta kemampuan merespon secara cepat dan tepat dalam menolong korban bencana (Khalaileh *et al.*, 2012). Bencana alam dapat menyebabkan gangguan *posttraumatic stres disorder* (PTSD) pada korban bencana alam (Adams and Boscarino, 2006; Galea *et al.*, 2005) dan memunculkan *Posttraumatic Growth* (PTG) (Amin, 2017a; Blackie *et al.*, 2017).

Bencana kerap kali menimbulkan dampak trauma psikologis bagi individu yang mengalaminya. Gejala trauma dapat dirasakan beberapa hari hingga bulan sesudah terjadinya trauma. Gejala ini biasa disebut dengan PTSD (*Post Traumatic Stres Disorder* / Gangguan Stres Pasca-Trauma) yaitu suatu gangguan psikiatrik yang terjadi pada seseorang yang mengalami pengalaman atau melihat kejadian traumatic seperti bencana alam, kecelakaan, terorismmu, perang, pemerkosaan atau perilaku kekerasan yang lainnya (Bush *et al.*, 2022; Powers *et al.*, 2022).

Namun tidak semua orang mengalami kejadian trauma menjadi PTSD. Hal ini dipengaruhi oleh sumber koping individu tersebut, kondisi masyarakat, ketahanan diri dari individu sendiri serta budaya (Mawarpury and Mirza, 2017).

Diagnosis PTSD biasanya terbatas pada mereka yang pernah mengalami pengalaman traumatik. Gejala PTSD terbagi dalam empat kategori. Gejala spesifik dapat bervariasi tergantung dari keparahannya yaitu: (1) pikiran yang mengganggu seperti ingatan yang berulang dan tidak disengaja, mimpi yang menyedihkan atau klias balik dari peristiwa traumatik; (2) menghindar, hal ini bisa jadi menghindari orang, tempat kegiatan, benda dan situasi yang membawa pada kenangan menyedihkan. Individu mencoba untuk menghindari dan memikirkan peristiwa traumatis dengan menolak bercerita atau memaparkan kejadian traumatis tersebut; (3) pikiran dan perasaan yang negatif dapat mencakup keyakinan yang sedang berlangsung baik pada diri sendiri atau orang lain; (4) kurang bersemangat dan reaktif terhadap suatu hal. Bisa jadi hal ini menandakan seseorang kehilangan minat akan suatu hal, mudah kaget, memiliki gangguan tidur dan juga adanya gangguan konsentrasi (Friedman *et al.*, 2011).

Bencana disebabkan oleh faktor alam, non alam dan manusia. Penanggulangan bencana, penyebab bencana dibagi menjadi tiga penyebab yaitu bencana alam, bencana nonalam dan bencana sosial (UU No. 24, 2007). Bencana yang terjadi karena alam seperti gempa bumi, puting beliung, tsunami, tanah longsor dan banjir. Selanjutnya jenis bencana yang disebabkan oleh nonalam seperti gagal teknologi, gagal *modernisasi*, kecelakaan transportasi, konflik bersenjata dan perang. Jenis bencana terakhir adalah bencana manusia yang disebabkan oleh manusia yang meliputi konflik sosial antar kelompok atau antar komunitas. Salah satu penyebab bencana yang sering terjadi di dunia adalah bencana alam.

9.3 Keperawatan dalam masyarakat bencana

Bencana terdiri dari 3 fase yaitu mulai dari fase pra bencana, saat bencana dan pasca bencana. Setiap fase memiliki dampak dan tindakan pencegahan yang berbeda-beda. Kita lihat pada fase pra bencana, keperawatan akan terlibat dalam proses pencegahan dan edukasi pada masyarakat yang berada di wilayah rawan bencana. Semisal pada wilayah pantai dapat dilakukan edukasi untuk mitigasi bencana tsunami atau ombak besar. Edukasi yang bisa diberikan seperti pembuatan jalur evaluasi dan edukasi pada lokasi yang tepat untuk melindungi diri dan orang lain. Jadi ketika itu terjadi, masyarakat bisa mengikuti jalur evakuasi atau bisa menyelamatkan diri pada daerah yang lebih tinggi. Pada tindakan pencegahan misalkan masyarakat yang tinggal pada daerah rawan gempa perlu ada edukasi pencegahan dan penanganan apa yang harus dilakukan ketika bencana terjadi. Apabila bencana terjadi masyarakat sudah paham dan siap untuk menghadapi kejadian tersebut.

Dalam fase pra bencana perlu ada kerjasama antara seluruh elemen masyarakat dan pemangku kebijakan dalam wilayah tersebut agar dapat meningkatkan kesiapsiagaan dalam menghadapi bencana. Selanjutnya memasuki tahap bencana terjadi masyarakat sudah siap dengan keadaan tersebut. Pada saat bencana terjadi perlu ada keterlibatan dari eksternal karena meluluhlantahkan infrastruktur dan mengakibatkan kerusakan baik fisik dan non-fisik. Tindakan yang dilakukan tergantung dari jenis bencana yang terjadi pada wilayah tersebut. Kebutuhan penyintas dan fase *honey moon* pada tahapan ini membuat penyintas bencana merasa tidak sendiri dalam menghadapi kejadian ini dan masih banyak orang yang membantu untuk kebutuhan sehari-hari dalam kehidupannya.

Proses bencana ini menjadi hal yang berat yang harus dilalui oleh penyintas dikarenakan perubahan yang mendadak dari suatu kejadian bencana. Selain itu kerusakan yang terjadi juga

menjadikan kejadian traumatik untuk seluruh masyarakat terutama pada kelompok rentan. Reaksi individu mulai dari ketakutan, cemas, tegang, kebingungan, tidak percaya yang terjadi saat ini membuat penyintas bencana merasa tidak berdaya dengan keadaan yang ada. Sehingga perlu ada bantuan dari eksternal untuk dapat membantu proses peningkatan berdaya masyarakat mulai dari pemberian bantuan untuk tenaga, materi dan penguatan mental pada penyintas.

Fase bencana yang terjadi perlu memperhatikan kelompok rentan seperti bayi, anak, ibu yang sedang hamil, penyandang cacat, ODGJ, perempuan, lansia dan orang berkebutuhan khusus. Mereka termasuk pada kelompok rentan dengan risiko tinggi karena kebutuhan dan kemampuan dalam menghadapi kejadian setelah bencana sangat minim. Hal ini perlu ada koordinasi dengan semua pihak untuk dapat memperhatikan kebutuhan pada kelompok tersebut. Terkadang kelompok rentan ini tidak bisa menyampaikan terkait dengan kebutuhannya pada kejadian setelah bencana terjadi. Perlu ada komunikasi khusus pada kelompok ini agar mereka dapat dengan cepat untuk beradaptasi dengan lingkungan dan kejadian yang ada.

Fase selanjutnya yaitu fase pasca bencana yang dinilai lebih dari 1 bulan setelah bencana terjadi. Fase ini mulai berkurang bantuan yang diberikan dari eksternal kepada penyintas, sehingga perlu ada strategi untuk dapat menangani kejadian setelah bencana terjadi dan perlu ada koordinasi untuk dapat menjalani kehidupan pasca bencana. Dalam masa rehabilitatif keterlibatan perawat adalah membantu masyarakat kembali pada kehidupan normal. Beberapa kondisi memerlukan jangka waktu untuk bisa normal kembali bahkan ada yang mengalami kecacatan.

Masa rehabilitatif dalam keadaan bencana khususnya bencana alam akan dilakukan setelah masa tanggap darurat selesai. Dampak psikologis yang muncul pada korban bencana bervariasi setiap orang tergantung dari besarnya paparan bencana tersebut.

Dampak muncul saat setelah bencana dengan memunculkan dampak psikologis seperti perasaan traumatik, luka, jiwa terancam, kehilangan mata pencaharian dan hilangnya rasa aman serta rasa kelelahan setelah bencana terjadi.

Dampak psikologis yang muncul pada keadaan bencana harus ditangani dengan secepatnya. Dalam masa rehabilitatif bisa dilakukan setelah 14 hari pasca bencana terjadi (Wijoyo et al., 2020). Hal ini dilakukan dengan mengurangi dampak psikologis dalam jangka lama. Selain dampak psikologis dapat memunculkan masalah fisik. Masalah fisik yang biasa timbul dipengungsian seperti masalah kurang gizi, penyakit menular, ISPA, diare dan sebagainya merupakan kondisi yang butuh peran perawat didalamnya. Dalam situasi ini perawat menggunakan kompetensi dan keterampilannya dalam mengatasi masalah fisik misal perawatan luka, edukasi tentang kebersihan lingkungan, konsultasi kesehatan, pelayanan *home care* dan sebagainya (Keliat and Thika Marlina, 2020; UU No. 24, 2007).

Fase rehabilitatif bencana merupakan saat dimulainya perbaikan dan penyembuhan dari fase darurat, juga tahap dimana masyarakat mulai berusaha kembali pada fungsi komunitas normal. Secara umum dalam fase rehabilitatif ini para korban akan mengalami tahap respon psikologis mulai dari penolakan (*denial*), marah (*angry*), tawar menawar (*bargaining*), depresi hingga penerimaan (*acceptance*). Masalah psikis yang perlu mendapat perhatian khusus adalah *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD). Perawat berperan dalam memberikan tindakan psikologis yang berfokus pada depresi seperti *Psychology first aid* (PFA), *problem solving therapy*, konseling dan *cognitive behavioral therapy*, *logotherapy* (Keliat and Thika Marlina, 2020; Schoultz et al., 2022; Shannon, 2015). Selain itu, manajemen terhadap aspek intrapersonal dapat dilakukan dengan peningkatan kesadaran terhadap diri sendiri, keyakinan/nilai serta mimpi/harapan.

Penilaian dampak positif yang muncul pada individu yang terkena bencana lama berbeda-beda dan waktu yang dibutuhkanpun juga berbeda-beda tiap individu. Respon yang muncul pada setiap orang berbeda-beda baik itu respon negatif atau positif dari individu yang mengalami kejadian trauma. Sebenarnya kedua hal tersebut, PTSD dan PTG adalah hal yang sangat dekat, hanya saja PTSD merupakan respon negatif sedangkan PTG adalah respon positif setelah terjadi suatu trauma misal pada bencana alam (Amin, 2017b; Angel, 2016; Meng et al., 2018). PTG merupakan bentuk perubahan positif dari pengalaman masa lalu yang terjadi sebagai hasil dari perjuangan hidup dalam melalui suatu kejadian traumatis bisa karena suatu penyakit kronis, perang, bencana, pemerkosaan dan kejadian traumatis lainnya (Riffle et al., 2020). Respon positif yang muncul pada seseorang merupakan perjalanan hidup yang dilalui melalui perjuangan untuk menjadi lebih baik dari sebelum kejadian trauma.

Peran perawat dalam penanganan dan penumbuhan PTG berfokus pada lima aspek besar yaitu: hubungan yang lebih baik dengan orang lain, peningkatan kekuatan pribadi, identifikasi kemungkinan baru, perubahan positif dari spiritual dan peningkatan penghargaan terhadap kehidupan (Tedeschi et al., 2017). Teori tentang PTG muncul pada tahun 1990an dengan menilai perubahan seseorang pasca mengalami kejadian trauma seperti diagnose penyakit, pemerkosaan, perang dan bencana (Tedeschi and Calhoun, 2004).

Dalam rehabilitasi komunitas perawat tidak bisa bekerja sendiri dan harus melibatkan lintas sektor. Sebagai contoh bekerjasama dengan kelompok masyarakat untuk membersihkan lingkungan akibat bencana, membangun kembali rumah dan sarana prasarana yang dibutuhkan. Bekerjasama dengan pemerintah daerah, lembaga sosial, TNI atau lembaga lain dalam rangka pembangunan daerah bencana. Selain itu perawat juga

dapat berperan dalam peningkatan kualitas hidup masyarakat dengan *community building*, menambah ketrampilan untuk peningkatan ekonomi dan membangun hubungan sosial masyarakat. Semua tindakan ditujukan untuk mempercepat fase pemulihan menuju keadaan sehat dan aman. Pada kondisi ini juga bisa dibentuk sebuah *networking volunteer* antar tenaga kesehatan dan berbagai disiplin ilmu lain dalam memulihkan kondisi pasca bencana. Perawat juga dapat melakukan beberapa terapi untuk mencegah terjadinya dampak yang lebih luas baik dampak negatif seperti PTSD dan mempertahankan dampak positif seperti PTG pada individu pasca bencana alam.

Tindakan yang bisa dilakukan perawat dan relawan terlatih dapat melakukan kegiatan DKJPS (Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial) kepada penyintas di wilayah bencana. Hal ini bisa dilakukan dengan melakukan screening dan pelacakan untuk memetakan lokasi yang akan didatangi dengan berkoordinasi dengan pemerintah setempat atau coordinator lapangan (korlap). Hal ini untuk membuat manajemen kelompok pada saat bencana menjadi lebih teratur dan tertata. Selain itu perlu ada sasaran yang disiapkan untuk dilakukan DKJPS bisa pada lokasi terdampak, relawan ataupun tenaga kesehatan sendiri. Hal ini untuk memperkuat sumber daya manusia (SDM) untuk melakukan DKJPS lebih luas dengan sasaran yang lebih besar. Strategi yang bisa dilakukan pada DKJPS yaitu dengan melakukan PFA, selanjutnya dengan pertolongan pertama kesehatan jiwa (Keliat and Thika Marlina, 2020). Hal ini dilakukan untuk dapat menjaring masyarakat yang mengalami Gangguan Mental Emosional (GME) dan juga kelompok khusus yang memerlukan pertolongan lebih lanjut.

Kegiatan DKJPS yang bisa dilakukan pada keadaan bencana yaitu dapat dilakukan di pengungsian, di rumah tempat tinggal, atau pada saat kembali ke rumah atau desa yang terdampak. Kegiatan DKJPS dapat dilakukan oleh siapapun untuk dapat

melebarkan sayap dan menjangkau penyintas lebih luas. Hal ini dilakukan untuk memperkuat SDM dan mencegah untuk terjadi dampak psikis yang mendalam pada penyintas seperti kecemasan dan depresi atau bahkan PTSD.



Gambar 9.1 : Koordinasi sebelum ke wilayah sasaran semua cluster kesehatan

Sumber: dokumentasi pribadi



Gambar 9.2 : Pelaksanaan DKJPS pada kelompok rentan
Sumber: dokumentasi pribadi



Gambar 9.3 : Proses pelaksanaan DKJPS pada penyitas di pengungsian
Sumber: dokumentasi pribadi



Gambar 9.4 : Pelaksanaan DKJPS pada kelompok rentan anak-anak

Sumber: dokumentasi pribadi



Gambar 9.5 : Pelaksanaan DKJPS pada kelompok rentan ibu-ibu
Sumber: dokumentasi pribadi



Gambar 9.6 : Pelaksanaan skrening awal untuk menjangring penyitas dan pelaksanaan DKJPS pada kelompok besar di pengungsian
Sumber: dokumentasi pribadi



Gambar 9.6 : Koordinasi pasca DKJPS kepada penanggungjawab wilayah kesehatan
Sumber: dokumentasi pribadi

DAFTAR PUSTAKA

- Adams, R.E., Boscarino, J.A., 2006. Predictors of PTSD and delayed PTSD after disaster: the impact of exposure and psychosocial resources. *J Nerv Ment Dis* 194, 485–493. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000228503.95503.e9>
- Aiken, T.D., 2004. Legal, Ethical, and Political Issues in Nursing.
- Al Khalaileh, M.A., Bond, E., Alasad, J.A., 2012. Jordanian nurses' perceptions of their preparedness for disaster management. *Int Emerg Nurs* 20, 14–23. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2011.01.001>
- Almirza, A., Supriyadi, Mohammad Ali Hamid, 2018. Peran Perawat Dalam Pelaksanaan Program Kesehatan Masyarakat (PERKESMAS) di Puskesmas Sukowono Kabupaten Jember. Universitas Muhammadiyah Jember.
- Amin, M.K., 2017a. Post Traumatic Stress Disorders Post-Disaster: Literature Review. *Jurnal Kesehatan Al-Irsyad (JKA)* X, 67–73.
- Amin, M.K., 2017b. Post Traumatic Stress Disorders Post-Disaster: Literature Review. *Jurnal Kesehatan Al-Irsyad (JKA)* X, 67–73.
- Angel, C.M., 2016. Resilience, post-traumatic stress, and posttraumatic growth: Veterans' and active duty military members' coping trajectories following traumatic event exposure. *Nurse Educ Today* 47, 57–60. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.04.001>
- Blackie, L.E.R., Jayawickreme, E., Tsukayama, E., Forgeard, M.J.C., Roepke, A.M., Fleeson, W., 2017. Post-traumatic growth as positive personality change: Developing a measure to assess within-person variability. *J Res Pers* 69, 22–32. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2016.04.001>
- BNPB, 2019. IRBI INDEKS RISIKO BENCANA INDONESIA.

- Bush, R.S., Baliko, B., Raynor, P., 2022. Building Spiritual Care Competency in Undergraduate Psychiatric Mental Health Nursing Students: A Quality Improvement Project. *J Holist Nurs* 2147483647. <https://doi.org/10.1177/08980101221103104>
- Centre for Research on the Epidemiology of Disaster, 2022. Natural Disaster [WWW Document]. <https://www.cred.be>.
- Depkes, 2007. Penanggulangan Krisis Kesehatan Akibat Bencana 7–8.
- Friedman, M.J., Resick, P.A., Bryant, R.A., Brewin, C.R., 2011. Considering PTSD for DSM-5. *Depress Anxiety* 28, 750–769. <https://doi.org/10.1002/da.20767>
- Galea, S., Nandi, A., Vlahov, D., 2005. The Epidemiology of Post-Traumatic Stress Disorder after Disasters. *Epidemiol Rev* 27, 78–91. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxi003>
- Keliat, B.A., Thika Marlina, 2020. Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial Keperawatan Jiwa.
- Kementrian Kesehatan, 2021. Petunjuk Teknis Pencegahan dan Pengendalian Gangguan Mental Emosional.
- Mawarpury, M., Mirza, M., 2017. Resiliensi Dalam Keluarga: Perspektif Psikologi. *Psikoislamedia : Jurnal Psikologi* 2, 96. <https://doi.org/10.22373/psikoislamedia.v2i1.1829>
- Meng, Z., Wu, X., Han, L., 2018. Post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth among the adult survivors of the Lushan earthquake: Selecting resilience as the moderator. *International Journal of Disaster Risk Reduction* 27, 524–529. <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2017.11.016>
- Powers, L.D., Cook, P.F., Weber, M., Techau, A., Sorrell, T., 2022. Comorbidity of Lifetime History of Abuse and Trauma With Opioid Use Disorder: Implications for Nursing Assessment and Care. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 2147483647. <https://doi.org/10.1177/10783903221083260>
- Purnama, S.G., 2016. BUKU AJAR: Penyakit Berbasis Lingkungan.

- Pusat Krisis Kemenkes, 2021. Mengenal Makna Kesehatan [WWW Document]. <https://pusatkrisis.kemkes.go.id/mengenal-makna-kesehatanhttps://pusatkrisis.kemkes.go.id/mengenal-makna-kesehatan>.
- Riffle, O.M., Lewis, P.R., Tedeschi, R.G., 2020. Posttraumatic growth after disasters, in: *Positive Psychological Approaches to Disaster: Meaning, Resilience, and Posttraumatic Growth*. https://doi.org/10.1007/978-3-030-32007-2_10
- Schoultz, M., McGrogan, C., Beattie, M., Macaden, L., Carolan, C., Polson, R., Dickens, G., 2022. Psychological first aid for workers in care and nursing homes: systematic review. *BMC Nurs* 21, 96. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00866-6>
- Shannon, M., 2015. Early psychosocial intervention after disaster: Psychological first aid. *Health Emergency and Disaster Nursing* 2, 3–6. <https://doi.org/10.24298/hedn.2015-2.3>
- Tedeschi, R., Calhoun, L., 2004. Tedeschi RG, Calhoun LG Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychol Inq* 15(1): 1-18. *Psychological Inquiry* - PSYCHOL INQ 15, 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
- Tedeschi, R.G., Cann, A., Taku, K., Senol-Durak, E., Calhoun, L.G., 2017. The Posttraumatic Growth Inventory: A Revision Integrating Existential and Spiritual Change. *J Trauma Stress* 30, 11–18. <https://doi.org/10.1002/jts.22155>
- UU No. 24, 2007. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana, Presiden Republik Indonesia.
- UU No. 36, 2009. UU_36_2009_Kesehatan. Indonesia.
- UU No. 38, 2014. UU RI tentang Keperawatan No. 38 Tahun 2014.

Wijoyo, E.B., Susanti, H., Panjaitan, R.U., Putri, A.F., 2020. Nurses' perception about posttraumatic growth (PTG) after natural disasters. BMC Proc 14, 19. <https://doi.org/10.1186/s12919-020-00199-9>

BIODATA PENULIS



Ramli, SKM., M.Kes

Dosen Fakultas Ilmu Kesehatan
Program Studi Kesehatan Masyarakat
Universitas Muhammadiyah Maluku Utara (UMMU)

Penulis adalah Anak dari (*Alm*) Drs. La Ode Rijal Abdul Gani & Ani Muhammad (Ibu). Lahir di Tidore, 20 April 1984. Menikah dengan Ety Salim, SKM dan memiliki putra bernama Rosyid Ramli. **Pendidikan:** SD Dufa-Dufa Pantai 1 Lulus Tahun 1996, MTsN Ternate Lulus Tahun 1999, Madrasah Aliyah Negeri (MAN) Ternate Lulus Tahun 2002. Melanjutkan Kuliah (S.1) pada Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Maluku Utara (UMMU) Wisuda Tahun 2007. Kemudian Lanjut Studi (S.2) Program Studi Kesehatan Masyarakat (Konsentrasi Promosi Kesehatan) pada Universitas Indonesia Timur (UIT) Makassar Tahun 2011-2013. Diangkat menjadi Dosen Tetap Yayasan pada Fakultas Ilmu Kesehatan UMMU Sejak 2008-2023 (Sampai Sekarang). **Mengajar Mata Kuliah:** Sosio Antropologi Kesehatan, Dinamika Kelompok, Komunikasi Kesehatan, Advokasi Kesehatan dan Praktikum PKIP. Selain itu Penulis Aktif Mengikuti Seminar Nasional & internasional, Aktif Menulis Buku dan Jurnal Penelitian serta Jurnal Pengabdian

Kepada Masyarakat Nasional dan Internasional. (ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8506-1678>) **Jabatan:** Sekretaris Program Studi Kesehatan Masyarakat FIKes UMMU Periode 2022-2026. **Hasil Karya Buku :** (1) *COVID-19 Suatu Perspektif Ilmiah*, (UMMU Press dan Gramasurya, Yogyakarta 2020). (2) *Buku Ajar Sosio Antropologi Kesehatan* (CV. Cakra, Bandung 2021), merupakan Hasil Lulus Seleksi Buku Ajar Tingkat LLDIKTI-XII (Wilayah Maluku & Maluku Utara). (3) *Gizi Kebugaran dan Olahraga* (Yayasan Penerbit Muhammad Zaini, Aceh 2021). (4) *Pengorganisasian dan Pengembangan Masyarakat*, (5) *Teori Psikologi Komunikasi* (Yayasan Penerbit Muhammad Zaini, Aceh 2022). (6) *Epidemiologi Penyakit Menular*, (7) *Komunikasi Kesehatan*, (8) *Antropologi Sosiologi Kesehatan*, (9) *Promosi Kesehatan Masyarakat*, (10) *Pendidikan dan Promosi Kesehatan*, (11) *Gizi Kronis Pada Anak Stunting*, (12) *Kepemimpinan dan Berfikir Sistem Dalam Kesehatan Masyarakat*, (13) *Penelitian Ilmu Kesehatan* (PT. Global Eksekutif Teknologi, Padang 2022). Dan (14) *Pengantar Ilmu Komunikasi* (CV. Tahta Media Group, Surakarta 2023) semua Karya Buku Ber-ISBN dan terdaftar di <https://www.perpusnas.go.id/>. **Organisasi:** Anggota Majelis Kesehatan Umum dan Pelayanan Sosial Pimpinan Wilayah Muhammadiyah (PWM) Maluku Utara, Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI) Malut, Anggota Perkumpulan Promotor dan Pendidik Kesehatan Masyarakat Indonesia (PPPKMI) Provinsi Maluku Utara, PJSI Malut, FOKAL UMMU, P4I Cabang Maluku Utara, Pimpinan Wilayah KKST Maluku Utara, serta sebagai Anggota Asosiasi Dosen Kolaborasi Lintas Perguruan Tinggi (DKLPT) Periode 2021-2026.

BIODATA PENULIS



Dr. Tati Sumiati, SKM, MKM

Dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat
FIKes Universitas Muhammadiyah Maluku Utara

Penulis lahir di Kuningan tanggal 26 Desember 1980. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Maluku Utara. Pada tahun 2003 menyelesaikan pendidikan S1 pada jurusan Kesehatan masyarakat dan melanjutkan S2 pada tahun 2009 dan S3 pada tahun 2017 di Universitas Indonesia pada jurusan yang sama yaitu ilmu kesehatan masyarakat.

BIODATA PENULIS



Dr. A. Syamsinar Asmi, SKM.,M.Kes,

Dosen tetap yayasan di Politeknik Sandi Karsa Makassar

Dr. A. Syamsinar Asmi, SKM.,M.Kes, Lahir di Palakka (Kab. Bone Sulawesi Selatan), Lulus Sarjana Kesehatan Masyarakat tahun 2010 dan Magister Kesehatan Masyarakat pada tahun 2013 di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Tamalatea Makassar. kemudian melanjutkan pendidikan S3/Doktor di Universitas Negeri Makassar Program Studi Sosiologi dengan konsenrasi pada Sosiologi Kesehatan (Doktor dengan keahlian Kesehatan Ibu dan Anak).

Penulis bekerja sebagai dosen tetap yayasan di Politeknik Sandi Karsa Makassar sejak Oktober 2013 hingga saat ini dengan mengampu mata kuliah Antropologi Kesehatan, Pendidikan Kesehatan, dan Kewarganegaraan. Penulis telah menerbitkan buku dengan judul Antropologi Kesehatan dan puluhan jurnal nasional dan jurnal terindeks Scopus

Email penulis : syamsinarasmi589@gmail.com

BIODATA PENULIS



Yulianita Pratiwi Indah Lestari, M.Farm

Dosen Program Studi S1 Farmasi

Fakultas Farmasi Universitas Muhammadiyah Banjarmasin

Penulis lahir pada 09 Juli 1992 di Banjarmasin Kota “Seribu Sungai”, Kalimantan Selatan. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi S1 Farmasi, Fakultas Farmasi, Universitas Muhammadiyah Banjarmasin dengan visi keilmuan di *peer group* Kimia. Penulis menempuh pendidikan dan lulus D3 Farmasi di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Banjarmasin (sekarang menjadi Universitas Muhammadiyah Banjarmasin) tahun 2014, lulus S1 Farmasi di Sekolah Tinggi Ilmu Farmasi Muhammadiyah Tangerang (sekarang menjadi Universitas Muhammadiyah A.R. Fachruddin) tahun 2016, dan lulus S2 Farmasi di Program Studi S2 Ilmu Kefarmasian, Fakultas Farmasi, Universitas Indonesia (Bidang Kimia Farmasi) tahun 2020. Saat ini sedang menempuh Pendidikan S1 Sastra Inggris (Bidang Minat Penerjemah) di Universitas Terbuka Banjarmasin. Penulis saat ini aktif melakukan penelitian di bidang Kimia Analisis dan menulis artikel di berbagai jurnal ilmiah.

BIODATA PENULIS



Niken Bayu Argaheni, S.ST, M.Keb.,
Dosen di Universitas Sebelas Maret Surakarta

Niken Bayu Argaheni, S.ST, M.Keb., dosen di Universitas Sebelas Maret Surakarta. Founder dari Perempuan Berdaya. Penerima Hibah Penelitian dan Pengabdian Riset Group “Pengaruh Mat Pilates Exercise Terhadap Skala Nyeri, Kecemasan, Frekuensi Nadi Pada Remaja Putri Dengan Dismenorea Primer di Surakarta (2020)”, “Pembelajaran Daring Research Group Ibu Hamil Guna Pencegahan Covid-19 (2020)”, Bimbingan Konseling Spiritual Bagi Pengasuh Dan Anak Asuh Panti Asuhan Anak Penderita HIV/AIDS Di Yayasan Lentera Surakarta (2021)”. Dapat dihubungi di kontak: +6285740888008, email: kinantiniken@gmail.com

BIODATA PENULIS



Dr. Pius Weraman,SKM.M.Kes

Dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Nusa Cendana

Penulis lahir di Baopukang Flores Timur, 1 Mei 1964. Menikah dengan Katarina Lou Ola SKM,M.Kes, dan memiliki 4 orang anak yaitu Maria Agustina Making,S.Kep,M.Kep, Antonius Lewo Making, SKM.M.Kes, dr. Dionesia Kidi Making, dan Gregorius Agung Bebe Aran Making (TNI AU). Bekerja Dosen tetap Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Nusa Cendana Kupang Nusa Tenggara Timur. Lulus Studi Akademi Keperawatan Pajajaran 56, Tahun 1991,Lulus S1 FKM Universitas Airlangga Surabaya tahun 1997, Lulus S2 Epidemiologi Lapangan (Field Epidemiology Training Program) Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Tahun 2000 dan Lulus S3 Ilmu Kesehatan Masyarakat Univeristas Airlangga Surabaya tahun 2013. Saat ini mengajar pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Program Studi Kesehatan masyarakat. Aktif melakukan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat yang diselenggarakan oleh Kementerian Ristekdikti maupun institusi internal. Aktif menjadi reviewer dan editor di jurnal penelitian atau pengabdian masyarakat di kampus

lain. **Hasil Karya Buku;** Dasar Surveilans Kesehatan Masyarakat Edisi 1 tahun 2010 dan Edisi 2 tahun 2020, Epidemiologi Kesehatan tahun 2014, Konsep Ketahanan Diri”Malaria”tahun 2017, Buku Saku Indikator Penilaian Keberhasilan Warga Peduli HIV dan AIDS,tahun 2018, Indeks Klinis Epidemiology Malaria untuk Kader Kesehatan pada Wilayah Kepulauan Tropis tahun 2019. Filsafat Kesehatan Masyarakat tahun 2022.

BIODATA PENULIS



Christina Rony Nayoan, SKM., MPH., Ph.D

Dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Nusa Cendana

Penulis lahir di Luwuk tanggal 5 Desember 1981. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Nusa Cendana. Menyelesaikan pendidikan S1 pada FKM Undip Semarang dan melanjutkan S2 pada School of Population Health, the University of Melbourne serta menamatkan Pendidikan S-3 pada School of health and social development, Deakin University. Penulis memiliki keahlian di bidang promosi kesehatan dan kesehatan reproduksi serta kesehatan ibu dan anak.

BIODATA PENULIS



Nissa Noor Annashr, SKM, MKM

Dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Siliwangi

Penulis lahir di Kota Kuningan tanggal 6 April 1989. Penulis merupakan anak pertama dari pasangan Ibu Cicih Nurhaesih, SP.d dan Bapak Kusnayadi, S.Pd. Penulis merupakan dosen tetap pada Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Siliwangi. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Program Studi Kesehatan Masyarakat, Peminatan Epidemiologi dan Penyakit Tropik Universitas Diponegoro dan melanjutkan S2 pada Program Studi Kesehatan Masyarakat, Peminatan Kesehatan Lingkungan, Universitas Indonesia. Penulis aktif mengikuti berbagai kegiatan ilmiah dan menulis artikel penelitian pada berbagai jurnal.

BIODATA PENULIS



Eriyono Budi Wijoyo, S. Kep., Ns., M. Kep., Sp. Kep. J

Dosen Program Studi Pendidikan Profesi Ners
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Tangerang

Penulis lahir di Bantul tanggal 01 Juli 1990. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Tangerang. Penulis menyelesaikan Pendidikan Sarjana Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners di Universitas Gadjah Mada dan melanjutkan S2 Keperawatan dan Pendidikan Spesialis Keperawatan Jiwa di Universitas Indonesia. Penulis menekuni pada bidang menulis dan tertarik dalam keilmuan kesehatan jiwa, dampak bencana, perkembangan kehidupan, tujuan hidup, pendidikan keperawatan dan kelompok rentan. Pengalaman mengajar penulis mulai dari pengajaran di Stikes Surya Global, Yogyakarta dari 2014-2018. Selanjutnya penulis berlabuh di Universitas Muhammadiyah Tangerang dari 2018 sampai dengan sekarang. Saat ini penulis menjabat sebagai Kaprodi Pendidikan Profesi Ners, UMT periode 2022-2026.