



# ANTROPOLOGI SOSIOLOGI KESEHATAN

## Penulis :

- Ramli
- Prasanti Adriani
- M. Nur Dewi Kartikasari
- Hairudin La Patilaiaya
- Mariah Ulfah
- Devy Febrianti
- Siti Utami Dewi
- Farming
- Mahaza
- Niken Bayu Argaheni
- Yohanes Denggos



# **ANTROPOLOGI SOSIOLOGI KESEHATAN**

**RAMLI  
PRASANTI ADRIANI  
M. NUR DEWI KARTIKASARI  
HAIRUDIN LA PATILAIAYA  
MARIAH ULFAH  
DEVY FEBRIANTI  
SITI UTAMI DEWI  
FARMING  
MAHAZA  
NIKEN BAYU ARGAHENI  
YOHANES DENGOS**



**PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI**

# **ANTROPOLOGI SOSIOLOGI KESEHATAN**

## **Penulis:**

Ramli  
Prasanti Adriani  
M. Nur Dewi Kartikasari  
Hairudin La Patilaiaya  
Mariah Ulfah  
Davy Febrianti  
Siti Utami Dewi  
Farming  
Mahaza  
Niken Bayu Argaheni  
Yohanes Denggoss

**ISBN: 978-623-8004-34-8**

## **Editor:**

**Mila Sari, S.ST., M.Si.**

**Penyunting: Yuliatris Novita, M.Hum.**

**Desain Sampul dan Tata Letak: Handris Maika Saputra, S.ST.**

**Penerbit: PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI**

## **Redaksi :**

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

Website : [www.globaleksekuatifteknologi.co.id](http://www.globaleksekuatifteknologi.co.id)

Email : [globaleksekuatifteknologi@gmail.com](mailto:globaleksekuatifteknologi@gmail.com)

Cetakan pertama, September 2022

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

## **KATA PENGANTAR**

Alhamdulillah, segala puji kepada Allah SWT atas ridho-Nya sehingga tim penulis mampu menyelesaikan Buku Antropologi Sosiologi Kesehatan. Keberhasilan penyusunan buku ini tentu tidak akan terwujud tanpa adanya dukungan dan bantuan dari berbagai pihak.

Ucapan terima kasih tim penulis sampaikan kepada berbagai pihak yang telah mendukung dalam penerbitan buku ini. Buku ini tidak luput dari kekurangan dan kesalahan. Jika pembaca menemukan kesalahan apapun, kami mohon maaf setulusnya. Selalu ada kesempatan untuk memperbaiki setiap kesalahan, karena itu, dukungan berupa kritik & saran akan selalu kami terima dengan tangan terbuka.

Penulis, September 2022

## DAFTAR ISI

<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>i</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>ii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>vii</b>
<b>BAB 1 KONSEP DASAR BUDAYA DAN MASYARAKAT .....</b>	<b>1</b>
1.1 Konsep Dasar Budaya .....	1
1.1.1 Hubungan antara Manusia dengan Kebudayaan .....	1
1.1.2 Definisi Kebudayaan .....	3
1.1.3 Tiga Wujud Kebudayaan .....	5
1.1.5 Sifat Hakikat Kebudayaan .....	6
1.1.6 Gerak Kebudayaan .....	6
1.2 Konsep Masyarakat.....	7
1.2.1 Pendahuluan .....	8
1.2.2 Definisi Masyarakat .....	9
1.2.3 Unsur-Unsur Masyarakat .....	10
1.2.4 Masyarakat Pesisir.....	10
1.2.5 Masyarakat Pedesaan dan Masyarakat Perkotaan .....	12
1.2.6 Ciri-ciri Masyarakat Sehat .....	14
<b>BAB 2 SOSIOLOGI KESEHATAN.....</b>	<b>19</b>
2.1 Pendahuluan.....	19
2.2 Pengertian Sosiologi .....	20
2.3 Cabang Ilmu Sosiologi .....	21
2.4 Definisi dan Tujuan Sosiologi Kesehatan.....	23
2.5 Pendekatan Sosiologi Kesehatan.....	25
2.6 Sudut Pandang Teoritis Sosiologi Kesehatan .....	26
<b>BAB 3 KONSEP DETERMINAN SOSIAL DALAM KESEHATAN</b>	
<b>MASYARAKAT .....</b>	<b>28</b>
3.1 Pendahuluan .....	28
3.2 Pengertian dan konsep determinan sosial .....	29
3.3 Faktor yang berhubungan dengan determinan sosial kesehatan .....	32
3.4 Masalah Kesehatan Masyarakat di Indonesia .....	33
<b>BAB 4 KONSEP SEHAT DAN SAKIT .....</b>	<b>40</b>
4.1 Pendahuluan .....	40
4.2 Konsep Sehat dan Sakit .....	40
4.3 Masalah Sehat dan Sakit .....	42
4.4 Paradigma Sehat dan Sakit .....	42
4.5 Ciri-Ciri sehat dan Sakit .....	43
4.6 Model Sehat-Sakit.....	44

4.6.1 Model Agens-Host-Environment (Leavell) .....	44
4.6.2 Model Keyakinan-Kesehatan (Rosenstoch, Becker dan Maiman) .....	45
4.6.3 Model Peningkatan Kesehatan (Pender) .....	46
4.6.4 Model Rentang Sehat-Sakit .....	46
4.7 Perilaku Sehat dan Perilaku Sakit .....	47
4.8 Faktor yang mempengaruhi Konsep sehat dan sakit pada manusia.....	48
4.9 Hal-Hal yang dilakukan untuk melaksanakan konsep sehat-sakit .....	50
<b>BAB 5 PERILAKU SEHAT DAN SAKIT .....</b>	<b>52</b>
5.1 Pendahuluan .....	52
5.2 Perilaku .....	52
5.3 Anggapan Tentang Sehat- Sakit serta Sikap Sakit Masyarakat.....	56
5.4 Perilaku sehat .....	58
5.5 Sikap SAKIT ( <i>Illness Behaviour</i> ) .....	61
5.6 Akibat SAKIT .....	62
5.7 Perilaku Penangkalan Penyakit.....	62
5.8 Tahap- tahap perilaku sakit .....	66
<b>BAB 6 PERILAKU PENGobatan TRADISIONAL .....</b>	<b>69</b>
6.1 Pendahuluan .....	69
6.2 Konsep Pengobatan Naturalistik .....	70
6.3 Prinsip hubungan antara personalistik dan etiologi alami .....	72
6.4 Etnopsikiatri .....	73
6.5 Faktor-faktor yang mempengaruhi pengobatan tradisonal .....	74
<b>BAB 7 ANTROPOLOGI YANG BERKAITAN DENGAN GIZI MASYARAKAT .....</b>	<b>77</b>
7.1 Pendahuluan .....	77
7.2 Perbedaan antara Ilmu Gizi, Antropologi Gizi dan Antropologi Kesehatan tentang Gizi .....	78
7.2.1 Ilmu Gizi.....	78
7.2.2 Antropologi Gizi .....	79
7.2.3 Antropologi Kesehatan tentang Gizi.....	81
7.3 Hubungan Antropologi dengan Gizi Masyarakat.....	84
7.4 Kaitan Gizi dalam Makanan Tradisional.....	85
7.5 Perbedaan Gizi antara Masyarakat Kota dan Desa .....	87
7.6 Budaya Pantangan Makanan pada Masyarakat ditinjau dari Aspek Gizi Kesehatan .....	89
<b>BAB 8 MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI DARI ASPEK ANTROPOLOGI SOSIAL BUDAYA .....</b>	<b>92</b>

8.1 Siklus Hidup Kesehatan Reproduksi .....	92
8.2 Budaya Perkawinan Dari Aspek Antropologi.....	94
8.3 Masalah Kesehatan Reproduksi .....	96
8.4 Penggunaan Kontrasepsi Ditinjau dari Aspek Sosial Budaya .....	99
<b>BAB 9 MASALAH KESEHATAN LINGKUNGAN DAN EKOLOGI DARI</b>	
<b>ASPEK ANTROPOLOGI SOSIAL BUDAYA .....</b>	<b>102</b>
9.1 Pendahuluan .....	102
9.2 Antropologi dalam Kesehatan Lingkungan.....	103
9.3 Pandangan Kesehatan ditinjau sebagai Startegi Adaptasi Sosial- Budaya.....	104
9.4 Masalah Kesehatan lingkungan.....	107
<b>BAB 10 KEBUDAYAAN RUMAH SAKIT DAN INTERAKSI ANTAR</b>	
<b>PASIEN .....</b>	<b>113</b>
10.1 Pendahuluan .....	113
10.2 Bagian Admisi.....	114
10.3 Bagian Asesmen.....	118
10.4 Bagian Perawatan .....	123
<b>BAB 11 PERAN DAN FUNGSI ANTROPOLOGI KESEHATAN DALAM</b>	
<b>MASYARAKAT .....</b>	<b>129</b>
11.1 Pendahuluan .....	129
11.2 Peran dan Fungsi Antropologi Kesehatan dalam Masyarakat ...	132
11.3 Proses Sosial dan interaksi Sosial.....	134
11.4 Faktor-faktor Interaksi Sosial.....	136
11.5 Masyarakat Sebagai Agen Masyarakat .....	137
11.6 Peran Antropologi dalam Kesehatan.....	139
<b>BIODATA PENULIS</b>	

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Alat Tangkap Ikan Tradisional Maluku Uwala/Kalawai, Huhate dan Bubu.....	12
Gambar 1.2 Penimbangan Berat Badan, Pengukuran Tinggi Badan dan Pemeriksaan Kesehatan.....	14
Gambar 1.3 Senam Aerobik & Proses Jalan Sehat Tim PWNA Malut, Tim FIKes UMMU dan Lain-lain.....	15
Gambar 3.1 Determinan hilir dan hulu bagi kesehatan individu dan kesehatanpopulasi.....	29
Gambar 3.2 The Policy Rainbow dari Dahlgreen dan Whitehead.....	30
Gambar 4.1 <i>Epidemiologic Triad- Agent, Host, Environment</i> .....	43
Gambar 4.2 Model Rentang Sehat-Sakit.....	46



## **DAFTAR TABEL**

Tabel 1.1 Masyarakat Pedesaan dan Masyarakat Perkotaan.....	12
Tabel 5.1 Status kesehatan individu .....	62

# **BAB 1**

## **KONSEP DASAR BUDAYA DAN MASYARAKAT**

**Oleh Ramli**

### **1.1 Konsep Dasar Budaya**

Manusia sebagai khalifah di muka bumi, dengan akal dan ilmu yang diajarkan oleh Allah dan dari sesama manusia, manusia dituntun untuk mampu menciptakan alat-alat kehidupan, yaitu kebutuhan spiritual/ruhani seperti: (ilmu pengetahuan, seni, budaya, bahasa, sastra), kebutuhan fisik atau fisik (sandang, pangan, perumahan, peralatan teknologi) dan kebutuhan sosial (fasilitas ibadah, fasilitas pendidikan, fasilitas pembangunan manusia seutuhnya, transportasi umum).

#### **1.1.1 Hubungan antara Manusia dengan Kebudayaan**

Atas kehendak Allah, manusia diciptakan sebagai khalifah Nya di muka bumi ini. Allah adalah Yang Maha Kuasa dan Pencipta yang telah menciptakan alam semesta beserta isinya, termasuk manusia. Manusia sebagai khalifah Allah di muka bumi ini, adalah pencipta kedua setelah Allah. Sebagai pencipta, manusia telah diberi akal. Dengan akal budi manusia mampu memikirkan konsep-konsep serta menyusun prinsip-prinsip umum yang diusahakan dari berbagai pengamatan dan percobaan. Dengan akal, manusia juga mampu menjadikan keindahan sang pencipta seluruh alam semesta dan ciptaan kekuasaan-Nya.

Allah sendiri telah memberikan dorongan kepada manusia untuk berpikir tentang alam semesta, mengamati berbagai fenomena alam, merenungkan keindahan ciptaan-Nya dan mengungkapkan hukum-hukum Nya di alam semesta ini. Seruan untuk tinjauan ilmiah, pemikiran, penelitian dan diskusi dapat ditemukan di berbagai tempat dalam Al-Qur'an: Katakanlah; *"Berjalanlah di (muka) bumi, maka perhatikanlah bagaimana Allah menciptakan (dunia) dari permulaannya..."* (Q.s. al-Ankabut, 29: 20).

Katakanlah: *"Perhatikanlah apa yang ada di langit dan di bumi..."* (Q.s. Yunus, 10: 101).

Firman Allah:

أَفَلَمْ يَسِيرُوا فِي الْأَرْضِ فَتَكُونَ لَهُمْ قُلُوبٌ يَعْقِلُونَ بِهَا أَوْ آذَانٌ يَسْمَعُونَ بِهَا فَإِنَّهَا لَا تَعْمَى الْأَبْصَارُ وَلَكِنْ تَعْمَى الْقُلُوبُ الَّتِي فِي الصُّدُورِ

Artinya :

*"Maka apakah mereka tidak berjalan di muka bumi agar mereka itu mempunyai hati yang dengan itu mereka dapat memahami atau mempunyai telinga yang dengan itu mereka dapat mendengar? Karena sesungguhnya bukanlah mata itu yang buta, tetapi hati yang ada di dalam dada."* (Q.S. Al-Hajj [22]: 46)

Al-Qur'an menguraikan pentingnya berpikir dalam kehidupan manusia. Juga meningkatkan nilai manusia yang menggunakan akal dan pikirannya, dan merendahkan martabat manusia yang tidak menggunakan akal dan pikirannya dan menjadikannya lebih rendah dari binatang. Sebagaimana Allah Berfirman :

❦ إِنَّ شَرَّ الدَّوَابِّ عِنْدَ اللَّهِ الصُّمُّ الْبُكْمُ الَّذِينَ لَا يَعْقِلُونَ

Artinya : “*Sesungguhnya binatang (makhluk) yang seburuk-buruknya pada sisi Allah ialah orang-orang yang pekak dan tuli yang tidak mengerti apa-apapun.*” (Q.S. Al-Anfal [8]: 22)

Dengan seruan Allah, manusia sebagai khalifah di muka bumi, dengan akal dan ilmu yang diajarkan oleh Allah dan dari sesama manusia, manusia dituntun untuk mampu menciptakan alat-alat kehidupan, yaitu kebutuhan spiritual/ruhani seperti: (ilmu pengetahuan, seni, budaya, bahasa, sastra), kebutuhan fisik atau fisik (sandang, pangan, perumahan, peralatan teknologi) dan kebutuhan sosial (fasilitas ibadah, fasilitas pendidikan, fasilitas pembangunan manusia seutuhnya, transportasi umum). Dengan karunia Allah, dengan akal dan kreativitas, rasa dan karsa manusia mampu menciptakan budaya. Di sini terlihat jelas bahwa hubungan antara manusia dengan kebudayaan adalah manusia sebagai pencipta adalah setelah Tuhan, dan manusia sebagai pemelihara atau sebaliknya sebagai perusak.

### **1.1.2 Definisi Kebudayaan**

Kata “kebudayaan” berasal dari bahasa sanskerta “*buddhaya*” yaitu bentuk jamak dari kata “*buddhi*” yang berarti “budi” atau “akal”. Dengan demikian Kebudayaan dapat diartikan: “hal-hal yang bersangkutan dengan akal”.

#### **Definisi Kebudayaan menurut para Ahli:**

- a. *Seorang antropolog, E.B. Taylor (1871). Mendefinisikan “Kebudayaan adalah kompleks yang meliputi pengetahuan, kepercayaan, seni, moral, hukum, adat istiadat, dan*

kemampuan serta kebiasaan lain yang diperoleh manusia sebagai anggota masyarakat.”

- b. *Koentjaraningrat* menjelaskan bahwa “kebudayaan adalah keseluruhan tingkah laku dan hasil tingkah laku manusia yang diatur oleh kode etik yang harus diperoleh dengan belajar dan kesemuanya itu tersusun dalam kehidupan masyarakat.”

Dari kedua definisi tersebut, Taylor menjelaskan tentang unsur kebudayaan, sedangkan *Koentjaraningrat* menjelaskan tentang aspek budaya.

- c. M.Hatta, kebudayaan adalah ciptaan hidup suatu bangsa
- d. Selo Soemardjan dan Soelaeman Soemardi, merumuskan “Kebudayaan sebagai segala hasil karya, rasa, dan ciptaan masyarakat.”
  - 1) Karya, masyarakat menghasilkan teknologi dan material atau budaya material yang dibutuhkan oleh manusia untuk menguasai alam sekitar agar kekuatan dan hasilnya didedikasikan untuk kebutuhan masyarakat.
  - 2) Rasa, yang meliputi jiwa manusia, mewujudkan semua aturan dan nilai sosial yang diperlukan untuk mengatur masalah sosial dalam arti luas. misalnya agama, ideologi, kebatinan, kesenian, dan segala unsur yang merupakan hasil ekspresi jiwa manusia yang hidup sebagai anggota masyarakat.
  - 3) Hak Cipta adalah kemampuan mental, kemampuan berpikir orang-orang yang hidup dalam masyarakat, yang antara lain menghasilkan filsafat dan ilmu pengetahuan. Dengan kata lain, hak cipta adalah, baik berupa teori murni, maupun yang telah disusun untuk dipraktikkan secara langsung dalam kehidupan masyarakat.

### **1.1.3 Tiga Wujud Kebudayaan**

Menurut Koentjaraningrat, bahwa ada tiga wujud kebudayaan, yaitu:

- 1) Wujud kebudayaan sebagai kompleks ide, gagasan, nilai, norma, aturan dan sebagainya. Bentuk budaya ini bersifat abstrak.
- 2) Wujud kebudayaan adalah kompleks kegiatan dan tindakan manusia yang berpola dalam masyarakat. Bentuk kebudayaan ini disebut sistem sosial dan bersifat konkrit.
- 3) Wujud kebudayaan sebagai benda yang dibuat oleh manusia. Bentuk budaya ini disebut budaya fisik.

### **1.1.4 Unsur-Unsur Kebudayaan**

C. Kluckhohn dalam karangannya yang berjudul *Universal Categories of Culture dalam buku Antropology Today* (1953) membedakan unsur-unsur kebudayaan universal jadi tujuh. yaitu:

- 1) Perlatan dan perlengkapan hidup manusia (pakaian, perumahan, peralatan rumah tangga, senjata, alat produksi, transportasi, dan sebagainya),
- 2) Mata pencaharian dan sistem ekonomi (pertanian, peternakan, sistem produksi, sistem distribusi dan sebagainya),
- 3) Sistem sosial (sistem kekerabatan, organisasi politik, sistem hukum, sistem perkawinan),
- 4) Bahasa (lisan dan tulisan),
- 5) Kesenian (seni rupa, seni suara, seni gerak, dll.),
- 6) Sistem pengetahuan, dan
- 7) Religi (sistem kepercayaan).

### **1.1.5 Sifat Hakikat Kebudayaan**

Meskipun setiap masyarakat memiliki kebudayaan yang berbeda satu sama lain, namun setiap kebudayaan memiliki sifatsifat yang secara umum diterima oleh semua kebudayaan di manapun, yaitu sebagai berikut:

- a. Kebudayaan diwujudkan dan disalurkan melalui perilaku manusia.
- b. Kebudayaan telah ada sebelum lahirnya suatu generasi tertentu dan tidak akan mati dengan berakhirnya umur generasi yang bersangkutan.
- c. Kebudayaan dibutuhkan oleh manusia dan perilakunya diwujudkan.
- d. Kebudayaan meliputi aturan-aturan yang mengandung kewajiban, perbuatan yang diterima dan ditolak, perbuatan yang dilarang dan perbuatan yang diperbolehkan.

### **1.1.6 Gerak Kebudayaan**

Gerak kebudayaan sebenarnya adalah gerakan manusia yang hidup dalam masyarakat yang merupakan wadah budaya. Pergerakan manusia terjadi karena ia memiliki hubungan dengan manusia lain. Akulturasi terjadi ketika suatu kelompok manusia dengan budaya tertentu dihadapkan pada unsur-unsur budaya asing yang berbeda sedemikian rupa sehingga unsur-unsur budaya asing tersebut lambat laun diterima dan diolah menjadi budayanya sendiri. Beberapa masalah yang terkait dengan proses akulturasi adalah:

- a. Pada umumnya unsur-unsur kebudayaan asing yang mudah diterima adalah:
  - 1) Unsur budaya seperti alat yang sangat mudah digunakan dan dirasakan sangat berguna bagi orang yang menerimanya, misalnya alat tulis yang banyak

digunakan oleh masyarakat Indonesia yang diambil dari unsur budaya barat.

- 2) Unsur-unsur yang terbukti sangat bermanfaat, misalnya radio transistor, yang banyak kegunaannya, terutama sebagai perangkat media massa.
  - 3) Unsur-unsur yang mudah disesuaikan dengan kondisi masyarakat yang menerima unsur-unsur tersebut, seperti mesin penggilingan padi yang murah dan memiliki pengetahuan teknis yang sederhana, dapat digunakan untuk melengkapi penggilingan.
- b. Unsur-unsur kebudayaan yang sulit oleh sesuatu masyarakat adalah misalnya: (1) Unsur-unsur yang menyangkut sistem kepercayaan seperti ideologi, falsafah hidup dan lain-lain. (2) Unsur-unsur yang dipelajari pada taraf pertama proses sosialisasi. Contoh soal makanan pokok suatu masyarakat, nasi sebagai makanan pokok sebagian besar masyarakat Indonesia sukar sekali diubah dengan makan pokok yang lain.
  - c. Pada umumnya generasi muda dianggap sebagai individu yang cepat menerima unsur budaya asing yang masuk melalui proses akulturasi.
  - d. Dalam masyarakat yang dipengaruhi oleh proses akulturasi, selalu ada kelompok individu yang sangat senang atau bahkan tidak mampu beradaptasi dengan perubahan yang terjadi.

## **1.2 Konsep Masyarakat**

Masyarakat adalah kesatuan hidup manusia yang berinteraksi menurut sistem adat-istiadat tertentu yang bersifat kontinyu dan terikat oleh rasa identitas bersama. Masyarakat adalah orang mengatasi masalah kesehatan sederhana melalui upaya peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan



demi terwujudnya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

### **1.2.1 Pendahuluan**

Masyarakat adalah sekelompok orang yang “bergaul” satu sama lain, atau dalam istilah ilmiah “berinteraksi”. Suatu kesatuan manusia dapat memiliki infrastruktur sehingga warganya dapat berinteraksi satu sama lain. Negara modern, misalnya, merupakan entitas manusia dengan berbagai macam infrastruktur, yang memungkinkan warganya berinteraksi secara intensif, dan dengan frekuensi tinggi. Negara modern memiliki jaringan komunikasi berupa jaringan jalan raya, jaringan kereta api, jaringan transportasi udara, jaringan telekomunikasi, sistem radio dan TV, berbagai macam surat kabar tingkat nasional, sistem upacara pada hari libur nasional dan segera. Negara dengan wilayah geografis yang lebih kecil memiliki potensi untuk berinteraksi secara intensif dibandingkan negara dengan wilayah geografis yang sangat luas. Apalagi negara ini adalah negara kepulauan, sama seperti negara kita.

Ikatan yang menjadikan suatu kesatuan manusia menjadi suatu masyarakat merupakan suatu pola perilaku yang khas mengenai semua faktor kehidupan dalam batas-batas kesatuan itu. Polanya harus mantap dan berkesinambungan; dengan kata lain, pola yang khas pasti sudah menjadi adat istiadat yang khas. Dengan demikian, asrama siswa, akademi kedinasan, atau sekolah, tidak dapat kita sebut komunitas, karena meskipun kesatuan manusia yang terdiri dari siswa, guru, staf administrasi, dan pegawai lainnya terikat dan diatur perilakunya oleh berbagai norma dan sekolah. Aturan dan sebagainya, tetapi sistem norma hanya mencakup sejumlah sektor kehidupan yang terbatas.

Sedangkan sebagai manusia, asrama atau sekolah hanya bersifat sementara, artinya tidak ada kesinambungan.

### 1.2.2 Definisi Masyarakat

#### a. Definisi Masyarakat Secara Etimologi

Istilah masyarakat berasal dari kata "*musyarokah*" yang berarti "*bersama*". Masyarakat berarti kumpulan manusia yang relatif tetap, berinteraksi secara teratur dan menjunjung tinggi suatu kebudayaan.

Dalam bahasa Inggris "*society*" disebut "society" dalam bahasa latin disebut "*socius*" yang berarti "teman". Ini paling sering digunakan dalam tulisan ilmiah dan dalam bahasa sehari-hari untuk merujuk pada kesatuan kehidupan manusia.

Masyarakat itu sendiri berasal dari akar kata bahasa Arab "*syarakah*" yang berarti "berpartisipasi". Masyarakat adalah sekelompok orang yang saling berinteraksi. Suatu kesatuan masyarakat yang dapat memiliki perasaan yang memungkinkan warganya untuk berinteraksi.

#### b. Definisi Masyarakat Menurut Para Ahli

- 1) *Ralph Linton* seorang antropologi, masyarakat sebagai semua kelompok manusia yang telah cukup lama hidup dan bekerja sama, sehingga mereka dapat mengorganisasikan dirinya sebagai suatu kesatuan dengan batasanbatasan tertentu.
- 2) *M.J. Herskovies (1985)*, masyarakat adalah kelompok individu yang diorganisasikan dan mengikuti suatu tata cara hidup tertentu.
- 3) *Koentjaraningrat (1985)*, masyarakat adalah kesatuan hidup manusia yang berinteraksi menurut sistem adatistiadat tertentu yang bersifat kontinyu dan terikat oleh rasa identitas bersama.

- 4) Menurut Soerdjono Soekanto (1982), masyarakat atau komunitas adalah menunjuk pada bagian masyarakat yang bertempat tinggal di suatu wilayah (dalam arti geografi) dengan batas-batas tertentu, di mana yang menjadi dasarnya interaksi yang lebih besar dari anggota-anggota, dibandingkan dengan penduduk di luar batas wilayah.
- 5) Selo Soemardjan mengatakan bahwa masyarakat adalah orang-orang yang hidup bersama, yang menghasilkan kebudayaan.

### **1.2.3 Unsur-Unsur Masyarakat**

Walaupun pengertian para ahli tersebut berbeda-beda, namun pada dasarnya isinya sama yaitu masyarakat yang meliputi unsur-unsur sebagai berikut:

- a. Masyarakat adalah manusia yang hidup bersama
- b. Bercampuk dalam waktu yang cukup lama.
- c. Mereka menyadari bahwa mereka adalah satu kesatuan.
- d. Mereka adalah sistem yang hidup bersama.
- e. Menempati wilayah dengan batas-batas tertentu.
- f. Memiliki adat/budaya tertentu.

### **1.2.4 Masyarakat Pesisir**

#### **a. Pengertian Masyarakat Pesisir**

Adalah sekelompok orang yang relatif mandiri, telah hidup bersama dalam waktu yang lama, mendiami suatu wilayah tertentu, memiliki budaya yang sama, dan melakukan sebagian besar aktivitasnya di dalam kelompok tersebut. Sedangkan Ralph Linton (1956), dalam Sitorus et. al (1998) mendefinisikan masyarakat sebagai sekelompok orang yang telah hidup dan bekerja bersama cukup lama sehingga mereka dapat mengatur dan menganggap diri mereka sebagai satu kesatuan sosial dengan batas-batas yang jelas<sup>14</sup> (Arif Satria, 2002:8).

Wilayah pesisir merupakan wilayah peralihan antara darat dan laut, yang jika dilihat dari garis pantai, wilayah pesisir memiliki dua macam batas, yaitu batas yang sejajar dengan garis pantai dan batas yang tegak lurus dengan garis pantai. Dengan demikian, masyarakat pesisir adalah sekelompok orang yang relatif mandiri, telah hidup bersama dalam waktu yang lama, mendiami wilayah pesisir, memiliki budaya yang sama, yang identik dengan alam pesisir, dan melakukan aktivitasnya di dalam kelompok tersebut. Masyarakat pesisir atau masyarakat desa pe-sisir merupakan bentuk masyarakat kecil, dengan ciri-ciri sebagai berikut:

- 1)Memiliki identitas yang khas (*disstinctiveness*);
- 2)Terdiri dari sejumlah penduduk dengan jumlah yang cukup terbatas (*smallnees*) sehingga saling mengenal sebagai individu yang berkepribadian;
- 3)Seragam dengan diferensiasi terbatas (*homogenitas*);
- 4)Kebutuhan penduduk sangat terbatas sehingga semuanya dapat dipenuhi sendiri tanpa bergantung pada pasar luar;
- 5)Memiliki karakter keras, tegas dan terbuka;
- 6)Cepat menerima perubahan;
- 7)Kompetitif dan prestise;
- 8)Memiliki keragaman dalam tingkat dan perilaku perekonomian.

Selain ciri-ciri tersebut di atas, masyarakat pesisir sebagai masyarakat kecil merupakan suatu sistem ekologi dengan masyarakat dan budaya penduduk serta lingkungan alam setempat sebagai unsur-unsur utama dalam suatu lingkaran yang mantap yang saling mempengaruhi. terhadap alam, mereka pada umumnya tunduk dan menjaga keharmonisan, hal ini sesuai dengan pandangan mereka bahwa alam memiliki kekuatan magis.

## b. Teknologi Masyarakat Pesisir

Sebagaimana diketahui bahwa sistem pengetahuan masyarakat pesisir sangat sederhana, teknologi yang mereka miliki masih sangat terikat dengan lingkungan alamnya sebagai suatu ekosistem dan belum berkembang karena merupakan daerah yang terisolasi. karena pola penangkapan ikan masih sangat sederhana pengetahuan dan teknologinya. Seperti contoh pada Gambar alat tangkap ikan tradisional dari Maluku di bawah ini:



**Gambar 1.1** Alat Tangkap Ikan Tradisional Maluku  
Uwala/Kalawai, Huhate dan Bubu

**Sumber:** <https://kebudayaan.kemdikbud.go.id/bpnbm Maluku/alat-penangkapan-ikan-di-maluku/>

## 1.2.5 Masyarakat Pedesaan dan Masyarakat Perkotaan

**Tabel 1.1** Masyarakat Pedesaan dan Masyarakat Perkotaan

No.	Masyarakat Pedesaan	Masyarakat Perkotaan
1	Warga memiliki hubungan yang lebih erat.	Jumlah penduduk yang tidak tentu.
2	Sistem kehidupan biasanya berkelompok atas dasar kekeluargaan.	Bersifat individualistik.

No.	Masyarakat Pedesaan	Masyarakat Perkotaan
3	Umumnya hidup dari pertanian.	Pekerjaan lebih bervariasi, lebih tegas batasannya dan lebih
		sulit mencari pekerjaan.
4	Golongan orang tua memegang peranan penting.	Perubahan sosial terjadi secara cepat, menimbulkan konflik antara golongan muda dengan golongan orang tua.
5	Dari sudut pemerintahan hubungan antara penguasa dan rakyat bersifat informal.	Interaksi lebih disebabkan faktor kepentingan daripada faktor pribadi.
6	Perhatian masyarakat lebih pada keperluan utama kehidupan	Perhatian pada penggunaan kebutuhan hidup yang dikaitkan dengan masalah prestise.
7	Kehidupan keagamaan lebih kental.	Kehidupan keagamaan lebih longgar.
8	Banyak berurbanisasi ke kota karena adanya yang menarik dari kota.	Banyak migran yang berasal dari daerah berakibat negatif di kota, yaitu pengangguran, naik kriminalitas, persoalan rumah, dll.

### 1.2.6 Ciri-ciri Masyarakat Sehat

- 1) Meningkatkan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat
- 2) Mengatasi masalah kesehatan sederhana melalui upaya peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan khususnya bagi ibu dan anak.
- 3) Meningkatkan upaya kesehatan lingkungan, khususnya penyediaan sanitasi dasar yang dikembangkan dan dimanfaatkan oleh masyarakat untuk meningkatkan kualitas lingkungan.
- 4) Peningkatan status gizi masyarakat terkait dengan peningkatan status sosial ekonomi masyarakat.
- 5) Penurunan angka kesakitan dan kematian dari berbagai penyebab dan penyakit (Efendy, 1998 *dalam* Ramli, 2022).

Di bawah ini beberapa contoh terkait ciri-ciri masyarakat sehat yaitu melakukan gerakan masyarakat hidup sehat, yaitu sebuah upaya untuk mengatasi masalah kesehatan sederhana melalui peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan sebagaimana terlihat pada Gambar 1.2 di bawah ini :



**Gambar 1.2** Penimbangan Berat Badan, Pengukuran Tinggi Badan dan Pemeriksaan Kesehatan

Sumber: <https://jldikti12.ristekdikti.go.id/jurnal/index.php/bakti/article/view/122/53>

Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) adalah tindakan sistematis dan terencana yang dilakukan bersama oleh seluruh komponen bangsa dengan kesadaran, kemauan dan kemampuan berperilaku sehat untuk meningkatkan kualitas hidup. Salah satu kegiatan GERMAS adalah Meningkatkan Aktivitas Jasmani, oleh karena itu pada Milad Muhammadiyah ke-106 dengan tema Ta'awun Untuk Negeri, Pimpinan Wilayah Muhammadiyah Maluku Utara (PWM Malut) mengadakan Senam Aerobik dan Jalan Sehat sebagai upaya pencegahan penyakit (jantung, paru-paru, stroke, diabetes, dll) dan sebagai upaya peningkatan kesehatan masyarakat, sebagaimana terlihat pada Gambar 1.3 di bawah ini (Ramli et al, 2022).



**Gambar 1.3** Senam Aerobik & Proses Jalan Sehat Tim PWNA Malut, Tim FIKes UMMU dan Lain-lain

**Sumber :** <https://ijcsnet.id/index.php/go/article/view/100/98>



*Foot is a cheap sport but healthy and safe because the risk of injury is very small. A study conducted by Duke University Medical Center found that walking 30 minutes a day can reduce metabolic syndrome, which is one of the causes of the high risk of heart disease, diabetes and stroke (Wahyuningsih, A.S, 2015 in Ramli et al, 2022).*

## DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Agama RI. 1984. *Al Qur'an dan Terjemahannya*, Jakarta
- Koentjaraningrat. 2002. *Pengantar Ilmu Antropologi*, Jakarta: PT. Rineka Cipta
- Koentjaraningrat. 2005. *Pengantar Antropologi I*, Jakarta: PT. Rineka Cipta
- Marimbi, Hanum. 2009. *Sosiologi dan Antropologi Kesehatan*, Yogyakarta: Nuha Medika
- Marchian Talahatu. 2020. *Alat Penangkapan Ikan di Maluku*. Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Direktorat Jenderal Kebudayaan. Available at: <https://kebudayaan.kemdikbud.go.id/bpnbm Maluku/alat-penangkapan-ikan-di-maluku/>
- Notowidagdo, Rohiman, Haji. 2000. *Ilmu Budaya Dasar Berdasarkan Al-Quran dan Hadits*, Jakarta: PT. RajaGrafindo
- Ramli. 2021. *Buku Ajar Sosio Antropologi Kesehatan*. Bandung: Cv. Cakra
- Ramli, H La Patilaiya dan H Rahman., Aksi Sosial Pemeriksaan Kesehatan Gratis dan Donor Darah dalam Rangka Memperingati Milad Muhammadiyah Ke-106. *BAKTI (Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat)*, Vol.1 No.1 (2021), available at: <https://lldikti12.ristekdikti.go.id/jurnal/index.php/bakti/article/view/122/53>
- Ramli et al. Healthy Living Community Movement (GERMAS) Through Aerobic Gymnastics And Healthy Walks In Commemorating The 106th Milad Muhammadiyah. *International Journal Of Community Service*, Vol. 2 No. 2 (2022). Available at: <https://ijcsnet.id/index.php/go/article/view/100>

- Ramli, H La Patilaiya, A Tomia dan M A. Djafar. Healthy Living Community Movement (GERMAS) Through Aerobic Gymnastics And Healthy Walks In Commemorating The 106th Milad Muhammadiyah. *International Journal Of Community Service*, Vol. 2 No. 2 (2022). Available at: <https://ijcsnet.id/index.php/go/article/view/100/98>
- Soekanto, Soerjono. 2007. *Sosiologi Suatu Pengantar*, Jakarta: PT. RajaGarindo Persada

# **BAB 2**

## **SOSIOLOGI KESEHATAN**

**Oleh Prasanti Adriani**

### **2.1 Pendahuluan**

Laporan *World Population Prospects 2022*, Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) tentang populasi dunia pada Juli 2022 sekitar 7,94 miliar orang. Asia Timur dan Tenggara merupakan wilayah dengan penduduk terbanyak, yakni mencapai 2,34 miliar jiwa per Juli 2022. Jumlah ini setara dengan 29,47% dari total populasi dunia saat ini. Menurut proyeksi PBB, populasi dunia akan terus naik menjadi sekitar 8,5 miliar jiwa pada 2030, kemudian 9,7 miliar jiwa pada 2050 dan mencapai 10,4 miliar jiwa pada 2080.

Diperkirakan populasinya sangat besar keanekaragaman orang di seluruh dunia semakin meningkat. Keberagaman ras, agama dan suku ini anugerah dari Tuhan Yang Maha Kuasa. Namun, jika tidak dikelola dengan baik Ini akan menjadi bencana di sinilah ilmu sosiologi berperan. Pertumbuhan penduduk semakin meningkat dan kita dapat mengalami kesulitan. Kurangnya sumber daya yang dipelajari dalam perekonomian, hal ini mempengaruhi interaksi sosial antar manusia.

Perilaku masyarakat menjadi lebih dinamis. Ada 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 menyediakan 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).

## **2.2 Pengertian Sosiologi**

Untuk menemukan definisi sosiologi, penulis mengutip pernyataan Iphofen dan Paulen (1998), "Sosiologi adalah untuk memahami tempat individu di dunia. Di mana dia? Apa yang mereka lakukan dan apa pandangan mereka? Ini tentang bagaimana mereka datang ke tempat ini dan berpikir Apa yang mereka pikirkan." Oleh karena itu, menurut definisi ini, sosiologi mempelajari tempat/tempat posisi manusia, aktivitas manusia yang tepat, dan pandangan manusia yang berbeda (Iphofen, R., & Poland, F., 1998).

Sosiologi juga mempelajari bagaimana manusia (sekelompok manusia) bisa berada di lokasi tersebut dan memikirkan hal-hal yang mereka pikirkan. Definisi lainnya dinyatakan (Kuipers, K. J., & Sell, J., 2008) dalam International Encyclopedia of the Social Sciences volume 2, yaitu: *"Commonly accepted definitions of sociology agree that it is the scientific or systematic study of human society. The focus is on understanding and explaining, and ranges from the individual in social interaction to groups to societies and global social processes. Unique to sociology is its emphasis upon the reciprocal relationship between individuals and societies as they influence and shape each other"*.

Sosiologi adalah ilmu sosial dengan objek yang dipelajari adalah masyarakat, serta memenuhi unsur-unsur sebagai ilmu pengetahuan, yaitu:

1. Empiris, artinya didasarkan pada pengamatan terhadap realitas dan akal sehat, hasilnya bukan tebakan.
2. Sifatnya teoritis, artinya selalu berusaha mengembangkan abstraksi dari pengamatan. Abstraksi berupa kerangka elemen yang ditempatkan secara logis dan sengaja, menjelaskan hubungan sebab akibat sehingga muncul teori.
3. Kumulatif, yaitu dibentuk atas dasar teori yang ada dengan memperhalus, memperluas, dan memperbaiki teori lama.
4. Tidak etis, artinya tidak mempersoalkan baik-buruknya fakta tertentu melainkan menjelaskan fakta tersebut secara analisis (Soekanto, 2013).

Dari pernyataan di atas, jelaslah bahwa sosiologi adalah ilmu yang sistematis. Masyarakat belajar tujuan dari ilmu ini adalah untuk memahami, menjelaskan, dan membagi proses interaksi sosial manusia/individu menjadi kelompok dan komunitas. Ini terlalu mendunia. Oleh karena itu, sosiologi ilmu yang mempelajari interaksi antara individu dan masyarakat.

### **2.3 Cabang Ilmu Sosiologi**

Kuipers & Sell membagi ilmu sosiologi ke dalam dua kelompok besar yaitu Sosiologi Mikro (*Microsociology*) dan Sosiologi Makro (*Macrosociology*). Sosiologi Mikro mempelajari dinamika dan interaksi yang terjadi dalam kelompok, sedangkan Makro Sosiologi mempelajari sistem sosial dan pengaturan lembaga sosial dalam skala yang lebih luas (Kuipers & Sell, 2008).

Konsep-konsep yang dipelajari dalam *microsociology* antara lain konsep diri dan identitas (*self and identity*), status dan kekuasaan (*status and power*), kerjasama dan kompetisi (*cooperation and competition*), pertukaran (*exchange*), legitimasi

(*legitimation*) dan keadilan (*justice*). Sedangkan konsep utama yang dipelajari pada *macrosociology* adalah pola interaksi sosial secara umum yang membentuk masyarakat dan pengaruhnya terhadap masyarakat, serta lembaga sosial yang terdiri dari lima unsur utama yaitu keluarga, lembaga pendidikan, lembaga keagamaan, lembaga ekonomi, dan lembaga politik. Menurut area yang dianalisis, ilmu sosiologi dapat dibedakan atas:

1. organisasi sosial;
2. psikologi sosial;
3. perubahan sosial;
4. ekologi manusia;
5. populasi dan demografi;
6. teori dan metodologi sosiologi; dan
7. sosiologi terapan.

Ilmu sosiologi terapan dapat dibedakan menurut obyek studinya, antara lain:

1. *Socio-economics*, cabang ilmu ini mempelajari hubungan antara aktivitas ekonomi dengan kehidupan sosial.
2. Sosiologi Kesehatan, mempelajari perilaku masyarakat yang berhubungan dengan kesehatan dan penyakit.
3. Sosiologi Pendidikan, cabang ilmu ini mempelajari peranan dan fungsi sistem pendidikan pada masyarakat.
4. Sosiologi Keluarga, mempelajari dasar-dasar dalam hubungan keluarga sebagai sebuah lembaga sosial serta hubungannya dengan lingkungan.
5. Kriminologi, mempelajari dasar-dasar dan penyebab perilaku kriminal dan tidak normal, aktivitas kriminal, dan sistem peradilan kriminal.
6. Sosiologi Agama, mempelajari peran praktik-praktik agama dalam masyarakat seperti spiritual, komunitas, dan keagamaan pada masyarakat multikultural.

7. Sosiologi Industri, mempelajari isu-isu teoritis dan praktis, latar belakang sejarah, serta tema-tema universal yang berkembang di dunia kerja.
8. Sosiologi Politik, mempelajari hubungan antara ilmu politik dengan masyarakat.
9. Sosiologi lingkungan, mempelajari perilaku sosial seseorang terhadap lingkungan fisik dan organisasi sosial.
10. Sosiologi Pedesaan (*Rural Sociology*), mempelajari gaya hidup masyarakat pedesaan seperti perilaku, kepercayaan, kebudayaan, norma, tradisi dan sebagainya.
11. Sosiologi Perkotaan (*Urban Sociology*), mempelajari gaya hidup masyarakat perkotaan.

## **2.4 Definisi dan Tujuan Sosiologi Kesehatan**

Pemikiran terhadap pentingnya masalah sosial dalam kesehatan muncul sebagai kritik terhadap pendekatan biomedis (*biomedical approach*) yang sudah ada sejak lama. Asumsi dan kritik terhadap pendekatan biomedis yang memicu munculnya cabang disiplin ilmu sosiologi kesehatan (Giddens, 2009).

Asumsi-asumsi pendekatan biomedis, penyakit merepresentasikan bagian dari tubuh manusia dan disebabkan oleh agen biologis yang spesifik. Pasien tidak terlibat aktif dalam penyembuhan penyakit. Tenaga medis spesialis merupakan ahli di bidangnya yang dianggap sebagai pihak yang paling valid dalam pengobatan penyakit. Arena yang tepat dalam pengobatan ada di rumah sakit yang memperkerjakan tenaga medis dan mengoperasikan teknologi medis.

Kritik terhadap pendekatan biomedis, penyakit terbentuk secara sosial yang kadang-kadang tidak dapat diatasi dengan kaidah ilmu pengetahuan. Pendapat dan pengalaman pasien terhadap penyakit merupakan hal yang krusial dalam pengobatan dan berperan aktif dalam menentukan kebutuhannya. Sumber pengetahuan tentang kesehatan dan penyakit tidak hanya spesialis tetapi juga pihak lain yang dianggap valid dalam memberikan



pengetahuan alternatif. Pengobatan tidak hanya terjadi di rumah sakit dan penggunaan teknologi, medikasi dan pembedahan bukan sesuatu yang hebat.

Kemunculan cabang sosiologi kesehatan diperkuat dengan adanya kejadian Black Death yang menunjukkan bahwa wabah penyakit bukan hanya permasalahan medis namun juga sosiologi (Brym & Lie, 2018). Sementara (White, 2002) 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). Menurut (Cumming, 2020; McCormack, et al., 2021; Plummer, 2022), sosiologi kesehatan mempelajari:

1. Asal usul atau penyebab penyakit secara sosial dan berkaitan dengan kesenjangan pelayanan kesehatan
2. Organisasi sosial dalam perawatan penyakit dan penanganan kesehatan.
3. Alasan mengapa beberapa orang tidak mempedulikan pengobatan ketika mengalami sakit.
4. Bagaimana masyarakat memahami dan mendefinisikan penyakit

## **2.5 Pendekatan Sosiologi Kesehatan**

White seorang ahli sosiologi memiliki perbedaan sudut pandangan dalam menjelaskan masalah kesehatan di masyarakat. Pendekatan tersebut antara lain:

1. Pendekatan Marxist yang melihat kemunculan dan penyebaran penyakit disebabkan oleh faktor ekonomi yaitu mengutamakan keuntungan materi dibanding kesehatan. Pendekatan ini berdasarkan kondisi yang terjadi pada masyarakat yang tereksplotasi secara ekonomi dan terdapat konflik antara pemilik modal dengan rakyat.
2. Pendekatan Parsonian yang melihat penyakit muncul disebabkan oleh tekanan sosial karena adanya upaya mendapatkan peranan sosial oleh kelompok tertentu. Pendekatan ini dianggap terjadi pada komunitas yang peran dan struktur sosialnya harmonis dan stabil.
3. Pendekatan Focauldian yang melihat penyakit sebagai upaya untuk menyeleksi dan memisahkan penduduk agar mudah dikendalikan. Pendekatan ini dianggap terjadi pada masyarakat yang memiliki keseimbangan kekuasaan atau tidak ada pemegang kekuasaan yang dominan.
4. Pendekatan Feminist yang melihat penyakit sebagai upaya untuk menekan kaum perempuan oleh laki-laki pengikut paham patriarki dengan menekankan pengobatan pada masalah kesehatan reproduksi perempuan. Pendekatan ini dianggap muncul pada masyarakat patriarkis yang eksploitatif dan represif terhadap perempuan (White, 2002).

## 2.6 Sudut Pandang Teoritis Sosiologi Kesehatan

Andersen & Taylor ahli sosiologi dalam menjelaskan masalah kesehatan dari sudut pandang sosiologis, bertumpu pada 3 teori utama yaitu:

1. Teori Fungsionalis (*Functionalist*) Aliran teori fungsionalis melihat bahwa sistem kesehatan memiliki berbagai macam fungsi baik positif maupun negatif. Namun pada kenyataannya sistem kesehatan menghasilkan dampak negatif bagi masyarakat, sehingga perlu disusun kebijakan yang dapat mengurangi dampak negatif sistem kesehatan terutama bagi kelompok minoritas, orang miskin dan perempuan.
2. Teori Konflik Menurut pengikut teori konflik, pelayanan kesehatan menggambarkan kesenjangan di masyarakat. Hal ini terjadi akibat biaya tinggi karena birokrasi sistem kesehatan yang mahal dan swastanisasi pelayanan kesehatan. Untuk itu kebijakan di bidang kesehatan sebaiknya diarahkan untuk meningkatkan akses terhadap pelayanan kesehatan terutama kelompok minoritas rasial-etnik, orang miskin dan perempuan.
3. Teori Interaksi Simbolis (*Symbolic Interaction*) Menurut pengikut teori ini, sebagian penyakit muncul karena proses sosial. Hal ini disebabkan sebagian besar masyarakat butuh perlindungan dan pengasuhan. Untuk itu dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya secara periodik berperan dalam penyembuhan pasien sesuai dengan instruksi yang diberikan (Andersen & Taylor, 2013).

## DAFTAR PUSTAKA

- Andersen, M. L., & Taylor, H. F. 2013. *Sociology: The Essentials* (7th ed.). Cengage Learning.
- Brym, R., & Lie, J. 2018. *Introduction to Sociology* (3rd ed.). Nelson Education.
- Cumming, S. 2020. *Sociology Unlocked*. Oxford University Press.
- Iphofen, R., & Poland, F. 1998. *Sociology in Practice for Health Care*. MacMillan.
- Kuipers, K. J., & Sell, J. 2008. *Sociology*. In *International Encyclopedia of the Social Sciences* volume 2. MacMillan.
- McCormack, M., Andersen, E., Jamie, K., & David, M. 2021. *Discovering Sociology* (2nd ed.). Palgrave Macmillan.
- Plummer, K. 2022. *Sociology: The Basics* (3rd ed.). Routledge.
- Soekanto, S. 2013. *Sosiologi: Suatu Pengantar*. Rajawali Press.
- White, K. 2002. *An Introduction to Sociology of Health and Illness*. SAGE Publications.

# **BAB 3**

## **KONSEP DETERMINAN SOSIAL DALAM KESEHATAN MASYARAKAT**

**Oleh M. Nur Dewi Kartikasari**

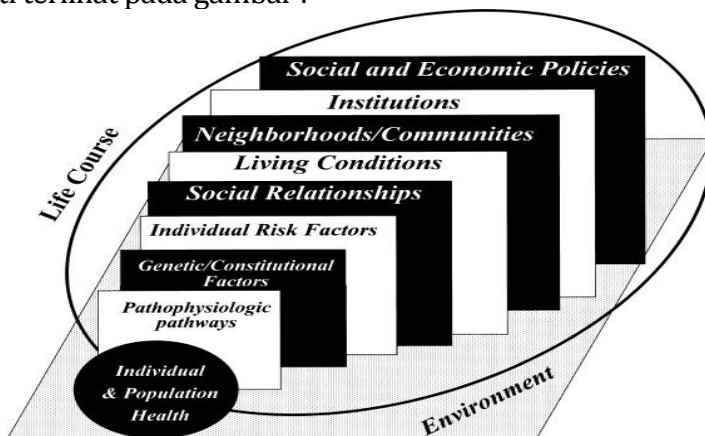
### **3.1 Pendahuluan**

Masalah kesehatan merupakan salah satu faktor yang memiliki peran penting dalam mewujudkan sumber daya manusia yang berkualitas. Pembangunan kesehatan diharapkan dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan pelayanan kesehatan yang merata di seluruh lapisan masyarakat. Keberhasilan pembangunan kesehatan dapat dilihat dari lingkungan yang kondusif; keaktifan masyarakat dalam berperilaku memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit; pelayanan kesehatan yang merata, berhasil dan berdaya guna di seluruh lapisan masyarakat (Dinas Kesehatan, 2007).

Pembangunan kesehatan di Indonesia masih jauh dari harapan karena masih banyak permasalahan kesehatan yang terjadi, antara lain DBD, *Covid-19* yang masih tersebar luas, kasus gizi buruk, stunting, dan prioritas kesehatan yang rendah di masyarakat. Setiap orang menjadi faktor penentu dalam kondisi kesehatan masing-masing. Prioritas program yang dijalankan Kementerian Kesehatan yaitu melalui Gerakan Masyarakat Hidup Sehat yang difokuskan pada upaya promotif dan preventif. Berbagai kegiatan dilakukan secara bertingkat mulai tingkat desa hingga tingkat Provinsi untuk mendukung Gerakan Masyarakat Hidup Sehat.

### 3.2 Pengertian dan konsep determinan sosial

Determinan sosial kesehatan dan disparitas kesehatan dapat dipahami melalui model pendekatan epidemiologi sosial seperti terlihat pada gambar :



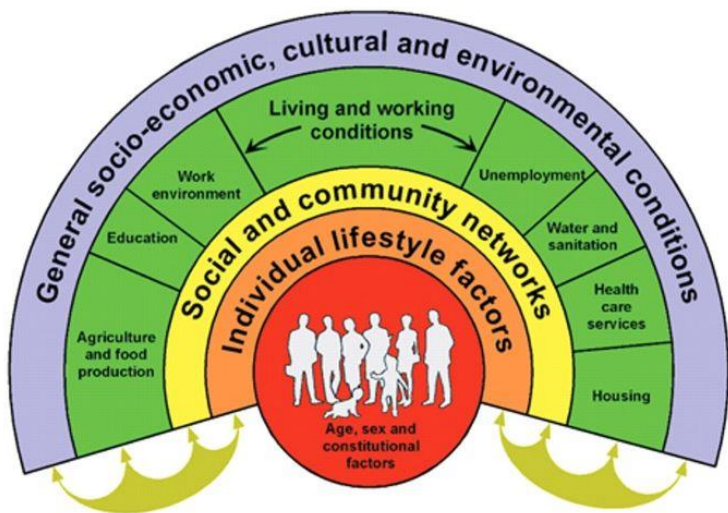
**Gambar 3.1** Determinan hilir dan hulu bagi kesehatan individu dan kesehatanpopulasi (National Academy of Sciences, dikutip Kaplan, 2004).

Model tersebut memperlihatkan determinan hilir (proksimal, mikro) dan hulu (distal, makro) sebagai lingkungan yang memiliki pengaruh terhadap kesehatan individu dan populasi sepanjang kehidupan (Murti, 2009). Kerangka konsep determinan kesehatan yaitu bahwa derajat kesehatan individu dan distribusi kesehatan yang adil dalam populasi ditentukan oleh beberapa faktor yang terdapat pada berbagai tingkatan. Pelayanan kesehatan bukan determinan tunggal yang paling penting, namun menjadi salah satu faktor yang memiliki pengaruh terhadap kesehatan seseorang (Blum, 1974).

Pengembangan baru ilmu kesehatan menunjukkan bahwa kesehatan tidak hanya dipengaruhi oleh faktor risiko seseorang. Faktor yang berpengaruh terhadap status kesehatan dapat terlihat pada berbagai tingkatan makro, meliputi perbedaan kesejahteraan,

dan perilaku individu serta tingkatan mikro seperti genetik. Teori determinan sosial kesehatan oleh (Dahlgren and Whitehead, 1991) menyebutkan bahwa kesehatan seseorang dipengaruhi oleh berbagai faktor pada lapisan lingkungan, dimana determinan kesehatan tersebut dapat diubah (*modifiable factors*) (Laksono and Rachmawati, 2013).

Determinan sosial kesehatan melalui pendekatan model pelangi digambarkan bahwa status kesehatan seseorang atau masyarakat dalam setengah lingkaran yang bertingkat. Derajat kesehatan seseorang yang ingin ditingkatkan berada di pusat, dengan faktor genetik dan sistem lingkungan, seperti terlihat pada gambar berikut :



**Gambar 3.2** The Policy Rainbow dari Dahlgren dan Whitehead (1991)

Determinan kesehatan pada lapisan pertama meliputi perilaku dan gaya hidup seseorang, yang dapat meningkatkan maupun menurunkan status kesehatan, misalnya pilihan untuk merokok atau tidak merokok. Pada level mikro, faktor genetik

melakukan interaksi dengan paparan lingkungan dan memberikan perbedaan tentang kerentanan atau kekuatan seseorang dalam menghadapi paparan lingkungan yang merugikan. Pola keluarga, pertemanan dan norma yang berlaku di masyarakat memberikan pengaruh terhadap perilaku dan karakteristik seseorang (Dhalgren and Whitehead, 1991).

Determinan kesehatan pada lapisan kedua yaitu pengaruh sosial dan masyarakat, yang terdiri dari norma yang berlaku di masyarakat, nilai-nilai sosial, lembaga komunitas, modal sosial, jejaring sosial, dan lain-lain. Faktor sosial di level masyarakat dapat mendukung anggota masyarakat pada kondisi yang menguntungkan bagi kesehatan, namun dapat juga merugikan seseorang serta tidak mendukung kesehatan masyarakat (Dhalgren and Whitehead, 1991).

Determinan kesehatan pada lapisan ketiga terdiri dari faktor structural seperti lingkungan tempat tinggal yang baik; kondisi di tempat bekerja dan sekolah; ketersediaan pangan dan energi; penyediaan air bersih dan sanitasi lingkungan; akses terhadap pelayanan kesehatan dan pendidikan yang berkualitas; dan lapangan pekerjaan yang layak (Dhalgren and Whitehead, 1991).

Determinan kesehatan pada lapisan terluar terdiri dari kondisi dan kebijakan sosial, ekonomi, budaya, dan politik; serta lingkungan fisik. Faktor makro yang berada di lapisan luar juga termasuk kebijakan publik, stabilitas sosial, ekonomi, dan politik, hubungan internasional, investasi pembangunan ekonomi, peperangan/ perdamaian, perubahan iklim dan cuaca, ekosistem, bencana alam maupun bencana buatan manusia seperti kebakaran hutan (Dhalgren and Whitehead, 1991).

Model determinan sosial kesehatan diatas menunjukkan bahwa untuk mencapai derajat kesehatan individu, kelompok, dan komunitas yang optimal diperlukan beberapa hal yaitu :

1. Realisasi potensi penuh dari seseorang, diantaranya fisik, psikologis, sosial, spiritual, dan ekonomi.



2. Pemenuhan ekspektasi peran seseorang dalam keluarga, masyarakat dan tempat bekerja.
3. Realisasi kebijakan makro.

### **3.3 Faktor yang berhubungan dengan determinan sosial kesehatan**

Hasil penelitian oleh University of Kansas (Rabinowitz, et al, 2010) menunjukkan tiga faktor yang mengelilingi determinan sosial kesehatan, antara lain :

1. Ketimpangan pendapatan yang mendiskripsikan sejauh mana pendapatan dibagikan merata antar-penduduk pada suatu wilayah (University of Washington; Community Vitality Project, 2008).
2. Keterkaitan sosial seperti *networking* dalam keluarga maupun pertemanan, relawan atau keikutsertaan dalam organisasi masyarakat dan perkumpulan keagamaan mempengaruhi kesehatan dan kehidupan yang lebih lama dan lebih baik.
3. Rasa keberhasilan pribadi atau bersama. Hal ini berdasarkan pengertian masyarakat tentang kendali atas kehidupan. Orang dengan rasa keberhasilan yang tinggi cenderung dapat hidup lebih lama, menjaga kesehatan lebih baik, dan lebih aktif berpartisipasi dalam kehidupan.  
(Kemenkes R.I, 2013).

Hasil penelitian tersebut memperkuat teori “Model Determinan Sosial Kesehatan” yang dikeluarkan oleh Dahlgren dan Whitehead (1991). Hal ini membuktikan bahwa banyak faktor di luar bidang kesehatan yang berhubungan dan berpengaruh kuat dalam menentukan keberhasilan pembangunan kesehatan dalam suatu wilayah. WHO merekomendasikan sepuluh faktor yang harus ditimbang jika akan melakukan evaluasi tentang determinan sosial kesehatan. Rekomendasi yang dimuat dalam buku ‘*Social Determinants of Health–The Solid Facts*’ (Marmot & Wilkinson, 2003) tersebut meliputi:

1. Pendidikan
2. Inklusi sosial
3. Faktor ekonomi
4. Faktor budaya
5. Politik
6. Bias ras atau etnis
7. Geografis
8. Kondisi lingkungan
9. Pengaruh media
10. Penerimaan komunitas atas perilaku tertentu

### **3.4 Masalah Kesehatan Masyarakat di Indonesia**

Masalah kesehatan yang mengalami perubahan ditandai dengan terjadinya berbagai macam transisi kesehatan meliputi transisi demografi, transisi epidemiologi, transisi gizi dan transisi perilaku. Transisi kesehatan yang terjadi telah menimbulkan beban ganda (*double burden*) masalah kesehatan.

1. Transisi demografi, seperti mendorong peningkatan usia harapan hidup yang meningkatkan proporsi kelompok usia lanjut sementara masalah bayi dan balita tetap ada.
2. Transisi epidemiologi, menimbulkan beban ganda atas penyakit menular yang belum berkurang kemudian ditambah masalah penyakit tidak menular yang meningkat.
3. Transisi gizi, ditandai dengan gizi kurang yang bersamaan dengan masalah gizi lebih.
4. Transisi perilaku, membawa masyarakat berubah dari perilaku tradisional menjadi modern yang justru lebih membawa resiko terhadap kesehatan.

Masalah kesehatan tidak hanya ditandai dengan adanya penyakit, namun juga termasuk gangguan kesehatan yang meliputi adanya perasaan terganggu secara fisik, mental maupun spiritual. Gangguan pada lingkungan juga merupakan masalah kesehatan

karena dapat memberikan gangguan kesehatan atau penyakit. Di Indonesia, sekitar 15% orang memiliki penyakit sedangkan sekitar 85% orang merasa sehat atau tidak sakit. Selama ini terlihat bahwa perhatian yang lebih besar diberikan kepada masyarakat yang menderita penyakit. Sedangkan masyarakat yang berada di antara sehat dan sakit tidak banyak mendapatkan upaya promosi. Oleh karena itu, dalam penyusunan prioritas anggaran, anggaran sebesar 85 % seharusnya diberikan kepada 85% masyarakat sehat yang perlu mendapatkan upaya promosi kesehatan.

Masalah kesehatan tidak hanya tentang teori dalam suatu lingkungan masyarakat, namun juga penerapan teori dalam menyelesaikan masalah kesehatan masyarakat sehingga bermanfaat untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan masyarakat. Kondisi kesehatan masyarakat Indonesia mengalami perkembangan signifikan dalam beberapa tahun terakhir karena akibat dari ekspansi penyediaan fasilitas kesehatan publik, dan program keluarga berencana.

Namun, tantangan baru juga muncul karena perubahan sosial dan ekonomi yang menimbulkan masalah kesehatan masyarakat seperti berikut :

1. Beban ganda penyakit.

Pola penyakit yang dialami oleh masyarakat yaitu penyakit infeksi menular dan pada waktu yang sama juga mengalami peningkatan penyakit tidak menular, sehingga Indonesia menghadapi masalah beban ganda penyakit pada waktu yang bersamaan (*double burden*). Indonesia berada pada pertengahan transisi epidemiologi dimana penyakit tidak menular meningkat sementara penyakit menular masih menjadi penyebab utama penyakit.

Penyakit kardiovaskuler (jantung) menyebabkan kematian sebanyak 30% di Jawa dan Bali. Indonesia juga berada di peringkat sepuluh besar negara di dunia yang memiliki penderita diabetes terbesar. Angka kematian ibu dan bayi di Indonesia juga lebih tinggi dibandingkan negara

tetangga. Pola penyakit yang semakin kompleks mengiringi perubahan menjadi tantangan terbesar bagi sistem kesehatan di Indonesia. Dampak dari transisi epidemiologi tersebut diantaranya terjadi peningkatan kejadian penyakit-penyakit *Non Communicable disease*.

2. Masih tingginya disparitas status kesehatan.

Meskipun kualitas kesehatan masyarakat menunjukkan peningkatan secara nasional, namun disparitas status kesehatan antar tingkat sosial ekonomi, kawasan, perkotaan dan pedesaan masih cukup tinggi. Angka kematian bayi dan anak pada beberapa provinsi di Indonesia terlihat lebih buruk dibandingkan dengan kondisi di beberapa negara Asia termiskin. Kelompok masyarakat miskin mendapatkan akses kesehatan paling buruk. Kematian anak sebelum mencapai usia lima tahun dari keluarga miskin mencapai empat kali lebih tinggi dibandingkan anak dari keluarga kaya. Masyarakat miskin memiliki risiko lebih tinggi terserang penyakit baik menular maupun tidak menular, sehingga hal ini akan mengurangi kemampuan orang miskin dalam menghasilkan pendapatan. Kondisi ini berdampak pada lingkaran setan kemiskinan.

3. Kualitas, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan masih rendah.

Penggunaan fasilitas kesehatan umum terus menurun dan semakin banyak masyarakat Indonesia yang memilih fasilitas kesehatan swasta ketika mereka sakit. Di sebagian besar wilayah, sektor swasta mendominasi penyediaan fasilitas kesehatan. Lebih dari 50% rumah sakit yang tersedia merupakan rumah sakit milik swasta, dan sekitar 30-50 persen segala bentuk pelayanan kesehatan diberikan oleh pihak swasta. Dalam masalah kesehatan, secara umum masyarakat miskin cenderung menggunakan tenaga non-medis seperti “dukun/orang pintar”, berobat

tradisional sehingga angka pemanfaatan rumah sakit oleh kaum miskin masih rendah.

4. Pembiayaan kesehatan yang rendah dan timpang.

Pembiayaan kesehatan yang dikeluarkan dari uang pribadi saat ini lebih besar mencapai 75-80% dari total biaya kesehatan saat masyarakat memanfaatkan pelayanan kesehatan. Total pengeluaran untuk kesehatan di Indonesia lebih rendah dibandingkan dengan sejumlah negara tetangga karena rendahnya pengeluaran pemerintah maupun pribadi untuk kesehatan. Cakupan asuransi juga belum sesuai target, karena masyarakat yang telah mengikuti asuransi kadang masih harus mengeluarkan sejumlah dana pribadi untuk pelayanan kesehatan. Jika ketimpangan pola pembiayaan kesehatan yang terjadi dilihat berdasarkan aspek utilitas dan efisiensi biaya yang digunakan, maka jumlah penggunaan biaya untuk memberikan intervensi satu orang yang sakit (*kuratif*) sebanding dengan penggunaan biaya dalam mendukung kegiatan *promotif* dan *preventif* terhadap 10 orang yang sehat.

5. Desentralisasi menciptakan tantangan dan memberikan kesempatan baru.

Pemerintah daerah merupakan subjek utama dalam penyediaan fasilitas kesehatan. Jumlah pembiayaan kesehatan daerah terhadap total pembiayaan kesehatan terjadi peningkatan dari 10% sebelum desentralisasi menjadi 50% pada tahun 2001. Hal ini dapat membuat pola pembiayaan kesehatan menjadi lebih responsif terhadap situasi lokal dan keberagaman pola penyakit. Namun, hal tersebut juga memberikan dampak terhadap hilangnya skala ekonomis, ketimpangan pembiayaan kesehatan yang meningkat dan informasi kesehatan yang berkurang.

6. Angka penularan HIV/AIDS meningkat.

Masyarakat Indonesia yang menderita HIV/AIDS  $\pm 120.000$  orang dengan jumlah terbesar berada di propinsi dengan jumlah penduduk sedikit (Papua) dan di kota kecil maupun besar yang terdapat aktifitas industri, pertambangan, kehutanan dan perikanan. Virus tersebut menyebar lebih lambat dibandingkan perkiraan sebelumnya, namun penularan virus terjadi peningkatan pada kelompok yang berisiko tinggi. Kelompok yang masuk kategori risiko tinggi diantaranya masyarakat yang tidak melakukan penerapan perilaku pencegahan terhadap virus tersebut, seperti penggunaan kondom pada aktivitas seks komersial atau penggunaan jarum suntik yang bersih pada kasus pecandu obat-obatan/NAPZA.

Profesi kesehatan masyarakat disini memiliki tantangan bagaimana untuk dapat terus meningkatkan keadaan kesehatan sambil merestrukturisasi dan mereformasi sistem kesehatan di era desentralisasi ini. Tenaga kesehatan berperan penting untuk memberikan perhatian lebih kepada kondisi kesehatan, meningkatkan kondisi kesehatan yang layak dan memanfaatkan sistem kesehatan dengan melibatkan peran swasta, melakukan evaluasi ulang mekanisme pendanaan kesehatan dan melaksanakan desentralisasi.

7. Tenaga kesehatan yang terbatas dan distribusi yang tidak merata.
8. Perilaku masyarakat yang kurang mendukung terhadap pola hidup bersih dan sehat.
9. Kinerja pelayanan kesehatan yang rendah.
10. Kondisi kesehatan lingkungan yang rendah.

Masih rendahnya kondisi kesehatan lingkungan juga berpengaruh terhadap derajat kesehatan masyarakat. Kesehatan lingkungan merupakan kegiatan lintas sektor belum dikelola dalam suatu sistem kesehatan kewilayahan.

11. Dukungan kebijakan/peraturan perundang-undangan, kemampuan sumber daya manusia, standarisasi dan penilaian hasil penelitian produk, pengawasan obat tradisional, kosmetik, produk terapeutik/obat, obat asli Indonesia, dan sistem informasi yang lemah.  
(Irwan, 2017).

## DAFTAR PUSTAKA

- Blum, H..1974 *Planning for Health : Development and Application of Social Change Theory*. New York: Behavioral Publications.
- Dhalgren, G. and Whitehead, M. 1991. *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Future Studies.
- Irwan. 2017. *Etika dan Perilaku Kesehatan*. 1st edn. Yogyakarta: Absolute Media.
- Kemenkes R.I 2013. *Determinan Sosial Kesehatan Ibu dan Anak*. Edited by A.D. Laksono and T. Rachmawati. Jakarta: Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat Kemenkes R.I.
- Laksono, A.. and Rachmawati, T. 2013. *Determinan Sosial Kesehatan Ibu dan Anak*. Yogyakarta: PT Kanisius.
- Murti, B. 2009. *Determinan sosio-ekonomi, modal sosial, dan implikasinya bagi kesehatan masyarakat*. Surakarta.



# BAB 4

## KONSEP SEHAT DAN SAKIT

Oleh Hairudin La Patilaiaya

### 4.1 Pendahuluan

Masalah sakit dan sehat merupakan proses yang berkaitan dengan kemampuan atau ketidakmampuan manusia beradaptasi dengan lingkungan baik secara biologis, psikologis maupun sosial budaya. Sehat dan sakit dihubungkan dengan kondisi fisik seseorang saat bagian tubuh atau organ tidak berfungsi sebagaimana normalnya, maka ia dianggap menderita atau merasakan sakit (Gabriel, 1955), sebaliknya saat semua bagian tubuh bekerja seleyak normalnya tanpa ada keluhan, orang tersebut dianggap sehat. Kedua kondisi ini sering dihubungkan dengan apa yang terjadi atau tindakan fisik seseorang. Meski demikian tidak setiap masyarakat menghubungkan kondisi sehat ataupun sakit hanya dengan kondisi tubuh seseorang, namun nilai, kepercayaan dan budaya juga memainkan peran penting di dalam pendefinisian kondisi kesehatan seseorang (Herlan et al., 2020).

### 4.2 Konsep Sehat dan Sakit

#### 1. Defenisi Sehat

- a. **Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI)**, **sehat** adalah sebagai suatu keadaan seluruh badan serta bagiannya terbebas dari sakit.
- b. Definisi sehat menurut "*World Health Organization*" (WHO, 1948) adalah "keadaan yang sempurna baik fisik,

mental maupun sosial, tidak hanya terbebas dari penyakit atau kelemahan/cacat”. (Induniasih, 2018)

- c. Menurut Undang-Undang nomor 36 tahun 2009 adalah “ Keadaan **Sehat** “ baik baik secara fisik, mental, spiritual, maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.(Krisna Triyono & K. Herdiyanto, 2018)

Kesimpulan : Sehat mengandung pengertian kondisi kesehatan ideal, baik dari segi biologis, psikologis, dan sosial. Adapun beberapa karakteristik kesehatan yang perlu diketahui : diantaranya, seperti sehat jasmani dan rohani tanpa melibatkan unsur eksternal, Sehat berkaitan dengan lingkungan internal atau eksternal, sehat spritual, sehat mental, serta sehat sebagai hidup kreatif dan produktif. Hal ini tentunya akan membuat seseorang dapat melakukan aktivitas secara maksimal dan

## 2. Defenisi Sakit

- a. Sakit adalah gangguan dalam fungsi normal individu sebagai totalitas termasuk keadaan organism system biologis serta penyesuaan sosialnya. Sakit artinya ketidak seimbangan dari kondisi normal tubuh manusia diantaranya system biologik dan kondisi penyesuainnya.
- b. Menurut etiologi naturalistic, sakit dapat dijelaskan dari segi impersonal dan sistematik, yaitu bahwa sakit merupakan satu keadaan atau satu hal yang disebabkan oleh gangguan terhadap sistem tubuh manusia.
- c. Menurut (Depkes RI), Sakit adalah Kondisi seseorang yang menderita penyakit menahun (kronis) atau gangguan kesehatan lain yang menyebabkan aktivitas kerja atau kegiatannya terganggu.(Dewi Murdiayanti Prihatin Putri, 2018)

Kesimpulan : “ Sakit “ adalah suatu keadaan yang memperlihatkan adanya keluhan dan gejala sakit secara subyektif dan obyektif, sehingga penderita memerlukan pengobatan untuk mengembalikan kesehatannya dikategorikan dalam keadaan sakit.

### 4.3 Masalah Sehat dan Sakit

Masalah kesehatan merupakan resultante dari berbagai masalah lingkungan yang bersifat kompleks dan terjadi secara alamiah maupun buatan manusia, sosial budaya, perilaku, populasi penduduk, genetik dan sebagainya (Tekege, 2018). Derajat kesehatan masyarakat disebut sebagai *psycho socio somatic health well being*, yang merupakan resultante dari 4 faktor yaitu : faktor *Environment* (lingkungan), faktor *Behaviour* (perilaku), *Health care service* (Pelayanan Kesehatan) dan *Heredity* (keturunan) (HL, 1972). Dari empat faktor tersebut diatas, lingkungan dan perilaku merupakan faktor yang paling besar pengaruhnya terhadap derajat kesehatan masyarakat.

### 4.4 Paradigma Sehat dan Sakit

Pola pikir atau cara pandang pembangunan kesehatan bersifat holistik, proaktif antisipatif dengan melihat masalah kesehatan dipengaruhi oleh banyak faktor secara dinamis dan lintas sektoral dalam suatu wilayah yang berorientasi kepada peningkatan pemeliharaan, perlindungan dan penyembuhan penduduk yang sakit agar tetap sehat. Paradigma sehat dan sakit memberikan perhatian utama terhadap kebijakan yang bersifat pencegahan, promotif, preventif, rehabilitative, dukungan dan alokasi sumber daya untuk menjaga agar yang sehat tetap sehat dengan mengupayakan yang sakit segera sehat. Kebijakan tersebut menekankan pada masyarakat lebih

mengutamakan peningkatan kesehatan dari pada pengobatan penyakit.

#### **4.5 Ciri-Ciri sehat dan Sakit**

1. Ciri-ciri sehat yaitu

- a. Suhu normal  $36,5^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$ .
- b. Tubuhnya sehat bugar dan tidak lemas.
- c. Wajahnya berseri, tidak nyeri, emosi stabil
- d. Tidak ada gangguan fisik, psikis, maupun sosial.
- e. Selalu berfikir positif dan tidak merasa ada gangguan.
- f. Mampu melaksanakan segala aktifitas dengan semangat

2. Ciri-ciri sakit yaitu

- a. Suhu abnormal  $> 38^{\circ}\text{C}$ .
- b. Tubuhnya lemas, lunglai, letih, dan tidak semangat dalam melakukan segala aktifitas.
- c. Wajahnya pucat dan tubuh terasa nyeri.
- d. Adanya gangguan fisik, psikis, maupun sosial.
- e. Selalu berfikir bahwa dirinya sakit (sugesti dalam dirinya sendiri).

## 4.6 Model Sehat-Sakit

### 4.6.1 Model *Agens-Host-Environment* (Leavell)

Sehat dan sakit merupakan kondisi yang ditentukan oleh hubungan dinamis antara agen, pejamu, dan lingkungan



**Gambar 4.1** *Epidemiologic Triad- Agent, Host, Environment*

#### 1. *Agens*

suatu substansi tertentu yang keberadaannya atau ketidakberadaannya dapat menimbulkan penyakit atau mempengaruhi perjalanan suatu penyakit, antara lain :

- agen biologik seperti virus, bakteri, riketsia,
- agen fisik seperti tekanan udara, radiasi, trauma mekanis,
- agen kimia seperti insektisida, logam berat,
- agen mekanik seperti kecelakaan lalu lintas, pukulan, kecelakaan kerja

#### 2. *Host*

semua faktor yang terdapat pada diri manusia yang dapat mempengaruhi dan timbulnya suatu perjalanan penyakit, antara lain : daya tahan tubuh, genetik, umur, jenis kelamin, adat kebiasaan, ras, pekerjaan

#### 3. *Environment*

Segala sesuatu yang berada disekitar manusia dan pengaruh luar dapat mempengaruhi kehidupan serta perkembangan manusia diantaranya adalah:

- a. Lingkungan fisik seperti cuaca, musim, geografis, struktur geologi.
- b. Lingkungan non fisik termasuk sosial budaya, ekonomi, norma dan nilai, adat istiadat
- c. Lingkungan biologis (*human resevior dan animal resevior*, perjalanan penyakit).

#### **4.6.2 Model Keyakinan-Kesehatan (Rosenstoch, Becker dan Maiman)**

Menurut Rosenstoch (1974), Becker dan Maiman (1975) menyatakan hubungan antara keyakinan seseorang dengan perilaku yang ditampilkan. Model ini memberikan cara bagaimana klien akan berperilaku sehubungan dengan kesehatan mereka dan bagaimana mereka mematuhi terapi kesehatan yang diberikan. Terdapat tiga komponen dari model Keyakinan-Kesehatan antara lain:

- a. Persepsi individu tentang kerentanan dirinya terhadap suatu penyakit. Misal: seorang klien perlu mengenal adanya penyakit koroner melalui riwayat keluarganya, apalagi ada keluarganya yang meninggal maka klien mungkin merasakan resiko mengalami penyakit jantung.
- b. Persepsi Individu terhadap keseriusan penyakit tertentu yang dipengaruhi oleh variabel demografi dan sosiopsikologis, perasaan terancam oleh penyakit, anjuran untuk bertindak misal: kampanye media massa, anjuran keluarga atau dokter dan lain-lain.
- c. Persepsi individu tentang manfaat yang diperoleh dari tindakan yang diambil. Seseorang mungkin mengambil tindakan preventif, dengan mengubah gaya hidup, meningkatkan kepatuhan terhadap terapi medis, atau mencari pengobatan medis. Model ini membantu perawat memahami berbagai faktor yang dapat mempengaruhi persepsi, keyakinan, dan perilaku klien, serta membantu

perawat membuat rencana perawatan yang paling efektif untuk membantu klien, memelihara dan mengembalikan kesehatan serta mencegah terjadinya penyakit.

#### **4.6.3 Model Peningkatan Kesehatan (Pender)**

Menurut Pender (1982), menjelaskan bahwa model peningkatan kesehatan dibuat untuk menjadi sebuah model yang menyeimbangkan dengan model perlindungan kesehatan. Model ini memfokuskan pada alasan keterlibatan klien dalam aktivitas kesehatan seperti kognitif, persepsi dan faktor pengubah.

#### **4.6.4 Model Rentang Sehat-Sakit**

Rentang sehat-sakit merupakan suatu skala ukur secara relative dalam mengukur keadaan sehat/kesehatan seseorang, kedudukannya pada tingkat skala ukur dinamis dan bersifat individual. Jarak dalam skala ukur menjelaskan sebagai keadaan sehat secara optimal pada satu titik dan kematian pada titik yang lain, karena dipengaruhi oleh faktor pribadi dan lingkungan.

Menurut Neuman (1990), sehat dalam suatu rentang merupakan tingkat kesejahteraan klien pada waktu tertentu yang terdapat dalam rentan dan kondisi sejahtera secara optimal dengan energi paling maksimum sampai kondisi kematian yang menandakan habisnya energy total. Rentang sehat diawali dari status kesehatan normal, sehat sekali dan sejahtera. Sehat bukan berarti bebas dari penyakit tetapi meliputi seluruh aspek kehidupan manusia yakni aspek fisik, emosi, sosial dan spiritual.

Sedangkan rentang sakit merupakan rangkaian dalam konsep sehat-sakit. Rentang sakit dimulai dari keadaan setengah sakit, sakit, sakit kronis dan kematian. Sakit pada dasarnya merupakan keadaan terganggunya seseorang dalam

proses tumbuh kembang fungsi tubuh secara keseluruhan atau sebagian, serta terganggunya proses penyesuaian diri manusia.



**Gambar 4.2** Model Rentang Sehat-Sakit

Model diatas menjelaskan bahwa perawat dapat menentukan pada tingkat mana kesehan klien berada sesuai dengan rentang sehat-sakitnya. Model ini biasanya perawat sulit menentukan tingkat kesehatan klien sesuai dengan titik tertentu di antara dua titik ekstrim pada rentang ini.

Berdasarkan konsep sehat sakit tersebut, paradig keperawatan memandang bahwa bentuk pelayanan yang diberikan selama rentang sehat-sakit akan melihat terlebih dahulu status kesehatan klien, apakah statusnya dalam keadaan setengah sakit, sakit atau sakit kronis sehingga diketahui tingkatan asuhan keperawatan yang diberikan dalam meningkatkan status Kesehatan (Abyadi.com, 2021).

#### 4.7 Perilaku Sehat dan Perilaku Sakit

Berdasarkan Penelitian dan Teori yang dikembangkan oleh para antropologi seperti perilaku sehat (*health behavior*) dan perilaku sakit (*illness behavior*), perbedaan illness dan disease, model penjelasan penyakit (*explanatory model*), peran dan karir seseorang 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 absolute dalam proses penyembuhan.

Perilaku sehat adalah tindakan individu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya, termasuk pencegahan penyakit, perawatan kebersihan diri, penjagaan kebugaran melalui olah raga dan makanan bergizi. Sedangkan Perilaku sakit merupakan segala bentuk tindakan individu yang sedang sakit agar memperoleh kesembuhan.

#### **4.8 Faktor yang mempengaruhi Konsep sehat dan sakit pada manusia**

##### **1. Faktor internal**

###### **a. Tahap Perkembangan**

Pola perilaku dan pola pikir seseorang akan selalu mengalami perubahan sepanjang hidupnya. Petugas kesehatan harus mempertimbangkan tingkat pertumbuhan dan perkembangan klien pada saat menggunakan keyakinan terhadap kesehatan dan cara klien melaksanakannya sebagai dasar dalam membuat rencana perawatan

###### **b. Latar belakang intelektual**

Keyakinan seseorang terhadap kesehatan sebagian dibentuk intelektual didasari dari pengetahuan, pendidikan serta pengalaman tentang berbagai fungsi tubuh dan penyakit di masa lalu.

###### **c. Persepsi tentang fungsi**

Persepsi seseorang merasakan fungsi fisik akan berakibat pada keyakinan terhadap kesehatan dan cara melaksanakannya seperti tingkat keletihan, sesak napas atau neyeri, tekanan darah, tinggi badan dan bunyi paru.

###### **d. Faktor emosional**

Faktor emosional sangat mempengaruhi keyakinan terhadap kesehatan. Orang yang memiliki reaksi

emosional berlebihan karena berlawanan dengan kenyataan yang ada, sampai-sampai orang berpikir tentang resiko menderita kanker dan akan menyangkal adanya gejala dan menolak untuk mencari pengobatan

e. Faktor spiritual

Faktor spiritual akan menggambarkan bagaimana seseorang menjalani kehidupannya mencakup nilai, keyakinan, hubungan dengan keluarga atau teman, kemampuan mencari harapan dan arti dalam hidup.

## **2. Faktor Eksternal**

a. Praktek keluarga

Keluarga memiliki peran penting bagi anggota keluarganya dalam memanfaatkan atau menggunakan pelayanan kesehatan karena biasanya akan mempengaruhi anggota keluarga dalam melaksanakan kesehatan. Anggota keluarga kemungkinan besar akan melakukan tindakan-tindakan pencegahan bila keluarganya melakukan hal yang sama.

b. Faktor sosio-ekonomik

Faktor sosial dan psiko-sosial dapat meningkatkan resiko terjadinya penyakit, cara seseorang mendefinisikan dan bereaksi terhadap penyakit. Faktor ini meliputi stabilitas perkawinan atau hubungan intim seseorang, kebiasaan gaya hidup, dan lingkungan kerja, selain itu faktor sosial berperan dalam menentukan dan menyediakan sistem pelayanan kesehatan (medis)

c. Latar belakang budaya

Budaya dapat mempengaruhi keyakinan, nilai, kebiasaan individu dan cara melaksanakan kesehatan pribadi dalam system pelayanan Kesehatan.

#### **4.9 Hal-Hal yang dilakukan untuk melaksanakan konsep sehat-sakit**

1. **Tindakan Promotive**

Usaha yang dilakukan untuk peningkatan kesehatan seperti pemeliharaan kesehatan perorangan dan pemeliharaan kesehatan lingkungan untuk mencapai kondisi sehat yang seutuhnya.

2. **Tindakan preventif**

Usaha pencegahan penyakit yang dilakukan oleh individu/masyarakat: dapat berupa imunisasi dan pemenuhan gizi yang berimbang.

3. **Tindakan kuratif**

Tindakan kuratif dilakukan pada orang yang terkena penyakit yaitu dengan pemberian layanan kesehatan yang sesuai untuk mengobati penyakit.

4. **Tindakan rehabilitative**

Tindakan rehabilitas dilakukan pada pasien yang baru pulih dari sakit dan untuk mengembalikan kondisi kesehatan sebagaimana sedia kala (Walukow., 2004).

## DAFTAR PUSTAKA

- Abyadi.com. 2021. Rentang Sehat Sakit,. *[Https://Abyadi.Com/](https://Abyadi.Com/)*  
*Diakses Pada Tanggal 12 Juli 2022.*
- Dewi Murdiayanti Prihatin Putri, N. R. 2018. *Antropologi Kesehatan " Konsep dan Aplikasi Antropologi Dalam Kesehatan "*. PT. Pustaka Baru Press.
- Herlan, H., Praptantya, D. B., Juliansyah, V., Efriani, E., & Dewantara, J. A. 2020. Konsep Sehat dan Sakit pada Budaya Etnis Dayak Kebahan. *ETNOREFLIKA: Jurnal Sosial Dan Budaya*, 9(1), 24–38. <https://doi.org/10.33772/etnoreflika.v9i1.720>
- HL, B. 1972. Planning for Health; Developme nt Application of Social Change Theory. ,. *New York: Human Science Press*, . p.3.
- Induniasih, W. R. 2018. *Promosi Kesehatan " Pendidikan Kesehatan dalam Keperawatan "*. PT. Pustaka Baru Press.
- Krisna Triyono, S. D., & K. Herdiyanto, Y. 2018. Konsep Sehat Dan Sakit Pada Individu Dengan Urolithiasis (Kencing Batu) Di Kabupaten Klungkung, Bali. *Jurnal Psikologi Udayana*, 4(02), 263. <https://doi.org/10.24843/jpu.2017.v04.i02.p04>
- Tekege, S. B. 2018. Konsep sehat menurut manusia Mee,. *[Https://Jubi.Co.Id/Konsep-Sehat-Menurut-Manusia-Mee/Di](https://Jubi.Co.Id/Konsep-Sehat-Menurut-Manusia-Mee/Di)*  
*Akses Pada Tanggal 12 Juli 2022.*
- Walukow., A. 2004. *Dari Pendidikan Kesehatan ke Promosi Kesehatan*. Interaksi VI (XVII):4.

# **BAB 5**

## **PERILAKU SEHAT DAN SAKIT**

**Oleh Mariah Ulfah**

### **5.1 Pendahuluan**

Menurut WHO, kesehatan yakni kondisi dinamis meliputi kesehatan jasmani, rohani, sosial, dan tidak cuma terbebas dari penyakit, cacat, dan kelemahan. Di negara berkembang, pencetus kasus kesehatan pada dasarnya terjalin sebab 2 perihal ialah aspek raga, seperti misalnya tersedianya fasilitas kesehatan serta penyembuhan penyakit, setelah itu yang ke 2 merupakan aspek non- fisik yang menyangkut sikap kesehatan. Sikap manusia ialah hasil daripada seluruh berbagai dan interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam wujud pengetahuan, perilaku serta aksi.

### **5.2 Perilaku**

#### **1. Pengertian Perilaku**

Dari aspek biologis, sikap merupakan sesuatu aktivitas ataupun kegiatan organism ataupun makhluk hidup yang bersangkutan. Oleh karena itu, dari segi biologis seluruh makhluk hidup mulai fauna hingga manusia memiliki kegiatan tiap- tiap. Skinner (1938), seseorang pakar psikologi, merumuskan kalau sikap ialah reaksi ataupun respon seorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Dengan demikian, sikap manusia terjalin lewat proses: stimulus organisme R” (stimulus- organisme- respons). Berikutnya, teori Skinner menarangkan terdapatnya 2 tipe respons, ialah: respondent respons ataupun refleksif, ialah respons yang

ditimbulkan oleh rangsangan- rangsangan (*stimulus*) tertentu yang diucap eliciting stimuli, sebab memunculkan respons yang relative senantiasa. Operant respons ataupun instrumental respons, ialah respons yang mencuat serta tumbuh setelah itu diiringi oleh stimuli ataupun rangsangan yang lain.

Dengan kata lain, sikap ialah respons/ respon seseorang orang terhadap stimulus yang berasal dari luar ataupun dari dalam dirinya. Respons ini bisa bertabiat pasif( tanpa aksi berfikir, berkomentar, berlagak) ataupun aktif( melaksanakan aksi). Cocok dengan batas ini, sikap kesehatan bisa diformulasikan selaku seluruh wujud pengalaman serta interaksi orang dengan lingkungannya, spesialnya yang menyangkut pengetahuan serta perilaku tentang kesehatan, dan tindakannya yang berhubungan dengan kesehatan.

## **2. Pengelompokkan Sikap**

Bersumber pada teori “SOR” tersebut, hingga sikap manusia bisa dikelompokkan jadi 2 ialah:

- a. Sikap tertutup (*Covert behavior*).  
Sikap tertutup terjalin apabila respons terhadap stimulus tersebut masih belum bisa diamati orang lain (dari luar) secara jelas. Respons seorang masih terbatas dalam wujud secara jelas. Respons seorang masih terbatas dalam wujud atensi, perasaan, anggapan, pengetahuan serta perilaku terhadap terhadap stimulus yang bersangkutan.
- b. Sikap terbuka (*Overt Behavior*).  
Sikap terbuka ini terjalin apabila respons terhadap stimulus tersebut telah berbentuk aksi, ataupun aplikasi ini bisa diamati orang lain dari luar ataupun “*observable behavior*”.

### 3. Perilaku Kesehatan

Sehat ialah keadaan sempurna baik raga, sehat psikis, sehat sosial, serta spiritual bukan cuma terbebas dari kecacatan. Bagi Notoatmodjo (2014) sikap sehat merupakan perilaku- perilaku yang berkaitan dengan upaya menghindari ataupun menjauhi penyakit dan menghindari ataupun menjauhi pemicu datangnya penyakit ataupun permasalahan Kesehatan (preventif), dan sikap dalam mengupayakan, mempertahankan serta tingkatkan Kesehatan (promotif). Sebaliknya, dikala kondisi sakit badan hendak hadapi penyusutan semacam atmosfer hati yang tidak baik, gerak terbatas, indra pengecap juga tersendat, sikap kesehatan dibagi jadi sebagian aspek (Martina pakpahan, 2021) antara lain:

- a) Sakit serta penyakit, Sikap orang dalam melawan rasa sakit pada biasanya berupaya mengalami rasa sakit yang dirasakan supaya lekas sembuh dengan sikap hidup sehat, memakan santapan yang banyak hendak vit. Ada pula metode lain semacam melaksanakan penyembuhan, serta melaksanakan pengobatan.
- b) Sistem pelayanan Kesehatan, Perihal yang wajib perhatikan dalam membagikan pelayanan kesehatan semacam gimana mengalami penderita, membimbing penderita yang putus asa sebab penyakitnya, membagikan formula obat, serta gimana menggunakan sarana kesehatan di dekat.
- c) Lingkungan, Aspek dalam area tidak cuma style hidup, namun dilihat pula dari keadaan area semacam area yang kotor hingga hendak mempengaruhi terhadap kesehatan.

Aspek area yang berpengaruh terhadap pertumbuhan nilai, moral, dan perilaku orang mencakup aspek psikologis, sosial, budaya, serta raga kebendaan, baik

yang ada dalam area keluarga, sekolah, ataupun warga masyarakat (Ulfah, 2019). Sikap sehat cocok dengan riset yang dilakukan tentang upaya preventif terhadap sikap seksual pranikah ialah yang mempengaruhi merupakan:

- a. Pengetahuan tentang Kesehatan reproduksi 23% mempengaruhi langsung terhadap sikap intim pranikah
- b. Perilaku terhadap seksualitas mempengaruhi 16% terhadap sikap intim pranikah
- c. Kedudukan guru terhadap Kesehatan reproduksi serta pacaran yang sehat pengaruhi 18, 6% terhadap sikap intim pranikah.

Batas perilaku bersumber pada reaksi seorang terhadap stimulus berhubungan dengan sakit serta penyakit, sistem pelayanan kesehatan dan area. Dimana perilaku pemeliharaan Kesehatan menurut (Notoatmodjo, 2012) sebagai berikut:

- a) Pemeliharaan kesehatan (*health maintenance*) ialah sesuatu sikap seorang buat melindungi kesehatan serta berupaya buat pengobatannya apabila sakit. Sehingga, sikap pemeliharaan kesehatan dibagi jadi 3 ukuran ialah:
  - 1) Perilaku preventif terhadap sesuatu penyakit, pengobatan apabila hadapi sakit, serta pemulihan kesehatan apabila sudah sembuh.
  - 2) Perilaku peningkatan kesehatan, apabila seseorang dalam kondisi sehat pula butuh diusahakan buat menggapai tingkatan kesehatan yang maksimal.
  - 3) Perilaku gizi, makan serta minum bisa tingkatkan kesehatan namun pula bisa menimbulkan menurunnya kesehatan hingga dengan menimbulkan sesuatu penyakit.



- b) Perilaku pencarian penyembuhan (*health seeking behavior*), ini adalah sesuatu upaya seorang dalam melaksanakan aksi pada dikala sakit maupun musibah. Aksi ini menyangkut dari menyembuhkan sendiri (*selftreatment*) hingga dengan mencari penyembuhan.
- c) Perilaku kesehatan lingkungan, cara seorang tersebut mengatur lingkungannya sehingga tidak hendak mengusik kesehatan baik pada diri sendiri, keluarga ataupun masyarakat

### **5.3 Anggapan Tentang Sehat- Sakit serta Sikap Sakit Masyarakat**

Secara ilmiah penyakit (*disease*) itu dimaksud selaku kendala guna fisiologis dari sesuatu organisme selaku akibat dari peradangan ataupun tekanan dari area. Jadi penyakit itu bertabiat obyektif. Kebalikannya, sakit (*illness*) merupakan evaluasi orang terhadap pengalaman mengidap sesuatu penyakit. Fenomena subyektif ini diisyaratkan dengan perasaan tidak lezat. Bisa jadi saja terjalinkan kalau secara obyektif orang tersebut rang penyakit serta salah satu organ badannya tersendat gunanya tetapi ia tidak merasa sakit serta senantiasa menjalankan tugasnya tiap hari. Kebalikannya, seorang bisa jadi merasa sakit namun dari pengecekan kedokteran tidak diperoleh fakta kalau ia sakit. Di negara-negara maju banyak orang yang besar kesadarannya hendak kesehatan serta khawatir terserang penyakit sehingga bila dialami sedikit saja kelainan pada badannya, hingga ia hendak langsung berangkat ke dokter, sementara itu nyatanya tidak ada kendala raga yang nyata (*hypochondriacal*). Keluhan psikosomatis semacam ini lebih banyak ditemui di negeri maju daripada di golongan warga tradisional. Biasanya warga tradisional memandang seorang sebagai sakit bila orang itu kehabisan nafsu makannya ataupun gairah kerjanya, tidak bisa lagi melaksanakan tugasnya tiap hari secara maksimal ataupun kehilangan kekuatan

sehingga wajib tinggal di tempat tidur (Sudarti, 1988). Sepanjang seorang masih sanggup melaksana kan gunanya semacam biasa hingga orang itu masih dikatakan sehat. Batas" sehat" yang diberikan oleh organisasi kese hatan se dunia (*World Health Organization*) merupakan" *a state of complete physical mental and social wellbeing*" (World Health Organization, 1981: 38). Dari batas ini jelas nampak kalau sehat itu tidak cuma menyangkut keadaan raga, melainkan pula keadaan mental serta sosial seorang.

Petugas kesehatan biasanya mengetahui kebutuhan warga hendak upaya Kesehatan (*health care*) pada sesi yang lebih dini. Kebutuhan ini bukan cuma dideteksi pada dini dimulainya sesuatu penyakit namun lebih dini lagi, ialah kala orangnya masih sehat namun memerlukan upaya kesehatan guna menghindari munculnya penyakit- penyakit ter pasti. kebalikannya, warga baru merasa memerlukan upaya kesehatan bila mereka sudah terletak dalam sesi sakit yang parah, maksudnya yang tidak bisa diatasi dengan hanya istirahat ataupun minum jamu. Memanglah bermacam riset di negara- negara tumbuh ataupun negeri maju menunjuk kan kalau aksi awal buat menanggulangi penyakit yakni berobat sendiri ataupun *self medication* (Patel, 1987; Sudarti 1988: Schepers& Nievaard, 1990).

Di negara- negara semacam Indonesia masih terdapat satu sesi lagi yang diliwati banyak pengidap saat sebelum mereka tiba ke petugas kesehatan, ialah berangkat berobat ke dukun ataupun ahli- ahli penyembuhan tradisional yang lain (Jordaan. 1985; Sarwono, 1992; Slamet- Velsink 1992). Dengan demikian kian parahlah kondisi pengidap Bila kesimpulannya memohon pertolongan seseorang dokter. Apalagi di Mesir di golongan orang yang tradisional serta kurang terpelajar, rumahsakit sempat diketahui selaku" rumah mati" sebab bagi pengamatan mereka, slapa yang masuk ke rumahsakit umumnya hendak keluar selaku mayat. Mereka mengira kalau kematian itu diakibatkan oleh dokter- dokter di rumahsakit. tanpa menguasai kondisi yang sesungguhnya, di mana penderita yang dikirim ke rumahsakit itu

mayoritas merupakan yang keadaannya telah sangat parah sehingga bla sanya tidak tertolong lagi. Yang lebih susah lagi, konsep sehat- sakit ini berbeda- beda antara kelompok warga. Oleh karena itu petugas kesehatan butuh menyelidiki anggapan warga setempat tentang sehat serta sakit, berupaya me ngerti kenapa anggapan tersebut hingga tumbuh sedemi makin rupa serta sehabis itu mengusahakan mengganti anggapan tersebut supaya mendekati konsep yang lebih objektif. Dengan metode ini hingga pemakaian fasilitas kesehatan diharapkan bisa lebih ditingkatkan.

#### **5.4 Perilaku sehat**

Sehat merupakan dambaan semua orang. Ada 3 definisi menurut WHO yaitu; a) merefleksikan perhatian pada manusia, b) sehat ditinjau dari sudut pandang lingkungan internal maupun eksternal serta pemaknaan sebagai pola hidup aktif berkarya dan memproduksi.

##### **a. Bentuk- bentuk Sikap Sehat**

Berikut ini sebagian berbagai wujud sikap sehat. Awal, Bagi Becker (dalam Benih, 2014), dalam sikap sehat, mencakup:

- a) Makan dengan menu seimbang
- b) Olah- raga teratur
- c) Tidak merokok
- d) Tidak minum minuman beralkohol
- e) Istirahat cukup
- f) Mengendalikan stress
- g) Sikap lain yang positif buat kesehatan

##### **b. faktor yang pengaruhi perilaku sehat**

- a) Pemikiran serta perasaan. Pertimbangan- pertimbangan individu terhadap objek ataupun stimulus ialah modal dini buat berperilaku. Didasarkan pertimbangan untung ruginya, khasiat serta sumber daya ataupun duit yang ada serta sebagainya.

- b) Terdapatnya acuan ataupun rujukan dari seorang yang dipercayai.
- c) Untuk remaja, sikap sehat tergantung dari yang menjadi acuan, kepada orangtua ataupun keluarga serta sahabat sebaya (Santrock, 2012).
- d) Sumber daya yang ada ialah pendukung terbentuknya pergantian perilaku. Dalam teori Green, sumberdaya ini merupakan sama dengan aspek enabling (fasilitas serta prasarana).
- e) Sosiobudaya setempat umumnya sangat mempengaruhi terhadap terjadinya sikap seorang.

Teori perilaku *Health Belief Model* menerangkan pergantian sikap pada kesehatan warga, terdapatnya keyakinan yang baik bisa bersumber dari pengetahuan, pengalaman serta data yang didapat (Rachmawati, n. d.). Apabila orang melaksanakan aksi buat menghindari serta menyembuhkan hingga terdapat sebagian Komponen *Health belief model* antara lain (Conner, 2015):

- a) Kerentanan yang di rasakan (*Perceived Susceptibility*)  
Perihal ini membentuk pada keyakinan orang terhadap efek serta kondisi kesehatannya, semacam dalam penyakit kedokteran meliputi penerimaan terhadap diagnosa, asumsi orang hendak kerentanan Kembali (*susceptibility*) serta *susceptibility* tentang penyakit secara universal.
- b) manfaat yang dialami (*Perceived Benefit*)  
Kerentanan orang atas keadaan yang dipercaya bisa memunculkan kemauan (*perceived threat*) ialah menekankan supaya menciptakan sesuatu sokongan pergantian sikap hidup sehat. Seorang yang meningkatkan kepercayaan terhadap kerentanan atas sakitnya diharapkan bisa menerima aksi kesehatan.
- c) Hambatan yang dialami (*Perceived Barriers*)  
Hambatan ialah sesuatu aspek yang berpotensi negative, sebab hendak membatasi pengambilan aksi yang

dianjurkan. Hambatan yang berpotensi negatif dalam kesehatan semacam ketidakpastian serta dampak samping, ataupun penghambat yang dialami semacam sakit, mengusik, takut tidak sesuai. Sehingga, dari kerentanan hendak bisa memunculkan kemauan buat berperan serta keyakinan buat membagikan jalur untuk aksi.

d) Isyarat berperan (*cues to action*)

ialah sikap bisa di mempengaruhi sesuatu perihal yang jadi isyarat seorang buat melaksanakan aksi. Pengaruh yang jadi isyarat ialah aspek eksternal ataupun internal semacam pesan dari media sosial, anjuran dari keluarga, tingkatan pembelajaran, area tempat tinggal. Kondisi ekonomi, sosial serta budaya jadi kepercayaan orang dalam memunculkan kemauan buat melaksanakan sesuatu sikap.

e) *Health motivation*

ialah sesuatu motivasi seorang supaya senantiasa menempuh hidup sehat, kontrol terhadap keadaan jadi salah satu dari *health motivation* sebab bisa memantau kemajuan dari keadaan badannya. Health motivation terpaut dengan seorang orang buat hidup sehat.

f) Kepercayaan (*selfefficacy*)

ialah sesuatu kepercayaan/ keyakinan individu terhadap keahlian dirinya buat melaksanakan sesuatu sikap tertentu.

## 5.5 Sikap SAKIT (*Illness Behaviour*)

(Irwan, 2017)

### 1. Definisi sikap sakit

Sikap sakit dimaksud selaku seluruh wujud aksi yang dicoba oleh Orang yang lagi sakit supaya mendapatkan kesembuhan, tercantum didalamnya reaksi terhadap sakit serta penyakit, anggapan terhadap penyakit, pengetahuan tentang penyakit. Bagi parsons sikap khusus orang yang berfungsi selaku orang sakit ialah tidak dapat disalahkan, dikecualikan dari tugas tanggungjawab pekerjaan, sosial serta individu serta diharapkan mencari pertolongan kesehatan.

### 2. Pemicu sikap sakit

7 ciri serta sikap orang sakit

- a) Fearfulness; merasa takut
- b) Regresi; menarik diri dari lingkungannya yang umumnya diakibatkan sebab kecemasan.
- c) Egosentris; mempersoalkan tentang dirinya sendiri.
- d) Respon emosional tinggi
- e) Sangat mencermati sikap kecil
- f) Berkurangnya minat
- g) Pergantian anggapan terhadap orang lain

### 3. Faktor- faktor yang pengaruhi sikap sakit

- a) Aspek internal meliputi; anggapan terhadap indikasi serta watak sakit yang dirasakan, asal ataupun tipe penyakit.
- b) Aspek eksternal meliputi; indikasi yang dilihat yang bisa mempengaruhi citra badan serta aspek kelompok sosial yang bisa menolong mengidentifikasi ancaman, menyangkal terbentuknya sesuatu penyakit, dan aspek ekonomi hendak membagikan reaksi kilat/ lelet dalam mengalami indikasi penyakit.

## 5.6 Akibat SAKIT

- a) Mempengaruhi terhadap sikap serta emosi
- b) Terhadap kedudukan keluarga
- c) Pergantian citra tubuh
- d) Pergantian konsep diri
- e) Pergantian dinamika keluarga

## 5.7 Perilaku Penangkalan Penyakit

Ada 5 tingkatan bagi leavel serta Clark

- a) *health promotion*
- b) Proteksi universal serta spesial terhadap penyakit tertentu (*specific protection*)
- c) Memakai diagnosa secara dini serta penyembuhan yang kilat serta pas (*Early penaksiran and promotion*)
- d) Pembatasan kecacatan (*Disability limitation*)
- e) Pemulihan Kesehatan (*Rehabilitation*)

Cocok dengan anggapan tentang sakit serta penyakit hingga sikap sakit serta sikap sehat juga subyektif sifatnya. Evaluasi tentang keadaan kesehatan orang bisa dibedakan dalam 8 kalangan sebagai berikut (Notoatmodjo& Sarwono, 1993).

**Tabel 5.1** Status kesehatan individu

Tingkat	Dimensi sehat		
	Psikologis	Medis	Sosial
<b><i>Normally well</i></b>	Baik	Baik	Baik
<b><i>Pessimistic</i></b>	Sakit	Baik	Baik
<b><i>Socially ill</i></b>	Baik	Baik	Sakit
<b><i>Hypochondriacal</i></b>	Sakit	Baik	Sakit
<b><i>Medically ill</i></b>	Baik	Sakit	Baik
<b><i>Martyr</i></b>	Sakit	Sakit	Baik

Tingkat	Dimensi sehat		
	Psikologis	Medis	Sosial
<b>Optimistic</b>	Baik	Sakit	Sakit
<b>Seriously ill</b>	Sakit	Sakit	Sakit

Penggolongan status kesehatan diatas menampilkan kalau evaluasi kedokteran tidaklah ialah salah satunya kriteria yang memastikan tingkatan kesehatan seorang. Banyak kondisi dimana orang bisa melaksanakan guna sosialnya secara wajar sementara itu secara kedokteran mengidap penyakit, kebalikannya tidak tidak sering pula orang merasa tersendat secara sosial psikologis sementara itu secara kedokteran mereka terkategori sehat. Evaluasi orang terhadap status kesehatannya ini ialah salah satu aspek yang memastikan perilakunya, yaitu sikap sehat bila ia menganggap dirinya sehat, serta sikap sakit bila merasa dirinya sakit. Orang yang berpenyakit, belum pasti orang sakit serta belum pasti menyebabkan pergantian kedudukannya dalam masyarakat, sebaliknya orang sakit umumnya hendak menimbulkan pergantian kedudukannya dalam area keluarga ataupun masyarakat. Orang yang sakit tidak bisa melaksanakan tugas tugasnya di area kerja serta keluarganya sehingga gunanya itu wajib digantikan oleh orang lain. Kadangkala kadangkala peranan orang yang sakit itu sedemikian luasnya sehingga kedudukan yang ditinggalkannya itu tidak lumayan digantikan oleh satu orang saja melainkan wajib digantikan oleh sebagian orang. Perihal ini pasti saja hendak menyebabkan pergantian dalam sistem sosial/ area yang langsung berhubungan dengan sang sakit. Dalam kehidupan sosial, orang-orang yang terkategori "*medically ill*" serta "*martyr*" bisa lebih gampang diterima oleh anggota warga karena penyakit mereka tidak mengusik interaksi sosial mereka. Sebaliknya, orang hendak merasa tersendat apabila berhubungan dengan "*hypochondriacal*" ataupun yang "*socially ill*".



Seseorang pakar sosiologi serta psikologi sosial yang lain. Mechanic, mengembangkan teori tentang sikap sakit yang dinamakannya teori respons bertahan (*coping response theory*) (Notoatmodjo& Sarwono, 1986). Bagi Mekanik sikap sakit merupakan respon maksimal dari orang bila ia terserang sesuatu penyakit. Serta respon ini sangatlah ditetapkan oleh sistem sosialnya. Sikap sakit erat hubungannya dengan konsep diri, penghayatan suasana yang dialami, pengaruh petugas kesehatan, dan pengaruh birokrasi (karya wan yang menemukan jaminan perawatan kesehatan yang baik hendak cenderung lebih kilat merasa sakit daripada mereka yang malah hendak kehabisan nafkah hariannya bila tidak masuk kerja sebab sakit). Terdapat 2 aspek utama yang memastikan sikap sakit: anggapan ataupun definisi orang tentang sesuatu situast/ penyakit, dan keahlian orang buat melawan serbuan penyakit tersebut. Dengan demikian dapatlah dipahami kenapa terdapat orang yang bisa menanggulangi kendala kesehatan yang lumayan berat, sebaliknya orang lain yang gangguannya lebih ringan malah mendapatkan bermacam permasalahan, bukan saja raga, melainkan permasalahan psikis serta sosial. Berikutnya Mechanic berupaya menarangkan proses yang terjalin dalam diri orang saat sebelum ia memastikan buat mencari upaya penyembuhan (etiologi sikap sakit). Banyak aspek yang menimbulkan orang bereaksi terhadap penyakit, antara lain:

- a) dikenalnya ataupun dirasakannya tanda- tanda/ isyarat yang menyimpang dari kondisi biasa
- b) banyaknya indikasi yang dikira sungguh- sungguh serta diperkirakan memunculkan bahaya
- c) dampak indikasi itu terhadap ikatan dengan keluarga, ikatan kerja serta dalam aktivitas sosial lainnya
- d) frekuensi dari indikasi serta isyarat yang nampak serta persistensinya

- e) nilai ambang dari mereka yang terserang indikasi itu (*susceptibility* ataupun mungkin orang buat diserbu penyakit itu)
- f) data, pengetahuan serta anggapan budaya tentang penyakit itu
- g) perbedaan interpretasi terhadap indikasi yang dikenalnya
- h) adanya kebutuhan buat berperan/ berperilaku menanggulangi indikasi sakit itu
- i) tersedianya fasilitas kesehatan, kemudahan menggapai fasilitas tersebut, tersedianya bayaran serta keahlian buat menanggulangi stigma serta jarak social (rasa malu, khawatir, dsb).

Dari faktor- faktor di atas bisa terbuat kategorisasi aspek penyebab sikap sakit, ialah aspek anggapan yang dipengaruhi oleh orientasi kedokteran serta sosiobudaya: aspek keseriusan indikasi (menghilang ataupun terus menetap): aspek motivasi orang buat menanggulangi indikasi yang terdapat; dan aspek sosial psikologis yang pengaruhi reaksi sakit.

Permasalahan perilaku sakit ini pula dilihat oleh Suchman (Notoatmodjo& Sarwono, 1986) yang membagikan batas perilaku sakit untuk menghilangkan rasa tidak nyaman (*discomfort*) ataupun rasa sakit sebagai akibat dari munculnya indikasi tertentu. **Suchman** menganalisa pola proses pencarian penyembuhan dari segi orang ataupun petugas kesehatan. Menurutnya, ada 5 respon dalam proses mencari penyembuhan:

- a) *Shopping* merupakan proses mencari alternatif sumber penyembuhan menciptakan seorang yang bisa membagikan diagnosa serta penyembuhan cocok dengan harapan sang sakit.
- b) *Fragmentation* merupakan proses penyembuhan oleh sebagian sarana kesehatan pada posisi yang sama. Contoh: berobat ke dokter, sekalian ke sinse serta dukun.

- c) *Procrastination* yakni proses penundaan pencarian pengobatan walaupun indikasi penyakitnya telah dirasakan
- d) *Selfmedication* yakni penyembuhan sendiri dengan menggunakan bermacam racikan ataupun obat-obatan yang dinilainya cocok.
- e) *Discontinuity* merupakan penghentian proses penyembuhan.

Dalam memastikan respon/ tindakannya sehubungan dengan indikasi penyakit yang dirasakannya, bagi Suchman orang berproses lewat tahap- tahap berikut ini:

## **5.8 Tahap- tahap perilaku sakit**

- a) Tahap 1 (pengenalan indikasi).  
Pada sesi ini orang memutuskan kalau dirinya dalam kondisi sakit yang diisyaratkan dengan rasa tidak nyaman serta kondisi itu dianggapnya bisa membahayakan dirinya.
- b) Tahap 2 anggapan peranan sakit.  
Dikarenakan merasa sakit serta membutuhkan penyembuhan, orang mulai mencari pengakuan dari kelompok acuannya (keluarga, orang sebelah, sahabat sekerja) tentang sakitnya itu serta jika butuh memohon pembebasan dari pemenuhan tugas tiap harinya.
- c) Tahap 3 kontak dengan pelayanan kesehatan.  
Di sini individu mulai menghubungi fasilitas kesehatan cocok dengan pengalamannya ataupun dari data yang diperoleh dari orang lain tentang tersedianya jenis- jenis pelayanan kesehatan. Opsi terhadap fasilitas pelayanan kesehatan itu dengan sendirinya didasari atas keyakinan ataupun kepercayaan hendak kemanjuran fasilitas tersebut. Butuh dicermati kalau ke cenderungan memakai

perawatan tradisional tidak hanya ada di negara-negara tumbuh. Warga negeri majupun memahami sistem kesehatan alternatif (*alternative medicine*) yang banyak memakai racikan tumbuh-tumbuhan selaku bahan obat serta memakai metode pengobatan yang berbeda, semacam lewat meditasi, akupunktur, hipnoterapi dan lain-lain.

d) Tahap 4 ketergantungan (*dependen*)

Orang memutuskan kalau dirinya, selaku orang yang sakit serta mau disembuhkan, wajib menggantungkan diri serta pasrah kepada prosedur penyembuhan. Ia wajib mematuhi perintah orang yang hendak menyembuhkannya supaya kesembuhan itu kilat tercapai.

e) Tahap 5 pengobatan ataupun rehabilitasi.

Pada sesi ini klien memutuskan membebaskan diri dari peranan sebagai orang sakit. dikarenakan ia telah sehat kembali serta bisa berperan seperti sediakala, atau upaya untuk menyembuhkan dari kecacatan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Irwan. 2017. *Etika dan Perilaku Kesehatan*. Yogyakarta: Absolute media.
- Jannah, D. P. 2016. Gambaran Health Belief Model Pada Penderita Kanker Yang Memilih dan Menjalani Pengobatan Alternatif. *Sereal Untuk*, 51(1), 51.
- Martina pakpahan, et al. (2021). Promosi Kesehatan & Prilaku Kesehatan. In *Jakarta: EGC*.
- Notoatmodjo, S. 2010. *promosi kesehatan & ilmu perilaku*.
- Ulfah, M. 2019. Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seksual pranikah pada remaja SMP dan SMA di wilayah eks-kota administratif Cilacap. *Medisains*, 16(3), 137. <https://doi.org/10.30595/medisains.v16i3.3733>
- Sarwono, solita. 1993. *Sosiologi kesehatan*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.

# **BAB 6**

## **PERILAKU PENGOBATAN TRADISIONAL**

**Oleh Devy Febrianti**

### **6.1 Pendahuluan**

Pengobatan tradisional merupakan bagian integral dari budaya karena konsep penyakit dan pengobatan tidak berdiri sendiri. Pesatnya perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi masih belum dapat mengubah pentingnya pengobatan tradisional. Antropologi kesehatan mempelajari etnomedisin, sistem medis yang terdiri dari masyarakat yang berbeda. Etnomedis memiliki penyebab penyakit, sistem medis individualistik dan naturalistik. Sistem individualistik adalah sistem di mana penyakit (penyakit) disebabkan oleh intervensi agen yang bersifat supernatural (makhluk gaib atau dewa), makhluk non-manusia (seperti roh, roh leluhur, atau setan). Atau non-manusia, manusia (penyihir atau penyihir). Dalam sistem naturalistik, penyakit digambarkan dalam istilah impersonal dan sistemik. Di atas segalanya, sistem naturalistik mengenali model keseimbangan. Kesehatan terjadi karena keseimbangan faktor-faktor tertentu dalam tubuh, seperti kehangatan, dingin, cairan tubuh (humor atau doshas), yin dan yang, tergantung pada usia dan usia. Kondisi lingkungan alam dan sosial. Tentu saja, sistem etiologi individualis dan naturalistik tidak saling eksklusif. Orang yang menggunakan penyebab pribadi untuk menjelaskan berjangkitnya suatu penyakit (penyakit) biasanya mengakui adanya faktor alam atau faktor kebetulan sebagai penyebabnya. Mereka yang merasa bahwa beberapa penyakit adalah akibat dari sihir atau mata jahat.

## 6.2 Konsep Pengobatan Naturalistik

Para ilmuwan melihat penyakit dan perawatannya sebagai efek, yang dapat diobati dengan elemen ilmiah atau alami. Sistem individualistis adalah sistem di mana penyakit (penyakit) disebabkan oleh intervensi agen yang bersifat supernatural (makhluk gaib atau dewa), makhluk non-manusia (seperti roh, roh leluhur, atau setan). Atau non-manusia, manusia (penyihir atau penyihir). Dalam sistem naturalistik, penyakit digambarkan dalam istilah impersonal dan sistemik. Di atas segalanya, sistem naturalistik mengenali model keseimbangan. Kesehatan terjadi karena keseimbangan faktor-faktor tertentu dalam tubuh, seperti kehangatan, dingin, cairan tubuh (humor atau doshas), yin dan yang, tergantung pada usia dan usia. Kondisi lingkungan alam dan sosial. Saat ini ada tiga konsep pengobatan naturalistik dan obat-obatan Obat rakyat dunia. Konsepnya adalah sebagai berikut:

### a) Patologi Humoral

Patologi humoral yang didasarkan pada istilah "humor" (fluiditas) tubuh manusia, dapat dilihat dalam teori empat unsur Yunani (bumi, air, udara, api). Sudah dikenal sejak abad ke-6. Teori keseimbangan dalam kaitannya dengan kesehatan dikembangkan pada periode Yunani, sebagaimana dibuktikan oleh deskripsi penyakit "Hippocrates": tubuh manusia memiliki darah, dahak, empedu kuning dan hitam. Elemen-elemen ini membentuk tubuh manusia dan memberikan tubuh ketika Anda merasa sakit atau sehat, kemudian penyakit muncul pada waktu-waktu tertentu dalam setahun. Penyakit muncul pada waktu yang tepat.

- a. Penyakit yang disebabkan oleh panas: diobati dengan tanaman obat dingin dan makanan dingin disiapkan dengan tindakan pendinginan.
- b. Penyakit yang disebabkan oleh masuk angin : kita obati dengan jamu hangat dan makanan

hangat. Perawatan anti-termal biasanya merupakan campuran elemen dingin dan panas.

- c. Patologi humoral konsepsi Galen: ke timur dan ke barat menyebar melalui perluasan peradaban Islam. Menurut tulisan-tulisan dokter Kristen Hippocrates, dokter Galen dan Arab, terutama Avicenna, adalah otoritas terkemuka dalam teori dan praktik medis.

b) Pengobatan Ayurveda

Obat tradisional lahir di India dan telah digunakan selama sekitar 3000 tahun. Istilah Ayurveda berasal dari bahasa Sanskrit. Dengan kata lain, ayur berarti kehidupan dan Weda berarti pengetahuan. Ayurveda memperkenalkan konsep keseimbangan. Alam semesta terdiri dari empat elemen (tanah, air, api, udara) dan satu elemen, eter. Tubuh manusia Ada tiga cairan yang disebut tridosha di dalam tubuh: dahak atau phlegm, cairan empedu, dan udara atau gas di saluran pencernaan. Kesehatan Ayurveda: Jika ketiga doshas seimbang. Rasa sakit terjadi saat satu atau lebih doshas tidak berfungsi dengan optimal.

c) *Yin dan yang* (Pengobatan Tradisional Cina)

Penyembuhan secara tradisional dari Tiongkok adalah bagian penting dari warisan budaya Tiongkok. Pengobatan tradisional Tiongkok memberikan kontribusi yang signifikan terhadap perawatan kesehatan orang Tiongkok, dan karena karakteristik orientalnya yang unik dan efek terapeutik yang luar biasa, pengobatan tradisional Tiongkok dikenal dan tersebar di seluruh dunia. Elemen Yin mewakili negeri, Bulan, uap, suhu, Kelembaban, Kekelaman, kepercayaan dan komponen Feminin, di arah kiri adalah akhir hidup, pendek, Tidak, Hebat, bengis, Busuk, Berbahaya, Kegaduhan, Kekurangan, dalam satu kata buruk.



Mewakili elemen: surga, mentari, bara, bergolak, kekeringan,binar, kepercayaan maskulin, asing, sisi kanan, kehidupan, luhur, martabat, kebaikan, keindahan, kebajikan, ketertiban, kebahagiaan, kekayaan, semua elemen positif .

### **6.3 Prinsip hubungan antara personalistik dan etiologi alami**

- a) Etiologi yang komprehensif dan terbatas: Etiologi medis individualistik adalah bagian dari sistem penjelasan yang lebih luas, sedangkan etiologi naturalistik sebagian besar terbatas pada masalah penyakit. Dengan kata lain, dalam penyakit sistem pribadi hanya kasus khusus dalam menjelaskan semua kemalangan. Etiologi naturalistik, di sisi lain, terbatas pada penyakit tertentu dan tidak ada hubungannya dengan kekeringan, kegagalan berburu, konflik tanah, atau gangguan kehidupan lainnya. Dalam kasus dikotomi panas-dingin, peran mereka terbatas pada menjelaskan penyakit dan membimbing pengobatannya.
- b) Kelainan, Agama, Sihir: Sebuah etnografi sistem keagamaan, termasuk deskripsi sistem medis dan di mana berada dan seperti apa sistem itu. Itu diikat bersama. Obat-obatan, sihir, dan agama sering didiskusikan seolah-olah mereka adalah bagian yang sangat penting dari sistem. Intervensi medis jarang bersifat ritual, dan unsur agama dan magis memainkan peran kecil. Namun yang terpenting, ibadah tidak ditujukan kepada mereka yang bertanggung jawab atas berkembangnya penyakit tersebut, melainkan pada makhluk gaib yang dapat campur tangan dalam keadaan darurat sebagai penasehat masyarakat.

- c) Tingkat Kausalitas: Digeneralisasikan dari studi Radga Ghana, Goody menyimpulkan bahwa ini adalah kasus di banyak kasus. Sistem individualis kelompok buta huruf lebih kompleks karena dapat membedakan antara dua atau lebih tingkat kausalitas, dan kedua upaya penyembuhan harus memperhitungkan tingkat ini. Setidaknya satu orang dapat membedakan antara agen individu (dukun, sihir, roh, atau dewa) dan teknik yang mereka gunakan (seperti memasang benda seperti racun, mencuri jiwa, kesurupan, atau sihir). kasus. Tampaknya sudah cukup.
- d) Dukun dan penyembuh lainnya: Sebuah sistem individualis yang mengakui beberapa tingkat kausalitas logis membutuhkan penyembuh kekuatan Kekuatan gaib atau magis meramal. Dukun dan dukun biasanya tidak ditemukan dalam kelompok yang penyebab utamanya adalah naturalisme.
- e) Diagnosis: Sistem etiologi individualis dan naturalistik juga dapat dibedakan menggunakan teknik diagnostik. Untuk pengobatan gejala.

#### **6.4 Etnopsikiatri**

Etnopsikiatri terdiri dari 2 istilah, etno serta psikiatri. etno sudah ada ilmu yang baik dengan pembahasan budaya, yang erat menggunakan agama masyarakat penyebab penyakit Psikiatri adalah cabang ilmu kedokteran yang berhubungan dengan kesehatan mental. Dokter yang berspesialisasi dalam psikiatri disebut psikiater. Mental mengacu pada keadaan dan kekuatan hati dan pikiran seseorang untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Secara singkat dapat dikatakan bahwa etno berkaitan erat dengan budaya, sedangkan psikiatri erat kaitannya dengan

kepribadian. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa etnopsikiatri merupakan ilmu yang membahas tentang fenomena gangguan kesehatan jiwa yang dikaji melalui konsep budaya yang ada pada setiap kelompok sosial.

Definisi kesehatan menurut WHO: "Health is a state of complete physical, mental and sosial well-being, and not merely the absence of disease or infirmity" Hanya tidak sakit atau lemah", dan jelas bahwa ini masalahnya. Penyakit fisik dan penyakit mental sangat erat hubungannya. Kebutuhan untuk mengetahui dibagi dua dengan baik antara penyakit fisik dan penyakit jiwa ahli antropolog akan terus mendorong perkembangan pengetahuan tersebut. Adanya opini publik tentang dewa, nenek moyang, Iblis atau penyihir yang menyerang korban jiwa mereka berbicara dan memerintah melalui tubuh mereka untuk memebuhi keinginannya tentu kacau. D emam berkelanjutan dan tekanan fisik dan emosional Lanjut. Demikian juga, jika penyakit adalah akibatnya Dari hilangnya keseimbangan tubuh, pikiran dan alam, mengembalikan keseimbangan yang tepat Hanya di antara elemen-elemen ini kami bisa terjamin kesehatan kembali.

Perhatian pertama para antropolog terhadap penyakit jiwa jauh dari ranah kedokteran etnografi. Perhatian ini dimulai dengan memahami hubungan antara kepribadian dan kekuatan budaya yang memengaruhi dan membentuknya. Dalam konsep psikiatri rakyat, pikiran dapat dipengaruhi oleh perilaku normal dan abnormal. Perilaku abnormal yang oleh psikiater Barat dianggap sebagai penyakit mental umum terjadi di masyarakat non-Barat.

## **6.5 Faktor-faktor yang mempengaruhi pengobatan tradisonal**

Permintaan akan layanan kesehatan terus berkembang dari waktu ke waktu seiring dengan berkembangnya ilmu kesehatan, peralatan yang canggih, sumber daya manusia, dan sistem untuk

layanan medis. Selain rumah sakit, bermunculan layanan medis seperti klinik, puskesmas, posyandu, poskesdes dan posbindu dan juga menjadi pengobatan pilihan. Apalagi pilihan pengobatan tradisional merupakan salah satu pilihan pengobatan bagi masyarakat Indonesia.

Pendidikan memiliki dampak yang signifikan pada pengambilan keputusan ketika memutuskan area terapeutik. Hal ini dikarenakan semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah untuk mencari dan memperoleh informasi.

Faktor yang berhubungan dengan penggunaan obat tradisional menunjukkan adanya hubungan antara tingkat pendidikan dengan penggunaan obat tradisional. Berbeda dengan faktor pendidikan, faktor pengetahuan tampaknya tidak mempengaruhi keputusan pasien. Para peneliti mengatakan ini mungkin terkait dengan perbedaan budaya di antara pasien. Budaya dan kebiasaan asli seseorang berperan penting dalam pemilihan pengobatan.

Seseorang memiliki faktor internal dimana motivasi, persepsi, sikap, gaya hidup, kepribadian dan pembelajaran berada. Poin faktor internal ini mempengaruhi perilaku seseorang dalam melihat dan mempelajari apa yang ada di hadapannya sesuai dengan pengalamannya.

Dalam pemilihan obat tradisional, faktor ekonomi juga sangat berpengaruh, karena biaya pengobatan di rumah sakit yang relatif tinggi dan rata-rata responden memiliki tingkat ekonomi yang rendah. Jika pasien tidak memiliki asuransi kesehatan, sulit untuk membayar biaya pengobatannya. Dalam masyarakat modern dengan standar ekonomi tinggi, mereka memilih dokter dan institusi medis untuk mengobati penyakit. Sebaliknya, masyarakat dengan ekonomi rendah mengambil langkah pertama untuk menyembuhkan dengan membuat obat sendiri berdasarkan pengetahuan tradisional yang diturunkan dari generasi ke generasi atau mencari obat alternatif yang dikatakan dapat menyembuhkan penyakitnya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Foster, George M dan Anderson. 1986. *Antropologi Kesehatan*. Terjemahan. Jakarta: UI Press.
- Scotch, Norman A.1963. *Medical antropology dalam bienial review of antropology* B.H siegel ed. Hlm.30-68. Standford unifersity press.
- Slamet, Juli Soemirat. 2002. *Kesehatan Lingkungan*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Syukra Alhamda; *Buku Ajar Sosiologi Kesehatan*; Yogyakarta :Deepublish, 2014.
- Akbar, H., Mokodompit, P. J., & Dolot, N. H. (2022). Tradisi Motayok Dalam Pengobatan Tradisional (Studi Kasus Sosiologi Kesehatan di Bolaang Mongondow). *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)*, 5(4), 404-409.
- Keytimu, Y. M. H. (2021). FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PASIEN FRAKTUR MEMILIH PENGOBATAN TRADISIONAL. *PREPOTIF: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 5(2), 987-993.

# **BAB 7**

## **ANTROPOLOGI YANG BERKAITAN DENGAN GIZI MASYARAKAT**

**Oleh Siti Utami Dewi**

### **7.1 Pendahuluan**

Hal yang pertama: sebelum kita dapat berbicara tentang hubungan antara antropologi dan gizi masyarakat, kita perlu memiliki pemahaman yang kuat tentang apa itu antropologi, gizi, dan gizi masyarakat. Studi tentang manusia dengan fokus pada masyarakat, perilaku, dan budaya yang berkaitan dengan konstruksi masyarakat adalah tujuan antropologi. Studi tentang hubungan antara makanan dan minuman dan bagaimana pengaruhnya terhadap kesehatan manusia atau seluruh komunitas adalah inti dari ilmu gizi. Hal ini dilakukan agar masyarakat tidak mengalami masalah gizi atau penyakit. Karena itu, jelas ada hubungan antara gizi masyarakat dan antropologi. Gizi masyarakat melibatkan zat-zat antropologis, dan hal-hal tersebut dapat berpengaruh pada kondisi gizi yang ada di masyarakat. Dalam konteks masyarakat, antropologi nutrisi adalah cabang ilmu yang menyelidiki bagaimana budaya, perilaku, dan pola makan masyarakat yang beragam memengaruhi kemampuan mereka untuk memenuhi kebutuhan nutrisi komunitasnya (Maigoda *et al.*, 2020).

Seorang ahli gizi dapat menentukan jenis perawatan gizi apa yang dapat diberikan kepada suatu komunitas setelah mereka memiliki pemahaman tentang budaya makanan di masyarakat tersebut. Banyak alasan, termasuk masalah ekonomi, faktor sosial dan budaya, tingkat pendidikan, pendapatan, dan perawatan

kesehatan yang buruk, menjadi penyebab kesengsaraan gizi masyarakat. Hasilnya, berkat perkembangan antropologi, kita dapat mengkaji budaya suatu kelompok serta keragaman fisik yang terkait dengan makanan atau gizi dalam populasi tersebut.

## **7.2 Perbedaan antara Ilmu Gizi, Antropologi Gizi dan Antropologi Kesehatan tentang Gizi**

### **7.2.1 Ilmu Gizi**

Dalam tubuh manusia, nutrisi merupakan komponen yang sangat penting dan mutlak diperlukan. Gizi adalah bidang yang mempelajari sistem yang terjadi pada makhluk hidup, dan sistem itu mencakup pengambilan dan pengolahan zat padat dan cair dari makanan yang diperlukan untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan, dan fungsi organ tubuh dalam menghasilkan energi. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan gizi sebagai bidang yang mempelajari sistem yang terjadi pada makhluk hidup (Adventus *et al.*, 2019).

Bidang ilmu gizi mengkaji setiap aspek gizi dalam kaitannya dengan kesehatan tubuh manusia yang sebaik-baiknya (Hardinsyah dan Supariasa, 2016). Menurut Almatsier (2013), nutrisi adalah link kimia yang diperlukan tubuh untuk menyelesaikan tugasnya dalam produksi energi, pembentukan dan pemeliharaan jaringan, dan pengaturan aktivitas yang terjadi di dalam jaringan. Jika kita memilih makanan untuk memenuhi kebutuhan kita sehari-hari, maka kita perlu memastikan bahwa makanan yang kita pilih bergizi. Ini karena hanya makanan bergizi yang dapat memasok tubuh dengan semua nutrisi yang diperlukan untuk menjalankan fungsi normalnya. Zat gizi yang menyuplai energi adalah karbohidrat, lemak, dan protein. Oksidasi nutrisi akan menghasilkan produksi energi yang diperlukan tubuh untuk melakukan berbagai tindakan, termasuk yang berikut:

1. Pembentukan dan pemeliharaan jaringan tubuh melalui pemanfaatan protein, mineral, dan air, yang kesemuanya

merupakan komponen jaringan tubuh. Akibatnya, sangat penting untuk produksi sel-sel baru, serta pemeliharaan dan perbaikan sel-sel yang rusak.

2. Mengolah tubuh dengan menggunakan protein, mineral, air, dan vitamin untuk mengatur proses-proses yang berlangsung di dalam tubuh.

Ketika berat badan dan usia seseorang sesuai dengan standar atau ketentuan yang biasa untuk usia mereka, dapat dikatakan bahwa orang tersebut cukup gizi. Hal ini terjadi ketika jumlah makanan yang dikonsumsi selaras dengan jumlah makanan yang dibutuhkan tubuh untuk berfungsi dengan baik.

### **7.2.2 Antropologi Gizi**

Menurut Freedman yang dikutip dalam artikel Maigoda *et al* (2020), antropologi nutrisi merupakan perpaduan dua bidang kajian yang berbeda. Nutrisi adalah bidang studi yang berkonsentrasi pada efek makanan terhadap keseimbangan dan perilaku biologis seseorang. Sementara itu, tujuan antropologi adalah untuk memahami prinsip-prinsip yang mengatur hubungan individu satu sama lain dan budaya yang mereka bangun sambil juga mencoba menjelaskan proses evolusi untuk memenuhi kebutuhan psikologis mendasar (mengapa budaya dapat berkembang).

Pemeriksaan hubungan antara proses sosiokultural, ekonomi, dan ekologi dan nutrisi adalah inti dari antropologi nutrisi, yang berusaha menemukan jawaban atas berbagai pertanyaan tentang masalah manusia. Mungkin perlu untuk mengambil tindakan langsung pada individu atau membuat perubahan langsung atau tidak langsung dalam lingkungan sosial atau alam untuk mengatasi masalah gizi. Hampir sering, pemulihan yang melibatkan perubahan praktik budaya tertentu diperlukan, apa pun situasinya.



Masalah pangan, dan gizi merupakan masalah yang sangat penting dan kompleks, yang terkait dengan aspek sosial, budaya, ekonomi, pertanian, lingkungan, gizi, kesehatan, politik, dan agama. Masalah pangan, dan gizi mempengaruhi kehidupan miliaran orang di seluruh dunia. Untuk lebih spesifiknya, persoalan tersebut terkait dengan kapasitas produksi, ketersediaan pangan, kelancaran distribusi, struktur dan jumlah penduduk, daya beli rumah tangga, kesadaran gizi masyarakat, dan praktik penyehatan lingkungan. Mempelajari masalah pola konsumsi pangan merupakan salah satu hal terpenting yang dapat dilakukan dalam kaitannya dengan masalah pangan. Pola-pola tersebut banyak dipengaruhi oleh faktor sosial budaya, seperti pengetahuan, nilai, norma, keyakinan, sikap, dan perilaku, terutama yang berkaitan dengan perubahan gaya hidup, selera, dan gengsi, baik di pedesaan maupun perkotaan. Para antropolog sepakat bahwa salah satu manifestasi budaya keluarga yang disebut sebagai gaya hidup dapat dilihat dari kebiasaan makan keluarga serta pengaturan hidangan mereka. Manifestasi budaya yang ditampilkan oleh suatu keluarga inilah yang dikenal dengan gaya hidup keluarga, yang menghasilkan suatu pola atau kerangka perilaku makan atau kebiasaan makan (*food intake behavior*). Dalam bidang antropologi gizi, aspek penting antara lain:

1. Pentingnya makanan dalam konteks sosial, budaya, dan psikologis (yaitu peran sosial budaya makanan, berbeda dengan peran nutrisinya).
2. Bagaimana aspek sosial budaya dan psikologis makanan berhubungan dengan masalah gizi yang tepat, terutama dalam peradaban yang lebih tradisional.

Kegagalan negara-negara non-industri untuk menghasilkan makanan dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan populasi mereka yang berkembang pesat merupakan kontributor signifikan terhadap masalah malnutrisi global. Malnutrisi yang disebabkan oleh kekurangan parah dalam asupan kalori dan ketersediaan protein hanya dapat dikurangi melalui perbaikan

besar dalam bahan makanan di seluruh dunia, yang hanya dapat dicapai melalui praktik pertanian yang lebih baik. Tetapi sebagian besar masalah ini juga disebabkan oleh meluasnya kepercayaan palsu mengenai hubungan antara diet dan kesehatan, serta meluasnya kepercayaan, tabu, dan ritual yang mencegah orang memanfaatkan makanan yang dikonsumsi secara maksimal. tersedia bagi mereka dan makanan yang mereka konsumsi.

### **7.2.3 Antropologi Kesehatan tentang Gizi**

Antropologi Kesehatan adalah Disiplin Biokultural yang Memperhatikan Aspek Biologis dan Sosial Budaya Perilaku Manusia, Khususnya Cara Interaksi Antara Mereka Sepanjang Sejarah Kehidupan Manusia Mempengaruhi Kesehatan dan Penyakit. Antropologi Kesehatan adalah Disiplin yang Memperhatikan Biologis dan Sosial Budaya merupakan akar penyebab penyakit, yang disebabkan oleh kenyataan bahwa penyakit adalah semacam pengakuan masyarakat bahwa seseorang tidak dapat memenuhi tanggung jawab khasnya (Suprpto, 2021).

Pekerja di industri perawatan kesehatan menyadari bahwa kesehatan dan penyakit bukan hanya akibat dari faktor biologis, tetapi juga akibat dari faktor sosial budaya. Tidak cukup hanya memindahkan fasilitas kesehatan dari negara industri ke negara berkembang untuk memenuhi persyaratan sistem kesehatan di negara-negara tersebut. Perubahan kondisi sosial budaya merupakan satu-satunya hal yang dapat membawa pergeseran status kesehatan yang diakibatkan oleh pola budaya tertentu. Sebagian besar waktu, penyebab masalah kesehatan yang lazim di masyarakat dapat ditelusuri kembali ke budaya negara itu. Dua jenis kontributor terhadap kesehatan yang buruk dapat diidentifikasi: kontributor non-perilaku (seperti variabel biologis dan epidemiologis), dan kontributor perilaku dan sosial budaya. Indikator aspek perilaku dan sosial budaya biasanya sulit untuk

diukur tetapi dapat dilakukan dalam beberapa kasus. Indikator tersebut meliputi tindakan pencegahan, pola penggunaan pelayanan kesehatan, pola gizi, dan jenis indikator lainnya. Kategori budaya yang penting bagi para antropolog adalah kebiasaan makan, yang mereka pandang sebagai kompleks kegiatan memasak, masalah suka dan tidak suka, kearifan rakyat, kepercayaan, tabu, dan takhayul yang berkaitan dengan produksi, persiapan, dan konsumsi makanan. Antropolog juga melihat makanan sebagai mempengaruhi dan berhubungan dengan berbagai kategori budaya lainnya.

Menurut Maigoda, dkk. (2020), makanan dapat dipahami dalam konteks budaya dalam beberapa cara yang berbeda, antara lain sebagai berikut:

1. Budaya menentukan makanan Makanan bukan hanya produk organik dengan fitur biokimia yang dapat digunakan oleh makhluk hidup, termasuk manusia, untuk mendukung kehidupan. Sebaliknya, makanan juga merupakan fenomena budaya yang memiliki kualitas tersebut. Karena pengaruh budaya terhadap makanan, maka segala sesuatu yang hendak dikonsumsi harus terlebih dahulu mendapat persetujuan dari budaya yang bersangkutan.
2. Nafsu makan dan sensasi lapar  
Ada masyarakat tertentu yang mendikte kapan orang boleh merasa lapar dan berapa banyak makanan yang harus mereka konsumsi sebelum rasa lapar itu mereda. Dengan kata lain, nafsu makan dan lapar adalah tanda yang mirip satu sama lain tetapi berbeda.
3. Makanan dikategorikan dalam setiap masyarakat.  
Pengelompokan makanan dapat dilakukan dengan beberapa cara yang berbeda, seperti berdasarkan jenis makanan yang sesuai dengan jam makan resmi, jenis makanan yang dijadikan sebagai makanan di antara

waktu makan, menurut arisan, umur, keadaan sakit dan sehat, dan menurut ritual dan nilai-nilai simbolis.

4. Fungsi simbolis dari makanan tertentu
  - a. Makanan sebagai ungkapan ikatan sosial  
Tindakan memberi seseorang makanan dan minuman menunjukkan kepedulian, perhatian, dan persahabatan. Di sisi lain, menolak makanan sama dengan menolak tawaran kasih sayang atau persahabatan dan mengkomunikasikan permusuhan terhadap orang yang menawarkan makanan tersebut.
  - b. Makanan sering dianggap berharga dalam perannya sebagai simbol identitas etnis atau nasional. Makanan yang paling berpengaruh adalah makanan yang berasal dari, atau diduga berasal dari, kelompok itu sendiri, dan bukan makanan yang biasanya dimakan di berbagai negara atau juga dikonsumsi oleh berbagai kelompok etnis.
  - c. Makanan dan stress  
Ada kemungkinan makanan tertentu lebih akurat mencerminkan identitas orang yang mengonsumsinya daripada artefak budaya lainnya; karenanya, makan dapat menciptakan rasa damai dalam situasi yang sebaliknya membuat stres.
5. Ada hubungan psikologis yang mendalam antara konsumsi makanan, kesan kepribadian seseorang, dan keadaan emosional, dan bahasa mencerminkan hubungan ini. Misalnya, perumpamaan tentang rasa makanan digunakan untuk mengungkapkan sikap manusia. Perumpamaan-perumpamaan itu antara lain sebagai berikut: dingin, hangat, manis, asam, pahit, asin, pedas, sangat asam, sangat pedas, asam (yang keras), keras, lunak, kering, sedang, kuat, lunak, segar, pecah, dan segera.

### **7.3 Hubungan Antropologi dengan Gizi Masyarakat**

Seseorang atau sekelompok orang yang mengalami kekurangan gizi atau gizi buruk tidak hanya karena masalah ekonomi, tetapi juga dapat disebabkan oleh ide atau budaya seseorang. Antropologi dan nutrisi adalah bidang yang terhubung, dan hubungan antara keduanya kompleks. Ada sejumlah besar komunitas yang kekurangan gizi sebagai akibat langsung dari pentingnya mereka menempatkan tradisi atau kepercayaan mereka. Terlepas dari kenyataan bahwa mereka memiliki ekonomi yang memadai, orang sering menderita kelaparan. Hal ini disebabkan karena mereka sangat percaya pada tradisi dan budaya mereka sehingga mereka menolak untuk mengkonsumsi makanan yang baik untuk mereka, padahal makanan tersebut mengandung banyak nutrisi yang dibutuhkan tubuh. Hal ini menyebabkan banyak komunitas yang berbeda memiliki orang-orang yang kekurangan gizi, meskipun faktanya ada banyak makanan di dalam komunitas tersebut yang kaya akan nutrisi. Ketika rekomendasi kami bertentangan dengan norma-norma masyarakat, itu bisa membuat sangat sulit, jika bukan tidak mungkin, bagi kami untuk mempromosikan gizi di daerah itu (Arisman, 2009).

Mempelajari cara mengatasi masalah kesehatan atau kekurangan gizi di masyarakat adalah salah satu manfaat mempelajari antropologi; berbekal pengetahuan ini, kita akan dapat meyakinkan orang lain tentang pentingnya mempertahankan gaya hidup sehat dan nilai dari mengonsumsi makanan yang kaya nutrisi untuk berfungsinya tubuh kita. Kami juga dalam posisi untuk merekomendasikan kepada orang-orang agar mereka mengonsumsi makanan yang kaya nutrisi namun tidak bertentangan dengan norma budaya mereka. Pada kenyataannya, kita akan sulit untuk mengubah perilaku orang lain karena budaya mereka; melakukannya akan membutuhkan proses yang panjang dan berlarut-larut.

## 7.4 Kaitan Gizi dalam Makanan Tradisional

Makanan tradisional adalah makanan dan minuman, termasuk makanan ringan dan bahan campuran atau bahan yang digunakan secara tradisional, yang telah lama dikembangkan secara khusus di daerah dan diolah dari resep yang telah lama dikenal oleh masyarakat setempat dengan menggunakan bahan-bahan lokal dan memiliki rasa yang relatif sesuai dengan preferensi masyarakat setempat. Makanan tradisional dapat dipecah menjadi tiga kategori: makanan dan minuman, makanan ringan dan bahan campuran atau bahan yang digunakan secara tradisional (Harmayani *et al.*, 2018). Berikut ini adalah tiga kategori yang dapat digunakan untuk mengklasifikasikan makanan tradisional tersebut:

1. Makanan tradisional yang berada di ambang kepunahan, seperti esai, cethot, entog-entog, getas, es semlo, dan hawuk-hawuk, sulit didapat dan hampir mustahil ditemukan. Hal ini mungkin karena ketersediaan bahan dasar makanan tersebut semakin sulit, orang yang membuatnya mulai berhenti bekerja, atau mereka disaingi oleh produk makanan lain.
2. Makanan tradisional yang kurang dikenal Kelompok makanan tradisional yang kurang populer termasuk makanan tradisional yang masih mudah ditemukan namun semakin tidak dikenal. Makanan ini juga cenderung memiliki penggemar yang lebih sedikit dan dianggap memiliki status sosial yang lebih rendah di masyarakat. Beberapa contoh kelompok makanan tersebut antara lain kethak, adrem, wedang tahu, lemet, bothok sembulan, dan bajigur. Semua makanan tradisional ini masih mudah ditemukan.
3. Hidangan tradisional yang terkenal dan populer (masih ada). Kelompok makanan tradisional populer adalah makanan tradisional yang masih digemari oleh masyarakat. Terbukti banyak dari makanan tradisional ini

yang diperjualbelikan, dijual, dan dibeli oleh konsumen. Beberapa makanan tradisional tersebut bahkan menjadi ikon daerah tertentu, seperti gudeg, keripik melinjo, gatot, thiwul, tempe bentuk, kipo, dan sate klathak. Contoh lainnya adalah gudeg, keripik melinjo, gatot, dan thiw.

Masakan tradisional sangat menekankan pemanfaatan bahan-bahan yang bersumber dari daerah, yang sangat penting karena berhubungan langsung dengan masalah keamanan pangan. Sementara itu, metode produksi makanan, resep, dan preferensi biasanya diturunkan melalui keluarga, dengan ruang inovasi yang relatif kecil. Ada unsur-unsur tertentu yang berpotensi menjadi kekuatan, seperti yang berkaitan dengan bahan baku, tetapi ada juga hal-hal lain yang menjadi pelemah, seperti proses pengolahan, resep, dan rasa yang tampak tidak berkembang sesuai dengan perubahan waktu.

Berikut ini adalah contoh kesalahpahaman yang dimiliki masyarakat tentang makanan tradisional di masyarakat saat ini:

1. Komposisi bahan dan kandungan gizi tidak standar
2. Waktu pengolahan lama
3. Cara pengolahan tidak bersih/tidak higienis
4. Penyajian dan pengemasan kurang menarik
5. Lokasi penyajian kurang nyaman
6. Umur simpan pendek
7. Cita rasa kurang sesuai dengan selera generasi muda

Sedangkan nilai positif yang masih melekat pada produk makanan tradisional antara lain:

1. Harga murah (terjangkau oleh lapisan ekonomi kecil)
2. Pengerjaannya bersifat padat karya (sehingga banyak menyerap tenaga kerja)
3. Pembuatannya dapat dilakukan bersama-sama dengan kegiatan keluarga (jadi satu dengan dapur rumah tangga)
4. Pelaksanaan (produsen) tidak menuntut pendidikan tinggi.

Masakan tradisional adalah suatu jenis budaya yang dibedakan oleh kekhasan daerah, beragam, dan berbagai bentuk yang mewakili kemungkinan alam sumber makanan masing-masing daerah. Makanan tidak hanya sebagai sarana untuk memenuhi kebutuhan gizi seseorang, tetapi juga bermanfaat untuk menjaga ikatan antar manusia. Selain itu, makanan dapat dipasarkan dan dipromosikan untuk meningkatkan pariwisata, yang pada gilirannya dapat mendukung pendapatan daerah. Hal ini memperkuat klaim bahwa Indonesia tidak hanya kaya akan sumber daya alam, tetapi juga beragam praktik budaya dan tradisi kuliner yang dapat ditemukan di sana (Gardjito *et al.*, 2017).

## **7.5 Perbedaan Gizi antara Masyarakat Kota dan Desa**

Faktor-faktor yang membentuk masyarakat perkotaan dan pedesaan dapat menjadi acuan untuk menentukan kebutuhan gizi makanan yang dikonsumsi setiap kelompok. Dalam hal kebutuhan mereka akan makanan dan tempat mereka dalam masyarakat, budaya penduduk perkotaan dan pedesaan sangat berbeda satu sama lain. Kami tidak pernah gagal untuk membuat perbandingan antara dampak budaya yang dimiliki masyarakat perkotaan dan pedesaan satu sama lain. Jika dibandingkan dengan masyarakat pedesaan, masyarakat perkotaan memiliki kecenderungan yang lebih besar terhadap kemajuan ekonomi, pengetahuan tentang gizi, menu seimbang, dan kesehatan. Hal ini dapat dikaitkan dengan fakta bahwa masyarakat perkotaan memiliki tingkat kesadaran yang lebih tinggi mengenai isu-isu yang berkaitan dengan gizi dan cara hidup mereka. Kemiskinan, kurangnya sumber pangan, kualitas lingkungan yang buruk (kurangnya sanitasi), dan kurangnya pendidikan masyarakat tentang gizi merupakan penyebab umum masyarakat pedesaan.

Masyarakat yang berada di kawasan perkotaan biasanya disebut sebagai masyarakat perkotaan. Sifat kehidupan dan kualitas keberadaan masyarakat perkotaan lebih diprioritaskan dalam definisi masyarakat perkotaan daripada rekan-rekan



mereka di masyarakat pedesaan. Kepemilikan ikatan perasaan batin yang kuat di antara warga merupakan ciri khas masyarakat pedesaan. Lebih khusus lagi, perasaan setiap warga dan anggota masyarakat sangat kuat, dan perasaan ini membedakan masyarakat pedesaan. Intinya, ketika seseorang percaya bahwa komunitas tempat mereka tinggal mencintai dan menghormati mereka, dan bahwa setiap orang dalam komunitas memiliki hak dan tanggung jawab yang sama untuk memastikan kesejahteraan kolektif semua anggota masyarakat, orang tersebut memiliki persepsi bahwa dia adalah komponen yang tidak terpisahkan dari masyarakat di mana mereka tinggal.

Namun, bila dibandingkan antara penduduk pedesaan dan perkotaan, masyarakat perkotaan memiliki konsumsi protein dan lemak yang lebih tinggi daripada masyarakat pedesaan. Meskipun demikian, perilaku konsumsi kelompok pedesaan dan perkotaan tetap mendukung karbohidrat. Berbeda dengan masyarakat pedesaan yang standar kalori dan lemaknya masih belum sesuai dengan norma Pola Pangan Harapan (PPH) nasional, kecukupan gizi masyarakat perkotaan juga terbilang tinggi.

Menurut temuan seorang ahli kesehatan masyarakat bernama HL. Blum, faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas gizi baik kelompok perkotaan maupun pedesaan antara lain: lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan, dan pewarisan (hereditas). Tiga faktor pertama yaitu lingkungan yang mempengaruhi pola hidup sehat, bagaimana antara masyarakat perkotaan dan pedesaan dapat hidup bersih, perilaku menjadi dasar untuk menentukan bagaimana masyarakat dapat terjauh dari penyakit agar dapat hidup sehat dan bersih, dan pelayanan kesehatan merupakan faktor paling signifikan yang mempengaruhi kesehatan masyarakat. dapat menawarkan saran dan informasi mengenai Kesehatan (Adventus *et al.*, 2019).

## **7.6 Budaya Pantangan Makanan pada Masyarakat ditinjau dari Aspek Gizi Kesehatan**

Menurut Notoadmodjo (dalam Amaliyah, 2017), tujuan makanan adalah untuk mempertahankan proses tubuh dalam pertumbuhan atau perkembangan dan mengganti jaringan tubuh yang rusak, memperoleh energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari, mengatur metabolisme dan berbagai keseimbangan air, mineral, dan tubuh lainnya. Makanan juga berperan dalam mekanisme pertahanan tubuh terhadap berbagai penyakit. Jika tidak sesuai dengan temuan penelitian medis, pantangan makanan kemungkinan besar akan berbahaya. Ada makanan padat gizi yang tidak boleh dikonsumsi karena larangan agama, takhayul terkait kesehatan, dan kepercayaan lainnya.

Menurut Suhardjo dan Kusharto (2010), pantangan makanan merupakan indikasi sikap pesimis yang lebih mendalam terhadap konsumsi makanan atau makanan yang dianggap tidak pantas. Jika dilihat dari perspektif diet, tabu dapat dipecah menjadi tiga kategori berikut:

1. Kelompok pertama, yang termasuk haram menurut agama (Islam), terdiri dari jenis-jenis tabu yang tidak lagi dipertanyakan dan harus diterima tanpa diskusi.
2. Kategori kedua terdiri dari pantangan makanan yang tidak didasarkan pada agama atau sistem kepercayaan tertentu. Jelas bahwa bentuk pembatasan makanan ini berbahaya bagi kesehatan seseorang dan oleh karena itu harus dihilangkan.
3. Kelompok ketiga, pantang dengan akibat yang tidak pasti pada keadaan kesehatan dan gizi, harus diteliti (diperhatikan), dan orang harus terus melihat hasilnya dalam jangka waktu yang lebih lama. Sebagai sumber informasi untuk menentukan apakah benar-benar tidak berbahaya.

Amalan pantang atau ketaatan terhadap sesuatu yang tabu adalah sesuatu yang diturunkan dari nenek moyang kepada orang

tua dan kemudian ke generasi berikutnya. Orang-orang tidak mengerti tentang asal-usul pantangan makanan dan alasan di baliknya. Orang-orang yang mematuhi tabu biasanya memiliki pola pikir bahwa jika tabu dilanggar, itu akan menimbulkan konsekuensi tertentu yang dimaksudkan sebagai bentuk hukuman. Padahal, hukuman jenis ini tidak selalu terjadi, bahkan seringkali tidak terjadi sama sekali (Adventus *et al.*, 2019).

Padahal pembatasan pola makan yang merupakan salah satu fungsi kebiasaan makan dari konsumsi makanan memiliki implikasi penting bagi status gizi rumah tangga dan pada gilirannya gizi masyarakat (Baliwati, 2004) Namun, nilai-nilai pantangan makanan yang dipertahankan dan dipraktikkan oleh masyarakat tidak banyak mendapat perhatian untuk dikaji oleh berbagai kalangan.

Secara umum, faktor-faktor yang mempengaruhi ketersediaan pangan di suatu masyarakat dapat dibagi menjadi tiga kategori: faktor sosial (seperti jumlah anggota keluarga, tingkat pendidikan pencari nafkah utama keluarga, dan tingkat pengetahuan gizi ibu), faktor budaya, dan faktor lingkungan (kebiasaan makan yang terdiri dari unsur pola konsumsi). Preferensi makanan dan pembatasan diet dengan komponen kepercayaan pada tradisi, posisi dalam keluarga, kepercayaan sehat-sakit dan hubungan emosional). Preferensi makanan dan pembatasan diet dengan unsur-unsur kepercayaan pada tradisi dan asosiasi emosional. Tingkat pendapatan dan pengeluaran untuk pangan merupakan dua elemen ekonomi terpenting yang mempengaruhi ketahanan pangan rumah tangga. Unsur dominan yang menentukan ketersediaan pangan untuk konsumsi dan distribusi adalah faktor sosial budaya dan ekonomi yang berdampak pada keadaan ketersediaan pangan (Hardinsyah dan Supariasa, 2016).

## DAFTAR PUSTAKA

- Adventus, Jaya, I. M. M. and Mahendra, D. 2019. *Buku Ajar Antropologi Keperawatan, Antropologi Keperawatan*. Jakarta: Universitas Kristen Indonesia.
- Almatsier. 2013. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: Gramedia Pustaka.
- Amaliyah, N. 2017. *Penyehatan Makanan dan Minuman*. Yogyakarta: Deepublish.
- Arisman. 2009. *Buku Ajar Ilmu Gizi: Gizi dalam Daur Kehidupan*. Jakarta: EGC.
- Baliwati, Y. F. 2004. *Pengantar Pangan dan Gizi*. Jakarta: Penebar Swadaya.
- Gardjito *et al.* 2017. *Profil Struktur, Bumbu, dan Bahan dalam Kuliner Indonesia*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Hardinsyah and Supariasa, N. D. I. 2016. *Ilmu Gizi: Teori dan Aplikasi*. Jakarta: EGC.
- Harmayani, E., Murdijati, G. and Umar, S. 2018. *Makanan Tradisional Indonesia*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Maigoda, T. C., Wahyudi, A. and Jumiyati. 2020. *Pengantar Antropologi Gizi, Thesiscommons.Org*. Purwokerto: Pena Persada.
- Suhardjo and Kusharto. 2010. *Prinsip-prinsip Ilmu Gizi*. Yogyakarta: Kanisius.
- Suprpto. 2021. *Buku Ajar Antropologi Kesehatan Dalam Praktik Keperawatan*. Makasar: Politeknik Sandi Karsa.

# **BAB 8**

## **MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI DARI ASPEK ANTROPOLOGI SOSIAL BUDAYA**

**Oleh Farming**

### **8.1 Siklus Hidup Kesehatan Reproduksi**

Pendekatan yang diterapkan dalam menguraikan ruang lingkup kesehatan reproduksi adalah pendekatan siklus hidup yang berarti memperhatikan kekhususan kebutuhan penanganan sistem reproduksi pada setiap fase kehidupan, serta kesinambungan antar fase kehidupan tersebut. Dengan demikian, masalah kesehatan reproduksi pada setiap fase kehidupan dapat diperkirakan, yang bila tak ditangani dengan baik maka hal ini dapat berakibat buruk pada masa kehidupan selanjutnya (Febriyeni *et al.*, 2020).

Perempuan mempunyai kebutuhan khusus dibandingkan laki-laki karena kodratnya untuk haid, hamil, melahirkan, menyusui dan mengalami menopause sehingga memerlukan pemeliharaan kesehatan yang lebih intensif selama hidupnya. Ini berarti bahwa pada masa-masa kritis seperti pada saat kehamilan terutama sekitar persalinan diperlukan perhatian khusus terhadap perempuan. Dalam pendekatan siklus hidup reproduksi Wanita dikenal lima tahap, yaitu:

#### **a. Konsepsi**

Konsepsi adalah pertemuan antara sel telur (sel wanita) yang matang dan sel sperma (sel pria) yang mengakibatkan kehamilan. Kehamilan terjadi karena ada sperma yang masuk kedalam rahim dan kemudian bertemu dengan sel

telur yang matang sehingga mengakibatkan terjadi pembuahan melalui sanggama atau hubungan seksual. Pembuahan hanya dapat terjadi pada masa subur, yaitu masa tertentu dalam siklus menstruasi ketika sel telur berada dalam saluran telur. Pada tahap konsepsi terkait Kesehatan reproduksi harus dapat diberikan asuhan berupa: Perlakuan sama antara janin laki-laki dan perempuan, pelayanan antenatal atau perawatan kehamilan, pelayanan persalinan dan pelayanan pasca persalinan.

**b. Bayi dan Anak**

Pada tahap bayi dan anak terkait kesehatan reproduksi harus dapat diberikan asuhan berupa: pemberian asi eksklusif, pemantauan tumbuh kembang anak, pemberian makanan dengan gizi seimbang, imunisasi dan manajemen terpadu balita sakit, pencegahan dan penanggulangan kekerasan serta pendidikan dan kesempatan yang sama pada anak laki-laki dan perempuan.

**c. Remaja**

Pada tahap remaja terkait kesehatan reproduksi harus dapat diberikan asuhan berupa: pemberian gizi seimbang, informasi tentang kesehatan reproduksi, pencegahan kekerasan seksual (perkosaan), pencegahan terhadap ketergantungan napza. perkawinan pada usia yang wajar, pendidikan, peningkatan keterampilan, peningkatan penghargaan diri, peningkatan pendidikan, ketrampilan, penghargaan diri dan pertahanan terhadap godaan dan ancaman.

**d. Dewasa**

Pada tahap dewasa terkait kesehatan reproduksi harus dapat diberikan asuhan berupa: kehamilan dan persalinan yang aman, pencegahan kecacatan dan kematian akibat kehamilan pada ibu dan bayi, menjaga jarak kelahiran dan jumlah kehamilan dengan penggunaan alat kontrasepsi, pencegahan terhadap PMS/HIV/AIDS, pelayanan kesehatan

reproduksi berkualitas, pencegahan dan penanggulangan masalah aborsi, deteksi dini kanker payudara dan leher Rahim, pencegahan dan manajemen infertilitas.

**e. Usia lanjut**

Pada tahap usia lanjut terkait kesehatan reproduksi harus dapat diberikan asuhan berupa: perhatian pada problem menopause, perhatian pada penyakit utama degenerative, termasuk rabun, gangguan mobilitas dan osteoporosis, dan deteksi dini kanker Rahim (Priyatni, Priyatni and Rahayu, 2016).

## **8.2 Budaya Perkawinan Dari Aspek Antropologi**

Perkawinan adalah hal yang sangat sacral dan dianggap ibadah dalam kehidupan manusia, namun dengan memiliki tujuan yang sama tapi berbeda dalam adat istiadat yang mengiringinya inilah keunikan bangsa kita yang sangat kaya dengan budaya dan kebiasaan yang bercorak dimasyarakat. Menurut ajaran agama Islam perkawinan merupakan sebuah perjanjian antara dua pasang yang setara. Seorang wanita sebagai pihak yang sederajat dengan pria dapat menetapkan syarat-syarat yang diinginkan sebagaimana juga pria, sehingga dalam sebuah perkawinan antara pria dan wanita tidak terdapat kondisi yang mendominasi dan didominasi. Semua pihak setara dan sederajat untuk saling bekerja sama dalam sebuah ikatan cinta dan kasih sayang (mawaddah wa rahmah).

Upacara perkawinan merupakan suatu peralihan yang terpenting, karena upacara tersebut dianggap merayakan saat peralihan dari tingkat hidup remaja ke tingkat hidup dewasa yang ditandai dengan suatu perkawinan. Undang-Undang No. 1 pasal 1 tahun 1974 tentang perkawinan, menyatakan bahwa perkawinan adalah ikatan lahir dan batin pria dengan wanita sebagai suami istri dengan tujuan membentuk keluarga (rumah tangga) yang kekal berdasarkan Ketuhanan Yang Maha Esa. Pelaksanaan upacara pengikatan janji nikah yang dirayakan

atau dilaksanakan oleh dua orang dengan maksud meresmikan ikatan perkawinan secara hukum agama, hukum negara, dan hukum adat. Perkawinan dalam pandangan kebudayaan, merupakan tatanan kehidupan yang mengatur kelakuan manusia. Selain itu, perkawinan juga mengatur hak dan kewajiban serta perlindungan terhadap hasil-hasil perkawinan tersebut (Husaini *et al.*, 2017).

Beberapa penjelasan budaya pernikahan yang ada di masyarakat Indonesia:

a. Budaya Pernikahan Suku Banjar

Prosesi pada perkawinan adat banjar sangat berkaitan erat dengan unsur-unsur budaya. Budaya pernikahan di suku Banjar meliputi Basasuluh, Batatakunan, Badatang, Maatar Patalian; Maatar Jujuran, Nikah, Bapingit, Mandi-mandi, Batamat Qur'an, dan Hari Perkawinan.

b. Budaya Pernikahan Suku Jawa

Perkawinan adat Jawa merupakan rangkaian ritual yang panjang, rumit, saling berhubungan dan saling mendukung. Ritual tersebut diawali dari perjudohan dua insan, dilanjutkan proses nembung (meminang) hingga pemilihan hari pernikahan yang dipertimbangkan menurut perhitungan dengan ilmu numerology (Bahasa Jawa: nogodino) yang rumit. Ilmu numerology tersebut menyangkut hari kelahiran dua mempelai, hari naas (hari buruk) keluarga, hari dan bulan baik, kedudukan mempelai dalam urutan kelahiran hingga arah perjalanan mempelai.

Seluruh acara perkawinan, nikah dan panggih, berlangsung kurang lebih 60 hari, yang meliputi acara : nontoni, Meminang (ngebunibun isuk, anje jawah santen), Peningset, Serahan (pasok tukon, Pingitan (kurang lebih tujuh hari), Tarub, Siraman dengan selamatan (malam midodareni), Panggih, upacara akad nikah/ijab kabul, Resepsi yaitu pertemuan atau jamuan yang diadakan untuk menerima tamu pada pesta perkawinan. Seringkali dalam



upacara resepsi diadakan nyanyian bersama yang disebut penembrama yaitu nyanyian bersama dengan diiringi gamelan sebagai pertanda penghormatan kepada sepasang pengantin dan para tamu. Suguhan hiburan yang dilakukan pertama kali yaitu tari “gombyong” tarian “karon sirih” melambangkan sepasang manusia, Ngaduh pengantin. (Husaini *et al.*, 2017)

c. Budaya Pernikahan Suku Bugis Makassar

Pada suku Bugis Makassar, pernikahan tidak hanya persatuan dua mempelai tetapi merupakan persatuan dua buah keluarga besar. Unsur bibit bebet bobot calon mempelai masih memegang peranan penting dalam melaksanakan pernikahan untuk orang Bugis Makassar. Yang paling sering terjadi orang tua pihak laki-lakilah yang mencarikan jodoh untuk anaknya, dengan mencari gadis dari keluarga yang dianggap sederajat. Dalam upacara adat pernikahan Bugis Makassar, banyak ritual-ritual yang dilakukan tahapan-tahapan tersebut antara lain: mammanu-manu dan madduta, mappetuada, mappasili, mappanre temme dan mappaci, akad nikah, mappasikarawa, dan mapparola (Kapojos and Wijaya, 2018).

### **8.3 Masalah Kesehatan Reproduksi**

Kesehatan Reproduksi adalah keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial yang utuh dalam segala hal yang berkaitan dengan fungsi, peran dan sistem reproduksi. Pelayanan kesehatan reproduksi mencakup semua pelayanan yang disediakan oleh program-program yang ada dalam ruang lingkup kesehatan reproduksi, misalnya: kesehatan ibu dan bayi baru lahir, KB, kesehatan reproduksi remaja, pencegahan dan penanggulangan PMS/HIV/AIDS, berbagai pelayanan kesehatan reproduksi lainnya seperti konseling, pemeriksaan dan penanganan berbagai masalah kesehatan reproduksi.

Masalah-masalah Kesehatan reproduksi yang sering terjadi dari aspek antropologi sosial budaya, antara lain:

**a. Masalah gizi pada ibu hamil**

Permasalahan gizi pada ibu hamil di Indonesia tidak terlepas dari faktor budaya setempat. Hal ini disebabkan karena adanya kepercayaan-kepercayaan dan pantangan-pantangan terhadap beberapa makanan. Kepercayaan bahwa ibu hamil dan post partum pantang mengkonsumsi makanan tertentu menyebabkan kondisi ibu post partum kehilangan zat gizi yang berkualitas. mitos, tabu, dan kepercayaan-kepercayaan makanan yang berlaku dalam setiap masyarakat, dengan penjelasan-penjelasan budaya yang bermacam-macam, boleh dikatakan sebagai bentuk pembatasan budaya terhadap kecukupan gizi, yang pasti akan berpengaruh terhadap kondisi kesehatan.

Masalah gizi pada ibu hamil yang biasa terjadi adalah anemia dan kekurangan energi kronik (KEK). Anemia adalah kondisi dimana berkurangnya sel darah merah (eritrosit) dalam sirkulasi darah atau massa hemoglobin sehingga tidak mampu memenuhi fungsinya sebagai pembawa oksigen ke seluruh jaringan. Faktor sosial budaya setempat juga berpengaruh pada terjadinya anemia. Pendistribusian makanan dalam keluarga yang tidak berdasarkan kebutuhan untuk pertumbuhan dan perkembangan anggota keluarga, serta pantangan-pantangan yang harus diikuti oleh kelompok khusus misalnya ibu hamil, bayi, ibu nifas merupakan kebiasaan-kebiasaan adat-istiadat dan perilaku masyarakat yang menghambat terciptanya pola hidup sehat di masyarakat (Saptandari, 2016).

KEK adalah keadaan dimana seseorang mengalami kekurangan gizi (kalori dan protein) yang berlangsung lama atau menahun, dengan ditandai berat badan kurang dari 40 kg atau tampak kurus dan dengan LILA-nya kurang

`dari 23,5 cm. Kondisi kesehatan bayi yang dilahirkan sangat dipengaruhi oleh keadaan gizi ibu selama hamil. KEK pada ibu hamil perlu diwaspadai kemungkinan ibu melahirkan bayi berat lahir rendah, pertumbuhan dan perkembangan otak janin terhambat sehingga mempengaruhi kecerdasan anak dikemudian hari dan kemungkinan prematur.

#### **b. Kehamilan Remaja**

Kehamilan remaja adalah kehamilan yang terjadi pada remaja yang merupakan akibat dari perilaku seksual baik disengaja (sudah menikah) maupun tidak disengaja (belum menikah). Beberapa hal yang mengakibatkan kehamilan remaja antara lain: kurangnya peran orang tua dalam keluarga, kurangnya pendidikan seks dari orang tua dan keluarga terhadap remaja, dan perkembangan IPTEK yang tidak didasari dengan perkembangan mental yang kuat .

#### **c. Kekerasan terhadap perempuan**

Kekerasan Terhadap Perempuan (KTP) adalah setiap perbuatan yang dikenakan pada seseorang semata-mata karena dia perempuan yang berakibat atau dapat menyebabkan kesengsaraan/penderitaan secara fisik, psikologis atau seksual. Kuatnya pengertian yang bersumber pada nilai-nilai budaya yang memisahkan peran dan sifat gender laki-laki dan perempuan secara tajam dan tidak setara menjadi penyebab terjadinya KTP dari segi budaya.

Hal-hal yang dapat dilakukan untuk mencegah KTP antara lain : Masyarakat menyadari/mengakui KTP sebagai masalah yang perlu diatasi, Menyebarkan produk hukum tentang pelecehan seks di tempat kerja, Membekali perempuan tentang penjaan keselamatan diri, Melaporkan tindak kekerasan pada pihak yang berwenang, Melakukan aksi menentang kejahatan seperti kecanduan

alcohol, perkosaan dan lain-lain, antara lain melalui organisasi masyarakat.

**d. *Unsafe Abortion* (Praktik Aborsi yang Tidak Aman)**

Unsafe abortion adalah upaya untuk terminasi kehamilan muda dimana pelaksanaan tindakan tersebut tidak mempunyai cukup keahlian dan prosedur standar yang aman sehingga dapat membahayakan keselamatan jiwa pasien. Unsafe abortion adalah prosedur penghentian kehamilan oleh tenaga kurang terampil (tenaga medis/non medis), alat tidak memadai, lingkungan tidak memenuhi syarat Kesehatan. Upaya promotif dan prefentif pada remaja dengan memberi pendidikan seks yang sehat, termasuk menghindari kehamilan, menyediakan metode KB khusus untuk remaja, memberi penjelasan tentang KB darurat (Febriyeni *et al.*, 2020).

#### **8.4 Penggunaan Kontrasepsi Ditinjau dari Aspek Sosial Budaya**

Kontrasepsi ialah usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan yang bersifat sementara dapat pula bersifat permanent. Dalam menggunakan kontrasepsi, keluarga pada umumnya mempunyai perencanaan atau tujuan yang ingin dicapai. Tujuan tersebut diklasifikasikan dalam tiga kategori, yaitu menunda atau mencegah kehamilan, menjarangkan kehamilan, serta menghentikan atau mengakhiri kehamilan atau kesuburan. Cara kerja kontrasepsi bermacam-macam tetapi pada umumnya yaitu mengusahakan agar tidak terjadi ovulasi, melumpuhkan sperma dan menghalangi pertemuan sel telur dengan sperma.

Keikutsertaan ibu dalam menggunakan kontrasepsi berhubungan dengan sosial budaya yang berkembang dalam masyarakat. Masyarakat yang sudah tidak mempercayai mitos-mitos yang berkembang di masyarakat cenderung menggunakan alat kontrasepsi dibandingkan mereka yang

masih mempercayai mitos. Selain itu masih ada masyarakat yang dalih agama bahwa menggunakan kontrasepsi dilarang agama ehingga tidak menggunakan alat kontrasepsi. Kebiasaan masyarakat yang lebih menghargai anak laki-laki dibandingkan anak perempuan sehingga ketika anaknya sudah ada 2-4 orang tetapi belum memiliki anak laki-laki maka mereka berusaha untuk mendapatkan anak laki-laki, yang berarti istri tidak menggunakan alat kontrasepsi dan harus melahirkan untuk mendapatkan anak laki-laki.

Kondisi budaya masyarakat berpengaruh terhadap pengambilan keputusan dalam masalah kontrasepsi. Situasi budaya dalam hal ini adat istiadat saat ini memang tidak kondusif untuk *help seeking behavior* dalam masalah kontrasepsi di Indonesia. Hal ini dikemukakan berdasarkan realita, bahwa masih adanya larangan untuk menggunakan alat kontrasepsi dan masih adanya masyarakat yang sudah terbiasa menganggap bahwa banyak anak banyak rezeki. Hal ini tentu berkaitan pula tentang pengetahuan dan pemahaman masyarakat tentang pentingnya penggunaan alat kontrasepsi (Sitorus and Maimunah, 2020).

## DAFTAR PUSTAKA

- Febriyeni, F. *et al.* 2020. *Kesehatan Reproduksi Wanita*. Yayasan Kita Menulis.
- Husaini *et al.* 2017. Buku Ajar Antropologi Sosial Kesehatan. *Antropologi Sosial Kesehatan*, pp. 1–226.
- Kapojos, S.M. and Wijaya, H. 2018. Mengenal Budaya Suku Bugis. *Jurnal Lembaga STAKN Kupang/ MATHETEUEO Vol, 6(2)*, p. 153.
- Prijatni, I., Prijatni, I. and Rahayu, S. 2016. Kesehatan reproduksi dan keluarga berencana. Pusdik SDM Kesehatan.
- Saptandari, P. 2016. Nilai-Nilai dan Praktek Budaya Tentang Pemenuhan Kesehatan Perempuan Bawean. *BioKultur*, V No. 1(1), pp. 36–60.
- Sitorus, N.Y. and Maimunah, R. 2020. Keikutsertaan menjadi akseptor KB ditinjau dari aspek sosial budaya dan dukungan keluarga. *Holistik Jurnal Kesehatan*, 14(3), pp. 429–435. doi:10.33024/hjk.v14i3.3015.

# **BAB 9**

## **MASALAH KESEHATAN LINGKUNGAN DAN EKOLOGI DARI ASPEK ANTROPOLOGI SOSIAL BUDAYA**

**Oleh Mahaza**

### **9.1 Pendahuluan**

Ilmu-ilmu pengetahuan yang mengkaji tentang kesehatan seperti diantaranya sosiologi, antropologi, psikologi dan lain-lainnya yang mengkaji kesehatan berdasarkan disiplin ilmu masing-masing. Pandangan kesehatan dari segi sosiologis adalah “sakit” tidak hanya memiliki peran secara individu, tetapi juga peran sakit mengakibatkan individu “bergantung pada orang lain”, dan menimbulkan adanya penyimpangan sosial. Tidak hanya individu yang merasakan, tetapi juga keluarga/ kerabat juga turut merasakan akibatnya. Sosiologi kesehatan memiliki akses ke sumber daya yang dibutuhkan untuk meningkatkan kesehatan. Pandangan kesehatan dari segi antropologi adalah konsep sehat dan sakit dipandang dari segi kebudayaan (*diseases*) dan dari perspektif medis (*illness*). Sedangkan pandangan kesehatan dari perspektif psikologis adalah berkaitan dengan bagaimana karakteristik pribadi seseorang yang memandang penyakit dari pengalaman pribadi mereka dan memberikan kontribusi berupa keyakinan untuk kesehatan.

Dalam tulisan ini, penulis mengkaji pandangan kesehatan dari segi antropologi. Antropologi kesehatan turut serta menyumbangkan pemikirannya berkaitan dengan konsep “sehat” dan “sakit”, hubungan antara individu yang “sakit” dengan lingkungan tempat tinggalnya dalam masyarakat. Antropologi medis juga membahas tentang berbagai pandangan pengobatan kesehatan yang ada di seluruh dunia, pandangan antara pengobatan tradisional yang dulunya disebut orang Barat sebagai pengobatan “primitif”, dan pengobatan modern Barat yang sudah diakui secara klinis. Lalu, apakah antropologi kesehatan ditinjau dari segi pandangan ilmu pengetahuan? Apakah antropologi medis memiliki hubungan dengan kebudayaan suatu masyarakat

## **9.2 Antropologi dalam Kesehatan Lingkungan**

Pada tahun 1849, Rudolf Virchow, seorang ahli patologi Jerman terkemuka menulis, apabila kedokteran adalah ilmu mengenai manusia yang sehat maupun yang sakit, maka ada pula ilmu yang merumuskan hukum-hukum sebagai dasar struktur sosial, untuk menjadikan hal-hal tersebut saling berkaitan (inheren) dalam manusia itu sendiri sehingga kedokteran dapat melihat struktur sosial yang mempengaruhi kesehatan dan penyakit, maka kedokteran dapat ditetapkan sebagai antropologi. Namun demikian, tidak dapat dikatakan bahwa Virchow berperan dalam pembentukan asal-usul bidang antropologi kesehatan, karena hanya sebatas cetusan inspirasi yang cemerlang dan belum menjadi suatu disiplin ilmu.

Pada tahun 1953, untuk pertama kalinya timbul perhatian pada antropologi kesehatan yang ditulis Caudill, berjudul *“Applied Anthropology in Medicine”*. Tetapi meskipun telah menimbulkan antusiasme, tulisan itu tidak menciptakan suatu subdisiplin ilmu baru. Hingga sepuluh tahun kemudian, tepatnya pada tahun 1963, Scoth memberi judul “Antropologi Kesehatan” dan Paul membicarakan “Ahli Antropologi



Kesehatan” dalam suatu artikel mengenai kedokteran dan kesehatan masyarakat. Setelah itu baru ahli-ahli antropologi Amerika benar-benar menghargai implikasi dari penelitian-penelitian tentang kesehatan dan penyakit bagi ilmu antropologi. Pengesahan lebih lanjut atas subdisiplin antropologi kesehatan ini adalah dengan munculnya tulisan yang dibuat Pearsall (1963) yang berjudul *Medical Behaviour Science* (3000 judul) yang terdaftar dalam bibliografi yang memberikan kontribusi penting akan sistem medis bagi ilmu antropologi.

### **9.3 Pandangan Kesehatan ditinjau sebagai Startegi Adaptasi Sosial-Budaya**

Sistem medis adalah *“pola-pola dari pranata-pranata sosial dan tradisi-tradisi budaya yang meyangkut perilaku yang sengaja untuk meningkatkan kesehatan, meskipun hasil dari tingkahlaku khusus tersebut belum tentu kesehatan yang baik”* (Dunn 1976 : 135). Maksudnya, sistem medis tidak hanya mempengaruhi individu dalam kelompok tetapi juga tradisi yang ada di kelompok tersebut yang saling terkait dan tidak dapat dipisahkan. Penyakit, dengan rasa sakit dan penderitaannya merupakan kondisi manusia yang dapat diramalkan, serta ada gejala biologis maupun kebudayaan. Sebelum kita mengalami sakit, ada gejala-gejala tertentu yang terjadi di dalam diri kita. Contohnya, pada saat ini kita mulai masuk musim pancaroba, dimana seringkali kekebalan tubuh menurun, sehingga kita mudah terserang penyakit. Penyakit yang seringkali muncul adalah : batuk, pilek, demam, dan rasa tidak nyaman yang ada di tubuh bisa kita, rasakan dulu gejalannya sebelum penyakit itu benar-benar menyerang tubuh kita.

Pada manusia, penyakit mengancam secara besar-besaran, tidak hanya kemanan biolois penderita dan kelompok yang terancam, juga mempengaruhi kehidupan sosial dan

ekonomi kelompok penderita. Sepertihalnya individu yang hidup dalam kelompok, jika satu individu terkena sakit maka juga akan mempengaruhi perannannya dalam kelompok tersebut, misalnya epidemi penyakit satu individu yang menyerang ke anggota kelompok sehingga ada perubahan dari segi sosial dan ekonomi. Pada perkembangannya, muncul rasa simpati dan empati dari kelompok untuk menyembuhkan “si sakit”. atau membiarkan “si sakit” untuk sembuh sendiri diluar kelompoknya. Makna sakit bagi orang sakit adalah sejauh ia tidak dapat memenuhi kewajiban normalnya terhadap warga lain dan ia dianggap berbahaya bagi kelompok tersebut. Contohnya adalah penyakit ebola yang menyebar pada wilayah Afrika yang menyebabkan penyakit tersebut menular pada individu ke masyarakat, yang kemudian menjadi epidemi / wabah.

Sistem medis adalah bagian-bagian dari kebudayaan pada tingkatan yang lebih abstrak, yang dalam isi dan bentuknya mencerminkan pola dan nilai yang kurang nampak. Di desa Tintzantzan di Meksiko, kesehatan didefinisikan dalam rangka keseimbangan antara kekuatan-kekuatan yang “panas” dan “dingin”. Panas dan dingin menurut pandangan orang China berkaitan antara keseimbangan Ying dan Yang. Kekuatan-kekuatan ini berada dalam tubuh dan alam sekitar. Konsistensi dalam pola kebudayaan terdapat pada banyak masyarakat, kepercayaan dan praktek medis adalah magi. Ilmu gaib dipakai untuk menjelaskan semua hal berkaitan dengan kemalangan dan mengawasi lingkungan sosial. Contohnya pada masyarakat Jawa, masih percaya akan adanya sawan. Sawan ini berkaitan dengan sawan manten dan sawan yang berkaitan dengan orang meninggal. Contoh lainnya masyarakat Jawa memang memiliki kepercayaan akan dunia medis, tapi seringkali mereka lebih percaya akan pengobatan alternatif / tradisional. Para dukun-dukun di Jawa juga dipercayai memiliki kekuatan mistis yang dapat menyembuhkan orang

sakit yang memiliki kekuatan supranatural yang dapat berkomunikasi dengan roh-roh halus. Di negara Barat, kedokteran formal menonjol dari segi ilmiahnya, yang terbukti secara medis dalam dunia kedokteran modern.

## **Etnomedisin**

Etnomedisin berkaitan dengan sistem budaya penyembuhan dan parameter pengetahuan penyakit. Berbagai konstruksi bermakna lintas budaya dapat dilihat untuk menantang prosedur biomedis epidemiologi (Kleinman, 1980). Sedangkan menurut Foster/Anderson, istilah etnomedisin, pada masa kini merupakan pengetahuan luas yang berasal dari rasa keingintahuan para ahli-ahli antropologi akan dunia medis, dan metode-metode penelitian untuk menambah pengetahuan yang ditinjau secara teoritis dan praktis (Foster/Anderson, 1986;61). Etnomedisin dibagi menjadi dua kategori, yaitu personalistik dan naturalistik.

Personalistik adalah suatu sistem dimana penyakit (*illness*) disebabkan oleh intervensi dari suatu agen aktif karena alasan tertentu seperti: makhluk supranatural (gaib atau dewa); makhluk bukan manusia (hantu, roh leluhur, roh jahat); manusia (Penyihir dan tukang tenung). Naturalistik, penyakit (*illness*) dijelaskan sebagai bagian dari sistem, bukan sebagai pribadi. Adanya suatu model keseimbangan bahwa, ia dikatakan sehat apabila unsur-unsur dalam tubuh tetap, seperti *yin* dan *yang*, cairan dalam tubuh seimbang. Apabila keseimbangan ini terganggu, maka akan menyebabkan penyakit. Adanya faktor “supranatural” dan “nonsupranatural” yang mempengaruhi. Salah satu contoh dari etnomedisin adalah pengobatan India dan China. Pengobatan Ayurveda, yang berasal dari India Menurut teori Ayurveda, alam semesta terdiri dari 5 unsur: bumi, air, api, udara ditambah eter (*ether*). Manusia memiliki 3 humor disebut *dosha* (flegma, empedu, dan gas dalam tubuh disebut tridosha). Dikatakan sakit apabila

salah satu dosha tidak berfungsi, sedangkan dikatakan sehat jika tridosha berfungsi dengan baik. Pengobatan tradisional China, *yin* dan *yang* dianggap sebagai unsur primordial dari mana alam semesta yang berputar. *Yang* mewakili segala unsur yang positif dan panas, *ying* mewakili segala unsur yang bersifat negatif dan dingin. 5 unsur utama dalam tubuh: air, api, udara, tanah dan kayu penyakit sakit diakibatkan kerusakan, bisa dari unsur luar dan dalam, sebab fisik dan mental.

#### **9.4 Masalah Kesehatan lingkungan**

Masalah Kesehatan Lingkungan yang ada di masyarakat yang merupakan masalah kompleks yang untuk mengatasinya dibutuhkan integrasi dari berbagai sector terkait m kesehatan lingkungan antara lain:

##### **1. Air Bersih**

Air bersih adalah air yang digunakan untuk keperluan sehari-hari yang kualitasnya memenuhi syarat kesehatan dan dapat diminum apabila telah dimasak. Air minum adalah air yang kualitasnya memenuhi syarat kesehatan dan dapat langsung diminum.

Syarat-syarat Kualitas Air Bersih diantaranya adalah sebagai berikut:

- a) Syarat Fisik: Tidak berbau, tidak berasa, dan tidak berwarna
- b) Syarat Kimia: Kadar Besi: maksimum yang diperbolehkan 0,3 mg/l, Kesadahan (maks 500 mg/l)
- c) Syarat Mikrobiologis: Koliform tinja/total koliform (maks 0 per 100 ml air)

##### **2. Pembuangan Kotoran/Tinja**

Metode pembuangan tinja yang baik yaitu dengan jamban dengan syarat sebagai berikut:

- a. Tanah permukaan tidak boleh terjadi kontaminasi
- b. Tidak boleh terjadi kontaminasi pada air tanah yang mungkin memasuki mata air atau sumur
- c. Tidak boleh terkontaminasi air permukaan
- d. Tinja tidak boleh terjangkau oleh lalat dan hewan lain
- e. Tidak boleh terjadi penanganan tinja segar ; atau, bila memang benar-benar diperlukan, harus dibatasi seminimal mungkin jamban harus bebas dari bau atau kondisi yang tidak sedap dipandang
- f. Metode pembuatan dan pengoperasian harus sederhana dan tidak mahal.

### **3. Kesehatan Pemukiman**

Secara umum rumah dapat dikatakan sehat apabila memenuhi kriteria sebagai berikut:

- a. Memenuhi kebutuhan fisiologis, yaitu : pencahayaan, penghawaan dan ruang gerak yang cukup, terhindar dari kebisingan yang mengganggu
- b. Memenuhi kebutuhan psikologis, yaitu : privacy yang cukup, komunikasi yang sehat antar anggota keluarga dan penghuni rumah
- c. Memenuhi persyaratan pencegahan penularan penyakit antarpenghuni rumah dengan penyediaan air bersih, pengelolaan tinja dan limbah rumah tangga, bebas vektor penyakit dan tikus, kepadatan hunian yang tidak berlebihan, cukup sinar matahari pagi, terlindungnya makanan dan minuman dari pencemaran, disamping pencahayaan dan penghawaan yang cukup
- d. Memenuhi persyaratan pencegahan terjadinya kecelakaan baik yang timbul karena keadaan luar maupun dalam rumah antara lain persyaratan garis sempadan jalan, konstruksi yang tidak mudah roboh, tidak mudah terbakar, dan tidak cenderung membuat penghuninya jatuh tergelincir.

#### **4. Pembuangan Sampah**

Teknik pengelolaan sampah yang baik dan benar harus memperhatikan faktor-faktor /unsur, berikut:

- a. Penimbunan sampah. Faktor-faktor yang mempengaruhi produksi sampah adalah jumlah penduduk dan kepadatannya, tingkat aktivitas, pola kehidupan/tk sosial ekonomi, letak geografis, iklim, musim, dan kemajuan teknologi
- b. Penyimpanan sampah
- c. Pengumpulan, pengolahan dan pemanfaatan kembali
- d. Pengangkutan
- e. Pembuangan

Dengan mengetahui unsur-unsur pengelolaan sampah, kita dapat mengetahui hubungan dan urgensinya masing-masing unsur tersebut agar kita dapat memecahkan masalah-masalah ini secara efisien.

#### **5. Serangga dan Binatang Pengganggu**

Masalah Serangga sebagai reservoir (habitat dan survival) bibit penyakit yang kemudian disebut sebagai vektor misalnya: pinjal tikus untuk penyakit pes/sampar, Nyamuk Anopheles sp untuk penyakit Malaria, Nyamuk Aedes sp untuk Demam Berdarah Dengue (DBD), Nyamuk Culex sp untuk Penyakit Kaki Gajah/Filariasis.

- a. Penanggulangan/pencegahan dari penyakit tersebut diantaranya dengan merancang rumah/tempat pengelolaan makanan dengan rat proof (rapat tikus), Kelambu yang dicelupkan dengan pestisida untuk mencegah gigitan Nyamuk Anopheles sp, Gerakan 3 M (menguras mengubur dan menutup) tempat penampungan air untuk mencegah penyakit DBD, Penggunaan kasa pada lubang angin di rumah atau

dengan pestisida untuk mencegah penyakit kaki gajah dan usaha-usaha sanitasi.

- b. Binatang pengganggu yang dapat menularkan penyakit misalnya anjing dapat menularkan penyakit rabies/anjing gila. Kecoak dan lalat dapat menjadi perantara perpindahan bibit penyakit ke makanan sehingga menimbulkan diare. Tikus dapat menyebabkan Leptospirosis dari kencing yang dikeluarkannya yang telah terinfeksi bakteri penyebab.

## **6. Makanan dan Minuman**

- a. Sasaran higiene sanitasi makanan dan minuman adalah restoran, rumah makan, jasa boga dan makanan jajanan (diolah oleh pengrajin makanan di tempat penjualan dan atau disajikan sebagai makanan siap santap untuk dijual bagi umum selain yang disajikan jasa boga, rumah makan/restoran, dan hotel).
- b. Persyaratan hygiene sanitasi makanan dan minuman tempat.

## **7. Pencemaran Lingkungan**

Pencemaran lingkungan diantaranya pencemaran air, pencemaran tanah, pencemaran udara. Pencemaran udara dapat dibagi lagi menjadi *indoor air pollution* dan *out door air pollution*. *Indoor air pollution* merupakan problem perumahan/pemukiman serta gedung umum, bis kereta api, dll. Masalah ini lebih berpotensi menjadi masalah kesehatan yang sesungguhnya, mengingat manusia cenderung berada di dalam ruangan ketimbang berada di jalanan.

Diduga akibat pembakaran kayu bakar, bahan bakar rumah tangga lainnya merupakan salah satu faktor resiko timbulnya infeksi saluran pernafasan bagi anak balita. Mengenai masalah *out door pollution* atau pencemaran

udara di luar rumah, berbagai analisis data menunjukkan bahwa ada kecenderungan peningkatan. Beberapa penelitian menunjukkan adanya perbedaan resiko dampak pencemaran pada beberapa kelompok resiko tinggi penduduk kota dibanding pedesaan. Besar resiko relatif tersebut adalah 12,5 kali lebih besar. Keadaan ini, bagi jenis pencemar yang akumulatif, tentu akan lebih buruk di masa mendatang.

Pembakaran hutan untuk dibuat lahan pertanian atau sekedar diambil kayunya ternyata membawa dampak serius, misalnya infeksi saluran pernafasan akut, iritasi pada mata, terganggunya jadwal penerbangan, terganggunya ekologi hutan. Untuk itu dengan adanya HYDRO mesin air RO dapat mengatasi masalah-masalah lingkungan di Indonesia terutama masalah air seperti keruh, berbau, kuning, mengandung Mangan (Mn), mengandung kadar besi tinggi dll. HYDRO water filter mampu mengatasi permasalahan air Anda dengan menggunakan media yang berkualitas dengan ukuran media kurang dari 1mm dan Grade number pore size lebih dari 1100 point.



## DAFTAR PUSTAKA

- Foster/Anderson, 1986;1-3. Menurut Weaver: Antropologi kesehatan hukum kedokteran (*medico-legal*). Hasan dan Prasad; 1959. h. 21-22.
- M. Prawiro. 2019. Aspek sosial kedokteran (*medico-social*) dan masalah-masalah kesehatan manusia [sumber online] 2019 April [diakses 25 Juli 2022]. Tersedia dari : URL <https://www.maxmanroe.com/vid/sosial/pengertian-antropologi.html>
- Suprpto. 2021. Buku Ajar Antropologi Kesehatan dalam Praktik Keperawatan. Makassar: LP2M Akademi Keperawatan Sandi Karsa.
- Aditya RS, Nigrum LR, Fahrany F, Kodriyah L, Mayasari E. 2020. Pengantar Antropologi Kesehatan. Edisi ke-1. Malang: Literasi Nusantara.
- Sidiq SS. 2013. Sosiologi-Antropologi dan Perilaku Kesehatan. Cet.1. Pekanbaru: Alaf Riau Publishing.

# **BAB 10**

## **KEBUDAYAAN RUMAH SAKIT DAN INTERAKSI ANTAR PASIEN**

**Oleh Niken Bayu Argaheni**

### **10.1 Pendahuluan**

Setiap pasien yang masuk rumah sakit memiliki seperangkat kebutuhan—gejala klinis yang memerlukan perhatian medis dan masalah khusus untuk individu yang dapat mempengaruhi perawatannya. Saat pasien bergerak di sepanjang rangkaian perawatan, itu penting agar rumah sakit bersiap untuk mengidentifikasi dan menangani bukan hanya aspek klinis perawatan, tetapi juga spektrum masing-masing karakteristik demografis dan pribadi pasien. Rumah sakit negara secara tradisional berfokus pada pemenuhan kebutuhan klinis pasien mereka; mereka berusaha untuk mencegah kesalahan dan menghindari ketidakakuratan yang berdampak negatif terhadap keselamatan dan kualitas perawatan. Namun, pasien juga memiliki karakteristik khusus dan kebutuhan nonklinis yang dapat mempengaruhi cara mereka melihat, menerima, dan berpartisipasi dalam perawatan kesehatan. Badan penelitian yang terus berkembang dokumen yang dialami oleh berbagai populasi pasien penurunan keselamatan pasien, hasil kesehatan yang lebih buruk, dan perawatan berkualitas berdasarkan ras, etnis, bahasa, disabilitas, dan orientasi seksual. Seperti budaya, komunikasi, mobilitas, dan kebutuhan dasar pasien lainnya tidak terpenuhi, rumah sakit akan terus menempatkan diri mereka dan pasien mereka pada risiko konsekuensi negatif. Untuk meningkatkan keamanan secara keseluruhan dan kualitas perawatan yang diberikan di rumah sakit nasional, perawatan kesehatan organisasi

harus bercita-cita untuk memenuhi kebutuhan unik pasien. (Irviranty, 2015; Joint Commission International, 2010; Nisa, 2020)

## **10.2 Bagian Admisi**

Proses penerimaan biasanya merupakan titik kontak awal dimiliki pasien dengan rumah sakit. Informasi pasien kunci adalah dikumpulkan selama masuk dan digunakan untuk identifikasi, penagihan, dan tujuan perencanaan perawatan. Selain itu, pasien menerima banyak informasi dari rumah sakit, termasuk dokumen hak pasien dan rumah sakit terkait kebijakan. Saat pasien dan keluarga mereka berinteraksi dengan staf di meja pendaftaran dan mengisi formulir pendaftaran dan dokumen, fase penerimaan dari rangkaian perawatan memberikan rumah sakit kesempatan pertama untuk mengidentifikasi dan mengatasi kebutuhan unik pasien mereka. Meskipun mayoritas pasien akan masuk rumah sakit melalui proses masuk yang dijadwalkan, beberapa pasien akan mengalami penerimaan darurat. Untuk pasien ini, rumah sakit harus mengadaptasi rekomendasi yang disertakan dalam bab ini untuk memastikan bahwa data tingkat pasien yang diperlukan dikumpulkan oleh staf klinis dan bahwa rumah sakit menyebarluaskan informasi kepada pasien dan keluarga melalui saluran lain.

### **a. Menginformasikan pasien tentang hak-hak mereka.**

Beberapa hak pasien menjawab kebutuhan unik dari individu, seperti hak untuk memiliki bahasa penerjemah, hak untuk menerima akomodasi untuk disabilitas, hak untuk bebas dari diskriminasi ketika menerima perawatan, hak untuk mengidentifikasi orang yang mendukung untuk hadir selama tinggal di rumah sakit, dan hak untuk menunjuk pengambil keputusan pengganti. Ada beberapa cara untuk memastikan bahwa pasien diberitahu tentang hak dengan cara yang mendukung keterlibatan mereka dalam perawatannya, antara lain sebagai berikut:

- 1) Pasang kebijakan rumah sakit yang relevan (paling banyak bahasa yang sering ditemui) dalam menunggu kamar.
  - 2) Sertakan informasi tentang kebijakan rumah sakit yang relevan dalam dokumen Bill of Rights pasien.
  - 3) Menyediakan materi hak pasien dalam berbagai bahasa dan format alternatif (misalnya, audio, visual, atau bahan tertulis).
  - 4) Menjelaskan hak untuk memiliki juru bahasa, peran penerjemah dalam pertemuan perawatan kesehatan, dan bahwa itu adalah layanan gratis yang disediakan untuk keselamatan pasien.
  - 5) Menjelaskan hak akomodasi bagi individu dengan disabilitas dan layanan yang diberikan untuk membantu pasien dengan kebutuhan komunikasi atau masalah mobilitas.
  - 6) Menjelaskan hak untuk bebas dari diskriminasi, apakah perlindungan anti-diskriminasi ada atau tidak termasuk dalam undang-undang dan peraturan negara bagian tertentu, karena kebijakan rumah sakit menjamin penyediaan perawatan yang adil untuk semua pasien.
  - 7) Jelaskan hak untuk mengidentifikasi orang yang mendukung, yaitu tujuan orang yang mendukung pasien (untuk meringankan stres dan memberikan dukungan emosional), dan keterbatasan jika kehadiran orang pendukung melanggar hak orang lain, membahayakan keselamatan, atau dikontraindikasikan secara medis atau terapeutik.
  - 8) Jelaskan hak untuk menunjuk pengambil keputusan pengganti dan bahwa pengambil keputusan pengganti mungkin anggota keluarga, yang secara luas didefinisikan termasuk teman dan pasangan.
- b. Identifikasi apakah pasien memiliki kebutuhan sensorik atau komunikasi

Pasien dengan pendengaran, visual, atau bicara yang sudah ada sebelumnya gangguan dapat tiba di rumah sakit dengan mereka sendiri alat bantu atau alat komunikasi. Untuk pasien yang mengalami gangguan sensorik atau komunikasi karena dengan kondisi medis mereka saat ini, mungkin perlu bagi rumah sakit untuk memberikan bantuan dan pelayanan tambahan atau komunikasi augmentatif dan alternatif (AAC) sumber daya untuk memfasilitasi komunikasi.

- 1) Tanyakan kepada pasien, “Apakah Anda memiliki alat bantu dengar, kacamata, atau perangkat lain yang biasa Anda gunakan untuk berkomunikasi?” Jika pasien memiliki alat atau alat bantu pribadi, staf harus memastikan bahwa pasien dapat mengaksesnya sama sekali kali selama tinggal di rumah sakit.
  - 2) Hubungi audiolog atau libatkan Departemen Oftalmologi, jika memungkinkan, untuk memberikan bantuan dan layanan tambahan yang sesuai diperlukan untuk membantu pasien yang memiliki sensorik gangguan karena kondisi medis saat ini saat masuk.
- c. Tentukan apakah pasien membutuhkan bantuan mengisi formulir penerimaan.

Lebih dari 40% orang dewasa memiliki tantangan literasi yang signifikan, dan 88% orang dewasa memiliki kesehatan yang kurang “mahir” keterampilan literasi. Menyadari bahwa pasien membutuhkan bantuan membaca atau mengisi formulir penerimaan bisa menjadi hal yang sensitif masalah dan staf harus memperoleh informasi yang diperlukan tanpa memperlakukan pasien.

- 1) Perhatikan petunjuk untuk mengidentifikasi pasien dengan keterbatasan atau literasi rendah (misalnya, pernyataan seperti, “Saya lupa” kacamata saya,” “Pasangan saya biasanya menyimpan semua ini informasi di rumah,” atau “Bisakah saya membawa pulang ini untuk

diisi? keluar dan membawanya kembali nanti?") dan merespons dengan bantuan yang sesuai.

- 2) Tanyakan kepada pasien, "Apakah Anda lebih suka memiliki seseorang? membantumu mengisi formulir?"
- 3) Tawarkan pasien kesempatan untuk menyelesaikan formulir penerimaan bersama anggota staf

d. Kumpulkan data ras dan etnis pasien di rekam medis tersebut.

Rumah sakit harus mengumpulkan data demografis tingkat pasien di ras dan etnis untuk mengidentifikasi kebutuhan individu pasien dan untuk menghilangkan disparitas pada populasi. Data penting ini memberi rumah sakit informasi tentang potensi kebutuhan budaya masing-masing pasien, serta kesempatan untuk memantau dan menganalisis kesenjangan kesehatan di tingkat populasi.

- 1) Pastikan pasien memahami mengapa ras dan data etnis sedang dikumpulkan. Staf menjelaskan kepada pasien, "Kami ingin memastikan bahwa semua pasien mendapatkan perawatan terbaik, terlepas dari ras atau latar belakang etnis. Kami ingin Anda memberi tahu kami ras atau latar belakang etnis Anda sehingga kami bisa meninjau perawatan yang diterima dan dilakukan semua pasien memastikan bahwa setiap orang mendapatkan perawatan dengan kualitas terbaik".
- 2) Biarkan pasien melaporkan sendiri ras dan etnisnya.
- 3) Hormati pilihan pasien untuk menolak memberikan informasi ras dan etnis.
- 4) Lihat kebijakan dan prosedur rumah sakit untuk mengumpulkan data demografi pasien.

e. Tanyakan kepada pasien apakah ada tambahan kebutuhan yang dapat mempengaruhi perawatannya.

Meskipun banyak dari poin sebelumnya telah membahas identifikasi kebutuhan pasien, mungkin ada

tambahan masalah (seperti budaya, agama atau spiritual, mobilitas, atau kebutuhan lain) yang akan membutuhkan staf untuk berkoordinasi layanan, menggabungkan peralatan khusus, atau merekam informasi tambahan dalam rekam medis pasien.

- 1) Ajukan pertanyaan umum, "Apakah ada hal lain yang rumah sakit harus dilakukan untuk meningkatkan perawatan dan pengalaman Anda?"
- 2) Identifikasi apakah pasien memiliki latar belakang budaya atau agama masalah kesopanan mengenai perawatan yang diberikan oleh staf dari lawan jenis.
- 3) Tentukan apakah ada pakaian tertentu atau barang penting yang harus dipakai.

### **10.3 Bagian Asesmen**

Setelah pasien dirawat di rumah sakit, staf klinis melakukan penilaian klinis untuk menentukan perawatan, pengobatan, dan layanan yang akan memenuhi kebutuhan pasien. Staf harus fokus pada mengumpulkan data klinis, lingkungan, demografis, atau sosial apa pun informasi yang relevan untuk mendiagnosis dan merawat pasien. Meskipun beberapa kebutuhan dasar pasien harus diidentifikasi selama masuk, proses penilaian memberikan kesempatan untuk menyelidiki masalah yang berpotensi sensitif lebih dalam. Banyak faktor yang dapat mempengaruhi perawatan dan penting untuk dipertimbangkan. Beberapa di antaranya meliputi literasi kesehatan pasien, mobilitas, orientasi seksual, identitas dan ekspresi gender, budaya, agama, spiritual, gaya hidup, atau kebutuhan diet.

- a. Mengidentifikasi dan menangani pasien kebutuhan komunikasi selama penilaian.

Berikan bantuan komunikasi yang tepat selama proses penilaian untuk memenuhi kebutuhan komunikasi diidentifikasi sebelumnya selama proses penerimaan dan memungkinkan pertukaran informasi yang akurat antara

pasien dan penyedia. Kebutuhan komunikasi pasien dan dukungan harus dicatat dalam rekam medis pasien catatan, dan kebutuhan komunikasi yang terdokumentasi harus memicu staf untuk mengatur komunikasi yang sesuai.

- 1) Periksa rekam medis pasien untuk menentukan apakah ada kebutuhan komunikasi yang telah diidentifikasi sebelumnya, termasuk pilihan bahasa pasien dan kebutuhan sensorik atau komunikasi.
  - 2) Mengatur layanan bahasa selama penilaian untuk membantu pasien yang bahasa pilihannya bukan bahasa Inggris atau yang tuli.
  - 3) Pastikan bahwa bantuan dan layanan tambahan yang sesuai telah tersedia selama penilaian untuk pasien yang memiliki gangguan sensorik.
  - 4) Menyediakan komunikasi augmentatif dan alternatif (AAC) sumber daya untuk pasien dengan komunikasi gangguan untuk membantu selama penilaian.
  - 5) Tentukan apakah pasien telah mengembangkan komunikasi gangguan sejak masuk sebagai perubahan status kesehatan dapat mengganggu kemampuan pasien untuk berkomunikasi. Menyediakan Sumber daya untuk membantu selama penilaian.
  - 6) Perhatikan penggunaan bantuan komunikasi dalam rekam medis dan mengkomunikasikan kebutuhan ini kepada staf.
- b. Mengidentifikasi dan mengatasi mobilitas kebutuhan pasien selama penilaian.

Banyak pasien dengan kebutuhan mobilitas mengalami kesulitan secara fisik mengakses peralatan medis. Saat peralatan khusus tidak tersedia, staf dapat melakukan pemeriksaan dan pengujian yang dapat menghasilkan hasil yang tidak akurat atau menyembunyikan fisik bukti yang



diperlukan untuk diagnosis dan pengobatan yang tepat, misalnya, melakukan rontgen saat pasien duduk di kursi roda.

- 1) Pastikan pasien telah ditempatkan di ruangan yang dapat mengakomodasi kebutuhan mobilitasnya.
- 2) Pastikan alat bantu gerak yang digunakan pasien (seperti: hewan penolong, tongkat, atau alat bantu jalan) mudah diakses oleh pasien.
- 3) Tentukan apakah pasien membutuhkan akomodasi (seperti sakelar adaptif atau sistem panggilan interkom) untuk mengakses sistem panggilan perawat.
- 4) Perhatikan perlunya bantuan mobilitas di bidang medis mencatat dan mengkomunikasikan kebutuhan ini kepada staf.
- 5) Pastikan ada tindakan pencegahan yang tepat untuk mencegah jatuh. Beberapa rumah sakit memasang tanda di atas tempat tidur atau pintu pasien, atau gunakan kaus kaki berwarna khusus atau gelang untuk mengidentifikasi pasien yang berisiko jatuh.

c. Identifikasi budaya pasien, agama, atau keyakinan dan praktik spiritual yang mempengaruhi perawatan.

Keyakinan budaya, agama, atau spiritual dapat mempengaruhi pasien atau persepsi keluarga tentang penyakit dan bagaimana pendekatan mereka perlakuan. Selain itu, pasien mungkin memiliki kebutuhan unik terkait dengan kepercayaan budaya, agama, atau spiritual mereka yang harus diakui dan ditangani oleh staf.

- 1) Tanyakan kepada pasien apakah ada budaya, agama, atau keyakinan atau praktik spiritual yang dapat memengaruhi perawatannya.
- 2) Tanyakan kepada pasien apakah lingkungan rumah sakit menyambut budaya dan agama atau spiritual keyakinan. Beberapa rumah sakit berbasis agama memajang barang-barang di kamar pasien yang mencerminkan agama

organisasi tradisi dan mungkin bertentangan dengan budaya, agama, atau spiritualitas pasien dan keluarga. Mempertimbangkan menghapus item, jika mungkin, atau menutupinya ketika diperlukan.

- 3) Hormati kebutuhan dan preferensi pasien untuk kesopanan dengan menugaskan penyedia yang sesuai, mengungkapkan hanya bagian tubuh yang diperlukan untuk pemeriksaan dan pengobatan, memberikan privasi dalam toileting dan mencuci, dan menggunakan gaun lengkap atau jubah untuk berjalan dan transportasi. Banyak budaya dan agama memiliki batasan pada sentuhan, jarak, dan kesopanan, yang mungkin dipengaruhi oleh penyedia lawan jenis atau staf yang lebih muda atau lebih tua dari pasien.
  - 4) Tentukan apakah pasien menggunakan pelengkap atau pengobatan atau praktik alternatif
- d. Identifikasi kebutuhan diet pasien atau pembatasan yang mempengaruhi perawatan.

Kebutuhan dan pembatasan diet dapat timbul dari budaya, agama, atau praktik spiritual, atau mungkin terkait dengan kondisi medis pasien. Beberapa obat menggunakan produk sampingan hewan sebagai pengikat dan pengisi, dan staf harus waspada pembatasan diet pasien untuk memilih obat alternatif jika memungkinkan.

- 1) Tanyakan kepada pasien “Apakah ada penyedia Anda harus diwaspadai tentang diet Anda?”
- 2) Identifikasi apakah keyakinan agama atau spiritual pasien atau kebiasaan mengharuskan atau melarang makan makanan tertentu.
- 3) Tentukan apakah pasien secara rutin atau berkala mengamati praktik puasa (misalnya, pada agama liburan).
- 4) Perhatikan kebutuhan diet atau pembatasan dalam medis merekam dan mengkomunikasikannya kepada staf.

- 5) Pastikan layanan makanan rumah sakit mengakomodasi kebutuhan pasien.
- e. Minta pasien untuk mengidentifikasi dukungan Orang lain.
- Orang yang mendukung pasien harus memberikan dukungan emosional mendukung, memberi kenyamanan, dan mengurangi rasa takut selama kursus dari pasien tinggal di rumah sakit. Pasien harus memiliki akses ke orang pendukung pilihan mereka setiap saat.
- 1) Jelaskan tujuan dari orang yang mendukung pasien, termasuk batasan jika kehadiran individu melanggar hak orang lain, membahayakan keselamatan, atau dikontraindikasikan secara medis atau terapeutik
  - 2) Buat staf sadar bahwa pasien telah memilih dukungan orang untuk hadir bersamanya selama tinggal.
  - 3) Izinkan pasien mengakses orang pendukung sama sekali waktu.
  - 4) Tanyakan apakah pasien ingin melibatkan yang terpilih mendukung orang selama putaran, pendidikan pasien, dan pengambilan keputusan dan proses perawatan penting lainnya. Hal itu merupakan orang yang mendukung mungkin atau mungkin bukan milik pasien pengganti pengambil keputusan yang ditunjuk.
  - 5) Catat informasi tentang orang pendukung pasien dalam rekam medis dan mengkomunikasikan pilihan untuk staf.
- f. Komunikasikan informasi tentang keunikan kebutuhan pasien kepada tim perawatan.
- 1) Setiap informasi tentang kebutuhan pasien harus mudah dan dapat diakses di semua titik perawatan dan di tempat lain yang sesuai departemen untuk membantu staf menyediakan layanan yang diperlukan dan pengaturan untuk memenuhi kebutuhan pasien.
  - 2) Catat semua data yang relevan dalam rekam medis pasien.

- 3) Buat proses untuk mengidentifikasi pasien dengan keunikan kebutuhan (misalnya, kode warna bagan pasien, tambahkan bendera atau stiker ke grafik, atau gunakan ban lengan pasien untuk menunjukkan kebutuhan pasien yang berbeda). Pertimbangkan untuk memposting tanda di pintu atau di atas tempat tidur pasien, atau menggunakan papan tulis di kamar pasien untuk berkomunikasi, dengan izin pasien, informasi kepada staf.
- 4) Memberi tahu staf tentang kebutuhan pasien di titik transfer tertentu, termasuk pengangkutan untuk prosedur, pengujian, atau pemindahan ke unit perawatan atau layanan yang berbeda.

#### **10.4 Bagian Perawatan**

Staf mengidentifikasi banyak kebutuhan unik pasien selama masuk dan penilaian, dan penting bagi rumah sakit untuk mengatasi kebutuhan tersebut sambil memberikan perawatan, pengobatan, dan jasa. Sama pentingnya untuk mengenali bahwa kebutuhan mungkin berubah selama pengobatan. Tahap perawatan ini kontinum memungkinkan rumah sakit untuk mengintegrasikan efektif komunikasi, kompetensi budaya, dan kesabaran-dan-perawatan yang berpusat pada keluarga ke dalam diskusi tentang pilihan pengobatan, risiko, dan alternatif. Selain itu, rumah sakit harus siap untuk mengadaptasi proses dan prosedur yang ada untuk memenuhi kebutuhan pasien melalui durasi pengobatan, yang dapat bervariasi dari hari ke minggu. Sebelum melibatkan pasien dalam diskusi perencanaan perawatan, rumah sakit harus memenuhi kebutuhan komunikasi pasien. Itu pasien harus dapat memahami kesehatannya informasi dan berpartisipasi penuh dalam percakapan sehingga rumah sakit dapat memperoleh persetujuan, memberikan pasien pendidikan, atau mengakomodasi kebutuhan unik apa pun.

a. Memenuhi kebutuhan komunikasi pasien selama perawatan.

Bantuan komunikasi diperlukan selama perawatan untuk memenuhi kebutuhan komunikasi yang telah diidentifikasi sebelumnya selama penerimaan dan penilaian. Catat informasi ini dalam rekam medis pasien sehingga terdokumentasikan kebutuhan komunikasi memicu staf untuk mengatur bantuan komunikasi yang sesuai.

- 1) Periksa rekam medis pasien apakah ada yang teridentifikasi kebutuhan komunikasi, termasuk pilihan pasien bahasa dan gangguan sensorik atau komunikasi.
- 2) Mengatur layanan bahasa untuk membantu pengobatan pasien yang bahasa pilihannya bukan bahasa Inggris atau yang tuli.
- 3) Pastikan bahwa bantuan dan layanan tambahan yang sesuai tersedia selama perawatan pasien yang memiliki gangguan sensorik.
- 4) Menyediakan komunikasi augmentatif dan alternatif (AAC) sumber daya untuk membantu perawatan pasien dengan gangguan komunikasi.
- 5) Perhatikan penggunaan bantuan komunikasi dalam rekam medis dan mengkomunikasikan bantuan yang dibutuhkan dan layanan kepada staf.

b. Pantau perubahan pada status komunikasi pasien.

Perubahan status kesehatan atau hasil medis pengobatan atau prosedur dapat mengganggu kemampuan pasien untuk menyampaikan. Pasien dapat mengembangkan penyakit baru atau lebih parah gangguan komunikasi selama perawatan, dan staf harus secara berkala menilai perubahan pada status komunikasi pasien.

- 1) Tentukan apakah pasien telah mengembangkan penyakit baru atau lebih parah gangguan komunikasi yang parah selama perawatan dan hubungi Speech Language Pathology

Departemen, jika tersedia. Menyediakan sumber daya AAC diperlukan, untuk membantu selama perawatan.

- 2) Antisipasi kebutuhan komunikasi pasien yang diharapkan dapat mengembangkan gangguan komunikasi dari perawatan atau prosedur yang dijadwalkan (misalnya, sebagai akibat dari intubasi, trakeostomi, sedasi, atau intervensi lain yang dapat membahayakan kemampuan pasien untuk berkomunikasi). Sebagai tambahan, pertimbangkan apakah posisi tempat tidur atau penempatan peralatan medis untuk perawatan atau prosedur akan menghalangi pasien menggunakan sumber daya AAC yang diperlukan.
- 3) Catat setiap perubahan status komunikasi pasien di rekam medis dan mengkomunikasikan kebutuhan baru kepada staf.

c. Libatkan pasien dan keluarga dalam perawatan proses.

Staf harus melibatkan pasien dan keluarganya untuk mengembangkan rencana perawatan yang disesuaikan dengan kondisi kebutuhan unik pasien. Staf harus mendorong pasien dan keluarga untuk mengajukan pertanyaan selama perawatan dan memberikan kesempatan bagi mereka untuk berpartisipasi dalam diskusi perawatan.

- 1) Tanyakan kepada pasien, jika ada, anggota keluarga mana yang dia miliki ingin terlibat dalam diskusi perawatan. Keluarga anggota dapat didefinisikan secara luas untuk mencakup teman dan pasangan
- 2) Staf harus mendiskusikan perawatan anak dengan kedua orang tua, termasuk orang tua sesama jenis.
- 3) Menyesuaikan prosedur rumah sakit yang ada untuk lebih melibatkan pasien dan keluarga dalam diskusi perawatan. Sebagai contoh, pertimbangkan untuk menjadwalkan ulang putaran pasien atau memastikan

informasi yang diberikan kepada pasien selama putaran tersedia untuk anggota keluarga pasien di kemudian hari.

- 4) Mendesak pasien untuk mengambil peran dalam mencegah pelayanan kesehatan kesalahan dengan menjadi aktif, terlibat, dan terinformasi peserta dalam tim perawatan kesehatan.
  - 5) Pertimbangkan untuk memberikan bantuan komunikasi kepada keluarga anggota yang bahasa pilihannya bukan bahasa Inggris atau yang memiliki gangguan sensorik atau komunikasi untuk memfasilitasi keterlibatan keluarga dalam diskusi perawatan.
  - 6) Pastikan komunikasi yang sesuai selama diskusi perawatan;
  - 7) Beri tahu pasien dan keluarga tentang peluang yang sedang berlangsung untuk menanyakan pertanyaan. Anjurkan pasien dan keluarga untuk menuliskan pertanyaan untuk diskusi dengan pengasuh.
- d. Mengakomodasi pasien budaya, agama, atau keyakinan dan praktik spiritual. Keyakinan dan praktik pasien dapat mempengaruhi persepsi penyakitnya dan bagaimana pendekatan pengobatannya. Staf harus mengakomodasi kebutuhan unik pasien bila memungkinkan.
- 1) Mengkomunikasikan keyakinan budaya, agama, atau spiritual apa pun atau staf praktik yang diidentifikasi selama penerimaan atau proses penilaian kepada tim perawatan.
  - 2) Hormati kebutuhan dan preferensi pasien untuk kesopanan dengan menugaskan penyedia yang sesuai, hanya mengungkap bagian tubuh yang diperlukan untuk pemeriksaan dan perawatan, memberikan privasi dalam toileting dan mencuci, dan menggunakan gaun atau jubah lengkap untuk berjalan dan transportasi. Banyak budaya dan agama memiliki batasan sentuhan, jarak, dan

kesopanan, yang mungkin terpengaruh oleh penyedia lawan jenis atau staf yang lebih muda atau lebih tua dari pasien.

- 3) Sediakan area atau ruang untuk mengakomodasi pasien perlu berdoa. Selain itu, tanyakan kepada pasien apakah ada waktu dalam sehari untuk menghindari penjadwalan tes atau prosedur untuk menghormati praktik keagamaan atau spiritual pasien.
- 4) Bekerja dengan pasien dan keluarga untuk saling mengembangkan menyepakati solusi untuk permintaan pasien.



## DAFTAR PUSTAKA

- Iriviranty, A. 2015. Analisis Budaya Organisasi dan Budaya Keselamatan Pasien Sebagai Langkah Pengembangan Keselamatan Pasien di RSIA Budi Kemuliaan Tahun 2014. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, 1(3), 196–206. <https://doi.org/10.7454/arsi.v1i3.2184>
- Joint Commission International. 2010. The Joint Commission: Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care: A Roadmap for Hospitals. *Organization*, 94. Retrieved from <https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/health-equity/roadmapforhospitalsfinalversion727pdf.pdf?db=web&hash=AC3AC4BED1D973713C2CA6B2E5ACD01B&hash=AC3AC4BED1D973713C2CA6B2E5ACD01B>
- Nisa, K. 2020. *Hubungan Budaya Caring Dengan Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit*. <https://doi.org/D0I:10.31219/osf.io/5zua9>

# **BAB 11**

## **PERAN DAN FUNGSI ANTROPOLOGI KESEHATAN DALAM MASYARAKAT**

**Oleh Yohanes Denggos**

### **11.1 Pendahuluan**

Antropologi merupakan sebuah ilmu yang mempelajari umat manusia (anthropos). Secara etimologi, antropologi berasal dari kata anthropos berarti manusia dan logos berarti ilmu. Antropologi memandang manusia sebagai sesuatu yang kompleks dari segi fisik, emosi, sosial, dan kebudayaannya. Antropologi sering pula disebut sebagai ilmu tentang manusia dan kebudayaannya. Antropologi mulai dikenal banyak orang sebagai sebuah ilmu setelah diselenggarakannya simposium International Symposium on Anthropologi pada tahun 1951, yang dihadiri oleh lebih dari 60 tokoh antropologi dari negara-negara di kawasan Ero-Amerika dan Uni Soviet. Simposium ini menghasilkan buku antropologi berjudul "*Anthropology Today*" yang di redaksi oleh A.R. Kroeber (1953), "*An Appraisal of Anthropology Today*" yang di redaksi oleh S. Tax, dkk. (1954), "*Yearbook of Anthropology*" yang di redaksi oleh W.L. Thomas Jr. (1955), dan "*Current Anthropology*" yang di redaksi oleh W.L. Thomas Jr. (1956). Setelah simposium ini, di beberapa wilayah berkembang pemikiran-pemikiran antropologi yang bersifat teoritis, sedangkan di wilayah yang lain antropologi berkembang dalam tataran fungsi praktisnya.

Antropologi pada dasarnya akan senantiasa berkaitan erat dengan kehidupan manusia di muka bumi ini. Selain itu dalam istilah mempelajari ilmu antropologi juga akan dibahas

mengenai sifat, kondisi, kebudayaan, emosi yang dimiliki oleh manusia atau yang sering disebut dengan makhluk sosial.

Singkatnya di dalam tujuan yang menjadi manfaat mempelajari antropologi ini dianggap sebagai ilmu tentang manusia dan kebudayaannya. Maka tidak heran jika segala aspek yang dimiliki setiap manusia itu dapat dipelajari dengan baik. Antropologi adalah bidang ilmu yang mempelajari permasalahan hidup manusia mulai dari arti sikap, tingkah laku, kebudayaan dan lain sebagainya. Pada dasarnya dengan mempelajari antropologi di kehidupan manusia itu sendiri sehingga dapat digunakan untuk memajukan atau membangun kehidupan masyarakat.

Ilmu antropologi juga menyebabkan seseorang mampu mengetahui perannya sebagai manusia dan anggota masyarakat yang ada di lingkungan sekitar. Melalui pemahaman tersebut maka manusia diharapkan mampu menunjukkan sikap yang baik dan sesuai dengan aturan maupun norma yang ada pada tradisi lingkungan sekitar.

Antropologi pada dasarnya menjelaskan tingkah laku manusia dan cenderung dapat memberikan manfaat berupa rasa toleransi yang besar. Hal ini dikarenakan adanya banyak perbedaan yang sudah diketahui antar suku maupun bangsa, sehingga dengan perbedaan-perbedaan tersebutlah akan timbul sikap saling menghormati agar sebuah kesatuan dan persatuan tetap terjaga dengan baik. Perluasan wawasan juga akan semakin meningkat apabila antropologi dalam kehidupan manusia ini dipelajari dengan baik. Mengapa hal tersebut bisa terjadi? Karena ilmu antropologi memiliki sifat yang luas dan fungsinya memberikan pemahaman terkait hal-hal yang lebih terbuka mengenai tingkah laku, tradisi, kepercayaan, kebudayaan, sikap sosial dan lain sebagainya.

Mempelajari ilmu antropologi tersebut dapat diambil wawasan atau pengetahuan yang lebih luas dari sebelumnya. Kehidupan yang terjadi dalam masyarakat pastinya tidak

hanya berjalan mulus saja, melainkan akan timbul suatu permasalahan. Melalui pengetahuan antropologi seseorang dapat memahami permasalahan apa saja yang sekiranya dapat timbul di sekitar lingkungan. Sehingga dengan ilmu yang sudah dikantongi tersebut mampu membuat setiap individu bergerak dengan lebih hati-hati agar tidak muncul konflik yang bisa membuat hidup masyarakat tidak harmonis.

Mempelajari antropologi memang tidak ada ruginya, karena dengan ilmu tersebut seseorang dapat mencari suatu solusi dari permasalahan yang muncul di kehidupan masyarakat. Tentunya solusi-solusi ini hadir karena pemahaman yang sebelumnya diketahui, terkait cara-cara hidup dalam bermasyarakat, pantangan yang harus dihindari dan lain sebagainya. Setiap individu yang mau terbuka dengan wawasan atau pengetahuan baru maka akan memiliki daya pikir yang jauh lebih kedepan. Mereka juga akan menganggap bahwa ilmu antropologi sangat penting untuk dipelajari karena didalamnya berisi banyak hal terkait dengan kehidupan manusia.

Ilmu antropologi juga memberikan arti penting dalam kehidupan manusia salah satu diantaranya yaitu memperkenalkan norma dan tradisi yang baik dan benar dalam kehidupan bermasyarakat. Dengan demikian manusia akan hidup dengan tingkah laku yang baik, sopan, dan berakhlak mulia karena pemahaman yang sudah dimiliki.

Menurut antropolog William A. Haviland (1985) dalam buku Pengantar Antropologi (Aura Publisher, 2019), antropologi adalah studi tentang umat manusia yang dengan ilmu tersebut berusaha menyusun generalisasi yang bermanfaat tentang manusia dan perilakunya, dan untuk memperoleh pengertian yang lengkap tentang keanekaragaman manusia. Koentjaraningrat dalam bukunya yang berjudul "Pengantar Antropologi I" (1996) menjelaskan bahwa secara akademis, antropologi adalah sebuah ilmu tentang manusia pada umumnya dengan titik fokus kajian

pada bentuk fisik, masyarakat dan kebudayaan manusia. Sedangkan secara praktis, antropologi merupakan sebuah ilmu yang mempelajari manusia dalam beragam masyarakat suku bangsa guna membangun masyarakat suku bangsa tersebut.

Antropologi pada masa perkembangan awalnya tidak dapat dipisahkan dengan karya-karya para penulis yang mencatat gambaran kehidupan penduduk atau suku bangsa di luar Eropa. Pada saat itu, kehidupan penduduk di luar Eropa dipandang menarik oleh para penjelajah, para penjajah, atau para misionaris karena perbedaan cara hidup antara masyarakat Eropa dengan masyarakat di luar Eropa. Oleh karenanya, mereka bukan saja menulis tentang perjalanan atau yang terkait dengan tugasnya tetapi juga melengkapinya dengan deskripsi tentang tata cara kehidupan masyarakat yang mereka temui.

### **11.2 Peran dan Fungsi Antropologi Kesehatan dalam Masyarakat.**

Dalam ilmu kesehatan, antropologi memiliki peran yang cukup penting. Dengan mengombinasikan antropologi dengan ilmu kesehatan, diperoleh berbagai manfaat bagi praktik ilmu kesehatan itu sendiri. Kombinasi tersebut juga diharapkan mampu mengatasi berbagai persoalan kesehatan yang ada di tengah masyarakat. Hal itu diupayakan demi terwujudnya kesejahteraan masyarakat. Beberapa manfaat atau fungsi yang diperoleh dengan dihubungkannya antropologi dengan ilmu kesehatan antara lain:

1. Antropologi sangat dibutuhkan dalam merancang sistem pelayanan kesehatan modern yang bisa diterima masyarakat tradisional.
2. Dengan antropologi, petugas kesehatan bisa merumuskan program perilaku sehat dan pemberdayaan masyarakat.
3. Penanganan kebiasaan buruk yang menyebabkan sakit bisa dilakukan dengan lebih mudah dan tepat.

4. Pengetahuan dalam antropologi dapat memberikan masukan ilmu pengetahuan dan teknologi untuk menunjang pembangunan kesehatan, mendukung perumusan kebijakan masalah kesehatan, dan mengatasi kendala dalam pelaksanaan program kesehatan melalui pendekatan kebudayaan.
5. Antropologi memberikan suatu cara untuk memandang masyarakat secara keseluruhan, termasuk individualnya Dimana cara pandang yang tepat dapat meningkatkan kesejahteraan suatu masyarakat dengan tetap pula dengan bertumpu pada akar kepribadian masyarakat yang terbangun.
6. Memberikan suatu model yang secara operasional berguna untuk menguraikan proses sosial budaya di bidang kesehatan.
7. Sumbangan terhadap metode penelitian dan hasil penelitian, baik dalam merumuskan suatu pendekatan yang tepat maupun membantu analisis dan interpretasi hasil tentang suatu kondisi yang ada di masyarakat.

Dapat disimpulkan, manfaat antropologi bagi dunia kesehatan adalah sebagai sarana untuk berkomunikasi dan berinteraksi. Interaksi bisa dilakukan antara petugas kesehatan dengan pasien, petugas kesehatan dengan keluarga pasien, atau antarpetugas dengan sesama profesi kesehatan. Pengetahuan tentang budaya suatu penduduk sangat penting kaitannya dengan petugas kesehatan. Tujuannya, agar seorang petugas kesehatan selalu memperhatikan budayasatu penduduk dalam interaksi terapeutiknya dan dalam rangka menyukseskan program kesehatan. Dengan pemahaman budaya, penyelesaian kasus kesehatan di masyarakat pun bisa dilakukan karena lebih banyak dipengaruhi oleh budaya setempat.

Peran Antropologi dalam kehidupan sangat penting, baik bagi manusia sebagai individu atau dalam perannya sebagai kelompok. Dalam praktiknya, Antropologi membantu kita memahami perbedaan yang ada antarmasyarakat sebagai bentuk keberagaman sehingga tidak memicu konflik. Selain itu, fungsi antropologi untuk mengembangkan pengetahuan tentang manusia baik secara fisik (biologis) maupun secara sosio-kultural.

Antropologi sangat dibutuhkan dalam merancang sistem pelayanan kesehatan modern yang bisa diterima masyarakat tradisional. Dengan antropologi, petugas kesehatan bias merumuskan program perilaku sehat dan pemberdayaan masyarakat. Hubungan antara ilmu kesehatan masyarakat dan antropologi yaitu data mengenai konsepsi dan sikap penduduk desa tentang kesehatan, sakit, dukun, obat-obatan tradisional, kebiasaan serta pantangan makan, dan lain-lain, bagi seorang dokter kesehatan masyarakat yang akan bekerja dan tinggal disuatu kebudayaan yang asing. Antropologi juga bertujuan memperbaiki derajat kesehatan melalui pemahaman yang lebih luas tentang hubungan antara gejala bio-sosio-budaya dengan kesehatan, serta melalui perubahan tingkah laku sehat ke arah yang diyakini akan meningkatkan kesehatan yang lebih baik.

### **11.3 Proses Sosial dan interaksi Sosial**

Proses sosial juga dapat diartikan sebagai cara-cara berhubungan yang dapat dilihat antara orang-perorangan atau kelompok-kelompok sosial yang saling bertemu dan menentukan sistem serta bentuk hubungan mereka. Mereka pun bisa memprediksi hal-hal yang akan terjadi jika muncul berbagai perubahan yang disebabkan oleh pola-pola kehidupan. Dengan kata lain, proses sosial diartikan sebagai pengaruh timbal-balik antara berbagai segi kehidupan bersama. Proses sosial merupakan hubungan yang dinamis dalam kehidupan masyarakat. Proses sosial seorang individu ditentukan oleh lingkungan sosial budaya yang bersangkutan. Menurut Nasution (dalam Ratna, 2013), proses

sosial adalah proses kelompok-kelompok dan individu-individu yang saling berhubungan, dan merupakan bentuk antara aksi sosial. Sementara itu, Soerdjono Dirdjosisworo (dalam Ratna, 2013) mengartikan proses sosial sebagai pengaruh timbal balik antara berbagai segi kehidupan bersama.

Sosialisasi adalah usaha memasukkan nilai-nilai kebudayaan terhadap individu sehingga individu tersebut menjadi bagian dari masyarakat

i. Tahap Play Stage

Pada tahap ini seorang anak cenderung meniru peran orang yang ada di sekitarnya atau yang paling sering berinteraksi dengannya. Pada tahap ini anak belum sepenuhnya memahami peran yang ditirunya. Meski belum memahaminya, tahap ini merupakan tahap awal sosialisasi dan dianggap sebagai tahap terbaik untuk memperkenalkan anak pada peran-peran yang ada di lingkungan sekitarnya.

ii. Tahap Game Stage

Anak yang awalnya hanya meniru peran tanpa memahaminya, di tahap ini akan mulai memahami perannya, bahkan memahami peran yang dijalankan orang lain. Pada tahap ini, anak akan cenderung merasa aneh, bahkan melayangkan protes jika melihat orang lain tidak berbuat seperti apa yang dipahaminya.

iii. Tahap Generalized Other

Pada tahap ini, anak telah tumbuh dewasa. Ditandai dengan kemampuan diri dalam mengambil peran-peran yang dilakukan oleh orang lain dalam masyarakat. Perkembangannya tersebut juga akan diimbangi dengan keahlian berinteraksi, hingga memiliki kemampuan untuk membagi pemahamannya kepada orang lain.



## **11.4 Faktor-faktor Interaksi Sosial**

### **1) Faktor Imitasi**

Jika ditinjau lebih mendalam, faktor imitasi memiliki peran yang sangat penting dalam proses interaksi sosial. Faktor ini mempunyai segi positif, yakni dapat mendorong seseorang untuk mematuhi kaidah-kaidah dan nilai-nilai yang berlaku. Meski demikian, ada pula sisi negatifnya jika yang ditiru adalah tindakan-tindakan yang menyimpang. Selain itu, faktor imitasi juga dapat melemahkan atau bahkan mematikan pengembangan daya kreasi seseorang.

### **2) Faktor Sugesti**

Faktor sugesti berlangsung apabila seseorang memberi suatu pandangan atau sikap yang berasal dari dirinya, yang kemudian diterima oleh pihak lain. Proses ini sebenarnya hampir sama dengan imitasi, tetapi titik-tolaknya berbeda. Berlangsungnya sugesti dapat terjadi karena pihak yang menerima dilanda oleh emosi, yang berakibat pada terhambatnya daya berpikir secara rasional. Kemungkinan proses sugesti ini terjadi apabila orang yang memberikan pandangan adalah orang yang berwibawa, atau mungkin karena sifatnya yang otoriter

### **3) Faktor Identifikasi**

Identifikasi sebenarnya merupakan kecenderungan atau keinginan dalam diri seseorang untuk menjadi sama dengan pihak lain. Identifikasi sifatnya lebih mendalam daripada imitasi, karena kepribadian seseorang dapat terbentuk atas dasar proses ini. Proses identifikasi dapat berlangsung dengan sendirinya atau secara tidak sadar. Namun bisa pula terjadi dengan disengaja karena sering kali seseorang memerlukan tipe-tipe ideal tertentu di dalam proses kehidupannya. Dapat disimpulkan bahwa berlangsungnya identifikasi mengakibatkan terjadinya pengaruh-pengaruh yang lebih mendalam dibandingkan dengan proses imitasi dan sugesti. Walaupun masih ada

kemungkinan bahwa proses identifikasi terjadi dengan diawali proses imitasi ataupun sugesti.

#### 4) Faktor Simpati

Proses simpati sebenarnya merupakan suatu proses dari seseorang yang merasa tertarik pada pihak lain. Dalam proses ini perasaan memegang peranan sangat penting. Meski demikian, dorongan utama pada simpati adalah keinginan untuk memahami pihak lain dan untuk bekerjasama dengannya. Inilah perbedaan utama simpati dengan identifikasi. Simpati lebih didorong oleh keinginan untuk belajar dari pihak lain yang dianggap berkedudukan lebih tinggi dan harus dihormati. Dengan alasan pihak lain tersebut mempunyai kelebihan-kelebihan atau kemampuan-kemampuan tertentu yang patut dijadikan contoh. Proses simpati akan dapat berkembang dalam suatu keadaan di mana faktor saling pengertian telah terjalin (Soekanto, 2010).

### **11.5 Masyarakat Sebagai Agen Masyarakat**

Masyarakat sebagai sebuah sistem sosial menunjukkan bahwa semua individu harus bersatu untuk saling melindungi dalam kepentingan bersama. Masyarakat juga berfungsi sebagai suatu kesatuan yang secara terus-menerus mengadakan hubungan atau interaksi dengan sistem lebih besar. Kesehatan manusia tidak pernah konstan, selalu bergerak maju atau mundur dalam kontinuitas tertentu. Karena itu, pemeliharaan diri sendiri secara umum adalah dasar untuk kesehatan secara optimal. Upaya kesehatan di Indonesia dikembangkan berdasarkan pola pelayanan dan peran serta masyarakat, mulai dari tingkat terendah seperti Puskesmas hingga tingkat rujukan kesehatan. Peran serta masyarakat pada hakikatnya merupakan suatu proses agar masyarakat makin mampu menyelenggarakan berbagai upaya kesehatan, baik yang dilakukan di lingkup masyarakat maupun dalam rangka membantu pemerintah. Karenanya, dalam

pelayanan kesehatan, sering kali tenaga kesehatan melakukan pemberdayaan masyarakat dan keluarga. Hal tersebut dilakukan untuk menciptakan masyarakat sehat, bersih, dan terhindar dari penyakit. Sistem Kesehatan Nasional (SKN) Indonesia pun menyebutkan bahwa masyarakat merupakan agen kesehatan. Dalam dasar-dasar pembangunan kesehatan nasional pun disebutkan, pemerintah dan masyarakat memiliki tanggung jawab yang sama dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Masyarakat berperan serta dalam bidang kesehatan bisa terwujud dalam berbagai bentuk. Mulai dari ikut menelaah persoalan kesehatan, perencanaan, pelaksanaan program kesehatan, hingga berkontribusi memecahkan masalah kesehatan. Peran serta masyarakat merupakan keikutsertaan individu, keluarga, maupun kelompok masyarakat dalam setiap 146 upaya kesehatan dan ikut bertanggung jawab terhadap kesejahteraan kesehatan bersama. Peran masyarakat dalam sektor kesehatan menjadi proses untuk mewujudkan kerjasama kemitraan antara pemerintah dan masyarakat dalam merencanakan, melaksanakan, dan memanfaatkan kegiatan kesehatan. Tujuannya, untuk memperoleh manfaat berupa peningkatan kemampuan swadaya masyarakat, termasuk dalam hal peran masyarakat menentukan prasarana dan pemeliharaan teknologi tepat guna dalam pelayanan kesehatan. Peran serta masyarakat dalam kesehatan diwujudkan dengan pemberdayaan masyarakat. Hal tersebut dilakukan agar masyarakat memiliki kemampuan dalam menggali, menghimpun, dan mengelola dana maupun sarana masyarakat untuk kesehatan. Pihak pemerintah pun berharap, peran serta masyarakat dapat menghasilkan masukan dalam rangka meningkatkan kualitas pengambilan keputusan masalah kesehatan. Dalam mengembangkan dan membina peran serta masyarakat Indonesia di bidang kesehatan, perlu diterapkan pendekatan edukatif dengan dua tahap strategi, yaitu pengembangan provider dan pengembangan masyarakat. Kunci

pada strategi pengembangan provider ialah pengembangan komunikasi timbale balik dan keterbukaan. Sementara itu, kunci pada strategi pengembangan masyarakat ialah mengembangkan persepsi yang sama antara masyarakat dan provider agar masyarakat mampu mengenal masalah dan potensinya sebagai modal pemecahan masalah.

### **11.6 Peran Antropologi dalam Kesehatan**

Antropologi kesehatan adalah studi tentang pengaruh unsur-unsur budaya terhadap penghayatan masyarakat tentang penyakit dan kesehatan. Definisi yang dibuat Solita ini masih sangat sempit karena antropologi sendiri tidak terbatas hanya melihat penghayatan masyarakat dan pengaruh unsur budaya saja. Antropologi lebih luas lagi kajiannya dari itu seperti Koentjaraningrat mengatakan bahwa ilmu antropologi mempelajari manusia dari aspek fisik, sosial, budaya. Pengertian Antropologi kesehatan yang diajukan Foster/Anderson merupakan konsep yang tepat karena termakluth dalam pengertian ilmu antropologi seperti disampaikan Koentjaraningrat di atas. Menurut Foster dan Anderson, antropologi kesehatan mengkaji masalah-masalah kesehatan dan penyakit dari dua kutub yang berbeda yaitu kutub biologi dan kutub sosial budaya.

Ahli antropologi mempunyai banyak ladang di dalam lembaga kesehatan atau “masyarakat kesehatan” sebagai tempat kajiannya seperti rumah sakit jiwa, rumah sakit umum, dokter praktek, para pasien, sekolah-sekolahkedokteran, klinik-klinik, puskesmas dan “masyarakat kesehatan” lainnya. Metode-metode penelitian yang sama seperti yang dipergunakan ahli antropologi pada umumnya dalam penelitian tradisional dapat diterapkan kepada lingkungan-lingkungan itu (masyarakat kesehatan). Pranata-pranata kesehatan dalam arti yang luas adalah sejumlah lapangan penelitian yang sangat produktif bagi para ahli antropologi. Namun tidaklah cukup jika hanya pranata kesehatan

saja yang dipelajari. Para ahli antropologi harus dapat memasuki pranata itu. Meneliti pranata kesehatan dalam masyarakat tradisional tidak memerlukan para tenaga kesehatan, tetapi meneliti “masyarakat kesehatan” tidak cukup seorang ahli antropologi, tetapi ia harus diterima dalam pranata masyarakat kesehatan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi. 2008. Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta: EGC.
- Effendy, Nasrul. 2016. Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat. Jakarta: EGC
- Foster, George M. dan Barbara G. Anderson. 2009. Antropologi Kesehatan. Jakarta: UI-Press.
- Koentjaraningrat. 2009. Pengantar Ilmu Antropologi. Jakarta: Rineka Cipta.
- Marimbi, Hanum. 2009. Sosiologi dan Antropologi Kesehatan. Yogyakarta: Nuha Medika
- Ratna, Wahyu dan Sutrisno. 2013. Sosiologi dan Antropologi Kesehatan dalam Aplikasinya di Pendidikan Kesehatan. Yogyakarta: Fitramaya.
- Rinehart. Koentjaraningrat, (1990) Sejarah Teori Antropologi, Jilid 2, Jakarta: Universitas Indonesia Press
- <http://www.academia.edu/31345091/Konsep> Budaya dan Antropologio Kesehatan.

## BIODATA PENULIS



### **Ramli, SKM., M.Kes**

Dosen Fakultas Ilmu Kesehatan  
Universitas Muhammadiyah Maluku Utara

Penulis adalah Anak dari (*Alm*) Drs. La Ode Rijal Abdul Gani & Ibu Ani Muhammad. 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. Setelah itu diangkat menjadi Dosen Tetap Yayasan pada Fakultas Ilmu Kesehatan UMMU Sejak Desember 2007-2022 (Sampai Sekarang). Kemudian Lanjut Studi (S.2) Program Studi Kesehatan Masyarakat (Promosi Kesehatan) pada Program Pascasarjana Universitas Indonesia Timur (UIT) Makassar Tahun 2011-2013. **Mengajar Mata Kuliah:** Sosio Antropologi Kesehatan, Dinamika Kelompok, Komunikasi Kesehatan, Advokasi Kesehatan dan Praktikum PKIP. Selain itu Penulis Aktif Menulis Jurnal Penelitian Nasional dan Internasional serta Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat. **Jabatan:** Sebagai Sekretaris Program Studi Kesehatan

Masyarakat FIKes UMMU Periode 2022-2026. **Hasil Karya Buku:** (1) *COVID-19 Suatu Perspektif Ilmiah* (Gramasurya, 2020), (2) *Buku Ajar Sosio Antropologi Kesehatan* (Cv. CAKRA, 2021), (3) *Gizi Kebugaran dan Olahraga*, (4) *Teori Psikologi Komunika*s, (5) *Pengorganisasian dan Pengembangan Masyarakat* (Yayasan Penerbit Muhammad Zaini, 2022), (6) *Epidemiologi Penyakit Menular*, dan (7) *Komunikasi Kesehatan* (PT. Global Eksekutif Teknologi, 2022). **Organisasi:** Anggota Majelis Kesehatan Umum dan Pelayanan Sosial Pimpinan Wilayah Muhammadiyah Maluku Utara, Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI) Malut dan Anggota Perkumpulan Promotor dan Pendidik Kesehatan Masyarakat Indonesia (PPPKMI) Provinsi Maluku Utara, Pimpinan Wilayah KKST Maluku Utara, serta sebagai Anggota Asosiasi Dosen Kolaborasi Lintas Perguruan Tinggi (DKLPT) Periode 2021-2026.



## BIODATA PENULIS



**Prasanti Adriani, S.SiT.,S.Kep.,Ns.,M.Kes.**  
Staf Dosen Universitas Harapan Bangsa

Penulis lahir di Purbalingga 10 Juni 1987. Sulung dari empat bersaudara merupakan anak tertua Bapak Apit Achmad Muhajir dan Ibu Saringah serta istri dari Joko Priyadi. Penulis bertempat tinggal di Desa Kedungmenjangan, Kecamatan Purbalingga, Kabupaten Purbalingga, Provinsi Jawa Tengah. Lulus Strata Dua di Program Studi Magister Promosi Kesehatan Universitas Diponegoro tahun 2014. Saat ini sedang menempuh studi lanjut Strata Tiga Program Studi Penyuluhan Pembangunan-Promosi Kesehatan Universitas Sebelas Maret dengan Beasiswa Pendidikan Indonesia (BPI) tahun 2021.

Penulis memulai karir dosen tahun 2010, di tahun 2012 sampai dengan sekarang sebagai dosen tetap Yayasan di Universitas Harapan Bangsa. Mata kuliah yang diampu antara lain Promosi Kesehatan, Keperawatan Dasar, Ilmu Biomedik Dasar, Gizi dan Diet, Komunikasi Keperawatan, Farmakologi, Etika Keperawatan, Antropologi Kesehatan, Surveilans Kesehatan Masyarakat, Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia.

Penulis aktif melakukan penelitian, pengabdian masyarakat dan menulis berbagai jurnal ilmiah. Karya ilmiah terbaru antara lain *Proceedings Effectiveness of the Finger Handled Relaxation and*

*the Self-Tapping Relaxation Technique on Dysmenorrhoea Pain in Nursing Students dan The Effectiveness of Self-Tapping to Pain of Dysmenorrhoea* dipublikasikan di Atlantis Press Februari 2020. *The Management of Chronic Heart Failure ; A Nursing Care Perspective* tahun 2021.

## BIODATA PENULIS



**M. Nur Dewi Kartikasari, SST, M.Kes**  
Staf Dosen D III Kebidanan SV UNS

M. Nur Dewi Kartikasari lahir di Surakarta, pada 18 Desember 1983. Penulis tercatat sebagai Staf Pengajar/dosen prodi D3 Kebidanan UNS Surakarta sejak tahun 2008. Wanita yang sering disapa Dewi ini merupakan seorang Ibu dari 4 orang anak. Dewi merupakan Pengajar mata kuliah Asuhan Kehamilan dan beberapa mata kuliah asuhan kebidanan lainnya serta menjadi pembimbing kegiatan fieldlab: praktik klinik kebidanan. Penelitian yang pernah dilakukan tentang pengaruh pendampingan bidan terhadap pengetahuan dan praktik penatalaksanaan atonia uteri terkini melalui kondom kateter; evaluasi metode *Continuity of Care*; pengaruh laserpunktur terhadap tumbuh kembang (kaitannya dengan stunting); pemberdayaan ibu hamil melalui kelas ibu hamil dalam mencegah stunting; dan masih banyak lagi. Tugas tambahan saat ini sebagai koordinator SPMI Unit Penjaminan Mutu Sekolah Vokasi UNS.

Email : [dewi1812.uns@gmail.com](mailto:dewi1812.uns@gmail.com)

## BIODATA PENULIS



**Hairudin La Patilaya, SKM. M.Kes.**

Dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Maluku Utara

Penulis di lahirkan di Desa Soligi, Kec.Obi Selatan Kabupaten Halmahera Selatan Provinsi Maluku Utara pada tanggal 25 Juni 1982. Penulis memiliki istri bernama Sarifani, S.S, penulis dianugrahi 3 orang Putra yaitu M.Fa'iz Asyraf Patilaya, M.Fadhlun Azmi Patilaya, dan M.Farid Azzam Patilaya. Penulis Menempuh pendidikan SD Inpres Soligi lulus pada tahun 1994. Selanjutnya melanjutkan Studi pada SLTP Negeri 2 Obi kemudian lulus pada tahun 1997. Penulis kemudian melanjutkan lagi Studi SMU Negeri 1 Pasarwajo dan lulus pada tahun 2000. Universitas Muhammadiyah Maluku Utara adalah Universitas yang dipilih untuk melanjutkan Studi S1 (SKM) pada Program Studi Kesehatan Masyarakat Minat PKIP yang lulus pada tahun 2006. Penulis menempuh pendidikan S2 di Universitas Indonesia Timur di Makassar Program Pascasarjana S2 (M.Kes) Minat MARS dan lulus di tahun 2013. Saat ini penulis bekerja sebagai Dosen tetap Yayasan Non-PNS di Universitas Muhammadiyah Maluku Utara pada Fakultas Ilmu Kesehatan Program Studi Kesehatan Masyarakat sejak tahun 2007 sampai sekarang. Selain aktif sebagai Dosen penulis juga aktif melaksanakan penelitian dan pengabdian

masyarakat serta publikasi jurnal nasional dan internasional. Penulisan telah menghasilkan beberapa karya Buku Ajar maupun Book Chapter. Pengalaman organisasi penulis diantaranya adalah sebagai Pengurus (PKBM) Rutan Ternate tahun 2007, menjabat sebagai Sekretaris Program Studi Kesehatan Masyarakat tahun 2009-2013, Ketua Peminatan PKIP Fikes UMMU tahun 2014-Sekarang, penulis juga menjadi Pengurus PERSAKMI Provinsi Maluku Utara 2011-Sekarang, sebagai Pengurus Majelis Kesehatan Umum dan Pelayanan Sosial PWM Malut dari tahun 2015-Sekarang, Pergurus PPPKMI Cabang Provinsi Maluku Utara 2016-Sekarang, Pengurus IAKMI Provinsi Maluku Utara 2018-Sekarang, Pengurus FOKAL UMMU sebagai Sekretaris Jenderal tahun 2019-2023 dan juga sebagai Pengurus PJSI Provinsi Maluku Utara tahun 2019-2023. Penulis selain memiliki pengalaman kerja sebagai Dosen, penulis juga memiliki pengalaman kerja Sebagai Asesor Badan Akreditasi Nasional S/M Provinsi Maluku Utara pada tahun 2016 – 2019. Pendidikan non-formal yang pernah diikuti penulis adalah Pekerti Wilayah Kopertis XII tahun 2013, selain itu di tahun 2013 penulis mengikuti PEKERTI dan AA, serta kegiatan Program Magang Dosen di Universitas Airlangga Surabaya melalui Program Magang Dosen Kemendikbudristek.

## **BIODATA PENULIS**



### **Mariah Ulfah**

Dosen Program Studi Sarjana Keperawatan  
Universitas Harapan Bangsa

Penulis lahir di Banyumas pada tanggal 21 Nopember 1981. Penulis merupakan dosen tetap di Universitas Harapan Bangsa Program Studi Sarjana Keperawatan dan telah menyelesaikan pendidikan S2 di Magister Promosi Kesehatan kajian kesehatan reproduksi dan HIV AIDS pada tahun 2013, dan saat ini sedang mengambil Program Doktorat Penyuluhan pembangunan/pemberdayaan masyarakat minat promosi kesehatan. buku- buku yang pernah diterbitkan yaitu asuhan neonatus, UMP Press, pelvic tilt untuk mengurangi nyeri punggung, UNY Prss, dan pemberdayaan masyarakat dari penerbit Yahya Zaini.

## **BIODATA PENULIS**



### **Devy Febrianti**

Dosen Tetap Fakultas Ilmu Kesehatan Studi Administrasi  
Kesehatan Universitas Muhammadiyah Sidenreng Rappang

Penulis lahir di Enrekang pada tanggal 05 Februari 1992. Penulis merupakan dosen tetap di Universitas Muhammadiyah Sidenreng Rappang Fakultas Ilmu Kesehatan Studi Administrasi Kesehatan. Penulis telah menyelesaikan pendidikan S2 di Program Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin Fakultas Kesehatan Masyarakat.

## BIODATA PENULIS



**Ns. Siti Utami Dewi, S.Kep., M.Kes.**  
Dosen tetap STIKes Fatmawati

Penulis adalah dosen tetap di STIKes Fatmawati, Menyelesaikan Pendidikan Sarjana (S1) Program Studi Ilmu Keperawatan di STIKes Surya Global Yogyakarta (2008), Program Studi Profesi Ners di Universitas Indonesia Maju (2011). Setelah itu melanjutkan kuliah Magister (S2) Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Indonesia Maju (2016), dan saat ini sedang menempuh kuliah kembali pada program studi Magister Ilmu Keperawatan dengan peminatan Spesialis Keperawatan Onkologi di Universitas Indonesia. Saat ini menjabat sebagai wakil ketua Unit Penelitian dan Pengabdian Masyarakat (UPPM) dalam bidang Pengabdian Kepada Masyarakat dan sekretaris DPK PPNI STIKes Fatmawati. Selain itu, aktif pula dalam kegiatan *homecare* dengan keahlian terapi komplementer, melakukan penelitian dengan menghasilkan beberapa jurnal ilmiah dan menghasilkan beberapa karya PkM yang mendapatkan HAKI.



## **BIODATA PENULIS**



### **Farming**

Dosen di Poltekkes Kemenkes Kendari

Penulis lahir di Raha tanggal 21 November 1982. Penulis adalah dosen tetap pada Jurusan Poltekkes Kemenkes Kendari. Menyelesaikan pendidikan S2 Kebidanan di Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Pada Tahun 2015.

## **BIODATA PENULIS**



**Mahaza, S.KM., M.KM.**

Dosen Jurusan Kesehatan Lingkungan  
Poltekkes Kemenkes RI Padang

Penulis lahir di Padang tanggal 23 Maret 1972. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Terapan Sanitasi Lingkungan Jurusan Kesehatan Lingkungan Poltekkes Kemenkes Padang. Menyelesaikan pendidikan D3 APKTS dan Strata 1 FKM Universitas Baiturahmah Padang dan melanjutkan S2 pada Jurusan Infokes FKM UI. Menulis. Penulis menekuni bidang Kesehatan Lingkungan.

## BIODATA PENULIS



**Niken Bayu Argaheni, S.ST, M.Keb.**

Dosen di Universitas Sebelas Maret Surakarta

Penulis merupakan 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 Dismenorrhea 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 melalui email: [kinantiniken@gmail.com](mailto:kinantiniken@gmail.com)

## **BIODATA PENULIS**



### **Yohanes Denggos**

Dosen Perguruan Tinggi AKPER Yapenas 21 Maros

Penulis lahir di Pinggang, 12 Desember 1966. Anak ke 10 dari 12 bersaudara. Memperoleh gelar sarjana tahun 1999 STKIP Yapim Maros jurusan Bahasa Indonesia. Pada tahun 2013 menyelesaikan magister jurusan Epidemiologi Kesehatan Masyarakat di STIK Tamalate Makassar.

Pengalaman lain penulis, pernah menjabat wakasek kurikulum SMP Wolio Makassar tahun 1990-2020. Tahun 2020 menjabat kepala sekolah di SMK An Rahman Maros. Tahun 2022-2018 menduduki jabatan sebagai wakil direktur 3 di Akper Yapenas 21 Maros, kemudian tahun 2018-2019 menjabat sebagai wadir 1 bidang akademik. Tahun 2020-2021 sebagai wakil direktur 3 bagian kemahasiswaan. Di tahun 2022 menjabat sebagai wakil direktur 2 bidang keuangan dan kerjasama pada perguruan tinggi Akper Yapenas 21 Maros hingga sekarang.