

Aplikasi
Pengobatan Tradisional
Dalam Sistem Pelayanan
Kesehatan Terpadu

Aplikasi **Pengobatan Tradisional** Dalam Sistem Pelayanan Kesehatan Terpadu

Oleh :
Nyayu Fatimah
Ratna Indrawasih
Fanny Henry Tondo
Much. Saleh Buchari

Editor :
Nyayu Fatimah
Ratna Indrawasih



Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia

©2010 Indonesian Institute of Sciences (LIPI)
Pusat Penelitian Kemasyarakatan dan Kebudayaan*

Katalog dalam Terbitan

Aplikasi Pengobatan Tradisional dalam Sistem Pelayanan Kesehatan Terpadu (Studi Kasus di Kabupaten Jepara, Kabupaten Purwokerto, Provinsi Jawa Tengah, dan Kota Banjarmasin, Provinsi Kalimantan Selatan)/Nyayu Fatimah, Ratna Indrawasih, Fanny Henry Tondo, Much. Saleh Buchari, Jakarta: LIPI Press, 2010

v + 125 hlm; 14,8 x 21 cm

ISBN 978-979-799-636-9

1. Pengobatan tradisional
2. Kesehatan

615

Editor : Nyayu Fatimah dan Ratna Indrawasih
Diterbitkan oleh : LIPI Press, anggota IKAPI



*Pusat Penelitian Kemasyarakatan dan Kebudayaan
Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia
Widya Graha Lt. VI dan IX,
Jalan Jenderal Gatot Subroto No. 10
Jakarta, 12710
Telp.: 021-5701232 Fax.: 021-5701232

KATA PENGANTAR

Kesehatan merupakan salah satu kebutuhan dasar masyarakat yang perlu mendapat perhatian serius. Oleh karena itu, upaya-upaya dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan yang optimal baik fisik maupun mental perlu mendapat perhatian dan dukungan. Pemerintah, dalam rangka mencapai derajat kesehatan yang optimal tersebut, sedang dan akan melaksanakan pembangunan di bidang kesehatan dengan berbagai program-program yang tentunya diharapkan dapat memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat yang tampaknya semakin meningkat seiring dengan perkembangan yang terjadi dewasa ini baik secara lokal, nasional maupun global dengan segala implikasinya terhadap dunia kesehatan.

Kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan direspon oleh pemerintah dengan berbagai program kesehatan yang ada baik yang bersifat jangka panjang maupun jangka pendek. Salah satu program pelayanan kesehatan yang dapat dirasakan masyarakat berkaitan dengan penerapan pengobatan tradisional dalam pelayanan kesehatan di Rumah Sakit. Masuknya pengobatan tradisional dalam pelayanan kesehatan konvensional yang selama ini ada merupakan fenomena yang menarik untuk dikaji karena selama ini masyarakat hanya mengetahui pengobatan tradisional yang dilaksanakan di klinik-klinik di luar rumah sakit yang dilaksanakan secara individual maupun kelembagaan swasta. Tampaknya aplikasi pengobatan tradisional dalam pelayanan kesehatan secara terpadu dapat membantu meningkatkan kesehatan masyarakat secara optimal sebagai alternatif pengobatan yang patut dicoba dan diterapkan.

Buku ini merupakan hasil penelitian tahun kedua dengan mengambil lokasi penelitian di dua daerah yaitu Provinsi Jawa Tengah dan Provinsi Kalimantan Selatan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mendapatkan pemahaman yang lebih komprehensif mengenai penerapan pengobatan tradisional dalam sistem pelayanan kesehatan terpadu, terutama di Provinsi Jawa Tengah, sedangkan di Kalimantan Selatan

untuk mengetahui pandangan masyarakat terhadap pengobatan tradisional dan faktor yang mempengaruhi penggunaannya.

Dalam melaksanakan suatu kegiatan, termasuk kegiatan penelitian, tentu tidak terlepas dari berbagai kendala. Dalam penelitian ini, kendala yang dihadapi yaitu persoalan keterbatasan dana serta kelambatan turunnya dana tersebut. Namun, hal ini tidak membuat para peneliti putus asa tetapi tetap berusaha mendapatkan data dan mengolahnya untuk menghasilkan sebuah buku yang berkualitas dan layak dibaca. Untuk itu, kendala ini diharapkan dapat diakomodir di kemudian hari sehingga penelitian-penelitian selanjutnya dapat semakin baik dan mengalami peningkatan baik dari segi mutu maupun kuantitas.

Tim peneliti menyampaikan terima kasih kepada berbagai pihak yang telah turut andil dalam pelaksanaan penelitian serta penyusunan buku ini baik pemerintah pusat maupun daerah dan para informan yang turut berkontribusi dalam memberikan informasi berkaitan dengan topik penelitian ini.

Tim penyusun buku ini masih sangat menyadari bahwa hasil tulisan ini masih belum sempurna. Oleh karena itu, masukan, saran, dan kritik konstruktif dari berbagai pihak akan menjadi bahan pertimbangan bagi penyusunan buku selanjutnya. Akhirnya, semoga hasil tulisan dalam buku ini sedikit banyak dapat memberikan pengetahuan, dan memberikan informasi yang bermanfaat bagi pembaca.

Jakarta, Desember 2010

Kepala Pusat Penelitian Kemasyarakatan dan
Kebudayaan-LIPI

Ttd.

Drs. Abdul Rachman Patji, MA

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iii
DAFTAR TABEL.....	v
BAB I PENDAHULUAN.....	1
BAB II PENERAPAN PENGOBATAN TRADISIONAL DALAM PELAYANAN KESEHATAN TERPADU DI PROVINSI JAWA TENGAH	23
2.1 Kabupaten Jepara	23
2.1.1 Profil Daerah: Kondisi Geografi, Demografi dan Sosial Ekonomi	23
2.1.2 Sejarah Rumah Sakit Kelet	29
2.1.3 Kebijakan dan Upaya Pengembangan Pelayanan Pengobatan Tradisional di Rumah Sakit	31
2.1.4 Penerapan Pengobatan Tradisional di Rumah Sakit dan Manfaatnya	37
2.2 Kabupaten Banyumas (Purwokerto)	43
2.2.1 Profil Daerah: Kondisi Geografi, Demografi dan Sosial Ekonomi	43
2.2.2 Kebijakan dan Upaya Penyediaan Pengobatan/ Obat Tradisional Dalam Pelayanan Pengobatan Formal.....	52
2.2.3 Penerapan Pengobatan Tradisional di Rumah Sakit (RS Prof. Dr. Margono Soekarjo).....	54
2.2.4 Sosialisasi Pelayanan Pengobatan Tradisional di Rumah Sakit Kepada Masyarakat	67
2.2.5 Pemanfaatan Pengobatan Tradisional di Rumah Sakit Oleh Masyarakat	68

BAB III PEMANFAATAN PENGOBATAN TRADISIONAL OLEH MASYARAKAT: KASUS KOTA BANJARMASIN, PROVINSI KALIMANTAN SELATAN	81
3.1 Profil Daerah: Kondisi Geografi, Demografi dan Sosial Ekonomi	81
3.2 Kondisi Kesehatan Masyarakat	87
3.2.1 Derajat Kesehatan	87
3.2.2 Perilaku Masyarakat	90
3.2.3 Sarana Pelayanan Kesehatan	92
3.3 Kebijakan dan Upaya Pengembangan Pelayanan Pengobatan Tradisional dan Penerapannya di Rumah Sakit	95
3.3.1 Perizinan Praktik Pengobatan Tradisional	95
3.3.2 Pembinaan	99
3.3.3 Pengembangan	101
3.4 Pandangan Masyarakat Terhadap Pengobatan Tradisional.....	103
3.4.1 Profil <i>Battra</i>	104
3.4.2 Profil Pasien	110
3.4.3 Pandangan tentang <i>Battra</i>	112
3.4.4 Faktor yang Memengaruhi Penggunaan <i>Battra</i>	113
3.4.5 Harapan dari Pengobat Tradisional dan Pasien dalam Penggunaan <i>Battra</i>	114
 BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN	 115
4.1 Kesimpulan	115
4.2 Saran	118
 DAFTAR PUSTAKA	 121

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Penggunaan Pengobatan yang Dilakukan Penduduk Indonesia (Hasil Susenas Tahun 1998, 1999, 2000 dan 2001)	6
Tabel 2.1	Kepadatan Penduduk Menurut Kecamatan Akhir Tahun 2008	45
Tabel 2.2	Banyaknya Fasilitas Kesehatan Menurut Jenis dan Kecamatan Tahun 2008	46
Tabel 2.3	Jumlah Sarana Pelayanan Kesehatan Kabupaten Banyumas Tahun 2008	48
Tabel 2.4	Permintaan Obat Fitofarmaka oleh Puskesmas dan Pengeluarannya Tahun 2009	53
Tabel 2.5	Jenis Obat Fitofarmaka yang Diterima dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah untuk Persediaan di Poliklinik Obat Tradisional dan Komplementer RS Margono Soekarjo	63
Tabel 2.6	Cakupan Pelayanan Pasien Rawat Jalan pada Poliklinik Akupunktur Tahun 2009	68
Tabel 3.1	Luas Wilayah, Jumlah Penduduk, dan Kepadatan Penduduk di Kota Banjarmasin Per Kecamatan, Tahun 2003 dan 2010	85
Tabel 3.2	Sepuluh Besar Jenis Penyakit yang Diderita Penduduk Kota Banjarmasin	89
Tabel 3.3	Sarana dan Prasarana Pelayanan Kesehatan di Kota Banjarmasin Tahun 2007	93
Tabel 3.4	Jumlah Pengobatan Tradisional/ <i>Batra</i> di Kota Banjarmasin Tahun 2010	94

BAB I

PENDAHULUAN

Masalah kesehatan merupakan salah satu domain yang sangat kompleks bagi manusia, karena kesehatan secara umum memengaruhi seluruh aspek kehidupan manusia. Dalam kaitannya dengan kondisi sehat, tentunya tidak hanya berlaku bagi diri manusia itu sendiri namun juga bagi lingkungan di sekitarnya. Kondisi sehat tidak hanya ditentukan dari tidak adanya penyakit dalam tubuh atau bila seluruh organ tubuh berfungsi secara normal, tetapi juga karena adanya suatu penilaian manusia untuk bersikap terhadap kondisi sehat atau sakit itu sendiri.

Menurut pendapat seorang ahli di bidang kesehatan masyarakat (Prof. dr. Sampoerno, MPH¹) menyatakan bahwa sistem kesehatan yang “dulu” ditujukan untuk memelihara kesehatan fisik dan mental kini bergeser untuk mencapai derajat kesehatan setinggi-tingginya (*goodness*) dengan perbedaan antar-individu dan kelompok sekecil mungkin (*fairness*). Sehingga upaya kesehatan, kini tidak lagi sebagai *health program for survival* tetapi sebagai *health program for human development*. Tentu saja untuk mempertahankan dan meningkatkan upaya pembangunan diperlukan sumber daya manusia yang tidak sekadar tidak sakit, tetapi sehat dan produktif. Tahun 1988 Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) telah memasukkan unsur sehat/produktif sosial dan ekonomi itu dalam definisi sehat.²

Sejalan dengan itu pula, tentu saja kesehatan manusia dipengaruhi oleh aspek-aspek kehidupan yang melingkupi diri manusia itu, seperti pendidikan, ekonomi, pola kebiasaan dan perilakunya terhadap kesehatan. Aspek-aspek tersebut, terutama pola kebiasaan dan perilaku terhadap kesehatan masyarakat Indonesia

¹Prof. dr. Sampoerno MPH dari FKM UI.

²Lihat <http://www.kompas.com/kesehatan/news/0207/02/191217.htm>.

tentunya berbeda-beda, semua itu karena adanya pengaruh dari struktur sosial-budaya masyarakatnya. Sebagaimana diketahui bahwa struktur sosial-budaya masyarakat Indonesia terbentuk dari komunitas yang berbeda-beda. Komunitas pluralis yang berbeda dari segi etnik, bahasa, kultur, adat istiadat, sistim nilai bahkan keyakinan dan agama merupakan potensi efektif bagi munculnya berbagai variasi dalam menyikapi berbagai persoalan dalam kehidupan sehari-hari, termasuk di bidang kesehatan khususnya dalam hal pemilihan pengobatan yang dianggap cocok, salah satunya adalah dalam pemanfaatan pengobatan tradisional.

Pengobatan tradisional yang semula hanya dimanfaatkan oleh masyarakat tradisional untuk pertolongan pertama, mengatasi gejala penyakit. *Trival* dan *self limiting diseases*, kini sudah dipromosikan untuk mengatasi penyakit degeneratif, genetik dan lain-lain. Dengan demikian, pengobatan tradisional tidak hanya diminati oleh sekelompok masyarakat desa, atau mereka yang pendidikannya tingkat rendah, tapi juga dimanfaatkan oleh mereka yang berpendidikan tinggi, dan bahkan yang tinggal di kota besar (Depkes RI, 2004).

Oleh karena itu, Departemen Kesehatan melalui Undang-undang No. 23/1992 tentang Kesehatan dalam Pasal 62 ayat 2 maupun revisinya (UU RI No. 36 Tahun 2009), mengakui keberadaan pengobatan tradisional sebagai bagian yang tidak dapat diabaikan dalam pelayanan kesehatan. Dalam Pasal 47 ayat (1) dari UU Kesehatan No.23/1992 tersebut dinyatakan bahwa pengobatan tradisional dapat menjadi alternatif upaya pengobatan di luar ilmu kedokteran yang merupakan pengobatan dengan teknologi modern. Tindak lanjut dari aplikasi undang undang tersebut, maka pemerintah berupaya pula untuk memberikan rambu-rambu terhadap kemungkinan penyimpangan yang terjadi dalam penggunaannya. Hal ini tertuang dalam ayat (2) dan ayat (3) pasal tersebut bahwa pengobatan tradisional harus di bawah pengawasan agar dapat dipertanggungjawabkan manfaat dan keamanannya serta dapat dikembangkan agar lebih banyak lagi masyarakat yang dapat

memanfaatkannya. Hal ini sejalan pula dengan isi bab Bab VI bagian Ketiga Pasal 59 ayat 1, 2 dan 3 yang mengemukakan tentang bagaimana pelayanan kesehatan tradisional itu dapat dilaksanakan baik dengan menggunakan ketrampilan dan atau menggunakan ramuan dan semua itu harus dibina dan diawasi oleh pemerintah agar dapat dipertanggungjawabkan manfaat dan kemanannya serta tidak bertentangan dengan norma agama.

Sebagai tindak lanjut dari undang-undang tersebut, pemerintah telah mengeluarkan beberapa peraturan, baik berupa peraturan pemerintah, peraturan presiden, maupun keputusan menteri kesehatan, yaitu:

- PP No. 72 Tahun 1998, tentang Pengamanan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan, yaitu pada pasal 60 huruf b disebutkan bahwa pembinaan dalam bidang sediaan farmasi yang berupa obat tradisional sebagai upaya kesehatan mandiri.
- Keputusan Menteri Kesehatan No. 1076/MenKes/SK/VII/2003 yang secara eksplisit menyebutkan beberapa pola pembinaan, wajib daftar praktik pengobatan tradisional, pemberian ijin kepada pengobatan tradisional yang sudah dapat dipertanggungjawabkan.
- Peraturan Presiden No. 7 Tahun 2005, tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) Bidang Kesehatan, Kebijakan Pengembangan Obat Asli Indonesia (OAI).
- KepMenKes No. 31/MenKes/SK/V/2006, tentang Program Obat dan Perbekalan Kesehatan, yaitu mengintegrasikan obat tradisional/komplementer dan alternatif yang memenuhi persyaratan ke dalam sistem pelayanan kesehatan nasional.
- KepMenKes RI No. 381/MenKes/SK/III/2007 tentang Kebijakan Obat Tradisional Nasional.
- Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1109/Menkes/SK/PER/XI/2007 tentang penyelenggaraan pengobatan komplementer-alternatif di fasilitas pelayanan kesehatan.

Dari berbagai peraturan yang ada tersebut tampak bahwa pemerintah telah memberikan perhatiannya terhadap pemanfaatan

pengobatan tradisional yang menggejala tersebut. Karena tidak dapat dipungkiri lagi, pada era globalisasi sekarang ini, ketika pengobatan modern yang berdasarkan konsep ilmiah kedokteran telah berkembang, tetapi cukup banyak juga terjadi penyimpangan, karena pemakaian obat-obatannya yang berasal dari zat-zat kimia ada ekstrak tertentu yang dapat menimbulkan efek samping. Berbeda dengan pengobatan tradisional, atau pengobatan alternatif yang sering dianggap irrasional justru menjadi semakin berkembang dalam masyarakat. Merupakan satu alasan logis yang muncul dari adanya pilihan terhadap penggunaannya karena pengobatan tradisional yang racikan obatnya berasal dari herbal sifatnya alamiah dianggap tidak memberikan efek samping bagi kesehatan tubuh manusia

Berkaitan dengan penyediaan obat tradisional yang ber-sumber dari sumber daya lokal, dalam hal ini pemerintah telah pula meratifikasi konvensi keanekaragaman hayati melalui UU No. 5 tahun 1994. Dalam pasal 8j disebutkan bahwa konvensi keaneka-ragaman hayati sebagai sumber atau bahan untuk obat-obatan, mengakui pentingnya perlindungan terhadap pengetahuan tradisional masyarakat akan obat-obatan. Sayangnya, pengetahuan tradisional masyarakat akan obat-obatan tidak mendapatkan perlindungan dari hak atas kekayaan intelektual. Masyarakat tradisional tidak mendapatkan keuntungan atau *royalty* dari pengekstrasian obat-obatan tersebut.

Di negara lain, termasuk di Indonesia, penggunaan pengobatan komplementer dan alternatif (*complementary and alternative medicine*, CAM) dalam 20 tahun terakhir semakin meningkat tajam, tidak hanya sekadar karena kecenderungan *back to nature*, namun juga karena CAM merupakan sumber layanan kesehatan yang mudah diperoleh dan terjangkau oleh masyarakat luas. Selain itu, bukti-bukti empiris dan dukungan ilmiah yang semakin banyak menyebabkan CAM semakin populer di kalangan masyarakat dunia.

Terdapat beberapa studi tentang pengobatan tradisional di berbagai daerah di Indonesia yang pernah dilakukan, di antaranya oleh Dinas Pendidikan dan Kebudayaan cq ditjen jarahnitra (1992-1997), Esther Bronwyn Walcott (2004), Rusmin Tumanggor (1999), Agoes Azwar (1998), tetapi kajian-kajian tersebut belum secara komprehensif menjelaskan keterkaitan antara pengobatan tradisional dan pengobatan modern, selain itu pula hasil penelitian tersebut lebih terfokus pada obat-obatan dan manfaat dari obat-obat tersebut. Sementarastudi yang berkaitan dengan aplikasi pengobatan tradisional dalam pelayanan kesehatan terpadu masih belum dilakukan, padahal masalah ini merupakan hal yang penting tidak hanya dalam konteks kebijakan nasional (karena sudah terbitnya UU No. 36/2009 tentang kesehatan³), tetapi juga regional maupun global. Realisasi basis normatif pengobatan tradisional dapat mewadahi kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan dan bila tidak dikembangkan dan diberi rambu pengamannya akan mengakibatkan kerugian tidak hanya bagi masyarakat pengguna tetapi juga secara luas berdampak terhadap kebijakan tentang kesehatan itu sendiri.

Dengan berkembangnya pengobatan alternatif, yang kemudian dikenal dengan *Complementary Alternative Medecine* (CAM), *Complementary Alternative Therapies* (CAT) atau kadang disebut juga *Complementary Therapies* (CTs). Di AS misalnya, CTs mulai mendapatkan momentumnya dalam praktik medis dan keperawatan saat masyarakat mulai mengenali adanya keterbatasan dalam terapi konvensional. Berdasarkan pada hasil survey tahun 1997 mayoritas masyarakat AS membayar pelayanan ini sebanyak \$22 milyar. Dan pada tahun 2001 ditemukan bahwa 47% (25) dari 53 negara bagian dan dewan keperawatan teritorial memperbolehkan praktik CTs; 13% (7) masih dalam proses mendiskusikan issue tersebut; dan 40% (21) tidak secara formal menyinggung topik ini

³UU Kesehatan RI sebelumnya yaitu Nomor 23/1992.

namun juga tidak menolak praktik ini⁴. Dari data yang sama dikatakan bahwa pada tahun 1998 hasil penelitian Eisenberg (et al) menemukan bahwa 42% dari respondennya menggunakan berbagai bentuk dari terapi komplementer, dan hal ini mengalami peningkatan sampai 10% dari hasil survey yang dilakukan pada tahun 1991 dari kelompok penelitian yang sama (Snyder & Lindquist, 2001; Sparber, 2001). Saat ini pasar global CAM bernilai sekitar US\$ 60 milyar/tahun dan terus meningkat setiap tahun. Sementara di Indonesia sendiri telah mulai terdeteksi adanya pemanfaatan tersebut, tercatat sekitar 40% penduduk Indonesia menggunakan pengobatan tradisional, 70% berada di daerah pedesaan.⁵ Sementara dari hasil sensus 1998 dan 2001 menunjukkan adanya kecenderungan peningkatan dalam penggunaan pengobatan tradisional tersebut, baik dengan menggunakan obat tradisional maupun dengan menggunakan cara tradisional, walaupun tidak terlihat "bombastis" namun dalam empat tahun (dari tahun 1998–2001) menunjukkan peningkatan yang cukup berarti sebagaimana dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 1.1 Penggunaan Pengobatan yang Dilakukan Penduduk Indonesia (Hasil Susenas Tahun 1998, 1999, 2000 dan 2001)

Keterangan	1998	1999	2000	2001
Keluhan sakit dalam sebulan	25,4%	24,6%	25,5%	25,3%
- Pengobatan sendiri	62,2%	61,7%	62,9%	57,7%
- Menggunakan obat	88,5%	89,6%	87,6%	82,7%
- Menggunakan obat tradisional	15,2%	15,0%	15,6%	31,7%
- Menggunakan cara tradisional	2,4%	2,7%	3,6%	9,8%

Sumber: http://apotekputer.com/ma/index.php?option=com_content&task=view&id=131&Itemid=63.

⁴Lihat <http://nursepoint.blogspot.com/2007/11/kinik-komplementer-perlihat.html>.

⁵Lihat <http://www.elexmedia.co.id/pdf/EMK170070522%20%20Pilih%20amu%20dan%20Herbal%20Tanpa%20Efek%20Samping.pdf>.

Munculnya kecenderungan seperti itu pula, yang telah membuat pemerintah merasa perlu untuk membuka suatu pelayanan medis yang bertujuan untuk dapat memadukan dua aspek pelayanan, Pelayanan kesehatan terpadu ini merupakan satu usaha untuk mengkombinasikan pelayanan pengobatan yang sifatnya tradisional dengan yang konvensional (modern). Pengobatan konvensional adalah suatu pengobatan standar kedokteran barat (kedokteran modern) atau disebut sebagai pengobatan ilmiah (*scientific medicine* atau *biomedicine*). Upaya untuk memadukan suatu pelayanan kesehatan yang sifatnya memadukan kedua aspek pengobatan (tradisional-modern) yang disebut dengan pelayanan “komplementer-alternatif” telah diapresiasi dengan keluarnya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1109/Menkes/PER/IX/2007 tentang penyelenggaraan Pengobatan Komplementer-Alternatif di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (rumah sakit atau klinik, dan sebagainya). Dalam perkembangannya, pelayanan kesehatan terpadu yang sering dikenal sebagai “pengobatan Komplementer-alternatif” lebih mengacu pada penerapan dari beberapa jenis pengobatan tradisional seperti akupunktur, akupresur, refleksi, dan aromaterapi, meditasi, dan sebagainya.

Bertolak dari rumusan yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan RI c.q Direktorat Bina Pelayanan Medik Dasar disebutkan bahwa “pengobatan komplementer-alternatif” adalah pelayanan pengobatan non konvensional yang ditujukan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat meliputi upaya promotif, kuratif dan rehabilitatif yang diperoleh melalui pendidikan terstruktur dengan kualitas, keamanan, dan efektifitas yang tinggi yang berlandaskan ilmu pengetahuan biomedik yang belum diterima dalam kedokteran konvensional (Ratna Dewi Umar, dkk., 2007:3)

Adapun ruang lingkup pelayanan medik pengobatan komplementer-alternatif yang berlandaskan ilmu pengetahuan biomedik meliputi (Ratna Dewi Umar-dkk, 2007:7):

- Intervensi tubuh dan pikiran (*mind and body interventions*); hipnoterapi, meditasi, penyembuhan spiritual dan do'a, yoga.

- Sistem pelayanan medik alternatif (*alternative systems of medical practice*); akupunktur, akupresur, naturopati, homeopati, aromaterapi, ayurveda.
- Cara penyembuhan manual (*manual healing methods*); *chiropractice, healing touch*.
- Pengobatan farmakologi dan biologi (*pharmacologic and biologic treatments*); pengobatan herbal.
- Diet dan nutrisi untuk pencegahan dan pengobatan (*diet and nutrition for the prevention and treatment of disease*); diet makronutrient, micro nutrient.
- Cara lain dalam diagnosa dan pengobatan (*unclassified diagnostic and treatment methods*); terapi ozon, hiperbarik, RRCP (*enchanced External Counter Pulsation*).

Menilik dari beberapa ruang lingkup yang ada tersebut, tampaknya upaya komplementer hampir menyentuh setiap bagian dari ciri pengobatan tradisional yang ada. Namun dalam praktik belum mengadopsi secara komprehensif dari semua ciri yang ada tersebut. Sebagaimana yang dapat kami kemukakan dari hasil penelitian tahun pertama (tahun 2009), menunjukkan bahwa praktik pengobatan tradisional sangat beragam seperti Akupunktur, Akupresur, Pijat Refleksi, Pijat Urat Syaraf, Tusuk Jari, Bekam, Supranatural, Pengobatan dengan Doa, Mantra. Semua itu ada yang dilengkapi dengan ramuan/obat tradisional, serta ada pula dengan media seperti telur dan air putih (Nyayu Fatimah, Ratna Indrawasih, eds, 2010). Hasil penelitian pun menunjukkan adanya upaya untuk memberikan pelayanan kesehatan secara terpadu (antara pengobatan tradisional dan modern) yang dilaksanakan di rumah sakit rumah sakit, seperti misalnya di Kota Palembang (Sumatera Selatan). Di provinsi ini pada tahun 2000 pernah diuji cobakan untuk membuka penyediaan pelayanan kesehatan secara terpadu antara pengobatan modern dan tradisional yaitu di Rumah Sakit Umum Muhammad Hoesin Palembang, dan jenis pengobatan tradisional pada saat itu yang dapat diterima adalah dari jenis akupunktur. Namun sayangnya, program tersebut tersendat di tingkat birokrasi, sehingga tidak berhasil

dipertahankan dan akhirnya menjadi mati suri bahkan masyarakat umum tidak menyadari bila pernah ada usaha pengobatan tradisional di rumah sakit tersebut (lihat Nyayu Fatimah, 2010). Hal ini berbeda dengan di Semarang (Jawa Tengah), yang sampai sekarang masih ditemukan beberapa rumah sakit yang menyediakan pelayanan kesehatan secara terpadu tersebut. Sebagaimana informasi yang diperoleh dari pejabat Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, bahwa dengan adanya kebijakan penerapan pengobatan tradisional secara terpadu dalam pelayanan kesehatan formal (di rumah sakit), maka sudah ada beberapa rumah sakit di Jawa Tengah yang menyediakan sarana pengobatan/obat tradisional sebagai pelengkap pelayanan kepada masyarakat, yaitu pada tahun 2006 terbentuk Poliklinik Obat Tradisional di Rumah Sakit Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto, dan tahun 2007 di Rumah Sakit Kelet Jepara. Sementara itu, menurut informasi dari pejabat Dinas Kesehatan Kota Semarang, di Rumah Sakit Telogorejo di Kota Semarang juga menyediakan pengobatan tradisional/alternatif Akupunktur. Selain itu, hasil temuan lapangan sementara di dua daerah penelitian di Jawa Tengah yaitu kota Semarang dan Kabupaten Cilacap juga menunjukkan bahwa pengobatan tradisional memang sangat berkembang di tengah masyarakat perkotaan (Ratna Indrawasih, 2010). Bahkan ada kecenderungan bahwa praktik-praktik pengobatan tradisional lebih banyak terdapat di kota Semarang.

Berdasarkan hasil temuan penelitian tahun pertama itu pula, adalah penting untuk melakukan suatu pengkajian terhadap program pemerintah di bidang pelayanan kesehatan dengan melakukan upaya sinergi pelayanan kesehatan antara pengobatan tradisional dan pengobatan konvensional (modern). Untuk itu pula penelitian tentang aplikasi pengobatan tradisional dalam pelayanan kesehatan terpadu dilakukan, selain untuk mengidentifikasi faktor yang memengaruhi masyarakat dalam menggunakan pengobatan/obat tradisional, juga untuk mengetahui lebih jauh bagaimana penerapan pengobatan tradisional dalam sistem pelayanan kesehatan formal/modern (rumah sakit) di daerah yang telah mengapresiasi sistem pengobatan/obat

tradisional tersebut, serta untuk mengetahui bagaimana pemanfaatan pengobatan/obat tradisional tersebut oleh masyarakat. Dengan diperolehnya pengetahuan tersebut, maka dapat dijadikan bahan masukan bagi pemerintah dalam rangka menciptakan sistem pelayanan kesehatan terpadu (pelayanan pengobatan modern dan pengobatan tradisional), atau yang lebih populer dengan ”pengobatan komplementer” guna meningkatkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat.

Merujuk pada latar belakang permasalahan tersebut, maka tujuan penelitian ini *pertama* untuk memahami faktor-faktor yang memengaruhi meningkatnya penggunaan pengobatan tradisional di Indonesia; *kedua* untuk mengetahui bagaimana penerapan sistem pengobatan tradisional dalam pelayanan kesehatan formal/modern oleh pemerintah daerah; *ketiga* untuk memahami bagaimana pemanfaatan masyarakat terhadap pelayanan pengobatan tradisional yang telah disediakan pada pelayanan kesehatan formal (rumah sakit); dan *keempat* untuk mengetahui bagaimana upaya pemerintah dalam meningkatkan pelayanan kesehatan dan memberikan perlindungan kepada masyarakat dari pelayanan kesehatan baik pelayanan kesehatan formal maupun tradisional.

Dalam kaitannya dengan permasalahan pengobatan tradisional, perlu kiranya untuk memahami bagaimana pandangan masyarakat tentang kesehatan. Indonesia sebagai suatu bangsa, yang dikenal dengan kebhinekaannya baik secara regional, sosial-budaya maupun nilai-nilai yang dianut memiliki pemahaman yang berbeda dalam mereka memandang masalah kesehatan yang melingkupi kehidupannya. Setiap etnik yang ada sejak awal telah memiliki konsep sakit dan sehat dengan memberikan variasi yang berbeda, semua itu sangat terpengaruh oleh latar etnik dan sistem nilai yang mereka anut selama hidupnya. Bagaimana masing-masing etnik yang ada menyikapi sebab musabab penyakit dan kondisi sehat dirinya yang tentunya akan sangat dipengaruhi oleh nilai-nilai sosial dan budaya yang melingkupinya. Proses adaptasi dan sosialisasinya sepanjang hidup telah menjadikan semua sistem nilai dan sistem

budaya yang ada telah menjadi bagian dari dirinya memengaruhi kehidupan sosialnya. Semua itu telah memengaruhi sikap dan prilakunya. Demikian pula dalam menyikapi keadaan sehat dan sakit, adaptasi seseorang dengan lingkungannya baik lingkungan fisik, sosial maupun budaya akan sangat memengaruhi penilaiannya tentang sehat dan sakit.

Secara umum sakit dipandang sebagai suatu keadaan yang tidak seimbang antara jasmani dan rohani. Menurut para ahli sakit disebabkan oleh 2 faktor, yaitu fisik dan non fisik. Penyakit yang terjadi karena faktor fisik tentunya lebih mudah diketahui dan dapat lebih mudah dalam menentukan cara pengobatannya, seperti sakit kulit, luka tertusuk, dan sebagainya. Sementara itu penyakit yang non fisik lebih sulit untuk mendeteksinya sehingga diperlukan cara lain dalam menghadapinya. Dalam beberapa kepercayaan yang dinut sebagian besar sukubangsa di Indonesia biasanya memiliki cara dan upaya penyembuhannya melalui bantuan orang pintar yang sering disebut sebagai dukun atau kyai. Mereka selalu dipersonifikasikan sebagai individu yang memiliki kelebihan dibandingkan dengan manusia lainnya.

Sementara itu, konsep sehat menurut WHO adalah keadaan optimal yang meliputi fisik, mental dan sosial dari tiap individu, kelompok dan masyarakat sehingga sehat bukan hanya bebas dari sakit dan cacat, jadi ia akan melingkupi keadaan fisik dan non fisik dari manusia itu sendiri. Menurut konsep kesehatan itu pula, sakit berarti keadaan yang menunjukkan adanya ketidak seimbangan dari organ-organ tubuh seseorang baik dalam dirinya sendiri maupun dengan lingkungan masyarakatnya⁶.

⁶ Lihat <http://www.unsocd.ac.id/cmsfak/UserFiles/File/PSKp/linklokal/konsep%Sehat.doc>.

Lebih jauh definisi WHO tentang sehat tersebut mempunyai karakteristik yang dapat meningkatkan konsep sehat yang positif (Edelman dan Mandle. 1994),⁷ yaitu:

- (a) Memerhatikan individu sebagai sebuah sistem yang menyeluruh.
- (b) Memandang sehat dengan mengidentifikasi lingkungan internal dan eksternal.
- (c) Penghargaan terhadap pentingnya peran individu dalam hidup.

Adapun menurut UU No. 23/1992 tentang Kesehatan menyatakan bahwa, kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Dalam pengertian ini maka kesehatan harus dilihat sebagai satu kesatuan yang utuh terdiri dari unsur-unsur fisik, mental dan sosial dan di dalamnya kesehatan jiwa merupakan bagian integral kesehatan. Ditarik pada pengertian yang paling luas, sehat merupakan suatu keadaan yang dinamis di mana individu menyesuaikan diri dengan perubahan-perubahan lingkungan internal (psikologis, intelektual, spiritual dan penyakit) dan eksternal (lingkungan fisik, sosial, dan ekonomi) dalam mempertahankan kesehatannya (Iwan Purnawan, S.Kep., Ns)⁸.

Berkaitan dengan itu pula, maka dalam memahami konsep sehat dan sakit itu, tentunya dapat juga dilihat dari dua sudut pandang atau dua sistem yang selama ini berlaku yaitu yang berasal dari sistem timur dan sistem barat, di mana dalam aplikasinya menunjukkan perbedaan yang cukup signifikan bagi pemahaman tentang sehat dan sakit itu. Mungkin dapat dipahami bila prinsip-prinsip dunia timur dalam menyikapi atas keadaan sakit dan sehat cukup melekat dalam kehidupan dunia sosial masyarakat Indonesia, namun tidak pula dihindarkan atas adanya pengaruh dari dunia barat. Dapat dijelaskan

⁷Lihat <http://www.tugaskuliah.info/2009/10/bahan-kuliah-konsep-sehat-sakit-menurut.html>

⁸Lihat [http://www.unsod.ac.id/cmsfak/UserFiles/File/PSKp/linklokal/konsep % Sehat.doc](http://www.unsod.ac.id/cmsfak/UserFiles/File/PSKp/linklokal/konsep%20Sehat.doc)

bahwa dalam sistem timur menyebutkan adanya dua faktor penyebab penyakit, yaitu faktor dalam dan faktor luar. Faktor dalam yang berupa emosi dalam diri manusia itu sendiri. Emosi yang tak terkendali akan menyebabkan penyakit, dinamakan luka dalam; dan faktor luar, yang berupa cuaca dan lingkungan hidup, seperti jatuh, luka, dan digigit binatang.

Pemahaman itu tentu saja berbeda antar dunia timur dan dunia barat di mana dalam dunia barat tidak mengenal atau memisahkan antara jiwa dan raga sehingga tidak dikenal oleh adanya penyakit yang disebabkan oleh emosi dan sebagainya. Penyakit dianalisa dan dicari sebab utamanya misalnya infeksi karena kuman tertentu, bakteri, virus atau jamur, dan sebagainya (Gunawan I, 2009: 14-15).

Dua kekuatan pemahaman itu pula yang dapat memberikan satu pemahaman dan adaptasi pandangan yang berbeda terhadap sebab musabab penyakit, sehingga melahirkan pula berbagai variasi dalam menyikapi berbagai persoalan dalam kehidupan kesehatannya, khususnya dalam hal pemilihan teknik pengobatan yang dianggap cocok. Sebelum teknik pengobatan modern (yang konvensional) muncul, masyarakat lebih mengenal dengan cara pengobatan yang sifatnya tradisional, yang diberlakukan hingga saat ini sebagai suatu teknik pengobatan tradisional. Berbagai persoalan perubahan dalam teknik pengobatan itu ditandai pula dengan banyaknya pengaruh dari luar termasuk diantaranya teknologi, dan aktifitas baru yang dalam kehidupan tradisional dulu tidak dikenal (seperti suntikan, obat kapsul, alat-alat rontgen, dsb). Para pengobat tradisional ditantang untuk berkreasi agar eksistensinya dalam dunia pengobatan dapat tetap bertahan. Oleh karena itu para pengobat tradisional selalu harus dilihat sebagai pertanda untuk jamannya, yang mencerminkan kesinambungan antara masa lampau, kini dan masa datang. (Eko Budihardjo, hlm. 6-36).

Berbagai jenis pengobatan yang dilakukan masyarakat guna memelihara kesehatan dirinya dewasa ini sangat beragam baik dari

cara maupun jenis pengobatan yang dilakukan. Berbagai jenis dan cara itu pula yang dewasa ini sedang berkembang dalam dunia kesehatan di Indonesia. Berdasarkan jenisnya, cara pengobatan dapat dibedakan atas tiga jenis yaitu, *pertama* dari usaha melalui pengobatan konvensional atau yang lebih dikenal sebagai pengobatan modern yang dilakukan oleh tenaga medis, atau *kedua* pengobatan non konvensional⁹ (pada dasarnya juga merupakan satu jenis pengobatan tradisional, tetapi sedikit berbeda karena melibatkan tenaga yang secara profesional berada dalam bidang pengobatan modern dan jenis ini lebih berkembang di luar negeri seperti Amerika Serikat), dan *ketiga* adalah dengan melakukan pengobatan tradisional sebagai upaya penyembuhan yang dilakukan berdasarkan pengalaman turun temurun (Ratna Dewi Umar, 2007: 1)

Lepas dari ketiga ciri pengobatan yang telah disebutkan tersebut, sesuai dengan tujuan latar belakang dan tujuan, maka penelitian ini akan lebih menyoroti dari sisi pengobatan tradisional. Secara umum dapat dijelaskan bahwa dalam membicarakan masalah pengobatan tradisional ini kita akan dihadapkan dengan apa yang disebut dengan satu paradigma pengobatan modern. Dua konsep yang bertentangan (tradisional-modern) ini merupakan produk dari suatu proses perubahan dalam masyarakat. Perubahan mana telah memunculkan suatu situasi pilihan bagi masyarakat. Pada masa lalu, sebelum ada kemajuan teknologi kedokteran, maka masyarakat masih bertumpu pada keyakinannya untuk melakukan pengobatan melalui perantara orang-orang pintar yang sering di sebut sebagai "dukun". Kemudian dengan adanya kemajuan di bidang pendidikan dan ekonomi, berkembang pula ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kedokteran maka teknologi pengobatanpun mengalami kemajuan. Melalui politik kebudayaan, pemerintah sebagai *agent of change* menggiring masyarakat untuk dapat mengikuti

⁹Pengobatan non konvensional yang disebut juga sebagai pengobatan komplementer-alternatif, di mana banyak sekali praktisi medis maupun non medis yang melakukan metoda, alat maupun obat-obatan di luar kaidah-kaidah pengobatan yang telah diberlakukan dalam praktik kedokteran pada umumnya (Ratna Dewi Umar, 2007: 1).

perubahan tersebut, masyarakat diupayakan untuk mengikuti alur perubahan tersebut dan menggiringnya untuk beralih pada pengobatan modern. Diawali dengan program pelatihan 'Dukun paraji' sampai program institusionalisasi kesehatan yaitu dengan menempatkan berbagai sarana kesehatan sampai ke daerah pedesaan (puskesmas, Posyandu, Pustu, Polindes, dan sebagainya). Pemerintah lupa bahwa dengan cara seperti itu tanpa disadari kearifan lokal telah tercabik dari akar budaya masyarakat pendukungnya. Lambat laun pengobatan tradisional yang selama ini begitu dekat dengan kehidupan masyarakat mengalami kehilangan pamornya.

Namun, pada era globalisasi sekarang ini, ketika pengobatan modern yang berdasarkan konsep ilmiah kedokteran, telah dikenal luas bahkan sampai di pelosok pedesaan, tampaknya pengobatan tradisional atau pengobatan alternatif yang sering dianggap irasional justru mulai berkembang dalam masyarakat. Sehingga dapat kita temukan betapa "maraknya" jenis pengobatan tradisional yang berkembang di Indonesia, dari jenis yang dapat diterima akal sehat seperti misalnya akupunktur sampai yang berada di luar nalar manusia seperti jenis yang bersifat supranatural.

Untuk itu pula, dewasa ini teknik pengobatan tradisional tidak dapat lagi dikesampingkan. Pengobatan tradisional sebagai suatu hasil konstruksi sosial, muncul karena adanya pengakuan dari masyarakat dan dikukuhkan oleh adanya individu-individu penyelamat. Seperti halnya dalam dunia kesehatan modern, individu-individu penyelamat itu bisa datang dari seorang dokter, bidan, perawat, dan lainnya. Demikian pula dalam dunia pengobatan tradisional, individu-individu penyelamat ini adalah mereka yang mampu melayani pengobatan terhadap masyarakatnya. Sebagaimana diketahui, secara umum dalam dunia pengobatan tradisional dikenal adanya "orang pintar" yang dapat mengobati dan sering juga disebut sebagai "dukun" atau "orang yang bisa". Sosok dukun ini dalam kenyataannya menempati beberapa jenjang dan tingkatan yang semua itu ditentukan oleh pengakuan masyarakat pendukungnya melalui suatu proses yang dimiliki individu tersebut (sang dukun). Dalam kehidupan masyarakat Jawa, misalnya, dikenal adanya

“tiyang biasa” (manusia biasa), “tiyang pinter” (orang pinter) dan “tiyang saged” (orang bisa), demikian juga dengan di Bali dikenal adanya yang disebut “resi”, mpu, balian, atau orang suci lainnya, walaupun mungkin sedikit berbeda dengan sebutan sebagai “orang pinter” untuk orang yang bisa di Jawa. Menurut Dove, pembedaannya itu melibatkan perbaikan karakter-dalam (batin) yang tergambarkan pada tingkah laku (lahir) sampai mencapai batas konstitusi spiritual orang itu sendiri (dasar batin atau sukma) (Dove, 1985: 35).

Hal yang tidak dapat dipungkiri juga bila dalam sistem pengobatan tradisional itu terdapat hal-hal yang berhubungan dengan kosmologi dasar masyarakat, di mana kosmologi itu berkait erat pula dengan agama yang dianut yang dapat memengaruhi sikap dan perilaku dari manusia itu untuk bertindak dan menentukan pilihannya dalam menangani masalah kelemahan (*vulnerability*) manusia (Rienks dan Iskandar dalam Dove 1985). Penentuan pilihan dari setiap anggota dalam suatu kelompok masyarakat didasarkan pada serangkaian orientasi kognitif yang sama, dalam melakukan pemahaman, interpretasi dan pengaturan tentang fenomena dunia (kesehatan) mengenai diri mereka, yang menetapkan kondisi di mana mereka merasa bahwa kehidupan yang dijalannya itu sehat atau tidak. Mereka mempunyai kategori penyakit sendiri, dan dilaksanakan oleh cara penyembuhan tersendiri pula, karena dalam setiap masyarakat yang kondisi badan dan rohaninya sehat, pencegahan dan penyembuhan penyakit adalah kebutuhan dasar anggota-anggotanya (Rienks dan Iskandar dalam Dove 1985). Sehubungan dengan itu pula berkembanglah cara-cara pengobatan yang sesuai dengan sistem nilai yang berlaku dalam suatu masyarakat yang biasa disebut sebagai pengobatan tradisional.

Pengobatan tradisional atau sering juga disebut sebagai pengobatan alternatif merupakan berbagai cara pengobatan dengan menggunakan alat atau bahan yang berkaitan erat dengan pengetahuan dan budaya suatu etnik yang mendiami geografi tertentu. (Lihat <http://petrusfs.conv2007/10/10/iman-kristen-pengobatan> atau <http://melayu>, dan Bani Sudardi, *Humaniora* Volume XIV. No. 1/2002). Berdasarkan berbagai pendapat yang ada tentang pengobatan tradisional

dapat dikatakan bahwa pengobatan tradisional adalah pengobatan dan atau perawatan dengan cara, obat, dan pengobatannya yang mengacu pada pengalaman dan keterampilan turun temurun dan diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku dalam masyarakat (Dinas Kesehatan dalam UU No 23/1992). Penekanan pada pengalaman dan keterampilan turun temurun itu pula memperlihatkan hal yang membedakannya dengan pengobatan konvensional yang harus melewati suatu jenjang pendidikan formal dan pengakuan yang teruji secara ilmiah. Untuk itu pula munculnya berbagai jenis pengobatan tradisional dewasa ini ditenggarai oleh dibukanya keran kebijakan pemerintah tentang pengobatan tradisional.

Sehubungan dengan itu pula, bagaimana sebetulnya individu-individu melakukan suatu adaptasi terhadap pemanfaatan lembaga-lembaga kesehatan yang ada dalam lingkungannya. Dalam rangka itu, maka diperlukan suatu pengetahuan terhadap lembaga-lembaga kesehatan yang ada serta cara-cara pengobatan baik pengobatan tradisional maupun modern. Dengan pengetahuan tersebut melahirkan persepsi/pandangan yang dapat memengaruhi individu atau masyarakat dalam menentukan sikap dan perilaku terhadap pengobatan (dalam hal ini adalah pengobatan tradisional atau modern) serta terhadap pelayanan kesehatan yang ada.

Sehubungan berlakunya sikap, Aronson, Howard dan Kendler (1974) menyatakan bahwa sikap merupakan penilaian atau evaluasi terhadap sesuatu, dan hal yang dinilai pun dapat beraneka macam jenisnya. Jenis objek sikap dapat berupa apa saja, misalnya tingkah laku, benda atau objek fisik, keadaan sosial, ide, pemikiran atau gagasan. Sikap juga dipengaruhi oleh lingkungan sosial, dan budaya orang tersebut. Seseorang dapat saja menunjukkan sikap yang berbeda terhadap obyek yang sama. Selain itu, sikap seseorang juga akan menunjukkan perilaku, karena setelah seseorang menentukan sikap yang diambilnya maka ia akan meresponnya dalam bentuk perilaku. Perilaku ini apabila dilihat dari bentuk respon terhadap stimulus, maka dapat dibedakan menjadi dua (Notoatmodjo, 2003), yaitu *pertama* perilaku tertutup (*convert behavior*) adalah respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung

atau tertutup (*convert*). Respon atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain, dan *kedua* adalah perilaku terbuka (*overt behavior*) adalah respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktik, yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain.

Dalam kaitannya dengan pemahaman tentang kesehatan ini, maka bagaimana perilaku seseorang menanggapi kesehatan itu sendiri. Dalam hal ini perilaku kesehatan dapat diartikan sebagai suatu respon seseorang (*organism*) terhadap stimulus atau obyek yang berkaitan dengan sakit atau penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, dan minuman, serta lingkungan (Notoatmodjo, 2003). Dari batasan tersebut, Notoatmodjo mengklasifikasikan perilaku kesehatan menjadi tiga (3) kelompok, yaitu:

- (1) Perilaku Pemeliharaan Kesehatan (*Health Maintenance*).
Adalah perilaku atau usaha-usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bilamana sakit.
- (2) Perilaku pencarian atau penggunaan sistem atau fasilitas kesehatan, atau sering disebut perilaku pencairan pengobatan (*health seeking behavior*). Perilaku ini adalah menyangkut upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit dan atau kecelakaan.
- (3) Perilaku Kesehatan Lingkungan.
Adalah apabila seseorang merespon lingkungan, baik lingkungan fisik maupun sosial budaya, dan sebagainya.

Perilaku pencarian atau penggunaan sistem fasilitas kesehatan, atau sering disebut perilaku pencairan pengobatan (*health seeking behavior*) merupakan bagian dari kajian penelitian ini. Namun demikian, kombinasi dari ketiga klasifikasi tersebut dapat menjelaskan bagaimana posisi seorang individu atau kelompok dalam merespon permasalahan yang muncul dan berkembang dalam masyarakat sehubungan dengan

adanya suatu perubahan yang terjadi dalam pelayanan kesehatan yang disebut dengan pelayanan kesehatan terpadu, yaitu suatu upaya untuk melakukan pemeliharaan kesehatannya dengan menggunakan cara-cara tradisional atau konvensional/modern.

Penelitian ini dilakukan dengan pendekatan kualitatif. Data yang dikumpulkan bersifat kualitatif, dengan tanpa mengabaikan data kuantitatif yang digunakan sebagai data pendukung.

Pengumpulan data dilakukan melalui tiga tahap, yaitu:

Pertama, studi Pustaka, dalam tahap ini diharapkan akan diperoleh data, baik yang sifatnya umum maupun yang khusus, tentang pengobatan tradisional khususnya dan mengenai pelayanan kesehatan pada umumnya, selain itu tahap ini juga menjadi penting untuk memberi latar konseptual dari keberadaan pengobatan itu sendiri. Bahan-bahan pustaka yang akan dicari mencakup bahan-bahan yang sifatnya teknis seperti laporan hasil penelitian atau data statistik, maupun yang non-teknis seperti buku atau artikel baik berupa paper maupun kliping surat kabar tentang teknologi pengobatan tradisional, dari sumber media cetak maupun elektronik.

Kedua, wawancara mendalam (*indepth interview*) terhadap informan-informan kunci di daerah penelitian. Wawancara mendalam dilakukan dengan bantuan pedoman wawancara (*interview guide*). Informan kunci dipilih dari orang yang secara khusus memiliki perhatian dan memahami permasalahan yang berkaitan dengan pengobatan tradisional. Informan kunci tersebut antara lain dari kalangan pemerintah (instansi terkait), tenaga medis baik dokter maupun lainnya yang terlibat langsung dalam pengobatan tradisional dan pasien rumah sakit maupun luar rumah sakit yang pernah memanfaatkan pengobatan modern maupun tradisional, serta dari kalangan akademisi, LSM, dan Asosiasi pengobatan tradisional. Untuk pemilihan informan kunci selain dilakukan secara purposif juga dengan cara *snowball*, yaitu melalui informasi yang diberikan oleh informan yang sudah diwawancarai, karena data mengenai siapa saja orang yang dianggap dapat memberi informasi tentang permasalahan yang diteliti itu sudah disediakan oleh

informan sebelumnya. Dalam wawancara mendalam ini, jawaban atas suatu permasalahan yang dikemukakan seorang informan dijadikan dasar bagi pengembangan permasalahan yang dicari jawabannya dari informan lain yang dianggap bisa lebih memahami permasalahan yang dikemukakan.

Ketiga, observasi partisipasi juga dilakukan di tempat pelayanan kesehatan. Hal ini dilakukan untuk mengetahui bagaimana antusias masyarakat untuk berobat dengan menggunakan perpaduan dua cara pengobatan (tradisional dan konvensional/modern) dengan cara melihat secara langsung kuantitas pasien yang datang pada pelayanan kesehatan di Rumah Sakit yang telah menerapkan konsep terpadu. Selain itu, juga melihat secara langsung bagaimana cara pengobatan tradisional yang dilakukan yang dikombinasikan dengan pengobatan konvensional.

Analisa data dilakukan secara kualitatif, yaitu secara deskriptif analitis dengan analisa interpretatif. Langkah yang ditempuh adalah melakukan verifikasi data yang diperoleh dari ketiga tahapan penelitian di atas. Hasil temuan dari studi pustaka akan diverifikasi dengan hasil temuan penelitian, dan dianalisa menggunakan teori yang sesuai.

Penentuan lokasi penelitian tahun kedua ini tidak lepas dari adanya temuan penelitian di tahun pertama. Dari temuan penelitian tahun pertama dapat dikatakan bahwa salah satu dari dua lokasi penelitian yaitu Provinsi Jawa Tengah ternyata telah melakukan penerapan pengobatan tradisional dalam pelayanan kesehatan formal/modern (di rumah sakit) yang merupakan salah satu program pemerintah di bidang pelayanan kesehatan. Untuk itu pula, agar terdapatnya suatu kesinambungan atas program tersebut maka penelitian tahun 2010 ini merupakan suatu pendalaman atas tema penelitian tentang Aplikasi pengobatan Tradisional yang ada di lokasi tersebut (Jawa Tengah).

Sementara itu, dipilihnya daerah Kalimantan Selatan dengan satu pemahaman bahwa daerah ini secara geografis berada di luar Jawa yang memiliki akar budaya relatif berbeda dengan wilayah Jawa Tengah. Sehingga dirasa penting untuk juga melakukan pengkajian di daerah yang posisi geografisnya berada di luar Jawa. Pilihan lokasi dengan

melihat pada daerah yang telah memiliki infrastruktur cukup terpenuhi sebagai salah satu alasan adanya proses pengalihan teknologi modern dalam segala sektor, termasuk dalam sektor kesehatan, selain itu juga diasumsikan terdapat juga praktik pengobatan tradisional. Untuk itu, lokasi penelitian ditetapkan Kotamadya Banjarmasin-Provinsi Kalimantan Selatan.

BAB II

PENERAPAN PENGOBATAN TRADISIONAL DALAM PELAYANAN KESEHATAN TERPADU DI PROVINSI JAWA TENGAH

Sebagaimana telah dikemukakan pada bab pendahuluan bahwa penelitian di Provinsi Jawa Tengah ini merupakan penelitian tahap kedua. Pada penelitian tahap pertama ditemukan adanya penerapan pengobatan tradisional secara terpadu pada pelayanan kesehatan formal di rumah sakit. Dalam bahasan bab dua buku ini akan diuraikan bagaimana mekanisme penerapan pengobatan tradisional di rumah sakit di Kabupaten Jepara dan Purwokerto (Kabupaten Banyumas) serta pemanfaatannya oleh masyarakat.

2.1 Kabupaten Jepara

2.1.1 Profil Daerah: Kondisi Geografi, Demografi dan Sosial Ekonomi

Kabupaten Jepara terletak di pantura timur Jawa Tengah, yang bagian barat dan utaranya dibatasi oleh laut. Bagian timur wilayah kabupaten ini merupakan daerah pegunungan, yaitu berbatasan dengan Kabupaten Pati dan Kabupaten Kudus, serta Kabupaten Demak di selatan. Wilayah Kabupaten Jepara juga meliputi Kepulauan Karimunjawa, yakni gugusan pulau-pulau di Laut Jawa. Dua pulau terbesarnya adalah Pulau Karimunjawa dan Pulau Kemujan.

Menilik pada sejarah daerah ini, dapat dijelaskan bahwa jauh sebelum adanya kerajaan-kerajaan di tanah Jawa. Di ujung sebelah utara Pulau Jawa sudah ada sekelompok penduduk yang diyakini orang-orang itu berasal dari daerah Yunan Selatan yang kala itu melakukan migrasi ke arah selatan. Jepara saat itu masih terpisah oleh Selat Juwana. Asal nama Jepara berasal dari perkataan Ujung Para, Ujung Mara dan Jumpara yang kemudian menjadi Jepara, yang berarti sebuah tempat

pemukiman para pedagang yang berniaga ke berbagai daerah. Menurut buku “Sejarah Baru Dinasti Tang (618–906 M)” mencatat bahwa pada tahun 674 M seorang musafir Tionghoa bernama I-Tsing pernah mengunjungi negeri Holing atau Kaling atau Kalingga yang juga disebut Jawa atau Japa dan diyakini berlokasi di Keling, kawasan timur Jepara sekarang ini, serta dipimpin oleh seorang raja wanita bernama Ratu Shima yang dikenal sangat tegas. Selain Ratu Shima dikenal juga seorang ratu yang dikenal dengan gelar Nimas Ratu Kalinyamat.

Pada masa pemerintahan Ratu Kalinyamat (1549–1579), Jepara berkembang pesat menjadi Bandar Niaga utama di Pulau Jawa, yang melayani ekspor import. Di samping itu juga menjadi Pangkalan Angkatan Laut yang telah dirintis sejak masa Kerajaan Demak. Sebagai seorang penguasa Jepara, yang “*gemah ripah loh jinawi*” karena keberadaan Jepara kala itu sebagai Bandar Niaga yang ramai, Ratu Kalinyamat dikenal mempunyai jiwa patriotisme anti penjajahan. Hal ini dibuktikan dengan pengiriman armada perangnya ke Malaka guna menggempur Portugis pada tahun 1551 dan tahun 1574. Adalah tidak berlebihan jika orang Portugis saat itu menyebut sang Ratu sebagai “*Rainha De Jepara*” “*Senora De Rica*”, yang artinya Raja Jepara seorang wanita yang sangat berkuasa dan kaya raya. Serangan sang Ratu yang gagah berani ini melibatkan hampir 40 buah kapal yang berisikan lebih kurang 5.000 orang prajurit. Namun serangan ini gagal, ketika prajurit Kalinyamat ini melakukan serangan darat dalam upaya mengepung benteng pertahanan Portugis di Malaka, tentara Portugis dengan persenjataan lengkap berhasil mematahkan kepungan tentara Kalinyamat. Sebagai peninggalan sejarah dari perang besar antara Jepara dan Portugis, sampai sekarang masih terdapat di Malaka kompleks kuburan yang di sebut sebagai Makam Tentara Jawa.

Sebagaimana telah dijelaskan di atas, Kabupaten Jepara yang dilihat dari sejarahnya pada masa pemerintahan Ratu Kalinyamat (1549–1579), telah menjadi salah satu kabupaten yang berkembang pesat sebagai daerah Bandar Niaga utama di Pulau Jawa yang melayani ekspor import. Sejarah itu berlanjut hingga saat ini, apalagi daerah ini memiliki potensi yang patut dibanggakan yang besar perannya dalam

roda pemerintahan di Jawa Tengah, yaitu dengan produk kayu (jati) berupa *furniture* “ukiran jepara”. Selain terdapat pula beberapa potensi lainnya seperti tenun ikat dan gerabah. Semua potensi yang dimilikinya itu telah pula mengangkat daerah ini menjadi perhatian tidak hanya di tingkat nasional bahkan sampai dunia internasional. Di kabupaten ini pula yang tidak mengalami keterpurukan saat krisis moneter melanda Indonesia. Karena dengan produknya tersebut telah berhasil menjaga kestabilan kehidupan perekonomian masyarakatnya.

Jepara yang dikenal sebagai ‘kota ukir’, karena terdapat sentra kerajinan ukiran kayu dan ketenarannya hingga ke luar negeri. Industri Mebel dan Kerajinan merupakan industri andalan dan telah menjadi tulang punggung perekonomian Kabupaten Jepara. Industri ini tersebar merata hampir di seluruh kecamatan dengan keahlian masing-masing. Namun sentra perdagangannya sendiri terletak di wilayah Ngabul, Senenan, Tahunan, Pekeng, Kalongan dan Pemuda. Dan di daerah Troso–Pecangaan untuk kerajinan tenun ikatnya.

Di samping industri kayu dan tenun, warisan sejarah daerah ini telah pula memberikan aset terhadap potensi daerah ini berupa obyek-obyek wisata. Sebagai mana kita ketahui di Kabupaten Jepara juga memiliki banyak objek pariwisata menarik yang dapat dikembangkan, Seperti contoh adalah benteng tempat pertahanan portugis kala itu tetap terjaga dan sampai sekarang telah dijadikan sebagai obyek wisata daerah ini. Terdapat juga Pantai Kartini¹, kemudian Bandengan dan Karimunjawa sebuah pantai yang mulai dilirik para wisatawan. Akan tetapi, karena keterbatasan APBD yang ada, maka pengembangan obyek wisata tersebut belum optimal. Saat ini yang menarik bagi daerah ini adalah wisata budaya dan wisata industri. industri mebel dan ukir jepara yang berbasis *home industri* dan merupakan kerajinan tangan dapat pula dikembangkan menjadi wisata industri sekaligus wisata belanja produk kerajinan Jepara.

¹Sebagaimana kita ketahui bersama pahlawan wanita Indonesia R.A. Kartini yang terkenal dengan bukunya Habis Gelap Terbitlah Terang, dilahirkan di Kota Jepara.

Secara administratif Kabupaten Jepara terdiri dari 16 kecamatan, 183 desa, 11 kelurahan, 990 RW dan 4.540 RT. Berdasarkan data tahun 2007 jumlah kecamatan sebanyak 14 kecamatan, dan di tahun 2009 telah terjadi pemekaran sehingga berkembang menjadi 16 kecamatan. Berdasarkan data terakhir jumlah penduduk pada tahun 2009 sebesar 1.107.973 jiwa, dengan jumlah rumah tangganya terdapat sebesar 279.123 kepala keluarga. Sementara itu, komposisi penduduk laki-laki dan perempuan hampir seimbang yaitu 557.576 jiwa laki-laki dan 550.397 perempuan.

Besarnya jumlah penduduk Kabupaten Jepara dari tahun ke tahun menunjukkan peningkatan yang cukup besar, hal ini terlihat dari lonjakan yang cukup tinggi pada tingkat kepadatan penduduk kabupaten ini. Berdasarkan data yang ada dijelaskan bahwa tingkat kepadatan penduduk pada tahun 2004 cukup besar yaitu mencapai 1.049 jiwa/km², dua tahun kemudian terjadi sedikit peningkatan yaitu menjadi 1.054 jiwa/km² (tahun 2006), suatu lonjakan yang cukup berarti terjadi pada tahun 2009 yaitu menjadi 1.103 jiwa/km². Sementara itu, persebaran kepadatan penduduknya tampaknya hampir merata, namun demikian, terdapat beberapa kecamatan yang bila dilihat dari luas lahannya, kecamatan tersebut ternyata jarang penduduk, sebagaimana yang terjadi di kecamatan Keling yang memiliki lahan paling besar (123 km²) tetapi memiliki tingkat kepadatan yang paling rendah 499 jiwa/km², demikian juga dengan kecamatan Donorejo yang luasnya sebesar 108 642 km² hanya terdapat 539 jiwa/km²nya. Kedua daerah inilah yang merupakan tempat di mana rumah sakit untuk penderita penyakit kusta berlokasi, dan akan munculnya sebuah rumah sakit masa depan yang akan memadukan dua jenis pengobatan (tradisional dan modern), yaitu RSUD Kelet dan RS Donorejo.

Keadaan penduduk dilihat dari segi pendidikan, masih cukup rendah karena masih dapat dijumpai penduduk yang tidak pernah mengesap dunia pendidikan (sekitar 90 orang penduduk), dan bahkan terdapat sebanyak 202.068 orang yang tidak memiliki ijazah SD. Namun demikian terdapat juga yang berpendidikan cukup tinggi seperti S1/S2, diploma I/II, dan sarjana muda.

Sarana pendidikan yang ada hanya sampai tingkat Sekolah Lanjutan Atas (SLTA). Tahun 2007 tercatat sebanyak 768 SD/MI baik negeri maupun swasta, dengan jumlah murid sebanyak 131.966 siswa, sedangkan jumlah guru tercatat sebanyak 8.585 orang guru. Untuk sekolah setingkat SLTP (SMP dan MTs), tercatat sebanyak 163 sekolah baik negeri maupun swasta dengan jumlah murid 51.385 siswa dan 4.334 guru. Untuk sekolah menengah umum (SMA dan Aliyah) baik negeri maupun swasta tercatat sebanyak 67 sekolah dengan jumlah murid sebanyak 21.111 siswa dengan 2.212 orang guru, sedangkan untuk sekolah menengah kejuruan (SMK) baik negeri maupun swasta tercatat sebanyak 15 sekolah dengan jumlah murid sebanyak 5.317 murid dan 482 guru.

Walaupun tampaknya di dunia pendidikan penduduk Kabupaten Jepara kurang beruntung, tetapi dibidang ekonomi mereka cukup berkembang dan bahkan berhasil terhindar oleh krisis moneter yang melanda Indonesia di tahun 1997 lalu. Sebagaimana telah disebutkan di atas, di bidang perekonomian, tiang penyangga utama perekonomian daerah ini adalah sektor perdagangan. Skala niaga yang ada pun beragam mulai dari tingkat eceran hingga ekspor ke mancanegara, komoditas yang disalurkan ke luar negeri sebagian besar adalah produk usaha industri terutama mebel. Berbagai industri yang ada di Jepara baik yang berskala kecil, menengah maupun besar sebagian besar terdapat di Jepara bagian selatan. Sementara jepara bagian utara, lahannya didominasi oleh usaha perkebunan, kehutanan, serta pertanian tanaman pangan. Karet yang ditanam sekaligus dicetak dalam bentuk lembaran di perkebunan Beji di Kecamatan Kembang dan di ekspor ke Amerika Serikat, Hongkong, Taiwan, Jepang, Singapura, Malaysia, Rusia dan negara-negara di Eropa. Selain produk perkebunan, pertanian tanaman pangan pun menjadi komoditas unggulan, kacang tanah hasil petani di daerah ini diminati oleh industri makanan, hasil panennya diserap untuk keperluan pabrik kacang garuda dan dua kelinci di kabupaten sebelah timur yaitu Pati. Dilihat dari peta perekonomian, pertanian memang kalah dibandingkan dengan industri dalam menyumbangkan nilai tambah

ekonomi, aktivitas industri telah tegak menjadi pilar kedua penyokong perekonomian setelah perdagangan.²

Adapun pelayanan dasar di bidang kesehatan, menunjukkan keadaan yang cukup baik, karena di Kabupaten Jepara ini terdapat beberapa fasilitas kesehatan yang dapat menunjang pelayanan kesehatan bagi masyarakatnya. Fasilitas kesehatan yang ada yakni terdapat empat buah Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD), dua buah rumah sakit khusus, empat buah rumah bersalin, 21 pusat kesehatan masyarakat (puskesmas), 45 buah puskesmas pembantu dan 25 buah pukesmas keliling. dan sebanyak 1.103 buah posyandu (pos pelayanan terpadu) yang biasanya berada di tingkat RT. Puskesmas yang ada di kabupaten ini tersebar di 16 kecamatan yang ada di Kabupaten Jepara, selain itu juga ditemukan adanya praktik pengobatan tradisional sebanyak 207. Akan tetapi untuk pelayanan kesehatan jenis ini (pengobatan tradisional) tidak ditemukan data untuk jenis pengobatan yang dilakukan, namun berdasarkan hasil wawancara dengan pihak pemda dan juga masyarakat dikatakan bahwa kebanyakan dari pengobatan tradisional itu terdiri dari jenis pijat urut. Selain itu juga terdapat toko obat sebanyak empat buah dan apotek 61 buah. Tenaga kesehatan yang dimiliki kabupaten ini meliputi tenaga medis sebanyak 163 orang, perawat dan bidan sebanyak 913 orang, tenaga farmasi 50 orang, ahli gizi 37 orang, teknisi medis 69 orang, tenaga sanitasi 25 orang dan tenaga kesehatan masyarakat sebanyak 36 orang.

Selain itu, prasarana kesehatan lain yang juga ditemukan di kabupaten ini adalah RSUD Kelet dan RS Donorejo. Walaupun secara fisik kedua rumah sakit ini berlokasi di Kabupaten Jepara, tetapi bukanlah sebagai rumah sakit yang berada di bawah tanggung jawab pemda Kabupaten, melainkan secara yuridis formal berada dalam kewenangan pemerintah daerah provinsi. Lepas dari semua ambiguitas kewenangan tersebut, keberadaan rumah sakit terutama RSUD Kelet yang sudah kembali dijadikan sebagai rumah sakit umum tersebut telah membuka peluang bagi warga masyarakat untuk dapat memanfaatkan

²Lihat <http://regionalinvestment.com/newsipid/id/displayprofil.php.ia=332>

fasilitas pengobatan yang ada di rumah sakit itu, terutama bagi masyarakat yang berada di daerah sekitar rumah sakit. Keberadaan puskesmas Keling (I dan II) yang berada di wilayah sekitar RSUD Kelet tersebut, merupakan puskesmas yang selalu menjadi tempat rujukan bagi RSUD Kelet dan dimanfaatkan oleh penduduk yang sakit untuk berobat sebelum mereka berobat ke RSUD Kelet. Berdasarkan data pasien yang biasanya datang berkunjung ke puskesmas Keling I terdapat sebanyak 19.694 orang, dan sebanyak 78 orang yang merupakan pasien rawat inap. Sementara di Puskesmas Keling II tidak didapatkan pasien yang rawat inap, tetapi kebanyakan adalah rawat jalan sebanyak 13.210 orang.

2.1.2 Sejarah Rumah Sakit Kelet

Rumah Sakit Umum Daerah Kelet Jepara Provinsi Jawa Tengah atau disingkat RSUDUD Kelet didirikan pertama kali dengan Peraturan Daerah Jawa Tengah No. 6 tahun 2006 dan Peraturan Gubernur Nomor 36 Tahun 2006 yang menetapkan namanya sebagai Rumah Sakit Umum Daerah Kelet Provinsi Jawa Tengah. RSUD Kelet Jepara ini adalah Rumah Sakit milik Pemerintah Provinsi Jawa Tengah yang terletak di kota Jepara tepatnya di Jalan Raya Kelet Jepara km. 33, Kecamatan. Keling, Kabupaten Jepara. RSUD Kelet Provinsi Jawa Tengah merupakan rumah sakit tipe C.

Pembentukan rumah sakit ini berdasarkan beberapa perundang-undangan sebagai berikut:

- Undang-undang nomor: 32 tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah.
- Undang-Undang Nomor: 33 tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pusat dan Daerah.
- Peraturan Pemerintah Nomor: 41 tahun 2007 tentang Pedoman Organisasi Perangkat Daerah.
- Peraturan Daerah Provinsi Jawa Tengah Nomor 6 Tahun 2006 tentang Pembentukan, Kedudukan, Tugas pokok, Fungsi dan Susunan organisasi Rumah Sakit Umum Daerah dan Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jawa Tengah, RSUD Kelet menjadi Rumah Sakit Milik Pemerintah Provinsi Jawa Tengah sakit kelas C.

- Peraturan Daerah Provinsi Jawa Tengah No. 8 tahun 2008, Tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah dan Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jawa Tengah

Yang memiliki dasar hukum/landasan operasional sebagai berikut:

- SKB Menteri Kesehatan No. 554/Menkes/SKB/X/1981, Menteri Pendidikan dan Kebudayaan No. 0430/V/1981 dan Menteri Dalam Negeri No. 3241a/1981.
- Perda No. 8/2008, tentang Struktur Organisasi dan tata Kerja RSUD Kelet Provinsi Jawa Tengah.
- Perda No. 5/2003, tentang Tarif Retribusi Pelayanan Kesehatan RSUD Kelet Jepara Provinsi Jawa Tengah.

Dilihat dari sejarahnya, rumah RSUD Kelet sebagai sebuah rumah sakit umum yang dibangun pada tahun 1915 berada di atas lahan seluas 25,86 ha, dengan luas bangunan sebesar 5.387 m². Ini pada mulanya ada dalam pengelolaan zending. Namun dalam perkembangannya, cakupan pelayanannya bertambah yaitu untuk menangani penderita penyakit kusta. Pada saat itu rumah sakit ini dipimpin oleh dr. Bervoets dibantu oleh dr. Durachim, yang kemudian digantikan oleh dr. KPCA Gramberg dibantu oleh Van Rijn, dr. FC Housden. Sampai akhirnya, lima belas tahun kemudian (tahun 1930) sebagai upaya untuk menyikapi adanya kecenderungan penduduk yang banyak mengidap penyakit kusta, maka didirikanlah sebuah rumah sakit khusus untuk penderita kusta yaitu RS Donorejo. Rumah sakit ini dibangun di atas lahan seluas 1.7010.740 m² yang berlokasi di Desa Banyumanis, Kecamatan Keling, Kabupaten Jepara, dan di dalamnya termasuk sebuah perkampungan dengan jumlah penduduk sebanyak 88 KK yang direhabilitasi. Pembentukan RS Donorejo ini merupakan sumbangan Ratu Yuliana dari Negeri Belanda. Di mana secara manajerial, kepemimpinan rumah sakit kusta Donorejo disatukan dengan RS Kelet yang telah ada terlebih dahulu. Dengan adanya RS Donorejo itu, maka fungsi RS Kelet kembali kesemula sebagai rumah sakit umum.

Saat ini RS Kelet mempunyai unggulan dalam Pengembangan *Complementary and Alternative Medicine (CAM)*. Berdasarkan analisa

data yang dilakukan oleh rumah sakit, sampai dengan tahun 2007 segmen pasar terbanyak yang dilayani adalah pasien umum, diikuti dengan pasien asuransi kesehatan miskin (Askeskin) serta pasien khusus (kusta). Sedangkan berdasarkan lokasi asal pengunjung, maka pengunjung berasal dari Kabupaten Jepara & Pati. Hal ini berkaitan dengan lokasi RSUD Kelet di perbatasan kedua kabupaten. (Profil Rumah Sakit Kelet, 2010).

2.1.3 Kebijakan dan Upaya Pengembangan Pelayanan Pengobatan Tradisional di Rumah Sakit

Dewasa ini RSUD Kelet berencana akan mengembangkan pelayanan kesehatan terpadu (terdapatnya pelayanan pengobatan secara konvensional/modern dan tradisional). Berdasarkan visi dan misi jangka panjangnya telah terumuskan secara detil tentang usaha memadukan dua jenis pelayanan kesehatan yang ada dan berkembang di Indonesia tersebut. Di samping itu, sesuai dengan tugas pokok rumah sakit, maka akan melaksanakan upaya kesehatan perorangan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan, pemulihan penyakit secara terpadu.

Dengan tim Bisnis plannya, RSUD Kelet berupaya merumuskan *trend* yang diminati oleh masyarakat saat ini dan potensial untuk dikembangkan di RSUD Kelet antara lain adalah pelayanan kecantikan wajah dan tubuh, pelayanan *complementary and alternative medicine* (Kedokteran Komplementer dan Alternatif), rehabilitasi medik, dan lain-lain. Program ini diapresiasi pemerintah daerah, yang kemudian pada tahun 2006 keluar Peraturan Daerah no.6 tahun 2006 dengan memberikan kebijakan untuk pengembangan "*Complementer and alternative Medicine*" (CAM), yang akan didukung dengan penerapan *Herbal*. Sejak tahun 2006 itu pula RSUD Kelet lepas dari RS Tugu (yang selama ini merupakan induk bagi RSUD Kelet dalam hal keadministrasian dan kepegawaian)

Melalui kebijakan intern rumah sakit maka RSUD Kelet akan mengembangkan konsep "HOTEL" (*Hospital, Out bone, Tourism*,

Empower and Legasi). Hal ini terinspirasi oleh buku yang dibacanya dengan judul tersebut di atas (*“Complementer and alternative Medicine”*). Konsep pengembangan *Complementer and Alternative Medicine* (CAM) itu diharapkan akan menjadi kenyataan pada tahun 2025. Untuk menunjang program kesehatan yang demikian besar, saat ini RSUD Kelet baru memiliki beberapa tenaga yang keahliannya disesuaikan dengan kebutuhan akan konsep penerapan CAM, yaitu seorang Dokter bersertifikat Herbal, seorang Dokter bersertifikat SPA, seorang Dokter Spesialis Kulit dan kecantikan, dua orang tenaga perawat bersertifikat Herbal, dua orang Praktisi Ahli Pembuat VCO, seorang Praktisi Pijat Jahe, dan dua orang Praktisi Fisioterapis dan pijat tradisional. Pada awal tahun, berjalannya rumah sakit telah dibantu oleh 70–100 Tenaga Tehnis. Jumlah personil yang ada di RSUD Kelet dinilai masih kurang memadai, maka untuk keperluan peningkatan pengembangan rumah sakit, pada saat membuat pengajuan dalam renstranya memproyeksikan kebutuhan sumber daya manusia (SDM) rumah sakit sebanyak 29 sampai sekitar 65 orang terutama tenaga medis yang memiliki kompetensi di bidangnya seperti Dokter Anak, Dokter Penyakit Dalam, Dokter Kandungan, Dokter Bedah, Dokter Anestesi, Dokter Radiologi, Dokter Patologi Klinik, Dokter Umum, Dokter gigi, Apoteker, Psikolog, S2 Kesehatan, S1 Kesehatan, S1 Keperawatan, D4 Radiologi, Sarjana Akuntansi, Sarjana Hukum, DIV Fisioterapi, DIV Gizi, DIII Keperawatan, DIII Fisioterapi, DIII Analisis Laboratorium, DIII Rekam Medik, DIII Gizi, DIII Sanitasi, DIII Perawat Gigi, Asisten Apoteker, ATEM, dan Supir. (Laporan Tahunan Rumah Sakit Kelet, 2007).

RSUD Kelet Provinsi Jawa Tengah mempunyai tugas dan fungsi melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan (kuratif), pemulihan (rehabilitatif), yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan (preventif), peningkatan (promotif), serta upaya rujukan baik melalui pendekatan pengobatan model konvensional maupun CAM (*Complementary and Alternative Medicine*). Sementara itu, sebagai rumah sakit umum, maka beberapa Jenis pelayanan untuk Rumah Sakit Umum Daerah Kelet meliputi:

Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Rawat Jalan, Pelayanan Rawat Inap, Pelayanan Bedah, Pelayanan Persalinan, KIA, Perinatologi, dan KB, Pelayanan Intensi, Pelayanan Radiologi, Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik, dan Pelayanan Rehabilitasi Medik, Pelayanan Farmasi, Pelayanan Gizi, Pelayanan Bank Darah, Pelayanan Keluarga Miskin, Pelayanan Rekam Medis, Pelayanan Limbah, Pelayanan Administrasi Manajemen, Pelayanan Ambulans/ Kereta Jenazah, Pelayanan Laundry, Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, Pelayanan HIV/AIDS. Semua pelayanan yang sudah baku dalam pelayanan kesehatan konvensional/modern tersebut diupayakan untuk dilakukan dengan konsep CAM yang sedang dirintis rumah sakit ini.

Dengan demikian tugas pokoknya sebagai sebuah rumah sakit adalah tetap yaitu melaksanakan upaya kesehatan perorangan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan, pemulihan penyakit secara terpadu. Selain itu juga berfungsi menyelenggarakan pelayanan medis, penunjang medis dan nonmedis, serta menyelenggarakan pelayanan dan asuhan keperawatan. Pelayanan rujukan, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan, selain juga menyelenggarakan administrasi dan keuangan yang baik dan bersih guna dapat memaksimalkan potensi yang ada.

Selanjutnya dalam kebijakan pengembangannya, beberapa kegiatan RSUD Kelet akan dilakukan secara bertahap. Pada tahap awal adalah melakukan penyediaan sarana dan prasarannya dengan membangun beberapa ruang yang dibutuhkan seperti ruang akupunktur, ruang untuk SPA, untuk laboratorium herbal, kolam renang dengan konsep “sehat oleh air sebagai penyembuh penyakit” dan sebagainya. Makna dari gagasan tersebut selain melakukan upaya penyembuhan para pasien, juga di dalamnya ada unsur rekreasi, pengunjung baik turis dari luar negeri maupun domestik dapat menjalani terapinya dengan lebih tenang dan damai.

Dengan tenaga medis dan penyembuh yang handal serta dengan latar belakang sejarah dari rumah sakit ditunjang pula oleh latar belakang

sejarah wilayah ini yaitu memiliki seperti Ratu Syima yang kharismatik, Raden Ajeng Kartini yang pejuang emansipasi, dan sebagainya, maka tidak menutup kemungkinan bila rumah sakit ini akan menjadi sebuah rumah sakit yang akan dilirik banyak orang bahkan sampai keluar negeri dan dapat menyaingi atau paling tidak dapat mengimbangi rumah sakit luar negeri seperti Singapura atau Malaka (Malaysia) yang selama ini selalu dikunjungi orang Indonesia.

Semua gagasan tersebut terpicu oleh adanya daya dorong yang menjadi landasan kuat sehingga berupaya mewujudkan-gagasan yang mereka maksud. Hal utama yang tampak adalah asset tanah yang dimiliki rumah sakit ini yaitu 25,86 Ha, dengan areal seluas itu tentu saja upaya tersebut dapat diwujudkan. Bangunan RSUD Kelet sendiri yang dibuat di atas lahan seluas 5.387 m². Banyak menyisakan yang belum terpakai, dan itu pula yang mendorong pimpinan rumah sakit untuk memajukan konsep hotel sebagaimana dijelaskan di atas.

Semua program rumah sakit dituangkan dalam visi misi RSUD Kelet. Di mana misi utamanya adalah memberikan pelayanan CAM sebagai bagian pengobatan menyeluruh. Meningkatkan kuantitas dan kualitas tenaga medis dan penunjang professional CAM. Meningkatkan sarana dan prasarana untuk menunjang pelayanan dan penelitian CAM. Mengembangkan dan memanfaatkan sumber daya asset untuk mendukung pelayanan dan penelitian CAM secara berkesinambungan. Mengembangkan kerja sama antar *stakeholder* (Rumah Sakit, pengobatan alternatif, Perguruan Tinggi dan Lembaga riset).

Terdapat tujuh (7) program kerja yang selama ini sudah dirintis RSUD Kelet seperti melakukan kerja sama dengan pemijat tradisional, melakukan penelitian dan percobaan pembuatan obat dari bahan herbal seperti membuat VCO yang pembuatannya disesuaikan dengan kebutuhan (*by order*), melakukan sertifikasi herbal, melakukan pelatihan terhadap LSM yang mempunyai perhatian sama tentang CAM seperti LSM Kepal, melaksanakan pelatihan tentang obat herbal di Tawang Mangu, dan sesuai dengan SK Gubernur dalam hal OAI, maka dilakukan

pula kerja sama dengan Dinas Kesehatan yang telah mengapresiasi untuk program pengembangan OAI.

Sesuai dengan tugas pokok rumah sakit, maka arah kebijakan dari pengembangan rumah sakit yang mempunyai visi jangka panjang untuk menjadikannya sebagai rumah sakit yang menaungi dua jenis pengobatan dan pelayanan kesehatan. Dengan visinya itu, rumah sakit melakukan “pelayanan kesehatan yang bermutu dan biaya terjangkau”, untuk itu diperlukan adanya perhatian terhadap beberapa aspek penunjangnya seperti: (widyokunto136@yahoo, PP26)

- Mengupayakan tenaga medis dan penunjang sebagai pengembang CAM
- Peningkatan berbagai program pengembangan sumber daya untuk terwujudnya CAM
- Mewujudkan kerja sama riset dengan *stakeholder* lainnya dalam pengembangan CAM
- Pengembangan aset dengan pendekatan wisata sehat sebagai bagian dari Konsep Kawasan Wisata Bangkemling (Bangsri, Kembang, Keling) Poros Wisata Jawa Tengah bagian Timur

Sebagai rumah sakit yang pernah mengelola para penderita kusta, tanggung jawab sosialnya masih melekat sehingga untuk sementara waktu tentu saja belum dapat melepaskan 100% dari program awal yaitu perawatan terhadap para penderita kusta. Sebagai tindak lanjut dalam melakukan kelangsungan pelayanan terhadap penderita penyakit kusta dilakukan suatu tindakan pelayanan kuratif dan preventifnya yang dilakukan di RS Donorejo, sementara RSUD Kelet hanya bertindak memantau dan memproses program kegiatan yang dilaksanakan rumah sakit tersebut. Dengan dukungan dari penelitian herbal yang dilakukan para ahli dari RSUD Kelet, maka pengobatan telah mulai memadukan dengan obat tradisional yang berasal dari bahan alami herbal (kelapa hibrida) yang tumbuhnya jauh dari pantai. Karena menurut pendapat salah seorang informan, pohon kelapa yang tumbuhnya jauh dari pantai mempunyai kualitas yang lebih baik.

Obat herbal yang terbuat dari kelapa hibrida ini disebut *Virgin Coconut Oil* (VCO). VCO ini diproduksi sendiri oleh tenaga ahli yang ada di rumah sakit tersebut dengan menggunakan fasilitas yang ada. Hasil dari pengobatan tersebut menunjukkan keadaan yang membaik karena proses penyembuhannya ternyata lebih cepat dibandingkan dengan obat-obat kimia yang selama ini dikonsumsi. Proses pemberian obat selama jangka waktu tiga bulan dengan cara diminum atau dioleskan sesuai dengan tingkat “keparahan” penyakit³.

Sebagai rumah sakit yang pernah terstigmakan menjadi rumah sakit penderita kusta, maka muncul ide untuk menghilangkan *image* terhadap rumah sakit tersebut dengan cara memberikan usul penggantian nama. Terdapat tiga nama yang diusulkan yaitu RSUD dr. Adiatma, RSUD dr. Aminudin, RSUD dr. Rehatta. Dari ketiga nama yang diusulkan tersebut cukup jelas ada upaya penghargaan terhadap mereka yang pernah mengembangkan rumah sakit tersebut. Hal ini merupakan satu langkah bagi kelangsungan pengembangan, walaupun sebetulnya dengan berjalannya waktu *image* “menakutkan” terhadap rumah sakit ini sudah berkurang bahkan menurut pendapat salah seorang informan bahwa “rumah sakit Kelet sudah jauh lebih baik dan bahkan sekarang kelihatan lebih bersih dibanding beberapa tahun yang lalu sehingga sudah tidak ada lagi rasa takut dan waswas untuk datang ke rumah sakit tersebut”⁴

Dalam program pengembangannya itu, RSUD Kelet telah melakukan satu binaan terhadap pengobatan tradisional yaitu jenis pijat dengan menggunakan jahe merah, dalam hal ini oleh pemijat tradisional dari “Yayasan Pijat Wijaya”. Mengapa pihak rumah sakit menjatuhkan pilihan pada yayasan ini dan dirasa perlu untuk melakukan binaan tersebut, karena pihak rumah sakit termotivasi oleh konsep yang diusung

³Hasil wawancara pada tanggal 3 Juli 2010 dengan Bapak Afif S.Ag sebagai staf umum kepegawaian RS~Klelet salah seorang informan yang membuat VCO.

⁴Hasil wawancara dengan seorang ibu sebagai informan pada tanggal 2 Juli 2010.

pendiri yayasan pijat tersebut (Bapak Agus Widodo) yang dalam pekerjaannya dia mengusung konsep “pengentasan pengangguran” dengan cara melakukan pelatihan pada para pengangguran yang tidak memiliki pekerjaan karena PHK atau memang tidak memiliki kesempatan mendapat pekerjaan. Upaya tersebut didukung pihak rumah sakit dan juga oleh pemerintah daerah setempat (bupati Jepara dan gubernur Jawa Tengah). Melalui jurus ampuhnya tersebut, yayasan pijat Wijaya ini sejak tahun 2007 telah berhasil bergabung dengan RSUD Kelet, yang rencananya akan menjadi pelengkap untuk pengobatan konvensional seperti CAM (yang memang sedang direncanakan oleh RSUD Kelet ini).

2.1.4 Penerapan Pengobatan Tradisional di Rumah Sakit dan Manfaatnya

Pemaparan di atas menunjukkan bagaimana RSUD Kelet telah menerapkan konsep pelayanan kesehatan terpadu yang menggabungkan pengobatannya melalui dua jalur tindakan yaitu secara medis konvensional dan juga dengan pengobatan tradisional (battra). Kegiatan yang telah berlangsung sejak tahun 2006 tersebut telah menjadi satu bagian dari pelayanan kesehatan dalam kebijakan pemerintah, itu artinya secara formal keberadaannya telah diakui dan masyarakat pun dapat memanfaatkannya tanpa harus merasa dirugikan dan khawatir akan manfaatnya.

Adalah beralasan bila sejak tahun 2006 rumah sakit Kelet telah membuka peluang bagi berkembangnya battra dalam dunia kesehatan di Indonesia. Tidak saja dari jenis battra yang paling banyak berkembang di masyarakat yaitu jenis herbal dan pijaturut. Bahkan battra jenis akupunktur dan akupressur juga telah semakin dilirik orang. Dengan berbagai keahlian barunya, para pengobat tradisional telah menunjukkan kemampuannya dalam dunia pengobatan. Iklan-iklan yang terpampang di sepanjang jalan merupakan satu indikasi dari keberadaan battra, selain itu pula tempat-tempat battra yang sudah menembus pasar bermunculan

di seantero pasar dan mall-mall yang ada di suatu kota, termasuk juga di kota Jepara.

Sebagaimana telah dijelaskan di atas bahwa dalam kebijakan RSUD Kelet telah membuka ruang bagi pengobat tradisional untuk dapat dipadukan di rumah sakit tersebut, dan salah satunya yang sudah mulai berjalan adalah dari batra pijat urut “Yayasan Pijat Wijaya” dan ramuan yang dikembangkannya adalah jahe merah. Yayasan yang terletak di desa Jebol, Kecamatan Mayong, Jepara ini dibentuk dengan satu motivasi untuk mengentaskan pengangguran dan mengangkat kembali budaya bangsa.

Keanggotaan yang terlibat didalam yayasan yang bergerak dibidang pengobatan tradisional ini masih cukup terbatas dan bahkan biasanya masih dalam lingkup pertemanan atau famili. Yayasan Pijat Wijaya ini hanya memiliki pengurus yang berjumlah 20 orang. Selain pijat, yayasan juga melakukan kegiatan penanaman bahan-bahan obat tradisional yang ditanam di halaman kantornya yang tidak seberapa besar luasnya itu. Berbagai jenis tanaman untuk obat yang ada di pekarangannta itu, seperti jahe merah, kunyit, temulawak, daun sambiloto, dan sebagainya. Keberadaan yayasan ini cukup diketahui khalayak karena pengurus secara aktif telah melakukan pemasaran melalui media cetak (koran daerah, seperti Suara Merdeka atau Radar Jepara), TV lokal dan bahkan melalui kegiatan keagamaan. Selain itu menurut pendapatnya, dia juga sering melakukan cara “jemput bola” artinya dia secara proaktif mendatangi tempat-tempat keramaian dan menawarkan pijat gratis pada para pengunjung untuk dipijat.

Sepak terjang kegiatannya itu dilakukanya juga di daerah-daerah yang sedang kena bencana, seperti gempa, banjir, dan lainnya. Di sana ia membantu melakukan pemijatan terhadap para korban bencana dan para relawan, hal itu dimaksudkan untuk dapat membantu meringankan tingkat stres yang dialami para korban (Suara Merdeka, 28 Mei 2008).

Obat khas yang dipakainya untuk memijat adalah dari jenis jahe merah dan minyak kelapa yang diusapkan pada tubuh pada titik titik tertentu. Semua bahan itu diperolehnya dari kebunnya sendiri. Yang

dibudidayakan di atas lahan yang tidak berapa luas di pekarangan kantornya. Terapi jahe ini yang nantinya akan menjadi satu bagian dari pengobatan komplementer di RSUD Kelet.

Secara umum kegiatan pijat memijat dari personil yang membangun Yayasan Pijat Wijaya ini telah ada cukup lama yaitu sejak berdirinya pada tahun 1993. Baru pada tahun 2002 dia mulai melakukan perijinan untuk membentuk sebuah yayasan pijat yang disebutnya dengan nama Yayasan Pijat Wijaya tersebut. Nama wijaya memiliki makna lain yaitu “widodo jalan yang utama”, Widodo adalah nama belakang dari pemilik pijat wijaya ini yang bernama Agus Widodo, jadi pemaknaan itu menyimbolkan pada masa depannya yaitu melakukan pekerjaan ini merupakan jalan kehidupan yang harus dijalaninya. Bapak yang Keahlian pijat ini kelahiran Blora tahun 1968 adalah anak seorang camat Randublatung di Blora (periode 1979–1982), ia juga pernah bekerja sebagai pegawai negeri seperti bapaknya.

Keahliannya memijat diperolehnya dengan cara meniru kakeknya yang ahli memijat dan tanaman obat. Berdasarkan pengalaman dan pemahamannya sewaktu kecil yang sering diobati kakeknya dengan cara dipijat, akhirnya dia menjadi hafal semua gerakan yang dilakukan saat memijat itu, pada saat dia beranjak sekolah dicobakannya dengan mengobati teman-temannya di sekolah saat selesai olah raga, dan ternyata ampuh, sehingga akhirnya dia mengembangkan kemahirannya itu. Namun dia belum terpanggil untuk memanfaatkan keahliannya itu. Sebelumnya dia sempat bekerja sebagai pegawai negeri di Kodikal (Komando Pendidikan Angkatan Laut) yang hanya bertahan selama lima tahun (1990-1995). Namun demikian tampaknya bakatnya tersebut telah mulai tampak, karena selama bekerja di kantornya inipun, biasanya ia akan membantu para kader yang selesai latihan militer yang ingin dipijat. Di sela-sela pekerjaannya sebagai PNS itu dia akan menerima teman-teman atau siapapun yang ingin dipijat olehnya. Semakin lama semakin banyak yang tertarik, sampai akhirnya dia tidak dapat lagi mengatur waktu dan memutuskan untuk keluar sebagai PNS.

Dalam upayanya untuk mengembangkan ilmu pijatnya, tidak segan-segan dia mengikuti pelatihan-pelatihan yang diadakan oleh rumah sakit atau dari dinas kesehatan terutama yang berkaitan dengan ilmu kedokteran, dengan maksud agar dia sendiri dapat memadukan pengobatannya dan bisa lebih profesional. Bahkan saat ini ia sudah menurunkan ilmunya kepada sang istri dan anaknya. Terdapat nilai tambah bagi dia setelah istrinya sendiri dapat melakukan pekerjaan tersebut. Di saat dia harus melayani pasien, mereka dapat bekerja sama dalam pengobatannya. Suatu kerja sama yang sangat menguntungkan dan begitu komprehensif karena bagi seorang perempuan yang merasa malu atau merasa canggung bila harus dipijat oleh seorang laki-laki yang bukan muhrimnya, secara otomatis pada saat pengobatan pijat dapat dilayani oleh sang istri.

Agar keahlian pijat memijat ini tidak hilang, maka bapak W melakukan juga pelatihan pada mereka yang berminat terhadap ilmunya itu, terutama diprioritaskan pada para pengangguran yang tidak mempunyai pekerjaan, atau pada para PHK. Hal itu dimaksudkan agar ilmu yang didapatnya itu dapat menjadibekal penghidupannya. Sepak terjang bapak W ini terdengar oleh pemerintah daerah Kabupaten Jepara, sampai akhirnya di saat ulang tahun Kabupaten Jepara yang ke 400, dibuat program pijat gratis di kantor bupati, dan dia sendiri telah mendapat ijin untuk menjadikan keahlian pijatnya itu sebagai bagian dari alternatif pengobatan di RSUD Kelet.

Seperti telah dijelaskan di atas bahwa diapun telah menurunkan keahliannya itu pada istrinya, dan saat ini dia sedang melatih anak laki-laknya juga untuk dapat melanjutkan pekerjaannya sebagai tukang pijat yang profesional dengan harapan anaknya itu dapat memanfaatkan keahliannya tersebut bagi kemajuan bidang pengobatan tradisional yang ada di Indonesia.

Walaupun personil yayasan ini sedikit, namun selama ini telah berhasil melatih para PHK dan pengangguran se Jawa Tengah sebanyak

710 orang⁵. Mereka yang dilatih (para penganggur dan PHK) umumnya berasal dari berbagai tempat di Jawa Tengah ini, yaitu dari Purwodadi, Blora, Kendal, Wonosobo, Rembang, Semarang, Magelang, dan bahkan dari Bandung dan Jombang (Jatim) juga ada.

Untuk kegiatan pelatihan dan pendidikan pijat tersebut, yayasan ini mendapat bantuan tidak saja dari RSUD Kelet, tetapi juga dari pemerintah daerah Kabupaten Jepara. Selain itu Pemda setempat juga memanfaatkan kegiatan tersebut pada momen-momen khusus seperti saat merayakan hari proklamasi kemerdekaan RI, dengan cara menggelar pengobatan gratis.

Berdasarkan hasil wawancara dengan ketua yayasan pengobat tradisional (Bapak Agus Widodo) berpendapat bahwa banyak yang memandang remeh pekerjaan sebagai tukang pijat sehingga sering muncul pernyataan “kalau ada pekerjaan lain kenapa harus jadi tulang pijat?”. Pernyataan ini pula telah memotivasi bapak tukang pijat ini untuk membuktikan bila pekerjaan sebagai tukang pijat juga patut diperhitungkan, apalagi bila dia melihat minat masyarakat terhadap pengobatan tradisional cukup besar. Hal itu disebabkan oleh adanya kenyataan bahwa untuk pergi berobat ke rumah sakit dapat menelan biaya yang cukup mahal, sementara itu dengan berobat ke pengobat tradisional dianggapnya relatif murah, bahkan pada saat tertentu bisa saja menjadi gratis. Bapak ini memakai istilah dengan sebutan “tarif tertawa/senyum”, artinya semacam proyek *tengkyu* yang tidak perlu membayar, tetapi cukup dengan bercanda dan tertawa-tawa maka impas sudah biaya pemijatan”.

Bapak W selaku pengobat tradisional (pijat) memiliki pasien yang cukup banyak,⁶ tetapi dia tidak memberikan patokan biaya

⁵Hasil wawancara dengan Bapak Agus Widodo pada tgl 30 Juni 2010, lihat juga berita di Suara Merdeka tanggal 23 Maret 2010, Gelora Bumi Kartini edisi Desember 2007.

⁶Seperti yang diungkapkannya bahwa pasiennya tidak cukup banyak namun tidak dapat diperinci secara tepat jumlahnya, hanya saja

pengobatan, lebih pada upaya “lillahi ta’ala” seikhlasnya terhadap pemberian dari pasien. Namun demikian, sebagai sebuah yayasan yang juga harus dapat menghidupi yayasannya, maka secara umum terdapat tarif standar yang dikenakan bila ada pasien yang akan berobat. Untuk tarif berobat bagi pasien yang datang ke tempat praktiknya, akan dikenakan biaya sebesar Rp.35.000,-/jam, tetapi bila mereka dipanggil ke rumah pasien atau ke tempat lain di luar tempat praktiknya sehari-hari, maka tarif yang dikenakan akan lebih besar. Penambahan tarif tersebut dipakai untuk menutupi biaya transportasinya (ongkos jalan) ke tempat pasien tetapi biasanya juga tidak ada patokan besaran biaya, dan pembayarannya diserahkan pada kebijakan pasien itu sendiri. Menurut bapak W, adakalanya dia mendapat ganti biaya berobat yang cukup besar melebihi perhitungannya.

Berdasarkan paparan tersebut di atas dapatlah dikatakan bahwa pengobatan tradisional yang ada di kota Jepara ini, walaupun dilihat secara kuantitas keberadaannya belum menunjukkan jumlah yang cukup besar, tetapi secara kualitas, manfaat pengobatan tradisional sudah dapat dirasakan oleh penduduk kota ini. Manfaat langsung yang dapat dirasakan adalah oleh para penderita penyakit kusta yang dirawat di RS Donorejo. Pengobatan dengan menggunakan obat tradisional yang dibuat (RSUD Kelet) dari bahan kelapa (disebut VCO) telah dirasakan pengaruh keberhasilannya dalam proses penyembuhan para penderita penyakit kusta tersebut. Selain itu juga adanya akupunktur dan refleksi di RSUD Kelet telah membuka manfaat pengobatan tradisional yang ada di Indonesia umumnya, khususnya di Kota Jepara dan di RSUD Kelet. Lain daripada itu, manfaat lain yang juga dirasakan adalah dengan keberadaan pemijat tradisional, yang dapat meringankan beban stres dan kelelahan bagi para pegawai rumah sakit umumnya dan juga pasien penderita sakit di rumah sakit serta masyarakat pada umumnya.

ancer-ancer ada sekitar 3 – 5 orang perharinya selalu ada yang memintanya untuk dipijat.

2.2 Kabupaten Banyumas (Purwokerto)

2.2.1 Profil Daerah: Kondisi Geografi, Demografi dan Sosial Ekonomi

Kabupaten Banyumas merupakan salah satu kabupaten yang terletak di Provinsi Jawa Tengah dengan ibukotanya yaitu Purwokerto. Sebagai Daerah Tingkat II, Kabupaten ini terdiri atas 27 kecamatan, yang dibagi lagi atas sejumlah 301 desa dan 30 kelurahan. Purwokerto sebagai ibukota kabupaten, terdiri dari Kecamatan Purwokerto Barat, Kecamatan Purwokerto Timur, Kecamatan Purwokerto Selatan, dan Kecamatan Purwokerto Utara. Purwokerto dulunya merupakan Kota Administratif, namun sejak diberlakukannya Undang-Undang Nomor 22 tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah, tidak dikenal lagi adanya kota administratif, dan Purwokerto kembali menjadi bagian dari wilayah Kabupaten Banyumas.

Secara geografis, Kabupaten Banyumas sendiri terletak di antara $108^{\circ} 39' 17'' - 109^{\circ} 27' 15''$ Bujur Timur dan $7^{\circ} 15' 05'' - 7^{\circ} 37' 10''$ Lintang Selatan. Kalau dilihat dalam dimensi teritorial, maka kabupaten ini berbatasan dengan Kabupaten Tegal dan Kabupaten Pemalang di sebelah Utara; Kabupaten Purbalingga, Kabupaten Banjarnegara, dan Kabupaten Kebumen di sebelah Timur; Kabupaten Cilacap dan Kabupaten Brebes di sebelah Barat; dan Kabupaten Cilacap di sebelah Selatan. Selain itu, di wilayah Kabupaten Banyumas terdapat Gunung Slamet sebagai gunung tertinggi di Jawa Tengah yang terdapat di ujung utara wilayah kabupaten ini.

Kabupaten Banyumas dilalui jalan negara yang menghubungkan kota Tegal–Purwokerto, Purwokerto–Temanggung–Magelang/Semarang, serta jalan lintas selatan Bandung–Yogyakarta–Surabaya. Wangon merupakan persimpangan jalur Yogyakarta–Bandung dan Tegal–Cilacap. Angkutan umum bis antarkota diantaranya jurusan Jakarta, Tegal/Cirebon, Bandung, Semarang, Yogyakarta/Solo.

Untuk menuju kota Purwokerto dari kota-kota di Pulau Jawa sarana transportasi favorit adalah dengan menggunakan jalur kereta api dari kelas ekonomi sampai eksekutif semuanya singgah di stasiun besar

Purwokerto. Di kabupaten ini juga terdapat jalur kereta api lintas selatan Jakarta–Cirebon–Purwokerto–Yogyakarta–Surabaya. Stasiun Purwokerto merupakan stasiun paling besar di wilayah Jawa Tengah bagian barat. Sarana transportasi bus juga tersedia dari dan ke kota-kota besar di Pulau Jawa dan Sumatra. Untuk angkutan dalam kota tersedia transportasi Taksi yang tersedia 24 jam dan angkutan kota yang tersedia dari pagi hingga sore hari.

Secara geografis, luas wilayah Kabupaten Banyumas yaitu 132.759 ha atau sekitar 4,08% dari luas wilayah Provinsi Jawa Tengah (3.254 juta Ha). Dari luas wilayah tersebut, terdapat lahan sawah seluas 32.219 ha atau sekitar 24,27% dari wilayah Kabupaten Banyumas dan sekitar 10.650 ha sawah dengan pengairan teknis. Sedangkan yang 75,73% atau sekitar 100.640 ha adalah lahan bukan sawah dengan 16.667 ha atau 18,72% merupakan tanah untuk bangunan dan pekarangan/halaman.

Wilayah Kabupaten Banyumas merupakan sebuah wilayah yang memiliki topografi dengan ciri khasnya yang tersendiri. Lebih dari 45% wilayah kabupaten ini merupakan daerah dataran yang tersebar di bagian Tengah dan Selatan serta membujur dari Barat ke Timur. Sementara itu, keadaan wilayah antara dataran dan pegunungan dengan struktur pegunungan terdiri dari sebagian lembah Sungai Serayu untuk tanah pertanian, sebagian dataran tinggi untuk pemukiman dan pekarangan, dan sebagian pegunungan untuk perkebunan dan hutan tropis terletak di lereng Gunung Slamet sebelah selatan. Bumi dan kekayaan Kabupaten Banyumas masih tergolong potensial karena terdapat pegunungan Slamet dengan ketinggian puncak dari permukaan air laut sekitar 3.400 m dan masih aktif.

Kedadaan iklim di Kabupaten Banyumas memiliki iklim tropis basah. Karena terletak di antara lereng pegunungan jauh dari pesisir pantai maka pengaruh angin laut tidak begitu tampak. Namun dengan adanya dataran rendah yang seimbang dengan pantai selatan angin hampir nampak bersimpangan antara pegunungan dengan lembah

dengan tekanan rata-rata antara 1.001 mbs, dengan suhu udara berkisar antara 21,4° C – 30,9° C.

Secara demografis, jumlah penduduk Kabupaten Banyumas per kecamatan dapat diperhatikan dalam tabel berikut.

Tabel 2.1 Kepadatan Penduduk Menurut Kecamatan Akhir Tahun 2008

No	Kecamatan	Banyaknya Desa	Luas Wilayah (km ²)	Jumlah Penduduk	Kepadatan Penduduk	
					Desa	km ²
1	Lumbir	10	102.66	48,795	4,880	475
2	Wangon	12	60.78	72,772	6,064	1,197
3	Jatilawang	11	48.16	57,018	5,183	1,184
4	Rawalo	9	49.64	47,628	5,292	959
5	Kebasen	12	54.00	57,968	4,831	1,073
6	Kemranjen	15	60.71	65,925	4,395	1,086
7	Sumpiuh	14	60.01	56,112	4,008	935
8	Tambak	12	52.03	48,579	4,048	934
9	Somagede	9	40.11	36,361	4,040	907
10	Kalibagor	12	35.73	49,733	4,144	1,392
11	Banyumas	12	38.09	47,538	3,962	1,248
12	Patikraja	13	43.23	48,923	3,763	1,132
13	Purwojati	10	37.86	34,603	3,460	914
14	Ajibarang	15	66.50	88,731	5,915	1,334
15	Gumelar	10	93.95	48,944	4,894	521
16	Pekuncen	16	92.70	65,638	4,102	708
17	Cilongok	20	105.34	113,927	5,696	1,082
18	Karanglewas	13	32.50	55,343	4,257	1,703
19	Kedungbanten	14	60.22	52,784	3,770	877
20	Baturaden	12	45.53	44,501	3,708	977
21	Sumbang	19	53.42	71,905	3,784	1,346
22	Kembaran	16	25.92	67,918	4,245	2,620
23	Sokaraja	18	29.92	74,153	4,120	2,478
24	Purwokerto Selatan	7	13.75	66,059	9,437	4,804
25	Purwokerto Barat	7	7.40	51,678	7,383	6,984
26	Purwokerto Timur	6	8.42	64,343	10,724	7,642
27	Purwokerto Utara	7	9.01	44,740	6,391	4,966
Jumlah		331	1,327.59	1,582,619	4,781	1,192

Sumber: Kabupaten Banyumas dalam Angka, 2009

Tabel di atas memperlihatkan bahwa jumlah penduduk Kabupaten Banyumas mengalami peningkatan. Kalau pada tahun 2004 jumlahnya 1,538,285 jiwa maka pada tahun 2008 mengalami peningkatan menjadi 1,582,619 jiwa. Itu berarti ada penambahan penduduk sebesar 44,334 jiwa dalam waktu empat tahun. Sementara itu, kepadatan penduduk Kabupaten Banyumas yaitu 1,192 jiwa/km².

Dalam dimensi kesehatan, tampaknya Kabupaten Banyumas memperlihatkan distribusi fasilitas kesehatan yang cukup memadai pada hampir semua kecamatan walaupun pada beberapa kecamatan masih perlu pengembangan dalam hal fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana yang dapat diperhatikan dalam tabel berikut ini.

Tabel 2.2 Banyaknya Fasilitas Kesehatan Menurut Jenis dan Kecamatan Tahun 2008

No	Kecamatan	Rumah Sakit	Rumah Bersalin	Puskesmas	Puskes Pemb	Poli/BP
1	Lumbir	0	0	1	2	2
2	Wangon	1	4	2	2	10
3	Jatilawang	0	2	1	2	1
4	Rawalo	0	0	1	1	3
5	Kebasen	0	1	1	1	7
6	Kemranjen	0	0	2	2	4
7	Sumpiuh	1	1	2	2	4
8	Tambak	0	1	2	1	6
9	Somagede	0	0	1	1	2
10	Kalibagor	0	0	1	1	3
11	Banyumas	3	1	1	2	4
12	Patikraja	1	0	1	2	3
13	Purwojati	0	0	1	2	1
14	Ajibarang	2	2	2	2	7
15	Gumelar	0	0	1	1	2
16	Pekuncen	0	0	1	2	7
17	Cilongok	0	2	2	2	3
18	Karanglewas	0	0	1	1	5
19	Kedungbanten	0	0	1	1	4

No	Kecamatan	Rumah Sakit	Rumah Bersalin	Puskesmas	Puskes Pemb	Poli/BP
20	Baturaden	0	0	2	1	7
21	Sumbang	0	0	2	2	1
22	Kembaran	0	1	2	1	8
23	Sokaraja	2	0	2	2	8
24	Purwokerto Selatan	2	3	1	1	14
25	Purwokerto Barat	2	2	1	1	11
26	Purwokerto Timur	4	1	2	1	16
27	Purwokerto Utara	3	3	2	0	14
Jumlah		21	21	39	39	157
Tahun 2007		15	22	39	39	144
Tahun 2006		15	14	39	39	57
Tahun 2005		15	14	39	39	57
Tahun 2004		13	12	39	39	54

Sumber: Kabupaten Banyumas dalam Angka 2009

Tabel di atas memperlihatkan bahwa tampaknya fasilitas pelayanan kesehatan per kecamatan dimiliki paling banyak oleh Purwokerto Timur, diikuti oleh Purwokerto Selatan/Utara, dan Purwokerto Barat, baik dalam rumah sakit, rumah sakit bersalin, puskesmas, puskesmas pembantu, maupun balai pengobatan.

Aspek lain yang dapat digambarkan mengenai masyarakat Kabupaten Banyumas yaitu aspek kesehatan yang dikaitkan dengan jumlah sarana pelayanan kesehatan yang dapat diperhatikan pula dalam tabel berikut.

Tabel 2.3 Jumlah Sarana Pelayanan Kesehatan Kabupaten Banyumas Tahun 2008

No	Fasilitas Kesehatan	Pemilikan/Pengelola						Jumlah
		Pem Pusat	Pem Prov.	Pem Kab/ Kota	TNI/ POLRI	BUMN	Swasta	
1	Rumah Sakit Umum	0	1	2	1	0	7	11
2	Rumah Sakit Jiwa	0	0	0	0	0	0	0
3	Rumah Sakit Bersalin	0	0	0	0	0	2	2
4	Rumah Sakit Khusus Lainnya	0	0	0	0	0	6	6
5	Puskesmas Perawatan	0	0	14	0	0	0	14
6	Puskesmas Non Perawatan	0	0	25	0	0	0	25
7	Puskesmas Pembantu	0	0	39	0	0	0	39
8	Puskesmas Keliling	0	0	0	0	0	0	39
9	Posyandu	0	0	0	0	0	0	2.352
10	Polindes	0	0	0	0	0	0	58
11	PKD	0	0	0	0	0	0	162
12	Rumah Bersalin	0	0	0	0	0	24	24
13	Balai Pengobatan/ Klinik	0	0	4	0	0	126	130
14	Apotik	0	0	0	0	0	101	101
15	Toko Obat	0	0	0	0	0	23	23
16	GFK	0	0	0	0	0	1	1
17	Industri Obat Tradisional	0	0	0	0	0	0	0
18	Industri Kecil Obat Tradisional	0	0	0	0	0	3	3
19	Praktik Dokter Bersama	0	0	0	0	0	3	3
20	Praktik Dokter Perorangan	0	0	0	0	0	498	498
21	Praktik Pengobatan Tradisional	0	0	0	0	0	82	82

Sumber: Kabupaten Banyumas dalam Angka 2009

Berdasarkan tabel di atas dapat dikemukakan bahwa tampaknya jumlah fasilitas kesehatan yang dikelola oleh swasta dalam bentuk

Praktik Pengobatan Tradisional cukup tinggi yakni mencapai 82 buah. Hal ini menunjukkan bahwa animo masyarakat terhadap jenis pengobatan alternatif ini semakin tinggi yang dibuktikan dengan banyaknya praktik jenis pengobatan ini.

Purwokerto, yang menjadi lokasi penelitian ini, pada tahun 2005 memiliki jumlah penduduk 249.705 jiwa. Sampai dengan awal dekade 2000-an, kota ini lebih cocok disebut sebagai kota pegawai dan anak sekolah. Mata pencaharian penduduk yang bisa diandalkan untuk hidup cukup adalah dengan menjadi pegawai negeri maupun BUMN. Akhirnya, kota ini secara ekonomi saat itu tidak terlalu berkembang. Perubahan secara cukup signifikan terjadi mulai tahun 2000-an, yakni saat kota ini mulai dibanjiri mahasiswa-mahasiswa dari berbagai kota di Pulau Jawa untuk menuntut ilmu di perguruan tinggi yang ada di kota ini (terutama di Universitas Jenderal Soedirman UNSOED dan di Universitas Muhammadiyah Purwokerto UMP). Sejak saat itu, aktivitas ekonomi rakyat yang berkaitan dengan kebutuhan mahasiswa pun menggeliat. Ribuan kamar kos dibangun untuk disewakan kepada para mahasiswa pendatang. Ratusan rumah makan didirikan untuk melayani kebutuhan lambung para mahasiswa yang menjalani siklus lapar setiap 6 jam. Kios-kios alat tulis bermunculan. Warnet tumbuh bagai cendawan di musim semi. Bahkan, jasa pencucian baju (*laundry*) pun bertumbuh guna memenuhi kebutuhan pembersihan pakaian para mahasiswa yang sekarang rupanya sudah malas mencuci pakaiannya sendiri. Walhasil, di tahun 2010-an ini, perekonomian di Purwokerto tumbuh cukup signifikan sebagai kota jasa.

Dalam dimensi budaya, Kabupaten Banyumas, termasuk Purwokerto, merupakan bagian dari wilayah budaya Banyumasan yang berkembang di bagian barat Jawa Tengah. Beberapa aspek kebudayaan yang menjadi ciri khas daerah ini di antaranya yaitu dalam aspek penggunaan bahasa. Bahasa yang dituturkan adalah *bahasa Banyumasan*, yakni salah satu dialek bahasa Jawa yang cukup berbeda dengan dialek standar bahasa Jawa ("dialek Mataraman") dan dijuluki "bahasa ngapak" karena ciri khas bunyi /k/ yang dibaca penuh pada akhir kata (berbeda dengan dialek Mataraman yang dibaca sebagai *glottal*

stop). Bahasa ini merupakan bahasa kebanggaan yang patut untuk dilestarikan dan dihargai. Dialek dan budaya masyarakatnya memperkaya keanekaragaman Indonesia. Selain bahasa, Kenthongan atau musik thek-thek adalah seni musik yang dimainkan dengan alat musik bambu yang dimainkan oleh 20–40 orang. Kebudayaan Begalan dan Ronggeng adalah kesenian asli Banyumas yang sekarang sudah mulai pudar keberadaannya.

Dilihat dari kondisi perekonomian, secara tradisional, Purwokerto bukan merupakan kota industri maupun perdagangan. Sampai saat ini, aktivitas industri amat jarang ditemukan di Purwokerto. Kota ini bisa dikatakan tidak memiliki industri dalam skala besar yang dapat menyerap ribuan tenaga kerja atau mencakup wilayah puluhan hektar. Jika pun ada industri, itu umumnya industri-industri tradisional yang hanya mempekerjakan puluhan pekerja (seperti industri rokok rumahan, industri mie atau soun kering kecil-kecilan, pabrik pengolah susu skala kecil, industri peralatan dari logam yang tidak seberapa, serta industri makanan oleh-oleh yang hanya ramai pada musim Lebaran). Sektor perdagangan pun setali tiga uang. Di kota ini tidak ditemukan aktivitas perdagangan dalam skala besar. Kota ini tidak memiliki pelabuhan atau fasilitas bongkar-muat barang dalam skala yang secara ekonomi signifikan. Juga tidak terdapat areal pergudangan yang dapat menyimpan komoditas dalam jumlah ribuan kubik.

Suatu hal yang cukup nyata dalam observasi pada saat penelitian lapangan dilakukan adalah banyaknya usaha-usaha yang menawarkan keahlian atau jasa yang dimiliki kepada masyarakat. Tampaknya ada dua sektor jasa yang cukup dominan di kota ini yaitu di bidang pendidikan dan kesehatan. Di bidang pendidikan antara lain dapat dilihat dengan menjamurnya sekolah-sekolah khususnya sekolah swasta dari tingkat rendah sampai dengan tingkat pendidikan tinggi. Selain itu, banyak pula ditemukan tempat-tempat kursus yang menawarkan jasa di bidang pendidikan seperti kursus bahasa, bimbingan belajar, menjahit, dan lain sebagainya. Di bidang kesehatan, di kota ini banyak terdapat jasa pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh swasta baik berupa rumah sakit, klinik kesehatan, balai pengobatan, apotik, toko obat, praktik

dokter (baik perorangan maupun praktik dokter bersama), pengobatan tradisional, dan lain sebagainya. Bahkan, dapat dilihat pula menjamurnya toko-toko yang menjual alat-alat kesehatan dan alat bantu aktifitas khususnya untuk mereka yang telah usia lanjut. Fenomena-fenomena tersebut di atas cukup menunjukkan bahwa Purwokerto merupakan suatu wilayah yang menjanjikan di bidang jasa pendidikan dan kesehatan.

Purwokerto terkenal karena keberadaan lokawisata Baturaden. Obyek wisata alam di kaki Gunung Slamet ini mengandalkan kesejukan alam dan panoramanya yang indah menghijau. Berbagai julukan di sandang kota di jalur selatan Jawa Tengah ini dari Kota Wisata, Kota Kripik, Kota Pendidikan sampai kota Pensiunan karena begitu banyaknya pejabat-pejabat negara yang pensiun dan akhirnya menetap di kota ini.

Dalam sektor pendidikan, Purwokerto saat ini memiliki 6 perguruan tinggi, di antaranya Politeknik Ma'arif Purwokerto, Sekolah Tinggi Ilmu Agama Islam Negeri (STAIN), Universitas Terbuka Tutorial Purwokerto (UTTP), Universitas Jenderal Soedirman, Universitas Muhammadiyah Purwokerto, dan Universitas Wijayakusuma (Unwiku). Sementara itu, dalam bidang olahraga, daerah ini banyak menetaskan atlet-atlet taraf nasional bahkan internasional seperti dalam cabang bulutangkis, atletik, dan renang. Ada dua buah stadion besar di Kota Purwokerto yakni GOR Satria dan GOR Susilo Soedirman yang sering dijadikan *homebase* Pelatnas Atletik karena memiliki Trek Lari yang berstandar internasional. Purwokerto pernah melahirkan pelari nasional Poernomo yang menjadi pelari jarak pendek Indonesia pertama yang mengikuti Olimpiade. Pebulutangkis Christian Hadinata dan Fung Permadi juga atlet kelahiran Purwokerto yang telah meraih berbagai macam penghargaan tingkat internasional, sedangkan Meitri Widya Pangastika adalah atlet renang putri andalan nasional di zamannya. Begitu melekatnya cabang atletik di Purwokerto sehingga SMAN 3 Purwokerto mengkhususkan satu kelasnya untuk menjadi atlet.

2.2.2 Kebijakan dan Upaya Penyediaan Pengobatan/Obat Tradisional Dalam Pelayanan Pengobatan Formal

Menurut penjelasan informan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas bahwa kebijakan penyediaan pelayanan pengobatan tradisional dalam pelayanan pengobatan formal di Kabupaten Banyumas (Purwokerto) baru dilaksanakan di puskesmas, dan itupun baru terbatas penyediaan obat tradisional fitofarmaka. Untuk penyediaan di rumah sakit, dinas tidak bisa melakukan intervensi, karena rumah sakit mempunyai kewenangan dan kebijakan sendiri untuk menentukan program-program rumah sakit termasuk pelayanan kesehatan, yaitu melalui Komite Rumah Sakit. Dinas kesehatan dengan rumah sakit hanya melakukan koordinasi yang berkaitan dengan 1) pepanjangan izin yang harus dilakukan rumah sakit setiap lima tahun sekali, yang dalam hal ini dinas kesehatan akan memberikan rekomendasi; 2) penyusunan data profil kesehatan; 3) pembinaan pelayanan kesehatan; 4) jamkesmas dan jamkesmasda, dalam hal ini dinas kesehatan menempatkan verifikator yang diambil dari pihak swasta untuk meneliti data-data peserta jamkesmas dan jamkesmasda di rumah sakit rumah sakit yang menjadi rujukan program tersebut.

Mengenai penyediaan obat tradisional fitofarmaka di puskesmas mulai dilakukan sejak tahun 2005. Sampai sekarang baru empat macam obat yang disediakan di seluruh puskesmas di kabupaten Banyumas (yang berjumlah 39 puskesmas) termasuk puskesmas pembantu. Pengadaan obat fitofarmaka untuk puskesmas tersebut dilakukan oleh Dinas Kesehatan, yaitu setiap tahun mengajukan ke Dinas Kesehatan Provinsi, jadi anggaran untuk pengadaan obat tersebut merupakan anggaran APBD provinsi. Dari data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah dapat diketahui bahwa anggaran pengadaan obat tradisional APBD Provinsi Jawa Tengah tahun 2007 sebesar Rp 2.100.000.000,-, tahun 2008 Rp 2.280.000.000,- dan tahun 2009 Rp.2.500.000.000,-, yang berarti tiap tahun mengalami peningkatan. Turunnya obat tersebut dari provinsi pada awal tahun anggaran, akan tetapi penyampaiannya kepada puskesmas dilakukan setiap tiga bulan sekali, dengan jumlah sesuai yang diajukan oleh puskesmas. Hal

tersebut dimaksudkan agar setiap tiga bulan sekali bisa dilakukan monitoring dan evaluasi terhadap obat jenis apa dan puskesmas mana yang banyak atau kurang pemakaiannya, karena menurut keterangan kepala gudang dinas kesehatan Kabupaten Banyumas, bahwa ada beberapa puskesmas yang tidak memanfaatkan obat tersebut. Setelah dilakukan monitoring ke tiap-tiap puskesmas, jika ada puskesmas yang tidak mengeluarkan untuk pasien (tidak ada pemakaian), maka obat tersebut dialihkan kepada puskesmas yang banyak pemakaiannya.

Jenis obat fitofarmaka yang disediakan di puskesmas adalah tensigard, hepogard, glucogard, hemorogard. Namun menurut keterangan kepala gudang farmasi Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas, dari empat macam obat tersebut, penggunaannya oleh masyarakat yang berobat di puskesmas-puskesmas yang ada tidak sama. Sebagai gambaran, pada tahun 2008 hepogard dipakai oleh Puskesmas Sumpiuh I dan Tambak I, glucogard dipakai oleh Puskesmas Sumpiuh I dan hemorogard dipakai oleh Puskesmas Banyumas dan Gumelar. Sementara tensigard dipakai oleh seluruh puskesmas, tetapi yang banyak pemakaiannya adalah oleh Puskesmas Sumpiuh II, Pakuncen, Purwokerto Barat, Jatilawang. Oleh karena tensigard merupakan obat yang dipakai oleh semua puskesmas, maka dari permintaan yang diajukan, sekitar 75% yang keluar untuk diberikan kepada pasien, sedangkan jenis yang lain di bawah 50% (lihat Tabel 2.4)

Tabel 2.4 Permintaan Obat Fitofarmaka Oleh Puskesmas dan Pengeluarannya Tahun 2009

No.	Nama	Permintaan	Nilai	Keluar
1.	Glucogard	2910	2,717,940	1440
2.	Hemorogard	3440	2,841,940	1560
3.	Hepogard	2900	5,162,520	1330
4.	Tensigard	25.746	36,044,400	22.260

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas, 2010.

Di samping tersedianya obat tradisional (jenis fitofarmaka) di seluruh puskesmas Kabupaten Banyumas, ada dua puskesmas

(Puskesmas Ajibarang dan Wangon II) yang juga melayani pengobatan tradisional dengan metode pijat (pijat plinteng)⁷. Pelayanan tersebut diberikan, karena kebetulan ada petugas puskesmas yang mempunyai keterampilan pijat tersebut. Pijat diberikan sebagai pelengkap pengobatan yang dilakukan di puskesmas, terutama kepada pasien yang mengetahui dan menginginkan untuk dilakukan pemijatan. Informasi adanya pijat di puskesmas tersebut diketahui pasien dari pasien yang pernah mengetahui sebelumnya ("dari mulut kemulut"/*interpersonal communication*).

2.2.3 Penerapan Pengobatan Tradisional di Rumah Sakit (RS Prof. Dr. Margono Soekarjo)

Dengan semakin diminatinya penggunaan pengobatan tradisional oleh masyarakat dan semakin banyak bermunculan praktik pengobatan tradisional di kota-kota di Indonesia menggerakkan pemerintah untuk melakukan perlindungan hukum dengan mengeluarkan kebijakan berupa peraturan perundang-undangan agar pengobatan/obat tradisional dapat memberikan manfaat dan terjamin keamanannya. Termasuk pula menganjurkan pengobatan tradisional untuk dijadikan sarana pelengkap pada pelayanan kesehatan modern atau pelayanan kesehatan formal di rumah sakit. Semua itu adalah merupakan usaha pemerintah dalam memberikan pelayanan kesehatan terpadu guna peningkatan kualitas kesehatan masyarakat Indonesia. Usaha pemerintah dalam menerapkan pelayanan kesehatan terpadu (pelayanan pengobatan modern dan tradisional) dalam pelayanan kesehatan formal (rumah sakit) diawali dengan dikeluarkannya Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1109/MENKES/PER/IX/2007 tentang Penyelenggaraan Pengobatan Komplementer Alternatif di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Dalam rangka merespon kebijakan pemerintah tersebut, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah menjadikan Rumah Sakit Umum Daerah Prof. Dr. Margono Soekarjo yang terletak di

⁷Disebut pijat plinteng karena menggunakan alat seperti plinteng (ketapel).

Purwokerto sebagai salah satu rumah sakit provinsi Jawa Tengah sebagai *pilot project* penempatan pengobatan tradisional dalam pelayanan kesehatan formal di rumah sakit.

a. Profil Rumah Sakit

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Prof. Dr. Margono Soekarjo adalah rumah sakit milik Pemerintah Provinsi Jawa Tengah, yang berdasarkan SK Menteri Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial RI No. 239/MENKES-KESOS/SK/III/2001 telah ditetapkan menjadi rumah sakit kelas B Pendidikan.

Sejarah

Rumah sakit ini semula merupakan fusi dari Rumah Sakit Umum Purwokerto yang berlokasi di Jl. Dr. Angka No.2 Purwokerto. Pada tahun 1985 RSU Purwokerto ditingkatkan menjadi Kelas B Non Pendidikan. Sehubungan dengan perkembangan pelayanan yang selalu meningkat baik kuantitas maupun kualitasnya, pada tgl 12 November 1995 atas prakarsa Gubernur Jawa Tengah Bapak Soeparjo Rustam yang didukung dana APBN, APBD serta BLN RSU Purwokerto direlokasi ke tempat yang lebih luas, representatif dan strategis yaitu di Jl. Dr. Gumberg No.1 Purwokerto dengan nama RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto. Saat ini telah ditetapkan sebagai PPK BLUD (Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah) dengan Keputusan Gubernur Jawa Tengah No. 059/76/2008.

Rumah sakit ini sekarang telah menjadi rumah sakit terbesar dan terlengkap di kawasan Jawa Tengah Barat Selatan, dengan kapasitas tempat tidur sebanyak 507 TT yang memiliki fasilitas layanan medis, penunjang medis, asuhan keperawatan serta non medis, yang lengkap dan modern, menjadikan RS Margono Soekarjo menjadi pusat rujukan kesehatan dari berbagai institusi pelayanan kesehatan di sekitarnya.

Organisasi dan Tata Kerja

Penyusunan struktur organisasi dan tata kerja RS Margono Soekarjo . berpedoman pada Perda No. 8 thn 2008 tentang organisasi dan tata kerja RSUD dan RS Jiwa Daerah Provinsi. Jawa Tengah (Lembaran Daerah Provinsi Jateng Thn 2008 No.8 Seri D No. 4, Tambahan Lembaran Daerah Provinsi Jateng No. 14) dan Peraturan Gubernur Jateng No. 94 tahun 2008 tentang Penjabaran Tugas Pokok, Fungsi, dan Tata Kerja RSUD Prof. Margono Soekarjo Purwokerto Prov Jateng (Berita Daerah Provinsi Jawa Tengah Tahun 2008 No. 94). Dalam Perda No. 8 Tahun 2008 disebutkan bahwa RSUD adalah SKPD yang merupakan unsur pendukung tugas Pemda di bidang pelayanan rumah sakit yang masing-masing dipimpin oleh seorang Direktur yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah. Rumah sakit ini mempunyai visi yaitu prima dalam pelayanan spesialisik dan pendidikan profesi dengan motto melayani dengan sepenuh hati. Dengan misinya sebagai berikut:

- Menyelenggarakan pelayanan kesehatan rujukan spesialisik yang prima dan mandiri
- Menyelenggarakan pendidikan, penelitian, dan pengabdian masyarakat yang berkualitas di bidang kesehatan.
- Mengembangkan kualitas SDM melalui peningkatan profesionalisme dan kesejahteraan
- Mengembangkan sarana & prasarana rumah sakit yang tepat untuk mendukung pelayanan prima

Mengembangkan sistem manajemen yang handal, transparan, akuntabel, efektif & efisien. Filosofi dari rumah sakit ini bahwa pasien/pelanggan adalah insan manusia sebagai pengguna jasa/produk rumah sakit yang harus dijunjung tinggi hak-haknya dengan penuh sentuhan manusiawi. Dengan demikian, rumah sakit ini harus mempunyai SDM yang memadai, karena SDM yang signifikan dengan kebutuhan rumah sakit akan merupakan aset yang paling berharga, mampu memberikan kontribusi kepada rumah sakit, dengan memegang teguh nilai etika profesi dan norma agama yang peka dan peduli kepada orang lain, yang perlu ditingkatkan kesejahteraannya. Dalam hal ini adalah masyarakat

sebagai kelompok pengguna jasa/produk rumah sakit yang peran kepeduliannya perlu diperhatikan secara positif. Pemasok adalah mitra kerja rumah sakit yang setiap saat saling meningkatkan kerja sama berdasarkan saling percaya dan saling menguntungkan.

Sumber Daya Manusia (SDM)

Sebagaimana yang telah dijelaskan di atas, rumah sakit ini perlu ditunjang oleh SDM yang memadai. Bila dilihat dari jumlah dan distribusi tenaga medis yang ada cukup lengkap dan meliputi berbagai jenis profesi dan keahlian/spesialis. Data yang ada menunjukkan bila rumah sakit ini memiliki 1.134 orang tenaga, yang terdiri atas tenaga medis dan non medis. Rincian jumlah tenaga baik medis dan non medis yang ada adalah sebagai berikut:

Dokter Spesialis	= 42	Asisten Apoteker	= 36
Dokter Umum	= 12	Fisioterapi	= 5
Dokter Gigi	= 1	Okupasi Terapi	= 1
Bidan	= 30	Radiografer	= 17
Perawat	= 315	Psikolog	= 1
Perawat Gigi	= 3	Terapi wicara	= 1
Perawat Anestesi	= 9	Teknisi Elektromedis	= 4
Analisis Kesehatan	= 29	Satpam	= 42
Sanitarian	= 14	Pengemudi	= 22
Ahli Gizi	= 14	Lain-lain	= 356
Apoteker	= 5		

Pelayanan Medis

Pelayanan medis di rumah sakit ini bersifat spesialis lengkap ditambah dengan beberapa sub spesialis yang tersebar di masing-masing instalasi yaitu Instalasi Rawat Jalan dan Instalasi Rawat Inap. Instalasi Rawat Jalan terdiri dari 20 Poliklinik, yaitu: Poliklinik Anak; THT; Penyakit Diabet Melitus; Kesehatan Jiwa; VCT; Rehabilitasi Medik; Obat Tradisional dan Komplementer; Kelamin dan Kulit; Poliklinik Bedah (terdiri dari bedah, Bedah Ortopaedi, dan Bedah Saraf);

poli mata; onkologi; Penyakit Jantung; Penyakit Paru; Penyakit Dalam; Penyakit Saraf; Gigi dan Mulut; Medical Checkup/TPK; dan poliklinik Kebidanan dan Kandungan. Kemudian instalasi Rawat Inap, terdiri dari dua instalasi, yaitu instalasi rawat inap I memiliki 6 (enam) ruang perawatan inap dan instalasi rawat inap II memiliki 10 (sepuluh) ruang perawatan. Instalasi rawat inap tersebut memiliki kapasitas 519 tempat tidur, yang terbagi ke dalam: ruang VVIP (2 ruang); VIP A (80); ruang utama (44); Kelas I (66); Kelas II (100); Kelas III (205); ruang ICU (10); ICCU 94); dan ruang HCU (8).

Selain itu terdapat pula Instalasi Maternal Perinatal dan Instalasi Rawat Intensif; Instalansi Gawat Darurat, dan Instalansi Bedah Sentral. Instalasi Maternal Perinatal ini memiliki tiga ruang termasuk di dalamnya adalah kamar bersalin (VK), adapun *Instalasi Rawat Intensif* ini terdiri dari lima unit, yaitu Intensive Care Unit (ICU), Intensive Coroner Care Unit (ICCU), Pediatric Intensive Care Unit (PICU), Neonatus Intensive Care Unit (NICU), dan High Care Unit (HCU). Sementara instalasi gawat darurat terdiri dari dua unit, yaitu, gawat darurat non bedah, gawat darurat bedah, kebidanan, mata, tht. Adapun Instalasi Bedah Sentral terdiri dari enam unit, yaitu, ok bedah umum, ok bedah ortopaedi, ok bedah onkologi, ok bedah saraf, ok bedah mata, dan ruang. endoscopy. Kemudian ada juga instalasi radioterapi, dan instalasi kedokteran forensic.

Sementara itu, terdapat juga sarana Pelayanan Penunjang Medik dan Pelayanan Penunjang Non Medik. Pelayanan Penunjang Medik dilaksanakan oleh staf medis fungsional dalam berbagai spesialisasi. Instalasi-instalasi pelayanan penunjang medis yang ada di rumah sakit ini yaitu: Instalasi Patologi Anatomi, Instalasi Patologi Klinik, Instalasi Transfusi Darah, Instalasi Rehabilitasi Medik, dan Instalasi Radiologi. Sementara itu, Pelayanan Penunjang Non Medik dilaksanakan oleh tenaga apoteker, asisten apoteker, tenaga paramedic non perawatan yang tersebar di seluruh instalasi penunjang medis dan seluruh instalasi penunjang pelayanan non medis di RS Margono Soekarjo . Instalasi-instalasi penunjang non medik yaitu: Instalasi Farmasi, Instalasi Gizi, Instalasi Penyehatan Lingkungan, Instalasi Cuci dan Pencuci Hama.

Selain itu rumah sakit ini juga memiliki program yang dianggap unggulan, yaitu:

- (1) Stroke Center
- (2) Beauty Center
- (3) Geriatri Center

Pengembangan Pelayanan

Dalam rangka pengembangan pelayanan kesehatan bagi masyarakat, maka rumah sakit ini telah menambah beberapa poliklinik pusat pelayanan, yaitu tahun 2006 membuka pelayanan radioterapi, dan tahun 2007 membuka Poliklinik Obat Tradisional dan Komplementer, Pusat Pelayanan Terpadu Korban Kekerasan Perempuan dan Anak, dan Pelayanan Infertilitas, kemudian pada tahun 2008 membuka Pelayanan Bedah Onkologi, Paviliun Abiyasa dan Pusat Pelayanan Geriatri.

Untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat, rumah sakit menjalin kerja sama dengan beberapa perusahaan dan kerja sama dengan institusi pendidikan. Kerja sama dengan perusahaan mencakup beberapa perusahaan, seperti:

- (1) PT. Perkebunan Nusantara IX (Persero) Kebun Kaligua.
- (2) PT PLN (Persero) Penyaluran dan Pusat Pengatur beban Jawa Bali Sektor Ketenger.
- (3) PT Perkebunan Nusantara IX (Persero).
- (4) PT Yakes Telkom Area Jateng & DIY.
- (5) Pertamina Unit Pengolahan IV Cilacap.
- (6) Asuransi Jiwa Eka Life.
- (7) PT PLN (Persero) UBS P3B Region Jateng-DIY Unit Jasa Teknik Purwokerto.
- (8) PT Jamsostek (Persero).
- (9) PMI Cab. Banyumas.
- (10) PT Rumpun Sari Antan IV Ajibarang.
- (11) RS Kariadi Semarang.
- (12) PMI Cabang Purbalingga.
- (13) Asuransi INHEALTH.

Dengan, rumah sakit menjalin kerja sama dengan instansi pendidikan (perguruan tinggi), yaitu Fakultas Kedokteran (FK UPN Jakarta, FK UNSOED Purwokerto, dan FK UNDIP Semarang). Juga dengan Fakultas Farmasi (FF UMP Purwokerto, FF UGM Yogyakarta, FF Setia Budi Surakarta, FF UMS Surakarta, FF UAD Yogyakarta, FF UII Yogyakarta, FF STIFAR Semarang). Selain itu juga telah dilakukan kerja sama dengan Akademi/Fakultas Keperawatan/Kebidanan (FIK UMP Purwokerto, PSIK UNSOED Purwokerto, STIKES Harapan Bangsa Purwokerto, Akbid YLPP Purwokerto, Akper Yakpermas Banyumas, Akper Serulingmas Cilacap, Akper Al-Irsyad Al-Islamiyah Cilacap, Akper Pemda Cilacap, Akper Muhamadiyah Gombong, Akper Unsiq Wonosobo, STIKES Indramayu, Akper Pemkab Indramayu, STIKES Alma Ata Yogyakarta, POLTEKKES Semarang). Demikian juga dengan Akademi Gizi (POLTEKKES Semarang).

b. Sejarah Berdirinya Poliklinik Obat Tradisional dan Komplementer

Pemilihan RS Prof. Dr. Margono Soekarjo sebagai lokasi *pilot project* penempatan pengobatan tradisional herbal dalam pelayanan kesehatan rumah sakit karena rumah sakit tersebut statusnya merupakan rumah sakit provinsi Jawa Tengah. Sebagaimana informasi dari Staf Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, bahwa selain RS Margono Soekarjo, terdapat empat lagi yang statusnya merupakan rumah sakit provinsi, yaitu RS Tugurejo di Kota Semarang, RS Amino Gondokusumo di Semarang, RS Kelet di Jepara, dan RS Muwardi di Solo.

Meskipun demikian, prosedur yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah adalah dengan menawarkan kepada direktur rumah sakit. Jadi keputusan dijadikannya *pilot project* adalah sepenuhnya ada pada rumah sakit. Tampaknya bahwa RS Margono Soekarjo menyambut tawaran untuk dijadikan *pilot project* tersebut. Hal ini sebagaimana dikemukakan oleh Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan RS Margono Soekarjo bahwa dengan adanya *trend* minat masyarakat terhadap pengobatan tradisional, maka untuk merespon kebijakan

nasional, direktur mempunyai inisiatif untuk mengadakan pengembangan pelayanan kesehatan dengan memberikan pelayanan pengobatan tradisional (*battra*).

Pengobatan tradisional (*battra*) yang ditempatkan sebagai *pilot project* penerapan *battra* dalam pelayanan di rumah sakit adalah berupa penyediaan Herbal di sebuah poliklinik. Pelaksanaan *pilot project* tersebut pada tahun 2007 diawali dengan memberikan bantuan dana kepada RS Margono Soekarjo untuk penyediaan sarana dan prasarana. Dana tersebut dipakai untuk renovasi gedung sebagai ruangan untuk penempatan poliklinik *battra* (herbal) tersebut. Penyediaan prasarana antara lain, tempat tidur beserta kelengkapannya, lemari untuk penyimpanan herbal serta peralatan untuk pemeriksaan pasiennya (timbangan, stethoscope, dan lainnya), serta kelengkapan ruang aromaterapi. Di samping sarana dan prasarana tentunya juga disediakan obat herbalnya itu sendiri.

Selain bantuan tersebut di atas, juga dilakukan persiapan sumber daya manusianya, yaitu dengan memberikan dana pelatihan. Pada tahun 2007 itu pula diadakan pelatihan untuk persiapan membuka klinik herbal. Peserta pelatihan sebanyak 40 orang, yang antara lain 10 orang dari RS Margono Soekarjo, yaitu para tenaga rumah sakit yang dipersiapkan sebagai sumber daya yang akan mengelola *pilot project* aplikasi pengobatan herbal di rumah sakit tersebut. 10 orang tenaga kesehatan yang diikutkan dalam pelatihan tersebut terdiri dari satu orang dokter umum, satu orang dokter spesialis, satu orang apoteker, dua orang asisten apoteker, satu orang ahli gizi, dan empat orang perawat

Pelaksanaan pelatihan tersebut bekerja sama dengan HMDI (*Herbal Medication Development Institute*) dan sebagai pengajar/pembimbing selain dari HMDI juga mengundang narasumber dari Perguruan Tinggi (dosen farmasi dari Universitas Pajajaran Bandung). Pelatihan dilakukan selama 3 minggu, yang semestinya menurut seorang herbalis yang menjadi salah satu narasumber dalam pelatihan tersebut idealnya adalah 3 bulan. Materi yang diberikan dalam kursus antara lain berkaitan dengan farmakologi, penguatan tanaman

obat untuk penyembuhan penyakit, jenis-jenis herbal dan kegunaannya, termasuk prosedur dan tata cara membuka klinik kecil melalui HMDI.

Ketika itu, kerja sama tidak hanya dalam pelatihan, akan tetapi juga dalam rangka penyediaan pelayanan poliklinik herbal sampai poliklinik tersebut berjalan. Menurut informasi dari ketua HMDI, rencananya akan dilengkapi dengan sudut jamu yang akan bekerja sama dengan salah satu perusahaan jamu yang ada di Jawa Tengah. Persiapan lebih lanjut adalah membuat taman herbal di halaman belakang rumah sakit. Menurut informasi dari ketua HMDI, Jenis tanaman herbal yang ditanam, yang juga disediakan dari HMDI mencapai sekitar 50 jenis, seperti kunyit, temulawak, jahe, jinten, daun dewa, sambiloto, mahkota dewa, dan lain-lain.

Setelah persiapan dilakukan maka secara administrasi, prosedur yang dilakukan adalah mengoordinasikan dengan komite medis rumah sakit, mengajukan permohonan perizinan ke Direktorat Jendral Pelayanan Medis, Departemen Kesehatan berkaitan dengan pembukaan pelayanan klinik termasuk permohonan agar diberikan Surat Keputusan bagi para pelaksana/petugas yang akan bertugas dalam pelayanan poliklinik tersebut.

Pelayanan pengobatan herbal tersebut diberi nama Poliklinik Obat Tradisional dan Komplementer. Akan tetapi, tampaknya poliklinik tersebut tidak segera berjalan, meskipun renovasi ruangan dan penyediaan prasarana (perlengkapan alat-alat) termasuk penyediaan obat-obat herbalnya (fitofarmaka) sudah dilaksanakan. Adapun mengenai jenis fitofarmaka yang disediakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi dapat dilihat pada tabel di bawah.

Tabel 2.5 Jenis Obat Fitofarmaka yang Diterima dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah untuk Persediaan di Poliklinik Obat Tradisional dan Komplementer RS Margono Soekarjo

Nama	Jml	Nama	Jml	Nama	Jml	Nama	Jml
Acugard	64	Sensikol	13	Breast health	1	Fitopros	1
Hepagard	68	Fripos	13	Virion	1	Suchol	2
Hemorogard	10	Matase	13	Wild Alaska	1	Enkatam	1
Irgatol	13	Fita E	1	Glucosamile	1	Biovision	1
Uricgard	70	Fitogen	70	PNS Formula Plus	1	Mega fit	1
Glucogard	72	Ex factor	1	Gluco balance	1	Bioprost	1
Tensigard	69	Multistand	2	Idesan Plus	1	Batugin	1
Reximax	11	Primross Oil	1	OQA Indo Plus	1	Padibu	1
Stacare	13	Children Multi Chew		Asifat	1	Prolipid	2

Sumber: Poliklinik Obat Tradisional dan Komplementer Alternatif RS Margono Soekarjo Purwokerto, Tahun 2010.

Menurut informasi kepala subbagian rawat jalan, ketika itu praktik pelayanan tidak segera dilakukan karena belum ada persetujuan dari Komite Medis rumah sakit dan Surat Keputusan dari Direktorat Jenderal Pelayanan Medis yang juga belum turun. Selain itu, belum ada serah terima dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. Serah terima dari Dinas Provinsi baru dilaksanakan pada pertengahan tahun 2008. Sehingga selama beberapa saat sebelum bahkan sampai sesudah diserahkan kepada RS Prof. Dr. Margono Soekarjopun poliklinik tersebut belum berfungsi sebagaimana yang direncanakan.

Sementara itu, di rumah sakit tersebut sudah ada seorang dokter umum yang mempunyai pendidikan pengobatan alternatif Akupunktur asal China, Dokter tersebut mengikuti pelatihan akupunktur atas inisiatif sendiri, dengan biaya sendiri dan bantuan dari rumah sakit. Menurut pengakuannya, hal yang memotivasinya untuk mengikuti pelatihan pengobatan alternatif tersebut adalah karena keadaan suaminya yang sedang sakit stroke, dan keinginannya untuk dapat melakukan

pengobatan sendiri terhadap suaminya, maka ia mengikuti pelatihan akupunktur.

Melihat kevakuman yang terjadi di Poliklinik Obat Tradisional dan Komplementer tersebut, maka dengan bekal pendidikan akupunktur yang dimilikinya, dokter tersebut berinisiatif untuk memanfaatkan poliklinik itu dengan membuka pelayanan pengobatan memakai teknik akupunktur. Hal itu diusulkan kepada direksi dan mendapat sambutan yang positif, yaitu diijinkannya untuk mengelola poliklinik tersebut dengan penerapan pengobatan akupunktur. Sejak tahun 2009 itu pula berjalanlah pelayanan pengobatan akupunktur oleh dokter umum di Poliklinik Obat Tradisional dan Komplementer RS Prof. Dr. Margono Soekarjo.

c. Penempatan Poliklinik Obat Tradisional dan Komplementer

Poliklinik obat tradisional dan komplementer merupakan salah satu jenis pelayanan kesehatan, yaitu pengobatan medis di rumah sakit. Oleh karena itu, penempatan dari poliklinik tersebut seperti halnya poliklinik-poliklinik lainnya adalah di bawah seksi pelayanan rawat jalan, bidang pelayanan. Selain seksi rawat jalan, di rumah sakit tersebut tentu saja terdapat juga seksi rawat inap.

Secara keseluruhan pelayanan medis di rumah sakit ini bersifat spesialisasi lengkap ditambah dengan beberapa sub spesialisasi yang tersebar di masing-masing instalasi, yang antara lain adalah *Instalasi Rawat Jalan*, yang terdiri dari 20 Poliklinik sebagaimana telah disebutkan di atas.

Jadi, status poliklinik tersebut sama seperti halnya poliklinik lain, akan tetapi berdasarkan pengamatan, tampaknya bahwa pada poliklinik tersebut juga melayani pemeriksaan kesehatan untuk persyaratan mencari pekerjaan. Ada kemungkinan hal itu disebabkan karena di poliklinik tersebut belum terlalu ramai dikunjungi pasien yang akan berobat, meskipun sebenarnya peminat pengobatan akupunktur dan herbal banyak. Hal itu diakui oleh dokter umum yang menangani akupunktur di poliklinik tersebut, namun pasien mengharapkan pelayanan

di poliklinik tersebut ditunjang dengan pelayanan asuransi kesehatan (askes). Menurut informasi yang diperoleh masalah kerja sama dengan ASKES, memang sudah dilakukan lobi/pendekatan, dan ASKES Kabupaten Banyumas sudah menanggapi secara positif, dalam arti siap menerima kerja sama untuk pelayanan pada poliklinik obat tradisional dan komplementer. Namun demikian, karena poliklinik tersebut belum memperoleh naungan hukum secara tertulis, karena belum keluarnya surat persetujuan dari Dirjen Pelayanan Medis. Departemen Kesehatan, termasuk belum keluarnya Surat Keputusan (SK) bagi para pelaksananya, maka poliklinik obat tradisional belum menindak lanjuti rencana kerja sama dengan ASKES Kabupaten Banyumas tersebut.

d. Mekanisme Pelayanan

Karena tempatnya memang berada di jajaran poliklinik lain, maka keberadaan Poliklinik Obat Tradisional dan Komplementer dengan mudah dilihat oleh pasien ataupun para pengantar pasien yang akan berobat jalan. Jadi, menurut informasi dari beberapa informan dari rumah sakit maupun pasien-pasien dari pengobatan akupunktur itu sendiri, bahwa pasien rawat jalan yang mengetahui adanya poliklinik tersebut dan berminat terhadap pengobatan akupunktur akan datang sendiri untuk berobat.

Bagi pasien yang datang ke poliklinik tersebut setelah secara administratif melakukan pendaftaran akan dilayani oleh dokter umum yang juga memiliki cara pengobatan akupunktur. Seperti lazimnya pemeriksaan pada pasien, maka pasien akan ditanya keluhannya dan setelah itu diperiksa oleh dokter selaku dokter umum, termasuk pemeriksaan tekanan darah pasien. Pemeriksaan tekanan darah ini wajib dilakukan sebelum tindakan akupunktur dilakukan pada pasien. Apabila tekanan darah pasien normal dalam arti masih berada pada batasan bisa dilakukan tindakan, maka pasien akan langsung ditindak akupunktur.

Sehubungan dengan adanya persediaan obat herbal yang merupakan bantuan dari Dinas Kesehatan Provinsi maka jika ada obat herbal yang tersedia di poliklinik dan cocok sebagai pelengkap

pengobatan bagi pasien, penanganan pengobatan akupunktur kepada pasien akan diberikan pula. Bahkan kadang-kadang dari pasien sendiri yang menanyakan apakah ada obat herbal yang cocok untuk pelengkap pengobatan penyakitnya yang bisa mereka peroleh.

Selain diperuntukkan bagi pasien rawat jalan, pengobatan dengan cara akupunktur diberikan juga kepada pasien rawat inap yang dirujuk oleh dokter yang menangani pasien rawat inap tersebut. Menurut informasi dari dokter yang menangani akupunktur, pasien yang dirujuk tersebut dibantu dengan pengobatan akupunktur berdasarkan rekomendasi dari dokter syarafnya. Penanganan pada pasien rawat inap dilakukan dengan cara pasien dibawa ke ruang praktik akupunktur, dan hal ini dilakukan setiap hari selama pasien masih dirawat di rumah sakit tersebut.

Dengan mekanisme pelayanan pengobatan komplementer kepada pasien seperti tersebut maka menurut Tumanggor (2010) bentuk keterpaduan pengobatan modern dan tradisional yang diterapkan di RS Margono Soekarjo adalah secara persandingan dan integrasi. Persandingan dimaksud karena dalam satu tempat yaitu di rumah sakit terdapat bermacam-macam poliklinik, termasuk poliklinik pengobatan tradisional tersebut. Dengan demikian pasien bebas memilih pelayanan pengobatan modern atau tradisional. Sementara secara terintegrasi pelayanan pengobatan tradisional (akupunktur) juga diberikan kepada pasien yang berobat secara modern terutama pasien dengan penyakit syaraf yang ditangani oleh dokter syaraf.

e. Pasien yang Ditangani

Pasien yang datang berobat ke poliklinik obat tradisional dan komplementer kebanyakan adalah pasien yang menderita penyakit gangguan syaraf, seperti gejala stroke. Oleh karena itu, dilihat dari umur pasien relatif sudah berumur usia pensiun, meskipun ada juga pasien yang masih muda. Pengobatan dengan akupunktur ini tidak terbatas untuk pengobatan penyakit syaraf, tetapi bisa juga untuk penyembuhan jenis penyakit lain, dan kenyataannya menurut informasi dokter yang

menangani pengobatan akupunktur, banyak pula pasien dengan keluhan berbagai penyakit yang datang berobat ke poliklinik obat tradisional dan komplementer tersebut, seperti penyakit mulut mencong (*bello palsy*), artritis, stroke, diabetes mellitus, sakit kepala (*cephalgia*), migran, patah tulang, kegemukan, asma, insomnia, mag, hipertensi, lumpuh, kesemutan, syaraf, kebugaran, anti penuaan.

2.2.4 Sosialisasi Pelayanan Pengobatan Tradisional di Rumah Sakit Kepada Masyarakat

Menurut informasi yang diperoleh bahwa sosialisasi keberadaan pelayanan pengobatan tradisional di RS Margono Soekarjo kepada masyarakat belum dilakukan. Alasan yang mereka kemukakan adalah karena adanya pelayanan pengobatan tradisional melalui Poliklinik Obat Tradisional dan Komplementer ini dianggap belum mendapat persetujuan penuh dari Dirjen Pelayanan Medis (Yanmed) Departemen Kesehatan Rrepublik Indonesia, yaitu dengan belum turunnya SK, padahal persyaratan untuk membuka sebuah poliklinik di rumah sakit harus memperoleh persetujuan dari Dirjen Yanmed.

Perlu diketahui bahwa sejak tahun 2003, telah terdapat beberapa rumah sakit yang mendapat Surat Keputusan (SK) mengenai penerapan pengobatan komplementer alternatif. Seperti halnya RS Dharmais dan Persahabatan di Jakarta atau RSUD Dr. Soetomo, Surabaya, dengan fokus pelayanannya pada aspek herbal dan akupunktur, dan RSUP Prof. Dr. Kandou, di Manado, dengan fokus pada akupunktur dan hiperbarik. Dengan demikian, tampak bahwa RS Prof. Dr. Margono Soekarjo belum menerima Surat Keputusan sejenis. Menurut informasi dari pihak Departemen Kesehatan Republik Indonesia, belum ada pengajuan dari pihak RS Prof. Dr. Margono Soekarjo berkaitan dengan penerapan tersebut. Selain itu, tampaknya kondisi yang dialami oleh RS Margono Soekarjo tersebut dipengaruhi pula oleh berbagai faktor seperti pergantian pimpinan rumah sakit yang seringkali turut memengaruhi kebijakan rumah sakit termasuk kebijakan mengenai klinik komplementer alternatif dimaksud. Namun, meskipun belum dilakukan sosialisasi kepada masyarakat luas, sudah banyak masyarakat terutama

dari kalangan pasien rumah sakit yang mengetahui dan berminat untuk berobat di poliklinik tersebut, apalagi jika sudah bisa dilakukan dengan pelayanan askes.

Belum dilakukannya penyebaran informasi keberadaan poliklinik pengobatan tradisional kepada masyarakat secara langsung berdampak pula terhadap jumlah pasien yang datang tampaknya dapat dikatakan belum banyak. Dari data yang diperoleh diketahui bahwa pada tahun 2009 pasien yang berobat ke akupunktur terdapat antara 9 – 27 orang (lihat Tabel)

Tabel 2.6 Cakupan Pelayanan Pasien Rawat Jalan Pada Poliklinik Akupunktur Tahun 2009

No	Bulan	Jumlah
1.	Januari	14
2.	Februari	27
3.	Maret	25
4.	April	19
5.	Mei	12
6.	Juni	18
7.	Juli	18
8.	Agustus	18
9.	September	9
10.	Oktober	17
11.	Nopember	13
12.	Desember	16
		206

Sumber: Poliklinik Obat Tradisional dan Komplementer, RS Magono Soekarjo, Tahun 2010

2.2.5 Pemanfaatan Pengobatan Tradisional di Rumah Sakit Oleh Masyarakat

Dari pelaksanaan penelitian lapangan yang dilakukan (terutama pada saat observasi) di Kabupaten Banyumas, khususnya Purwokerto, terlihat bahwa pada hampir setiap jalan yang dilalui di kota Purwokerto

ini terdapat praktik pengobatan tradisional yang dikelola oleh masyarakat secara perseorangan. Menurut informasi yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas, sampai pertengahan tahun 2010 ini sudah terdapat 96 pengobat tradisional yang terdaftar di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas.

Pada sebuah wawancara yang dilakukan dengan salah seorang pimpinan Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas diperoleh informasi bahwa dinas ini telah melakukan inisiatif dan bertindak sebagai fasilitator bagi pengobat-pengobat tradisional tersebut. Dalam kaitan tersebut, Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas melakukan pertemuan secara rutin dengan para pengobat tradisional tersebut yang dilaksanakan setiap minggu sekali pada tiap hari Selasa, pukul 12.00 sampai dengan 14.00, yang bertempat di Kantor Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas di Purwokerto.

Namun demikian, penelitian ini tidak mengarah kepada pengumpulan data yang berkaitan dengan pengobatan tradisional yang beroperasi di masyarakat, tetapi terfokus pada pengobatan tradisional seperti herbal dan akupunktur yang secara integratif diaplikasikan dalam sistem pelayanan kesehatan terpadu di rumah sakit. Dengan demikian, gambaran mengenai pengobatan tradisional yang di luar rumah sakit tidak akan dipaparkan secara panjang lebar di sini, tetapi paling tidak ada sedikit gambaran mengenai keberadaan pengobatan tradisional yang semakin menjamur, khususnya di Purwokerto. Atau dengan kata lain, hal tersebut dapat menjadi latar belakang saja dalam rangka menggambarkan daerah penelitian dengan perspektif kajian pengobatan tradisional ini.

Kabupaten Banyumas, dalam hal ini Purwokerto, yang menjadi lokasi penelitian berkaitan dengan aplikasi pengobatan tradisional di rumah sakit tampaknya merupakan sebuah daerah di mana terdapat berbagai pusat pelayanan masyarakat, khususnya pelayanan kesehatan yang cukup memadai. Hal ini terbukti dengan terdapatnya beberapa rumah sakit pemerintah seperti RS Prof. Dr. Margono Soekarjo yang merupakan rumah sakit provinsi di wilayah tersebut. Sementara itu, terdapat pula banyak rumah sakit yang dikelola oleh swasta dan berbagai

balai-balai pengobatan, apotik, toko obat, toko alat-alat kesehatan, dan berbagai fasilitas kesehatan lainnya. Pembahasan ini tidak akan melebar ke semua fasilitas pelayanan kesehatan tersebut, tetapi akan terfokus pada pelayanan kesehatan di rumah sakit di mana di dalamnya terdapat aplikasi pengobatan tradisional.

Bagian berikut ini akan mengemukakan pembahasan yang berkaitan dengan pemanfaatan pengobatan tradisional oleh masyarakat dan yang akan dijadikan fokus pembahasan yaitu pengobatan alternatif yang dilakukan sebagai bagian integral dalam sistem pengobatan terpadu di rumah sakit ((Prof. Dr. Margono Soekarjo) di Purwokerto, Kabupaten Banyumas.

a. Profil Pasien

Poliklinik pengobatan komplementer alternatif yang beroperasi di RS Prof. Dr. Margono Soekarjo tampaknya masih kurang dikunjungi oleh pasien. Tentu hal ini dapat dimaklumi mengingat kurangnya promosi atau pengenalan poliklinik ini terhadap masyarakat Purwokerto. Walaupun demikian, masih ada pula pasien yang datang dan tentunya ini hanya berdasarkan informasi dari sahabat atau kerabat dekatnya. Berikut ini dapat dikemukakan beberapa profil pasien yang datang ke poliklinik komplementer alternatif yang ada di rumah sakit tersebut.

Seorang pasien yang diwawancarai mengidap penyakit mata. Namanya Bapak Susanto dan berumur 68 tahun. Beliau seorang mantan Kepala Sekolah yang tinggal di Purwokerto Kulon RT 02/RW 05, Purwokerto. Sakit yang dialaminya yakni sakit di bagian matanya, khususnya mata sebelah kanan yang selalu berkedip. Sakitnya tersebut sudah dirasakan sekitar lima tahun. Sebelumnya ia sudah pernah berobat ke dokter saraf berkali-kali tetapi tidak pernah sembuh juga. Akhirnya ia pergi ke klinik komplementer alternatif di RS Margono Soekarjo. Informasi tentang adanya klinik komplementer alternatif tersebut didapatnya dari seorang temannya pada saat menjalankan ibadah haji. Setelah menjalani pengobatan dengan metode akupunktur di rumah sakit tersebut tampak ada perubahan. Sementara itu, menurut informan,

pengurusan administrasi pengobatan akupunktur tersebut tampaknya cukup sulit. Pertama-tama harus mendaftar dulu dan setelah itu membayar biayanya ke Bank Jawa Tengah sekitar Rp.100.000.- dan membeli jarum di apotik, baru kemudian kembali lagi ke poliklinik untuk dilakukan tindakan akupunktur.

Pasien lain yang sakit di bagian tangannya dan mata bernama Bapak Tjasan. Bapak ini berumur 63 tahun berasal dari Purwokerto. Ia seorang yang berpendidikan perawat dan pensiun pada tahun 2003. Kirakira satu tahun yang lalu ia pernah terkena *stroke* dan keluhan yang dialaminya yaitu tangan kirinya yang lemah dan mata yang sudah mulai kabur. Ia sudah pernah ke Poli Saraf, Poli Jantung, Poli Mata, bahkan ke internis. Namun, belum diperoleh hasil apapun. Malahan, maag dan tangan sebelahnya ikut sakit. Akhirnya, ia pergi ke Klinik Komplementer Alternatif di RS Margono Soekarjo dengan harapan bahwa setelah menjalani metode akupunktur di tempat ini ia dapat memperoleh kesembuhan tanpa perlu menelan obat. Pasien ini baru pertama kali datang ke akupunktur. Biaya yang telah dikeluarkan untuk pengobatan dengan akupunktur tersebut meliputi Pendaftaran sebesar Rp.25.000.- (dahulu hanya Rp.6.000.-), harga jarum sebesar Rp.45.000.- yang dapat dibeli di apotik dengan memakai resep dari dokter yang melakukan pengobatan akupunktur. Selain itu, biaya sebesar Rp.30.000.- untuk jasa pelayanan harus dibayar di Bank Jawa Tengah. Apabila dijumlahkan semua biaya tersebut totalnya menjadi Rp.100.000.-

Salah seorang pasien lain yang datang ke RS Prof. Dr. Margono Soekarjo bernama Bapak N. Susanto. Beliau saat ini beraktifitas sebagai seorang Ketua RT di Kelurahan Pasir Muncang, Purwokerto. Ia seorang lulusan Sarjana Pendidikan yang sekarang ini berumur 64 tahun dan pensiun dari Kementerian Pendidikan Nasional. Jabatan terakhirnya yang didudukinya yaitu sebagai Kepala UPK Kecamatan. Dari hasil pernikahannya ia dikaruniai enam orang anak. Menurut keterangan yang diberikannya, sebelum ia pergi ke klinik pengobatan akupunktur di RS Margono Soekarjo, ia mengalami bengkak di kaki dan asam urat. Hal ini sudah dialaminya sejak tahun 2002 (sudah 8 tahun). Dalam upaya penyembuhan terhadap sakitnya tersebut, ia sudah pernah pergi berobat

ke dokter ahli penyakit dalam (internis) namun asam uratnya belum sembuh juga. Akhirnya, ia pergi ke pengobatan komplementer alternatif di RS Margono Soekarjo. Ada beberapa alasan baginya untuk pergi ke pengobatan dengan metode akupunktur di rumah sakit itu. *Pertama*, Pak N. Susanto ingin mengupayakan kesehatannya melalui pengobatan yang tanpa obat. Katanya, “sudah bosan minum obat setiap hari”. Menurutnya, ia tidak mau lagi meminum banyak obat karena banyak efeknya. *Kedua*, akupunktur dapat menetralkan obat-obat tersebut. Sampai saat ini, sudah sepuluh kali ia pergi ke klinik komplementer alternatif di rumah sakit ini. Menurut Pak Susanto, pengobatan komplementer alternatif ini sangat bagus dan perlu dikembangkan di dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit. Menurutnya lagi, pengobatan akupunktur yang dilakukan di rumah sakit jarumnya langsung dibuang setelah dipakai satu kali sehingga higienis. Sementara itu, kalau pengobatan akupunktur di luar rumah sakit jarum yang sudah pernah dipakai orang lain akan dipakai juga oleh orang lain yang datang ke pengobatan akupunktur dimaksud setelah dibersihkan lagi dengan menggunakan alkohol sehingga pada pandangan Pak Susanto jarumnya tidak higienis lagi.

Ada pula kasus lain yang dapat dikemukakan di sini yaitu seorang Ibu yang bernama Sumini dan berumur 60 tahun. Ia berprofesi sebagai seorang Guru Taman Kanak-Kanak. Ibu ini menderita darah tinggi dan ini sudah berlangsung sekitar 8 tahun. Menurut pengakuannya, ia sudah pernah ke dokter ahli penyakit dalam (internis) dan dokter jantung, tetapi belum sembuh juga. Akhirnya ia mencoba pergi ke akupunktur di RS Margono Soekarjo karena sudah bosan dan tidak mau minum obat terlalu banyak. Informasi tentang adanya pengobatan dengan metode akupunktur tersebut diperolehnya dari anaknya sendiri yang bekerja sebagai perawat di rumah sakit ini. Sampai saat ini ia sudah delapan kali pergi ke klinik komplementer alternatif di rumah sakit tersebut. Menurutnya, proses pengobatan dengan metode akupunktur di rumah sakit ini berlangsung sekitar 60 menit. Biaya pendaftaran lama yaitu sebesar Rp.25.000.- sedangkan tarif baru yaitu Rp.23.000.-. Setelah melakukan pendaftaran, pasien langsung menuju ke klinik komplementer alternatif yang biayanya sebesar Rp.30.000.- di mana pembayarannya

dilakukan melalui Bank Jawa Tengah. Setelah melakukan pembayaran, dengan resep dokter maka ia dapat mengambil jarum di apotik yang lokasinya di dalam rumah sakit tersebut juga.

Masih berkaitan dengan pasien yang berobat di klinik komplementer ini, terdaftar seorang Bapak bernama Rubani berumur 70 tahun. Pak Rubani adalah seorang mantan Guru SMA yang mengajar bidang studi Geografi. Ia mengalami beberapa penyakit seperti *stroke*, saraf, dan prostat. Hal ini sudah dialaminya lebih dari setahun. Bahkan, pada tahun 2001 ia telah menjalani operasi prostat. Menurut pengakuannya, sebelum berobat ke batra di RS Margono Soekarjo ia sudah pernah pergi ke dokter ahli jantung, dokter saraf, dan penyakit dalam. Lalu dengan informasi yang diperolehnya dari teman-teman guru, ia pergi ke pengobatan komplementer alternatif di RS Margono Soekarjo melalui metode akupunktur. Alasannya berobat ke pengobatan alternatif yaitu ia ingin agar dapat berjalan lagi setelah mengalami *stroke* yang menyebabkannya tidak bisa berjalan. Pengobatan akupunktur telah dijalannya selama tiga bulan dengan jadwal berobat yaitu seminggu sekali. Jarum yang dibayarnya sebesar Rp.100.000.-.

Menurut Pak Rubani, ia belum mengalami kesembuhan dari sakitnya, jadi tidak ada perubahan setelah pergi ke akupunktur di rumah sakit. Tetapi, menurutnya lagi, barangkali ini disebabkan oleh ketidakdisiplinannya dalam pengaturan pola makan. Ia menyarankan agar dilakukan upaya mengakomodasi keinginan kalangan pegawai negeri yang berobat ke klinik komplementer alternatif di rumah sakit agar biaya pengobatan akupunktur dapat dibayar dengan fasilitas Askes.

Ada pula seorang pasien lain yang tampaknya tidak berasal dari kalangan rakyat biasa atau yang pendidikannya tidak memadai. Sebaliknya, ia berlatarbelakang pendidikan tinggi. Ibu ini bernama Eva Paulina dan memiliki sebuah apotik di rumahnya. Ibu Eva yang berumur 46 tahun adalah seorang dosen di Universitas Soedirman (Unsoed) Purwokerto, dan masih aktif mengajar di Fakultas Teknik. Ia mengalami sakit di bagian lutut dan telapak kaki. Hal ini sudah berlangsung sekitar satu tahun. Ia pergi ke pengobatan akupunktur di RS Margono Soekarjo

setelah mendapat informasi dari suaminya yang bekerja sebagai apoteker di RS Margono Soekarjo. Menurutnya, ia ingin mencoba cara pengobatan yang berbeda dari cara pengobatan konvensional dengan menggunakan obat.

Menurut Ibu Eva, melalui akupunktur ada titik-titik tertentu bagian tubuh yang ditusuk dan dalam menjalankan pengobatan ini harus sabar karena harus datang beberapa kali lagi. Ia sudah 12 kali datang ke klinik komplementer alternatif di rumah sakit tersebut. Ada harapan yang disampaikannya berkaitan dengan pengobatan terpadu di rumah sakit ini. Diharapkannya, agar ke depan rumah sakit tidak hanya melaksanakan pelayanan dengan menyediakan obat, tetapi juga dapat melaksanakan pengobatan dengan metode lain misalnya akupunktur yang telah mulai dicoba oleh rumah sakit tersebut. Sementara itu, biaya yang dibayar Ibu Eva yaitu sebesar Rp.6.000 (tahun 2009) untuk biaya pendaftaran saja, sedangkan biaya jarum sebesar Rp.25.000.- (isi jarum tersebut sebanyak 100 buah jarum). Selain itu, ada biaya jasa pelayanan sebesar Rp.27.000.-

Seorang pasien lain yang sempat diwawancarai bernama Ibu Siti Mawarni. Ibu ini berumur 57 tahun dan asli Banyumas. Ibu yang berlatarbelakang pendidikan DIII Gizi ini merupakan pensiunan dari RS Prof. Dr. Margono Soekarjo. Suaminya beraktifitas dalam berbagai proyek bangunan. Mereka dikaruniai dua orang anak yaitu Sigit Bayu Aji dan Ganes. Pada saat masih aktif di rumah sakit ini, Ibu Siti Mawarni merupakan pegawai bagian farmasi.

Menurut Ibu Mawarni, ia mengalami penyakit jantung (bengkak) dan sering capek/lelah. Hal ini sudah berlangsung selama sekitar 5 tahun. Awal mula pengenalannya dengan jenis pengobatan ini yaitu melalui informasi atau diajak oleh teman. Sebelum pergi ke pengobatan komplementer alternatif di rumah sakit, ia memakai media listrik (tangannya bergerak sendiri). Sebelumnya ia belum pernah mencoba obat, tetapi langsung mencoba pengobatan dengan media listrik tersebut. Tetapi karena petugas yang mengoperasikan media listrik tersebut pindah ke Yogyakarta, maka ibu ini mulai melakukan

pengobatan dengan metode lain yakni dengan metode akupunktur di RS Margono Soekarjo. Alasan *pertama* yang dikemukakannya sehingga ia pergi ke battra di rumah sakit tersebut yaitu ia ingin mendapatkan kesembuhan dari sakitnya. Alasan *kedua* yaitu ia ingin mencari suasana lain, artinya ia ingin mencoba jenis pengobatan lain tetapi tidak dengan menggunakan obat kimiawi. Menurutnya, setelah pergi ke battra di rumah sakit ini ia merasa lebih baik, badannya terasa lebih enak. Menurut ibu ini, penerapan battra di rumah sakit dapat menjadi alternatif pengobatan masyarakat sehingga hal ini dipandang sebagai sesuatu yang baik dan sangat bermanfaat. Karena menurutnya, di Purwokerto sekarang semakin banyak menjamur pengobatan alternatif, misalnya dengan memakai batu giok. Dalam pengobatan ini si pasien diminta tidur di atas batu giok dan disinari dengan memakai batu giok tersebut. Kembali ke pengobatan tradisional di rumah sakit tadi Ibu Mawarni mengharapkan agar program battra di rumah sakit ini sebaiknya diteruskan karena dapat menjadi alternatif pengobatan terutama bagi masyarakat yang berpenghasilan menengah ke bawah.

b. Pandangan tentang Battra

Pengobatan tradisional atau alternatif ini sebenarnya merupakan jawaban dari berbagai keinginan masyarakat yang sangat merindukan alternatif-alternatif pengobatan lainnya selain pengobatan konvensional yang sudah ada selama ini. Bagi para petugas di klinik komplementer alternatif, jenis pengobatan ini sebenarnya sangat membantu masyarakat yang tidak membawa efek tertentu sebagaimana pada pengobatan dengan menggunakan obat konvensional kimiawi yang dapat memberikan efek terhadap tubuh apabila terlalu banyak mengonsumsinya.

Bagi masyarakat tampaknya sehat merupakan sesuatu yang sangat berharga dan perlu diperjuangkan. Dalam pengalaman yang dikemukakan oleh beberapa orang pasien untuk mendapat tubuh yang sehat di mana tubuh tidak lagi merasakan sesuatu yang mengganggu perlu usaha. Orang yang sudah pergi ke dokter melalui pengobatan modern belum tentu dapat sembuh total dari sakitnya. Tentu hal ini perlu

kedisiplinan dalam menjalani pengobatan yang dilakukan oleh dokter. Itu pun belum tentu sembuh secara sempurna sehingga bagi penderita yang masih kurang puas dengan pengobatan modern masih harus mencari pengobatan lain sebagai alternatif untuk mencapai kesehatan yang sempurna.

Sementara itu, dari perspektif pasien tampaknya pandangan tentang pengobatan tradisional khususnya di rumah sakit ini tentunya cukup beragam. Pada umumnya, pasien yang datang berobat di klinik battra RS Margono Soekarjo ini berpandangan bahwa penerapan battra di rumah sakit ini adalah sesuatu terobosan baru yang patut dihargai dan dimanfaatkan. Memang telah banyak masyarakat yang mengetahui jenis pengobatan akupunktur seperti yang diterapkan di rumah sakit itu. Bahkan ada pula yang pernah mencoba jenis pengobatan dengan akupunktur di luar rumah sakit. Hanya saja, menurut pengakuan seorang pasien, ia belum terlalu yakin terhadap aspek sterilitas jarum yang dipakai dalam pengobatan tradisional di luar rumah sakit. Ia mengkhawatirkan bahwa jarum yang digunakan sudah pernah digunakan juga terhadap orang lain sebelumnya. Dalam kaitan dengan hal ini, ia tampaknya lebih percaya terhadap higienitas jarum suntik yang ada dalam poliklinik battra di rumah sakit.

Pada bagian lain, beberapa pasien berpendapat bahwa pengobatan tradisional di rumah sakit ini dapat menjadi alternatif yang bermanfaat khususnya bagi masyarakat ekonomi lemah. Hanya saja yang disayangkan bahwa penerapan pengobatan tradisional di rumah sakit ini belum diketahui oleh masyarakat luas sehingga masih banyak masyarakat yang belum tersentuh oleh program atau operasi klinik komplementer ini. Penerapan jenis pengobatan ini di rumah sakit tampaknya hanya diketahui oleh orang-orang yang bekerja atau pernah bekerja di rumah sakit bersangkutan yang kemudian memberitahukan atau menginformasikannya kepada sanak saudara atau temannya.

c. Faktor yang Memengaruhi Penggunaan *Battra*

Berdasarkan informasi yang diperoleh tampaknya terdapat beberapa alasan atau faktor yang memengaruhi masyarakat menggunakan pengobatan tradisional. Alasan atau faktor tersebut dapat dibagi atas dua jenis, yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Dari perspektif internal, ada beberapa alasan masyarakat menggunakan pengobatan alternatif. *Pertama*, faktor pengalaman pasien yang berkaitan dengan pemakaian obat medis konvensional. Faktor ini tampaknya menjadi alasan kuat pada sebagian pasien yang datang berobat dengan pengobatan alternatif. Banyak dari mereka mengemukakan bahwa mereka telah bosan minum obat dari dokter yang begitu banyak. Selain obat yang begitu banyak, kadangkalanya sakit yang diderita belum kunjung sembuh juga. Hal inilah yang menyebabkan mereka ingin merasakan jenis pengobatan lain yang tidak menggunakan obat konvensional. *Kedua*, yaitu adanya rasa ketakutan para pasien yang menggunakan obat konvensional bahwa dirinya akan mendapatkan efek negatif kalau terlalu banyak minum obat kimiawi. Sementara itu, banyak diketahui masyarakat bahwa pengobatan secara alternatif ini tidak mengharuskan para pasiennya mengonsumsi obat-obatan kimia yang biasa diberikan pada saat mereka pergi ke dokter. *Ketiga*, yaitu faktor kepercayaan terhadap pengobatan konvensional lewat dokter yang sudah mulai menurun. Penurunan kepercayaan pasien terhadap pengobatan melalui dokter karena beberapa dari mereka yang datang ke dokter tetapi tidak sembuh juga. Hal ini telah mendorong mereka untuk pergi ke jenis pengobatan alternatif.

Sementara itu, secara eksternal terdapat pula alasan-alasan masyarakat yang dapat dikemukakan sebagai berikut. *Pertama*, faktor keluarga merupakan faktor kuat yang memengaruhi sikap para pasien untuk memilih datang ke *battra*. Beberapa pasien mendapatkan informasi mengenai keberadaan pengobatan alternatif di rumah sakit ini dari keluarga atau kerabatnya sendiri. Umumnya saudara atau kerabat tersebut pernah atau sedang bekerja di RS Prof. Dr. Margono Soekarjo. Dorongan besar dari kaum keluarga untuk mencoba jenis pengobatan ini cukup kuat pada sebagian pasien. *Kedua*, faktor ekonomi turut

memberikan imbas terhadap pilihan datang ke battra. Menurut beberapa informan faktor ekonomi ini cukup memengaruhi juga terhadap pilihan mereka dalam berobat. Kalau dibandingkan dengan pengobatan konvensional melalui dokter, maka para pasien tampaknya lebih memilih menggunakan pengobatan tradisional yang tidak menggunakan obat. Menurut mereka, jenis pengobatan ini tidak begitu mahal apabila dibandingkan dengan pengobatan modern yang pada saat ini sudah mulai naik harganya. *Ketiga*, yaitu informasi dari teman seprofesi. Beberapa pasien yang berprofesi guru atau yang sudah pensiun dari guru mendapat informasi tentang jenis pengobatan ini justru dari teman seprofesinya itu. Informasi dari teman guru membuat mereka terdorong datang mencoba battra yang ada di rumah sakit.

d. Harapan dari Pengobat Tradisional dan Pasien dalam Penggunaan Battra

Dalam kaitan dengan pengobatan tradisional di rumah sakit ini tampaknya dalam aspek pelayanan terdapat kesamaan dalam harapan yang dimiliki oleh petugas poliklinik komplementer maupun oleh pasien. Hal yang diharapkan antara lain, adanya kerja sama antara rumah sakit yang mengelola poliklinik komplementer ini dengan pihak Asuransi Kesehatan (Askes) Kabupaten Banyumas sehingga para pasien yang sebagian besar merupakan para pensiun dapat tertolong dengan difungsikannya Askes. Hal ini tentunya akan turut meringankan pembayaran yang harus dilakukan oleh pasien untuk jasa pelayanan klinik ini maupun biaya lainnya seperti biaya pendaftaran dan biaya jarum.

Dalam kesempatan wawancara dengan para petugas klinik komplementer dimaksud, terbesit beberapa harapan yang dikemukakan oleh mereka, yakni:

- Mereka sangat mengharapkan agar segera terbit Surat Keputusan dari Departemen Kesehatan Republik Indonesia mengenai keberadaan pengobatan alternatif di RS Prof. Dr. Margono Soekarjo sehingga eksistensinya semakin jelas dan pihak petugas klinik tidak

ragu-ragu lagi mempromosikan keberadaan klinik tersebut kepada masyarakat Purwokerto dan masyarakat Banyumas secara umumnya.

- Mereka mengharapkan bahwa ada dukungan dana operasional dari pemerintah yang memadai sehingga jalannya pengobatan secara operasional tidak terganggu dan secara tidak langsung dapat melakukan pembenahan dalam poliklinik tersebut.

Sementara itu, para pasien yang menggunakan jasa pengobatan dalam klinik komplementer alternative ini mengharapkan berbagai hal yang kiranya dapat dipenuhi khususnya berkaitan dengan kelangsungan klinik tersebut. Harapan-harapan tersebut antara lain:

- Para pasien menginginkan agar poliklinik seperti itu tetap terus diadakan sehingga mereka dapat secara bebas memilih jenis pengobatan apa yang akan digunakan dalam proses penyembuhan sakitnya.
- Mereka mengharapkan agar keberadaan klinik ini secara tepat dapat diatur sedemikian rupa sehingga tidak sulit untuk mencapainya. Karena saat ini klinik berada di lantai II, dirasakan cukup menjadi kendala bagi para pasien yang usianya sudah lanjut untuk bolak-balik menaiki dan menuruni tangga dalam proses pengurusan pendaftaran dan pembayaran yang dilakukan pada lantai yang berbeda.
- Diharapkan bahwa biaya pengobatan berkaitan dengan jasa pengobatan ini dapat diminimalisasi sehingga tidak terlalu membebani masyarakat yang berasal dari kelas ekonomi lemah.

BAB III

PEMANFAATAN PENGOBATAN TRADISIONAL OLEH MASYARAKAT: KASUS KOTA BANJARMASIN, PROVINSI KALIMANTAN SELATAN

3.1 Profil Daerah: Kondisi Geografi, Demografi dan Sosial Ekonomi

Kota Banjarmasin merupakan salah satu kota dari 11 kota dan kabupaten yang berada dalam wilayah provinsi Kalimantan Selatan yang letaknya berada di ujung selatan dengan posisi diantara 3' 15" - 3' 22" Lintang Selatan dan diantara 114' 32" - 114' 38" Bujur Timur. Kota ini terhampar di dataran rendah dan berawa-rawa berada 0,16 meter dipermukaan laut, di mana pada saat pasang hampir seluruh wilayah digenangi air. Untuk itu pula ada wacana untuk memindahkan pusat pemerintahannya ke kota Banjarbaru yang mempunyai daratan lebih tinggi. Namun hingga saat ini belum terealisasi. Secara administratif Kota Banjarmasin memiliki batas-batas wilayah sebagai berikut di sebelah utara dengan Kabupaten Barito Kuala, di sebelah timur dengan Kabupaten Banjar, di sebelah barat dengan Kabupaten Barito Kuala dan Sungai Barito, sementara di sebelah selatan dengan Kabupaten Banjar.

Kota Banjarmasin terhampar di dataran yang rendah dan berada di bawah permukaan air laut, yang dibelah oleh Sungai Martapura dengan anak sungainya, dan dipengaruhi oleh pasang surut air laut Jawa, yang berpengaruh kepada drainase kota. Selain Sungai Martapura, sungai besar lainnya yang mengalir melewati kota ini adalah sungai Kuin, sungai Andai, sungai Alalak, dan lain lain. Untuk itu pula kota ini sering dijuluki sebagai "Kota Air" atau "Kota Seribu Sungai". Sebagai kota sungai dengan sendirinya telah memberikan ciri tersendiri terhadap kehidupan warga masyarakatnya. Potensi sungai

yang ada di wilayahnya telah mereka manfaatkan untuk berbagai aktifitas kehidupan kesehariannya, selain sebagai sarana MCK (mandi, cuci, kakus), juga dijadikan sebagai salah satu sarana transportasi yang dapat menghubungkannya dengan berbagai wilayah yang ada di sekitarnya. Sungai telah pula menjadi aktifitas perekonomian warga seperti untuk perdagangan, perikanan dan dewasa ini telah pula dijadikan sebagai obyek wisata.

Pada masa lalu, Banjarmasin mempunyai pelayaran yang teratur dan langsung dengan Sampit, Kotabaru, Samarinda, Martapura, Marabahan, Negara, Amuntai, Buntok, Muara Teweh dan Kuala Kapuas dan di luar Kalimantan dengan Surabaya dan bahkan Singapura. Sampai kinipun kehidupan sungai tetap dominan di Banjarmasin. Sebagai salah satu indikasinya pasar terapung masih eksis dalam kehidupan perekonomian warga. Bahkan saat ini di depan Kantor Walikota telah dibangun sandaran perahu untuk tamu-tamu dan para tamu pejabat pemerintah yang hendak wisata sungai dengan menyusuri sungai yang ada di wilayah kota ini, mungkin bila mendapatkan sentuhan teknik arsitektural seni wisata, akan menjadikan kota ini bagaikan wisata sungai di Venesia, atau di Amsterdam dan seperti juga di Perancis yang terkenal dengan wisata menggunakan kapal pesiar yang disebut dengan *bateau mouse* nya. Sayangnya pengelolaan wisata sungai di Kota Banjarmasin ini masih belum melihat efek jangka panjangnya, sehingga fasilitas pelayanannya masih belum optimal, hanya ada semacam fasilitas wisata air dari sebuah hotel berbintang yang memberikan pelayanan pesiar sungai ini namun dengan biaya yang cukup tinggi. Selain itu, sekitar 200 meter dari tempat tersebut terdapat terminal perahu antar kota di Kalimantan Selatan, bahkan sampai ke Kalimantan Tengah yang biasanya dipakai juga oleh warga masyarakat yang ingin menikmati pesiar sungai tersebut.

Sampai akhirnya pada tahun 80-an, dengan meluasnya derap pembangunan, akhirnya wilayah darat Kota Banjarmasin mulai terhubung dengan jalan darat sehingga warga dapat menggunakan transportasi darat. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa kehidupan

masyarakatnya pun mengalami perubahan. Sungai-sungai yang pada masa lalu dijadikan sebagai tulang punggung perekonomiannya mulai bergeser pada jenis perekonomian lain. Selain itu, dilihat secara morfologinya, sungai biasanya ditempatkan sebagai simbol bagi sentral aktifitas masyarakat. Hal itu tercermin dari arsitektural pemukimannya yang cenderung menjadikan sungai sebagai bagian depan sehingga halaman depan dari rumah mereka akan menghadap ke sungai. Namun dengan adanya perubahan orientasi ke darat tersebut maka wajah pemukimannya pun tidak lagi mengarah ke sungai tetapi ke jalan-jalan darat yang melewati perumahan mereka. Rumah-rumah mereka mulai banyak yang menghadap ke jalan raya. Ironisnya lagi Pasar Terapung yang berada di sungai-pun satu per satu lenyap. Padahal pada waktu dulu pasar terapung ini sangat besar perannya bagi kehidupan perekonomian warga masyarakat di kota ini. Yang tersisa saat ini hanyalah pasar terapung yang adakalanya dijadikan juga sebagai obyek wisata bagi wisatawan domestik dan turis asing.

Keunikan dari pasar terapung ini sangat menonjol yang menarik perhatian orang dari luar Kalimantan. Salah satunya adalah adanya transaksi ekonomi yang berlangsung antara pembeli dan penjual dilakukan di atas sampan/perahu. Demikian pula dengan keberadaan warung-warung makan kecil yang disediakan bagi pedagang dan bahkan juga untuk pembeli yang datang berlangsung di atas sampan. Suatu pemandangan yang tidak bisa dilewatkan begitu saja oleh para wisatawan yang datang ke kota ini. Kini Pasar terapung yang masih ada dan masih cukup terpelihara hanya terdapat di muara Sungai Kuin. Sedangkan beberapa pasar tradisional di bantaran sungai kondisinya sudah semakin kumuh dan tidak terpelihara.

Secara geografis, luas Wilayah Kota Banjarmasin adalah 72,00 Km atau 0,22% dari luas wilayah Kalimantan Selatan, sebagai ibu kota Provinsi Kalimantan Selatan memiliki lima wilayah kecamatan, yaitu Kecamatan Banjarmasin Utara, Kecamatan Banjarmasin Selatan, Kecamatan Banjarmasin Barat, Kecamatan Banjarmasin Timur, dan Kecamatan Banjarmasin Tengah. Dengan wilayah seluas itu pada tahun 2007 dihuni oleh penduduk sebesar 615.570 jiwa, dan pada tahun 2010

telah meningkat menjadi 623.395 jiwa. Jumlah peningkatan yang relatif kecil tersebut tidak menunjukkan perubahan yang cukup berarti bagi adanya ciri sebuah kota metropolitan yang dicita-citakan Kota Banjarmasin dalam visi misinya lima tahun mendatang. Walaupun pada tahun ini juga terdata jumlah penduduk yang tunawisma, awak kapal dan penduduk yang tinggal di lembaga pemasyarakatan sebanyak 1.522 jiwa, namun jumlah tersebut sifatnya masih di atas kertas.

Apabila merujuk pada data tahun 2003 dan dikaitkan dengan lonjakan penduduk, tampak bahwa penyebaran penduduk di masing-masing kecamatan tidak sama, dan tampaknya di kecamatan Banjarmasin Utara telah terjadi lonjakan penduduk yang paling besar (hampir 100% dalam kurun waktu 7 tahun) dibandingkan dengan kecamatan lainnya yang relatif seimbang. Hal ini terkait dengan adanya kebijakan pengembangan pembangunan kawasan perumahan baru yang di arahkan ke wilayah ini sehingga pertumbuhan penduduk juga cukup signifikan dengan pertumbuhan kawasan perumahan tersebut. Sementara wilayah kecamatan Banjarmasin Tengah dalam waktu yang sama termasuk kecamatan yang mengalami penurunan jumlah penduduk, hal ini juga sejalan dengan kebijakan pemerintahan untuk menjadikan wilayah ini sebagai sentra tumbuhnya bangunan untuk kegiatan bisnis dan investasi di kota Banjarmasin. Dalam pada itu tampak bahwa kecamatan Banjarmasin Barat menunjukkan hal yang paling konsisten dengan jumlah dan tingkat kepadatan penduduknya yang termasuk paling tinggi, hal ini mungkin saja disebabkan oleh adanya warisan historis daerah ini yang dulunya merupakan pusat pemerintahan Residen Belanda. Jadi secara otomatis pula menjadi tempat konsentrasi penduduk sebagai pusat pemerintahan. Untuk lebih jelasnya tentang keadaan jumlah penduduk dan tingkat kepadatannya antara tahun 2003 dan 2010 dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 3.1 Luas Wilayah, Jumlah Penduduk, dan kepadatan Penduduk di Kota Banjarmasin per Kecamatan, Tahun 2003 dan 2010

No	Kecamatan	Luas Wilayah	Jumlah Penduduk (2003)	Kepadatan	Jumlah Penduduk (2010)	Kepadatan
1.	Banjarmasin Selatan	20,18	126.313	6.259	145.958	7.233
2.	Banjarmasin Timur	11,54	99.453	8.618	111.902	9,697
3.	Banjarmasin Barat	13,37	125.918	9.418	143.402	10.726
4.	Banjarmasin Tengah	11,66	96.348	8.263	91.780	7.871
5.	Banjarmasin Utara	15,25	79.383	5.205	132.353	8.679
Total		72,00	527.415	7.325	625.395	8.636

Sumber: Litbang Kompas, diolah dari Badan Pusat Statistik Kota Banjarmasin 2003, dan internet [http://id.wikipedia.org/wiki/Kota Banjarmasin](http://id.wikipedia.org/wiki/Kota_Banjarmasin)

Dengan luas wilayah 72 km² tersebut, pembagian peruntukan tanah Kota Banjarmasin mayoritas dipakai untuk lahan pertanian (3.111,9 ha) dan untuk lahan permukiman (3.029,3 ha) sementara untuk lahan lain seperti untuk perindustrian, jasa dan perusahaan relatif lebih kecil yaitu berkisar 200–400 ha. Kota Banjarmasin yang letaknya strategis yaitu di sekitar muara Sungai Barito, menjadi gerbang bagi kapal-kapal yang hendak berlayar ke daerah pedalaman di Kalimantan Selatan dan Kalimantan tengah.

Ditilik dari namanya, nama Banjarmasin berasal dari istilah Banjarmasin, disebut demikian karena patihnya disebut Patih Masih Olo. Masih dalam bahasa Ngaju berarti orang Melayu. Banjarmasin berasal dari desa Oloh Kampung Melayu. Dilihat dari sejarahnya tersebut, maka dapat dikatakan bila penduduk Banjarmasin (penduduk asli) sebagai orang Melayu namun dari aspek kependudukan terdiri dari 2 (dua) kelompok yaitu: kelompok masyarakat setempat (disebut juga sebagai penduduk asli yang biasa disebut sebagai sukubangsa Banjar)

dan penduduk pendatang. Penduduk asli (suku Banjar) ini merupakan mayoritas dari total penduduk provinsi Kalimantan Selatan. Suku Banjar terdiri dari Suku Banjar Pahuluan dan Suku Banjar Batang Banyu. Sementara kaum pendatang terdiri dari suku Jawa, Madura, Bajau, Bugis, Cina dan Arab.

Nilai-nilai dan tradisi orang Banjar adalah hasil asimilasi selama berabad-abad yang dipengaruhi oleh kepercayaan Islam yang dibawa oleh pedagang Arab dan Persia. Sehingga dominan tampak dalam kehidupan sehari-hari masyarakat Banjar khususnya dalam bentuk kesenian, tarian, musik, pakaian, permainan dan upacara tradisional. Tarian tradisional yang biasa ditampilkan pada upacara Tradisional seperti: tari “Baksa Kambang”, “Baksa Lilin”, “Kula Gepang”, “Maiwak”, dan lain-lain. Ada sekitar 76 Jenis tarian. Tari tradisional biasanya diiringi oleh alat musik tradisional seperti: babun, gambang, aron, salintang, kedernong, gong, suling, rehab dan dan lain-lain.

Urang Banjar mengembangkan sistem budaya, sistem sosial dan material budaya yang berkaitan dengan religi, melalui berbagai proses adaptasi, akulturasi dan asimilasi. Sehingga nampak terjadinya pembauran dalam aspek-aspek budaya. Meskipun demikian pandangan atau pengaruh Islam lebih dominan dalam kehidupan budaya Banjar, hampir identik dengan Islam, terutama sekali dengan pandangan yang berkaitan dengan ke Tuhanan (Tauhid), meskipun dalam kehidupan sehari-hari masih ada unsur budaya asal, Hindu dan Budha.

Sistem nilai suku banjar yang banyak dipengaruhi oleh nilai-nilai agama Islam telah juga memberikan ciri tersendiri bagi masyarakat ini. Melalui berbagai proses adaptasi, akulturasi dan asimilasi yang berlangsung selama ini telah menimbulkan terjadinya pembauran dalam aspek sosial budayanya. Nilai-nilai religius yang tertanam dalam kehidupan masyarakat Banjarmasin berdampak juga dalam mereka menyikapi kehidupan sosialnya. Terutama dalam kaitannya dengan kepercayaan masyarakat terhadap pengobatan tradisional. Pada umumnya masyarakat Banjar masih percaya pada hal

yang berbau primitifisme terutama dalam kaitannya dengan penyakit non medis, karena dalam pengobatan tradisional cara yang dilakukan cenderung membawa hal-hal gaib sehingga berdampak pada kepercayaan primitif di samping itu juga adanya kepercayaan yang bernafaskan Islam telah pula mengentalkan ikatan religiusnya sehingga pada akhirnya menghasilkan tokoh “tuan guru” dalam praktik pengobatan tradisionalnya.

3.2 Kondisi Kesehatan Masyarakat

Dalam menggambarkan kesehatan masyarakat Kota Banjarmasin akan dilihat dari derajat kesehatan dan perilaku masyarakat.

3.2.1 Derajat Kesehatan

Pada Profil Kesehatan Kota Banjarmasin (Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin, 2008), bahwa untuk mengetahui derajat kesehatan masyarakat dilihat dari:

- (a) Kematian bayi. Data kematian bayi dari tahun 2003 sampai dengan tahun 2006 menunjukkan kenaikan, yaitu tahun 2003 = 12 bayi, 2004 = 18 bayi, 2005 = 23 bayi, dan terbanyak tahun 2006 (53 bayi) dan menurun lagi pada tahun 2007 hanya 15 bayi.
- (b) Kelahiran hidup. Jumlah kelahiran hidup di kota Banjarmasin dari tahun 2003 sampai dengan 2007 terlihat naik turun, kenaikan terbesar adalah pada tahun 2004 (dari 11.054 tahun 2003 menjadi 17.178 di tahun 2004), menurun lagi menjadi 10.844 di tahun 2005 dan 10.788 tahun 2006 dan naik lagi menjadi 11.051 pada tahun 2007.
- (c) Kematian balita. Sejak tahun 2005 hingga tahun 2007 tidak terdapat kematian balita, dari jumlah balita 50.566 tahun 2005, 64.911 tahun 2006 dan 65.493 di tahun 2007.
- (d) Kematian ibu maternal. Kematian ibu maternal juga menurun dari tahun 2004 sampai dengan 2006 (9 orang, 5 orang dan 2 orang) meskipun bertambah lagi pada tahun 2007 tetapi hanya menjadi 4 orang.

- (e) Ibu hamil. Pada tahun 2007 dari 12.460 orang ibu hamil, 96,09% sudah memeriksakan kandungannya pada sarana pelayanan kesehatan.
- (f) Kasus penderita penyakit menonjol. Jumlah penderita penyakit TB paru dari tahun 2003 sampai dengan tahun 2007 yang terbanyak terjadi pada tahun 2006 yaitu 716 orang dan menurun lagi pada tahun 2007 sebanyak 575 orang. Dari jumlah tersebut angka kesembuhannya sebesar 87,7% pada tahun 2006 dan menjadi 89% pada tahun 2007. Pada penderita ISPA, pada tahun 2004 penderita pneumonia mencapai 99,98% dan menurun pada tahun 2007 menjadi 90,67%. Penderita DBD, terjadi kenaikan jumlah penderita dari 63 kasus pada tahun 2003 menjadi 118 kasus tahun 2004, dan menurun lagi tahun 2006 hanya 63 kasus tetapi meningkat lagi menjadi 111 pada tahun 2006 dan tahun 2007 menjadi 173. Terjadinya fluktuasi kasus DBD diduga karena adanya perubahan iklim di Kota Banjarmasin dan masih belum optimalnya program Pokja DBD dan Gerakan 3M. Hal ini juga berkaitan dengan penderita diare yang tampaknya terus meningkat dari tahun ke tahun, dari mulai 8.427 pada tahun 2003, menjadi 0.212 tahun 2004, 15.416 tahun 2006 dan tahun 2007. Menjadi 17.561 Kasus penderita HIV/AIDS dan MS terdapat pula di Kota Banjarmasin sejak tahun 2006, yaitu positif HIV sebanyak 3 orang, AIDS 2 orang, tahun 2007 5 orang HIV. Demikian pula penderita penyakit menular seksual (MS) terus bertambah dari tahun 2005 sampai dengan 2007 (11 orang, 40 orang dan 53 orang). Penderita penyakit malaria dari tahun 2003 sampai dengan 2007, terbanyak terjadi pada tahun 2005 (87 kasus) dan terendah pada tahun 2007 (46 kasus). Untuk kasus penderita kusta, pada tahun 2003 sebanyak 56 orang, terjadi penambahan pada tahun 2004 sebanyak 28 orang dan tahun 2005 tidak terdapat penderita baru, penderita baru ada lagi tahun 2006 terdapat 26 orang dan tahun 2007 terdapat 16 orang.

Dilihat dari keadaan mortalitas dan morbiditasnya tampak bahwa terdapat keseimbangan bahkan tingkat morbiditas relatif tidak cukup menonjol, hal itu dapat mengindikasikan keadaan derajat

kesehatan masyarakat yang cukup baik. Walaupun demikian ternyata tidak demikian bila hal itu disandingkan dengan keadaan penyakit yang diderita masyarakatnya yang masih mengkhawatirkan karena masih cukup banyak penderita malaria. Hal ini juga menunjukkan bagaimana lingkungan dapat memengaruhi tingkat kesehatan masyarakatnya. Karena sebagaimana kita ketahui bahwa kota ini merupakan sebuah kota yang dilalui banyak sungai beserta anak sungainya. Apabila kebersihan lingkungan sungai kurang terpelihara maka akan menjadi sumber penyakit, karena air yang tergenang akan menjadi sarang nyamuk sebagai penyebab penyakit malaria. Dan sebagaimana yang tergambarkan dari tabel di bawah ini, dapat diketahui bahwa penyakit ISPA menduduki tempat teratas dari urutan penyakit, hal itu menunjukkan bila kondisi lingkungan Kota Banjarmasin masih belum kondusif bagi kesehatan masyarakatnya. Sebagai daerah 1000 sungai tentu saja aliran-aliran sungai yang ada tidak saja menjadi faktor sosial ekonomi masyarakatnya, tetapi menyimpan pengaruh negatif bagi kesehatan masyarakatnya karena aliran-aliran sungai itu juga menjadi tempat menampung sampah warganya yang mengakibatkan lingkungan menjadi kotor dan bau. Semua itu membuat kondisi kesehatan warganya menjadi kurang baik. Penyakit tetanus dan keracunan makanan pun sempat terjadi.

Berikut ini dapat kami gambarkan sepuluh jenis penyakit dengan penderita terbanyak yakni:

Tabel 3.2 Sepuluh Besar Jenis Penyakit Yang Diderita Penduduk Kota Banjarmasin

No.	Nama Penyakit	Jumlah Penderita
1.	ISPA	97.956
2.	Batuk	38.448
3.	Gastritis dan Duodentis	37.800
4.	Hipertensi essensial (primer)	33.660
5.	Artritis lainnya	26.760
6.	Gigi dan jaringan penunjang lainnya	22.740
7.	Penyakit pulpa dan periapikal	20.256

No.	Nama Penyakit	Jumlah Penderita
8.	Dermatitis lainnya	20.208
9.	Diare dan Gastroenteritis	15.276
10.	Demam yang sebab tak diketahui	13.008

Sumber: Profil Kesehatan Kota Banjarmasin Tahun 2008

Kondisi kesehatan masyarakat secara umum akan juga berdampak bagi bayi-bayi yang dilahirkan. Tentu saja bila orang tuanya sendiri kurang memerhatikan masalah kesehatan hal itu akan menjadi bumerang bagi bayi yang dilahirkannya. Untuk keadaan ini terdapat kecenderungan bila bayi-bayi yang dilahirkan juga kurang sehat dengan memiliki berat badan rendah yang tentunya tidak sesuai dengan derajat kesehatan seorang bayi yang baru lahir. Sebagaimana dapat dilihat pada data yang ada bahwa di Kota Banjarmasin masih ditemukan bayi dengan berat lahir terendah (BBLR). Keadaannya mengalami fluktuasi yang cukup berarti dari sejak tahun 2002–2007. Pada tahun 2002 terdapat sebanyak 140 bayi yang BBLR, menurun menjadi di bawah 100 bayi (antara 76–97 bayi) dan sedikit menurun di tahun 2003 (97 bayi), tapi penurunan yang cukup menggembirakan terjadi pada tahun 2004 dan 2005 yaitu terdapat 76 BBLR, Namun pada tahun 2006 kembali meningkat menjadi 120 bayi dan sedikit menurun kembali menjadi 107 bayi pada tahun 2007.

Hal itu tentunya berdampak pula terhadap kelanjutan dari keadaan bayi itu sendiri, dapat dikatakan bahwa keadaan status gizi balita di kota ini juga cenderung kurang baik. Berdasarkan data yang dijelaskan bahwa balita yang mempunyai berat badan Bawah Garis Merah (BGM) menunjukkan perlunya mendapatkan perbaikan gizi. Jumlah balita dengan BGM pada tahun 2004 sebanyak 361 anak, tahun 2005 sebanyak 624 anak, tahun 2006 sebanyak 464 anak dan tahun 2007 menurun menjadi 157 anak.

3.2.2 Perilaku Masyarakat

Dari data yang terdapat pada profil kesehatan Kota Banjarmasin (Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin, 2008) bahwa

perilaku masyarakat berkaitan dengan kesehatan ditunjukkan dari keadaan:

(a) Rumah tangga yang mempunyai perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS)

Pemantauan rumah tangga yang melaksanakan PHBS dilakukan dengan mengambil sampel sesuai proporsi yang ada. Dari sampel sebanyak 351 KK yang sesuai kriteria, diketahui bahwa rumah tangga yang termasuk melaksanakan PHBS terbanyak adalah dari Kecamatan Banjarmasin Tengah (35,4), kedua adalah Banjarmasin Barat (19,5), ketiga adalah Banjarmasin Utara (16,7) dan Banjarmasin Selatan dan Timur adalah sama (12,5). Sementara, jika dilihat secara keseluruhan, dari tahun 2005 sampai 2007 mengalami peningkatan.

(b) Rumah Tangga Sehat

Jumlah rumah tangga sehat juga terus mengalami peningkatan sejak tahun 2004 hingga tahun 2007, yaitu pada tahun 2004 terdapat 46,674 dari 62.829 rumah tangga yang diperiksa, tahun 2005 terdapat 60.129 atau 52,99% dari seluruh rumah tangga di Banjarmasin, tahun 2006 naik menjadi 62%, tahun 2007 menjadi 64,55%.

(c) Posyandu

Kondisi posyandu di Kota Banjarmasin saat ini masih memprihatinkan dan perlu pembenahan dan tentunya perhatian dari semua pihak terkait. Hal itu, terlihat dari jumlah posyandu mandiri (tingkatan tertinggi) pada tahun 2007 hanya 0,27%, posyandu purnama (tingkat di bawah mandiri) 17,12%, dan terbanyak adalah posyandu madya (tingkat kedua) dan sisanya 31,79% posyandu pratama.

(d) Bayi Mendapat ASI Eksklusif

Bayi yang mendapat ASI eksklusif tampaknya semakin menurun dari tahun ke tahun. Data menunjukkan bahwa tahun 2004 sebesar 88,82% dari jumlah bayi yang mendapat ASI eksklusif, tetapi tahun 2006 menurun menjadi 25,6% dan menurun lagi di tahun

2007 hanya 12, 05%. Hal itu cukup memprihatinkan, mengingat kualitas ASI eksklusif adalah baik untuk gizi bayi yang dapat mendukung kesehatan bayi.

- (e) Kelurahan Dengan Garam Beryodium
Pencapaian penggunaan garam beryodium pada tahun 2007 sudah 100%.
- (f) Penduduk Menggunakan Sarana Kesehatan.
Penduduk yang menggunakan sarana kesehatan terbagi dua, yaitu puskesmas dan rumah sakit. Yang menggunakan puskesmas lebih banyak untuk rawat jalan, meskipun ada beberapa puskesmas yang sudah dilengkapi rawat inap. Hal ini disebabkan karena di Kota Banjarmasin banyak terdapat rumah sakit. Tahun 2006 kunjungan rawat jalan sebanyak 555.743 dan kunjungan askeskin 83.807 orang, dan pada tahun 2007 meningkat menjadi 636.676 rawat jalan dan askeskin 127.742. Kunjungan laboratorium 41.834 kunjungan, PHN 19.053 kunjungan dan gigi 38.084 kunjungan.
- (g) Penduduk Terlindungi JPKM/Dana Sehat/Askes
Dari 602.752 orang penduduk Kota Banjarmasin, yang sudah mendapat jaminan pelayanan kesehatan masyarakat baru 37,06% (peserta askes sebanyak 15% dan peserta KK miskin dengan kartu sehat sebanyak 22,06%). Masih rendahnya penduduk Kota Banjarmasin yang terlindungi JPKM disebabkan masih rendahnya kesadaran akan pentingnya JPKM dan juga keadaan ekonomi sebagian masyarakat yang belum memadai.

3.2.3 Sarana Pelayanan Kesehatan

Sarana dan prasarana pelayanan kesehatan yang memadai tentu saja dapat membantu masyarakat dalam upayanya untuk melakukan pengobatan bagi kesehatannya. Dalam hal ini tampak bahwa di Kota Banjarmasin keadaan sarana dan prasarana kesehatan cukup memadai. Tabel di bawah ini dapat memperlihatkan bila sarana pelayanan kesehatan yang paling bawah yaitu puskesmas telah mencukupi dan tersebar di kelima daerah kecamatan yang ada di kota ini. Setiap

kecamatan terdapat empat sampai tujuh puskesmas yang dapat melayani masyarakat di wilayah tersebut. Demikian pula dengan tenaga medis sudah terakomodir sampai tingkat pusat kesehatan bahkan sampai pusat kesehatan pembantu, polindes dan poskesdes.

Tabel 3.3 Sarana dan Prasarana Pelayanan Kesehatan di Kota Banjarmasin Tahun 2007

Fasilitas Kesehatan	Medis	Perawat & Bidan	Farmasi	Gizi	Teknisi Medis	Sanitasi	Kesmas	Jumlah
Puskesmas	50	248	55	37	32	33	12	467
RS Daerah Umum Ulin	34	139	18	20	2	9	6	228
R S Ansyari Saleh	5	60	1	1	-	-	-	67
RS DR. Soeharsono	12	61	15	1	5	-	1	95
RS Bayangkara	1	3	-	-	-	-	-	4
RS junjung Buih	6	117	16	33	1	-	-	173
RS Suaka Insan	31	98	2	2	-	1	-	134
RS Sari Mulia	13	136	12	12	-	-	-	173
RS Islam	7	13	1	-	-	3	2	26
RS Puri Paramitha	-	17	4	-	-	-	-	21
RS Bedah Siaga	4	12	-	-	-	-	-	16
RS Ibunda Siti								
Jumlah RS	113	666	69	68	8	13	9	937
Dinkes kab/kota	3	7	10	3	1	2	26	52 (3,51%)

Sumber: Profil Kesehatan Kota Banjarmasin, Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin, Tahun 2008.

Selain sarana kesehatan formal tersebut di atas, di Kota Banjarmasin juga banyak terdapat praktik pengobatan tradisional. Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin dan dari Kejaksaan Negeri Kota Banjarmasin ditemukan bahwa jumlah pengobat tradisional yang telah melapor dan terdaftar sebanyak 79 orang (sebanyak 62 orang melalui Dinas Kesehatan dan 17 melalui Kejaksaan Negeri Banjarmasin). Dapat disebutkan bahwa dari 17 orang yang melapor atau mendatakan dirinya ke kejaksaan negeri terdapat sebanyak 7 orang pengobat tradisional yang juga telah melakukan perizinannya ke Dinas Kesehatan

Tabel 3.4 Jumlah Pengobatan Tradisional /Batra di Kota Banjarmasin Tahun 2010

No	Jenis Ketrampilan	Pengobat Tradisional		
		Terdapat di Dinkes	Terdapat di Kejaksaan	Jumlah
1.	Batra Ketrampilan:			
	Pijat Tradisional	2	1	3
	Pijat Refleksi	7	2	9
	Akupresur	1	-	1
	Akupuncture	3	-	3
	Reiki	3	-	3
	Gurah/Bekam/terapi ion detox	13	-	13
Media air putih		1	1	
2.	Batra Ramuan Herbal	15	1	16
	Ramuan/Tabib/Shinse	5	6	11
3.	Pengobat Alternatif	6		6
4.	Batra Supranatural	1		1
5.	Tenaga Dalam/Kebatinan	6		6
6.	Gabungan refleksi,ramuan obat tradisional		8	8
Jumlah		62	17	79

Sumber: Laporan Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin 2010, Kejaksaan Negeri Banjarmasin Tahun 2010.

Tabel di atas menunjukkan bahwa jenis *battrra* yang jumlahnya cukup banyak (16 orang) adalah dari jenis herbal, itu artinya jenis ini sudah cukup berkembang dan cukup mendapat respon positif dari warga masyarakat kota ini. Tidak dapat disangkal bila hal ini ada pengaruh dari tingkat keamanan dalam penggunaan pengobatan dengan menggunakan herbal tersebut. Selain itu jenis-jenis yang senada juga mendapat perhatian yang cukup signifikan dalam hal praktik pengobatan tradisional seperti pijat refleksi atau pijat tradisional, dan ramuan obat tradisional.

Sementara itu, berdasarkan data pengobatan tradisional (*battra*) Dinas Kesehatan Kota tahun 2003-2010 di Kota Banjarmasin terdapat beragam jenis *battra*. Kalau mengacu kepada klasifikasi pengobat tradisional berdasarkan Departemen Kesehatan di atas, maka pengobat tradisional di Banjarmasin terdiri dari (a) Pengobat tradisional keterampilan, yang masih dapat dibagi pula atas pengobat alternatif (2 orang), pijat refleksi/bekam (11 orang), akupunktur (4 orang), dan keturunan (1 orang); (b) Pengobat tradisional ramuan, yang terdiri dari herbal/ramuan (18 orang), tabib/shinse (3 orang), terapi ion detox (2 orang), dan guruh (8 orang); (c) Pengobat supranatural, yang terdiri dari kebatinan (4 orang), reiki master (2 orang), reiki tummo (2 orang), dan tenaga dalam (2 orang). Jumlah tersebut sebenarnya masih berupa jumlah yang belum tepat, dalam artian bahwa jumlah tersebut hanya lah pengobat yang terdaftar, sedangkan masih ada pula yang belum terdaftar di Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin.

Sementara itu, dalam suatu jenis pengobatan tampaknya tidak murni satu jenis pengobatan itu saja yang dilakukan, tetapi ada pula yang divariasikan dengan jenis pengobatan lain. Misalnya, kalau dalam klasifikasi tersebut pengobat itu diklasifikasikan sebagai *battra* herbal, maka sebenarnya tidak itu saja yang dipraktikkannya. Ada pula dikombinasikan dengan *battra* bekam, *battra* pijat, dan *battra* refleksi. Demikian pula halnya yang terjadi dalam beberapa jenis pengobatan tradisinal yang lain. Jadi, dalam sebuah *battra* bisa saja diterapkan lebih dari satu jenis *battra*.

3.3 Kebijakan dan Upaya Pengembangan Pelayanan Pengobatan Tradisional dan Penerapannya di Rumah Sakit

3.3.1 Perizinan Praktik Pengobatan Tradisional

Berdasarkan penjelasan informan baik dari Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan maupun Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin, bahwa belum ada peraturan daerah (Perda) yang secara khusus mengatur pelayanan pengobatan tradisional. Peraturan untuk perizinan praktik pengobatan tradisional mengacu pada peraturan dari

pemerintah pusat, Perda yang ada dan dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin yaitu Perda No. 9 Tahun 2007 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan dan Perizinan di Bidang Kesehatan. Perda tersebut mengatur pendaftaran/perizinan praktik pelayanan kesehatan dan meskipun termasuk pengobatan tradisional, tetapi isinya hanya terbatas mengatur tarif biaya pendaftaran saja, dan tidak secara detil mengatur mengenai prosedur pendaftaran/perizinan. Oleh karena itu, prosedur pendaftaran/perizinan untuk membuka praktik pengobatan tradisional masih mengacu pada SK menteri Kesehatan No 1076 tahun 2003.

SK menteri tersebut dikeluarkan, menurut Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat (Binkesmas) adalah dalam rangka upaya pembinaan. Menurut Prof. Azrul Azwar (Dirjen Binkesmas), bahwa pembinaan terhadap tenaga pengobatan tradisional dilaksanakan melalui tiga pilar yaitu Regulasi (peraturan perundang-undangan), Asosiasi Pengobat Tradisional dan Sentra Pengembangan dan Penerapan Pengobatan Tradisional (Sentra P3T). Melalui tiga pilar ini diharapkan dapat meningkatkan pemanfaatan pengobatan tradisional baik cara/metoda, tenaga maupun sarana pengobatan tradisional sehingga aman dan bermanfaat bagi masyarakat. Sementara itu, pembinaan melalui asosiasi sedang dilaksanakan yaitu menginventarisasi asosiasi/perkumpulan yang ada, melakukan pengelompokan menurut jenisnya, sedangkan tahap selanjutnya (tahap ketiga) bersama-sama asosiasi membina para pengobat tradisional¹ Sentra P3T adalah perangkat Departemen Kesehatan sebagai wadah untuk melakukan penapisan melalui penelitian, pengkajian dan uji klinis obat dan pengobatan tradisional dalam rangka pembuktian keamanan dan manfaat pengobatan tradisional, yang hasilnya dapat didayagunakan dalam pelayanan kesehatan. Sentra P3T sesuai SK MenKes No. 0584/SK/VI/1995 mempunyai 3 (tiga) tugas utama yaitu penelitian pengembangan dan uji terapan, pengembangan diklat batantra serta pelayanan terapan (Departemen Kesehatan RI, 2004)

¹ Lihat <http://www.depkes.go.id/index.php?option=news&task=viewarticle&sid=434>.

Dalam pasal 4 Kepmenkes No. 1076/Menkes/SK/VII/2003, disebutkan bahwa semua pengobat tradisional yang menjalankan pekerjaannya wajib mendaftarkan diri kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat untuk memperoleh Surat Terdaftar Pengobat Tradisional (STPT). Pengobat tradisional yang metodenya telah memenuhi persyaratan penapisan, pengkajian, penelitian dan pengujian serta terbukti aman dan bermanfaat bagi kesehatan dapat diberikan Surat Izin Pengobat Tradisional (SIPT) oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat. Bagi Pengobat Tradisional Asing tidak diperbolehkan melakukan praktik secara langsung, tetapi hanya sebagai tenaga konsultan. Sehingga tidak dibenarkan pengobat tradisional asing membuka praktik sendiri (perorangan). Sebagai Konsultan mereka bekerja sesuai permintaan sarana pelayanan kesehatan yang berbadan hukum dan memiliki izin dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat. Tenaga pengobat tradisional asing yang akan didatangkan ke Indonesia sebagai konsultan diusulkan oleh sarana pengobatan tradisional yang berbadan hukum ke Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Depkes dengan melampirkan foto copy akte notaris, surat izin sarana pelayanan pengobatan tradisional dari Dinkes Kabupaten/Kota, sarana tersebut mempekerjakan minimal 2 (dua) orang pengobat tradisional WNI yang memiliki SIPT atau STPT, rencana alih teknologi serta keterangan tentang pengobatan tradisional asing meliputi bio data yang bersangkutan, foto copy ijazah/sertifikat *battr* yang dilegalisir, diskripsi keahlian dan pengalaman di bidang pengobatan tradisional, surat izin praktik pengobat tradisional di negara asal serta rekomendasi Departemen Kesehatan negara asal².

Menurut keterangan informan dari Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin bahwa peraturan pusat mewajibkan bagi para pengobat tradisional yang ingin mengurus izin/wajib daftar ke dinas kesehatan harus membawa surat rekomendasi dari asosiasi atau instansi terkait sesuai dengan jenis pengobatannya, seperti pengobatan supranatural harus memiliki rekomendasi dari kejaksaan negeri, pengobatan dengan

² Lihat <http://www.depkes.go.id/index.php?option=news&task=viewarticle&sid=434>

ramuan/herbal rekomendasi dari asosiasi pengobatan ramuan/herbal. Namun demikian, masalahnya adalah, di Kalimantan Selatan/Banjarmasin belum ada asosiasi pengobatan herbal/ramuan seperti halnya ASPETRI yang ada di Jawa Tengah maupun kota lain yang sudah ada. Oleh karena itu, maka dinas kesehatan tetap saja mengeluarkan STPT kepada pengobat yang mengurus pendaftaran sekalipun tidak ada rekomendasi tersebut. Selain mengurus rekomendasi juga harus mengurus surat pengantar ke Rt, Rw, Kelurahan serta Puskesmas setempat.

Persyaratan pengurusan rekomendasi dari kantor Kejaksaan Negeri bagi pengobat tradisional supranatural tersebut adalah dalam rangka melakukan pengawasan aliran kepercayaan atau kebatinan yang dipaktekkan dalam pengobatan tradisional agar jangan sampai meresahkan atau merusak masyarakat (keluar dari aqidah agama) serta dapat membahayakan pula bagi negara. Hal tersebut diatur dalam UU No. 16 Tahun 2004 Tentang Kejaksaan Republik Indonesia. Mengenai prosedur pendaftaran, diatur dalam Keputusan Jaksa Agung Republik Indonesia No. Kep. 552/A/JA/10/2002 Tentang Administrasi Inteljen Yustisial Kejaksaan Agung Republik Indonesia. Untuk mengurus surat rekomendasi atau pendaftaran di kantor kejaksaan negeri, juga harus membawa surat pengantar dari dinas kesehatan kota/kabupaten. Sebelum dikeluarkan surat rekomendasi, terlebih dahulu dilakukan survai tempat praktik pengobatan tradisional yang didaftarkan. Survai dilakukan oleh petugas Dinas Kesehatan Kota/Kabupaten sebagai kelengkapan prosedur untuk mengeluarkan STPT. STPT tersebut berlaku selama satu tahun, setelah habis masa berlaku, para pengobat tradisional harus melakukan pendaftaran ulang. Hal tersebut dimaksudkan selain untuk mendukung pengawasan, juga untuk pendataan, karena banyak praktik pengobatan tradisional di Banjarmasin merupakan pendatang dari luar Banjarmasin, bahkan luar Kalimantan Selatan, Kebanyakan adalah berasal dari Jawa, yang berpraktik di Banjarmasin, bahkan tidak hanya di satu tempat, dan sifatnya sementara. Para pengobat dari luar tersebut, ada yang

menyewa rumah/ruko/kios untuk praktik dan adapula yang menyewa ruangan di hotel.

3.3.2 Pembinaan

Untuk meningkatkan praktik pengobatan tradisional maupun obat tradisional termasuk jamu gendong menjadi bagian dari pelayanan kesehatan masyarakat yang dapat bermanfaat dan terjamin keamanannya, maka perlu dilakukan pembinaan.

Menurut keterangan informan dari Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan bahwa pada tempo dulu pembinaan kepada pengobat tradisional telah menjadi tanggungjawab dinas kesehatan provinsi. Namun sejak otonomi daerah dinas kesehatan provinsi tidak memiliki kewenangan lagi untuk mengadakan kegiatan pembinaan secara langsung kepada masyarakat. kewenangannya hanya mengadakan kegiatan pembinaan bagi para penyuluh dinas kesehatan kota/kabupaten. Akan tetapi, dalam kegiatan pembinaan/pelatihan kepada tenaga penyuluh dinas kesehatan kota/kabupaten sering disertakan pula beberapa perwakilan para pengobat tradisional dan penjual jamu gendong. Hal tersebut merupakan strategi agar bisa bertatap muka langsung kepada masyarakat (para pengobat tradisional dan jamu gendong). Kegiatan pembinaan secara langsung kepada masyarakat pelaku pengobatan tradisional dan penjual jamu, serta masyarakat umum diadakan oleh dinas kesehatan kota/kabupaten. Keterlibatan dinas kesehatan provinsi hanya sebagai nara sumber. Kepada pengobat tradisional, terutama yang menggunakan herbal atau jamu termasuk jamu gendong juga diberikan penyuluhan agar membuat ramuan herbal atau jamu dengan proses yang benar dan higienis.

Kegiatan pembinaan/penyuluhan khusus kepada jamu gendong oleh puskesmas relatif lebih sering dilakukan, yaitu sebulan sekali. Frekuensi sebulan sekali bisa dimungkinkan, karena dilakukan bersamaan dalam kegiatan arisan. Sebagaimana diinformasikan oleh informan dari dinas kesehatan Kota Banjarmasin, terdapat beberapa kelompok arisan jamu gendong yang dibentuk oleh puskesmas yang

aktif melakukan kegiatan dan sekaligus sebagai media untuk melakukan penyuluhan/pembinaan. Seperti kelompok arisan jamu gendong di Kelurahan Karangpaci, yang dibentuk oleh Puskesmas Karang Mekar, Kecamatan Banjarmasin Timur. Berdasarkan data yang ada di Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin, jumlah jamu gendong di Kelurahan Karangpaci sebanyak 50 orang, tapi data yang ada di Puskesmas Karang Mekar tercatat bahwa kelompok arisan penjual jamu gendong beranggotakan 30 orang. Selain diberikan penyuluhan yang berkaitan dengan kesehatan, para jamu gendong tersebut juga diberikan pelatihan cara-cara membuat jamu yang higienis. Dari jumlah anggota tersebut, hanya empat orang yang sempat mengikuti pelatihan.

Anggota binaan puskesmas Karangpaci tersebut tidak hanya penjual jamu gendong saja, tetapi juga tukang urut (pijat) yang berjumlah tigapuluh orang, dukun bayi (lima orang) dan pengobat tradisional supranatural limabelas orang dan dukun bayi hanya satu orang. Sementara itu, supranatural belum ada yang mengikuti pelatihan. Para supranatural binaan puskesmas tersebut adalah mereka yang pernah mengurus surat keterangan membuka praktik di lingkungan Kelurahan Karangpaci, untuk persyaratan pendaftaran di Dinas Kesehatan Kota.

Selain pembinaan langsung dengan mengundang para pengobat tradisional, pembuat dan penjual obat tradisional termasuk jamu gendong dalam acara penyuluhan di kantor dinas kesehatan kota/kabupaten, pembinaan juga dilakukan melalui puskesmas, Usaha Kesehatan Sekolah (UKS), kegiatan Posyandu dan kelompok kesehatan remaja. Pembinaan melalui keempat unsur tersebut terutama pembinaan kepada masyarakat umum. Kegiatan pembinaan kepada masyarakat umum dimaksudkan untuk memberikan penyuluhan berkaitan dengan pemilihan tempat pengobatan tradisional yang baik/masuk akal, pemakaian obat tradisional yang benar dan tepat, memilih sarana kesehatan yang benar.

Kebijakan dan program pembinaan pelayanan kesehatan diadakan pula bagi petugas pelayanan kesehatan formal termasuk

pembinaan kepada bidan desa dan bidan puskesmas serta kepada petugas analis gizi. Bagi bidan desa dan bidan puskesmas diberikan pembinaan agar mereka bekerja/bertindak secara profesional. Sebagaimana sistem nilai yang berlaku pada masyarakat Banjarmasin, mereka menaruh kepercayaan yang cukup kuat kepada tuan guru (ustad) untuk membantu pengobatan penyakitnya. Dengan meminta air doa (banyu) untuk diminum yang diyakini dapat membantu penyembuhan penyakitnya, termasuk untuk memperlancar proses persalinan bagi ibu-ibu yang akan melahirkan. Meskipun sebagian besar masyarakat sudah tidak lagi pergi ke dukun kampung untuk membantu persalinannya, melainkan ke bidan atau dokter, tetapi keyakinan 'banyu' dari seorang tuan guru (ustad) belum ditinggalkan. Oleh karena itu, profesionalisme seseorang dalam menangani pasien yang mau melahirkan perlu ditekankan agar persalinan dilakukan secara disiplin dalam arti tidak menunda hanya karena pasien/ibu yang mau melahirkan memaksa harus menunggu 'banyu' dari tuan guru. Hal itu dimaksudkan jangan sampai karena menunda persalinan mengakibatkan terjadi masalah dengan keselamatan pasien yang akan melahirkan.

Dari dinas kesehatan provinsi juga diperoleh informasi bahwa tahun 2011 akan mengeluarkan kebijakan bagi para analis gizi dan apoteker. Para analis gizi diharapkan agar menginformasikan tanaman sayur dan buah yang dapat digunakan sebagai pencegahan maupun pengobatan penyakit, sedangkan apoteker diharapkan dapat melihat perkembangan masyarakat dan mempelajari serta mengembangkan obat tradisional dengan menggunakan tanaman yang tersedia di desa dan yang bisa dibuat sendiri secara mudah.

3.3.3 Pengembangan

Pemaparan di atas menunjukkan bagaimana pengobatan tradisional telah menjadi satu bagian dari pelayanan kesehatan dalam kebijakan pemerintah, itu artinya secara formal keberadaannya telah diakui dan masyarakat pun dapat memanfaatkannya tanpa harus merasa dirugikan dan khawatir akan manfaatnya.

Beralasan bila sejak tahun 1992 pemerintah telah membuka peluang berkembangnya pengobatan tradisional dalam dunia kesehatan di Indonesia. Tidak saja dari jenis pengobat tradisional yang paling banyak berkembang di masyarakat yaitu jenis herbal dan pijat urut bahkan pengobat tradisional yang sifatnya supranatural juga telah semakin dilirik orang. Dengan berbagai keahlian barunya, para pengobat tradisional telah menunjukkan kemampuannya dalam dunia pengobatan. Iklan-iklan yang terpampang di sepanjang jalan merupakan satu indikasi dari keberadaan *battra*, selain itu pula tempat-tempat pengobatan tradisional yang sudah menembus pasar bermunculan di seantero pasar dan mall-mall yang ada di suatu kota.

Masalahnya bagaimana sebetulnya dunia pengobatan tradisional ini dapat berkembang pesat dan bahkan menjadi *trend* pengobatan masa kini. Tidak dapat dipungkiri banyak pasien yang pernah berobat menggunakan pengobatan medis modern, ternyata pada akhirnya juga mencari alternatif lain dalam proses penyembuhannya dengan mencari para pengobat tradisional. Bahkan terjadi suatu proses penyembuhan “kombinasi” atau “komplementer” antara pengobatan yang berciri tradisional dan pengobatan modern. Perpaduan kedua jenis pengobatan itu pula yang telah semakin marak dewasa ini.

Menyikapi situasi seperti itu pula, berbagai upaya pengembangan obat tradisional di Kalimantan Selatan dilakukan dari sejak memberikan pelatihan dan pendidikan, sampai kewajiban untuk mendaftarkan diri yang menjadi salah satu strategi untuk dapat memantau keberadaan para pengobat tradisional itu. Untuk itu pula dinas kesehatan provinsi mengalokasikan dana APBD, untuk program sosialisasi kepada petugas dinas kesehatan kota/kabupaten. Sosialisasi tersebut dimaksudkan dalam kaitannya dengan penggunaan tanaman obat bahan alam Indonesia pada pelayanan kesehatan, yang diadakan sekali dalam setahun. Selain itu, sudah tiga sampai empat tahun terakhir ini ada program warung desa yang menjual obat tradisional, yang kegiatannya dilakukan atas kerja sama bidan desa dan apoteker.

Menyadari atas kecenderungan masyarakat yang menggunakan pengobatan secara tradisional, maka empat tahun yang lalu, para pakar-pakar pengobatan tradisional mengusulkan kepada Kepala Dinas Kesehatan membuat wacana untuk menempatkan pengobatan tradisional secara terpadu di rumah sakit. Langkah yang sudah ditempuh adalah dengan mengadakan sebuah kongres yang mengundang para pakar pengobatan tradisional. Dalam kongres itu membahas tentang kemungkinan dilakukannya pelayanan kesehatan yang sifatnya memadukan dua jenis dan cara pengobatan kesehatan yaitu dengan cara tradisional dan sekaligus secara modern/konvensional. Pada saat itu pula struktur organisasi dari kegiatan ini telah dibentuk, dan telah pula ditetapkan tempat bagi penerapan pengobatan tradisional tersebut yaitu di Rumah Sakit Ulin, yang merupakan rumah sakit milik provinsi Kalimantan Selatan. Namun sayangnya, Kepala Dinas Kesehatan yang mendukung ide ini harus kembali ke Jawa karena periodenya telah selesai, sehingga wacana ini tidak berlanjut sebab kurang mendapat dukungan dari kepala dinas yang baru³). Untuk itu pula secara formal upaya perpaduan pengobatan sebagai program pemerintah telah mendapatkan tempatnya tersendiri dalam dunia kesehatan. Hal ini tidak dapat dipungkiri, karena sebagaimana kita ketahui program ini telah diangkat cukup lama yaitu sejak tahun 2005 bahkan jauh sebelumnya yaitu sejak tahun 1970'an disaat ramainya pembicaraan untuk menengok kembali pada kearifan lokal dengan memanfaatkan sumberdaya alam yang natural sifatnya atau sering juga disebut sebagai *back to nature*.

3.4 Pandangan Masyarakat Terhadap Pengobatan Tradisional

Menurut keterangan yang diperoleh dari beberapa pengobat tradisional bahwa jenis pengobatan tradisional perlu dikembangkan. Artinya pemerintah perlu mendorong keberadaan *battrabattr* yang ada Kota Banjarmasin agar lebih dikenal oleh masyarakat sehingga

³Hasil wawancara dengan salah seorang dokter pada bulan Oktober 2010, yang juga dalam praktiknya melakukan praktik ganda (secara medis modern dan dengan pengobatan secara tradisional)

masyarakat memiliki alternatif pengobatan selain pengobatan konvensional yang sudah biasa dalam dunia modern sekarang. Menurut beberapa pengobat, tampaknya dewasa ini masyarakat sudah semakin banyak mengalami sakit. Tidak hanya sakit secara fisik, tetap juga sakit secara nonfisik. Bahkan, menurut pengalaman para pengobat justru penderita penyakit nonfisik lebih banyak frekuensinya dibandingkan dengan penderita fisik. Atau, pada saat pertama kali berobat menyatakan menderita sakit fisik tetapi setelah dilakukan proses pengobatan ternyata pasien tidak menderita secara fisik tetapi nonfisik.

Dalam perspektif para pasien, keberadaan pengobat-pengobat tradisional ini sangat membantu dan meringankan penderitaan mereka. Bahkan menurut mereka, dengan mengonsumsi obat-obat tradisional yang diberikan oleh pengobat tradisional mereka merasa aman dari efek samping yang dirasakan apabila misalnya mereka berobat ke dokter dan diberikan obat kimiawi. Mengenai kemungkinan diterapkannya *battra* di rumah sakit, para pasien cukup menyatakan dukungannya karena hal tersebut berarti menunjukkan keseriusan pemerintah dalam mengakomodir eksistensi *battra* apalagi diterapkan di rumah sakit pemerintah disertai dengan upaya promosi mengenai keberadaan *battra* di rumah sakit itu. Barangkali akan banyak masyarakat yang datang ke tempat itu.

3.4.1 Profil *Battra*

Departemen Kesehatan (2003: 6-7) mengemukakan bahwa pengobat tradisional dapat diklasifikasikan berdasarkan jenis ketrampilan, ramuan, pendekatan agama dan supranatural. Pengobat tradisional ketrampilan terdiri dari pengobat tradisional pijat urut, patah tulang, sunat, dukun bayi, refleksi, akupresuris, akupunkturis, *chiropractor* dan pengobat tradisional lainnya yang metodenya sejenis. Pengobat tradisional ramuan terdiri dari pengobat tradisional ramuan Indonesia (Jamu), guruh, tabib, shinshe, homoeopathy, aromatherapist dan pengobat tradisional lainnya yang metodenya sejenis. Pengobat tradisional pendekatan agama terdiri dari pengobat tradisional dengan

pendekatan agama Islam, Kristen, Katolik, Hindu, atau Budha. Pengobat tradisional supranatural terdiri dari pengobat tradisional tenaga dalam (prana), paranormal, reiky master, qigong, dukun kebatinan dan pengobat tradisional lainnya yang metodenya sejenis.

Sebagaimana telah dikemukakan di atas bahwa di Kota Banjarmasin ditemukan berbagai jenis pengobatan tradisional. Dari wawancara dengan beberapa orang informan, diperoleh informasi yang berkaitan dengan profil pengobat tradisional tersebut walaupun tidak semua profil pengobat tradisional akan dipaparkan di sini. Salah satu di antaranya yaitu pengobat Muhamad Zaenal, yang berumur 42 tahun. Ia sudah mulai menjalankan profesinya sebagai pengobat sejak 2001 yang dimulai dengan pengobatan refleksi. Cara pengobatan ini pada tahun 2005 kemudian ditinggalkannya dan ia beralih ke pengobatan jenis herbal (ramuan tradisional). Pak Muhamad berpraktik di Jl. Kramat Raya No. 03 RT 12, Banjarmasin. Tetapi sebenarnya ini hanya alamat pada saat pendaftaran di Dinas Kesehatan. Pada realitasnya, ia tidak berpraktik di tempat itu tetapi di tempat lain yang cukup jauh. Apabila menggunakan ojek saja, maka biaya yang harus dibayar sekitar Rp.15 ribu. Banyak yang datang ke Pak Zaenal dengan berbagai penyakit. Ada yang datang dengan keluhan penyakit jantung, tetapi setelah jantungnya dicek secara radiologi ternyata tidak sakit. Pada akhirnya pengobat menggunakan perspektif lain yaitu aspek non-medis. Artinya, secara psikologi pasiennya menderita penyakit yang secara medis bukan fisik, tapi psikhis. Apabila ternyata diketahui ada penyakit nonfisik pada pasiennya, maka Pak Muhamad akan menggunakan pengobatan dengan rukiah, bekam, dan herbal.

Beberapa jenis herbal yang digunakan antara lain:

- (1) *Habbatus saoda* (bahasa Arab), artinya jintan hitam. Pengobatan ini merupakan pengobatan cara nabi yang bermanfaat untuk menyembuhkan kolestrol, tekanan darah tinggi, trigelsik (kolestrol darah yang mengarah ke jantung), dan untuk menyembuhkan tumor kanker di otak. Jintan hitam ini diminum antara dua sampai tiga biji sehari.

- (2) Kunir putih. Jenis herbal ini merupakan herbal asli dari Jawa Tengah, yang sangat bermanfaat untuk menyembuh penyakit kelebihan kolestrol.
- (3) Kurma dan jahe. Kedua tanaman ini digunakan untuk menyembuhkan rematik.
- (4) Kunyit. Tanaman ini digunakan untuk menyembuhkan penyakit maag.

Kebanyakan yang datang ke Pak Muhamad berpenyaki nonfisik (60%), sedangkan untuk penyakit fisik 40%. Untuk penyakit nonfisik yang pertama-tama dilakukan adalah melakukan pencerahan jiwa (siraman agama). Kemudian, secara spiritual dilakukan pengungkapan alam semesta mengenai esensi penciptaan manusia, yang kemudian diakhiri dengan pembacaan ayat-ayat suci Al Quran. Proses ini berlangsung sekitar 1 jam. Tetapi untuk beberapa kasus gangguan jiwa proses penyembuhannya bisa memakan waktu berjam-jam bahkan ada yang sampai sepuluh jam. Dalam proses penyembuhan tadi diberikan pula daun sirih, air putih, dan garam. Sementara itu, untuk proses pengobatan dengan menggunakan cara bekam, digunakan pisau nomor 15. Melalui bekam ini, dicoping bagian yang sakit. Dicop dulu lalu diiris-iris dengan pisau tadi. Pada saat itu akan keluar darah hitam yang merupakan pertanda sakit telah keluar. Untuk jenis pengobatan ini dikenakan biaya pengobatan sebesar Rp.100.000.- per orang sekali datang.

Adapun pengobat lain bernama Tabib Faroki, yang berumur 43 tahun. Ruang praktiknya berbentuk sebuah kamar dan beralamat di Jl. Pramuka Gang Fajar RT 035 RW 001, Banjarmasin. Tabib Faroki telah membuka praktik pengobatannya di Banjarmasin sejak tahun 2002, jadi sudah 8 tahun. Sementara pusatnya ada di Pontianak dan telah beroperasi sejak tahun 2000. Pengobatan tradisional yang dilakukannya dapat dibagi atas dua kategori yaitu ramuan cina dan susuk. Ramuan cina digunakan untuk pasien yang lemah syahwat dengan tujuan untuk menambah hormon. Bahan ramuan cina tersebut biasanya dibeli di toko obat lalu kemudian diracik lagi oleh sang tabib menjadi butiran berwarna merah kehitam-hitaman. Setiap paket ramuan berisi 100 butir

racikan yang harganya Rp.100.000.- tiap paket. Cara pemakaiannya yaitu diminum 3 x 3 butir sehari dan ditambah dengan meminum kuning telur pada tiap malamnya. Menurut sang tabib, biasanya setelah diminum selama tiga hari langsung dirasakan khasiatnya atau sudah ada reaksinya. Jenis pengobatan kedua yaitu dengan susuk. Susuk ini terdiri dari dua jenis, yaitu susuk untuk laki-laki dan susuk untuk perempuan. Susuk untuk laki-laki digunakan untuk melancarkan usaha dan untuk menambah ketampanan, sedangkan susuk untuk perempuan (gurah vagina) digunakan untuk memperlancar usaha dan untuk menambah kecantikan. Susuk untuk perempuan ini dibubuhkan di alat vital perempuan untuk menyerap lendir dan 5 menit kemudian alat vitalnya dicuci sampai bersih. Untuk bahan susuk dapat dikategorikan atas empat macam, yaitu susuk berlian (harganya Rp.200.000), susuk samberlilin (Rp.300.000), susuk emas (Rp.150.000), dan susuk intan (Rp.150.000). Pantangan untuk yang menggunakan susuk yaitu tidak boleh makan pisang mas dan daun kelor. Jumlah pasien yang datang ke tabib ini rata-rata sebulan sekitar 12-15 orang dan rata-rata merupakan kelompok masyarakat yang berada pada kelas ekonomi menengah ke bawah.

Seorang pengobat lain bernama KY Mursalin Hidayat. Praktik pengobatannya sudah berlangsung sejak tahun 1997. Jenis pengobatan yang dijalannya yaitu herbal yang divariasikan dengan pengobatan secara agama apabila penderita mengidap penyakit nonfisik. Beberapa jenis penyakit fisik yang diobatinya yaitu diabetes, asam urat, reumatik, stroke, liver, ginjal, ambeien, dan asma. Biayanya yakni Rp.50.000 (tetapi ada pasien yang menambah). Untuk penyakit diabetes, misalnya, dilakukan terapi air putih 100 hari dikombinasikan dengan mengubah pola hidup/pola makan. Sementara itu, untuk penyakit asam urat diberikan beberapa ramuan yang terdiri dari madu (khusus untuk pengobatan), jintan hitam, kencur, dan temulawak. Madu dan jintan hitam biasanya digunakan untuk segala macam penyakit. Untuk sakit reumatik, biasanya diberikan jahe merah, kencur, temulawak, cabe hitam, dan bawang putih. Akan tetapi, belakangan ini banyak yang datang karena penyakit nonfisik. Beberapa di antaranya seperti ada

orang gila yang dipasung (tiga kali datang langsung sembuh), persoalan yang berkaitan dengan rumah tangga yang tidak rukun karena suami/isteri berselingkuh, anak narkoba, dan lain sebagainya. Menurut pengakuan Pak Hidayat, pasien yang datang sebulan berjumlah rata-rata 8 pasien. Sebenarnya, Pak Hidayat diberikan talenta khusus untuk pengobatan saraf pinggang. Anak Pak Hidayat sendiri (KY Mahdi Rifki) juga melakukan pengobatan tetapi khusus untuk tenaga dalam/kebatinan. Sementara itu, istri Pak Hidayat akan melayani pengobatan apabila pasiennya perempuan.

Selain pengobat-pengobat di atas, terdapat pula pengobat bernama Bobby Singh yang cukup terkenal di Kota Banjarmasin. Karena sering praktik juga di kota lain, maka kadang-kadang digantikan oleh anaknya bernama Rosa yang juga melakukan pengobatan khususnya spesialisasi mata. Menurut pengakuan Rosa, keahlian pengobatan ini merupakan keterampilan yang diperoleh secara turun-temurun. Di klinik yang beralamat di Jl. Perintis Kemerdekaan No. 60 ini, mereka melayani beberapa pelayanan pengobatan yaitu pengobatan mata, ambeien, dan lemah syahwat. Khusus untuk pengobatan mata, biasanya pasien mengidap penyakit buta warna, mata kabur, dan katarak. Penyakit yang terakhir disebutkan merupakan penyakit yang paling banyak diderita para pasien.

Salah satu pengobat dari kalangan tabib/shinse bernama Husin Kurniajinata (Jie Yung Sing). Umurnya sudah 58 tahun dan melakukan pengobatan di rumahnya di Jl. Rantauan Darat No. 7 RT. 20, RW. 07, Banjarmasin. Ia melakukan pengobatan terhadap berbagai macam penyakit melalui cara shinse. Ia pada mulanya hanyalah sesosok manusia yang suka menolong orang. Kalau ada teman yang sakit, dipijat dan diurut langsung sembuh. Sebelum tahun 2006 praktik yang dilakukannya bersifat gratis sehingga dalam sehari bisa saja yang datang berobat sampai sekitar 20 orang. Tetapi, setelah tahun 2006 di mana sudah mulai dipasang tarif yakni Rp.300.000 per orang, yang datang hanyalah satu atau dua orang saja dalam sebulan. Pak Husin dalam melakukan pengobatannya pertama-tama dengan cara dipijat

bagian mana yang terasa sakit. Setelah itu barulah diberikan ramuan Cina yang digabungkan dengan ramuan tradisional⁴.

Seorang pengobat tradisional bernama Gunawan berumur 48 tahun dan melakukan pengobatan di rumahnya. Ia sudah memulai praktik pengobatannya sejak tahun 2006. Hanya saja tampaknya kegiatannya ini bukanlah profesi satu-satunya, tetapi ia juga memiliki bisnis lain di luar rumah yang harus diurusnya, yaitu jual beli elektronik. Pasien yang datang berobat ke tempatnya biasanya menderita masuk angin, pegal-pegal, dan darah tinggi. Akan tetapi banyak juga dari mereka yang menderita sakit reumatik dan asam urat. Mula-mula pengobat akan memijat di bagian yang terasa sakit. Sebelum itu pasien terlebih dahulu diukur tekanan darahnya. Setelah dipijat, pasien akan diberikan obat sesuai dengan penyakitnya. Tampaknya tidak semua obat yang diberikan berasal dari racikan sang pengobat. Ada pula yang dibeli di toko obat. Misalnya, untuk menambah nafsu makan diberikan minyak ikan (khusus untuk anak-anak). Atau ada pula untuk sakit-sakit tertentu diberikan laserin dan jamu (akar pinang). Untuk menurunkan darah tinggi dan kolestrol ada pula ramuan yang dibuat sang pengobat yakni yang berasal dari daun murbai (makanan ulat sutra) yang dihaluskan lalu digoreng. Setelah itu, daun ditumbuk dan disaring lalu diminum sebanyak satu gelas. Menurutny, pasien yang datang dalam sebulan rata-rata antara 10-15 orang. Biayanya bersifat sukarela dan biasanya pasien memberikan di kisaran antara Rp.10.000–Rp.20.000.

Selain pengobat-pengobat yang berizin Departemen kesehatan sebagaimana dikemukakan di atas, terdapat pula beberapa praktik *battr* yang sempat teridentifikasi dalam observasi lapangan yang melakukan praktiknya bukan di rumah tinggalnya tetapi di ruko. Salah satu di antaranya bernama “Golden Hands Art” Refleksiologi & Message yang dimiliki oleh Bapak Darmawan. Tempat praktiknya berlokasi di Ruko Golden Hands (Jl. Kampug Melayu Darat No. 5) yang baru dibuka pada tanggal 24 Juli 2010. Ada dua jenis praktik

⁴Jenis ramuan ini dirahasiakan oleh pengobat.

battr yang diterapkan di sini, yaitu refleksi dan urut. Biasanya dilakukan refleksi terlebih dahulu baru kemudian diurut. Pegawai yang ada di tempat ini terdiri dari 12 orang terapis laki-laki dan 5 orang terapis perempuan yang kesemuanya berasal dari Bandung dan Tasikmalaya. Kesemuanya dilatih terlebih dahulu, walaupun ada pula yang sudah memiliki pengalaman. Biaya yang dikenakan yaitu Rp.85.000/2 jam. Maksud dari refleksi tersebut yaitu untuk melancarkan peredaran darah dan mengurangi resiko terkena stroke, sedangkan pijat dapat mengatasi migran, meredakan nyeri haid, dan meningkatkan kekebalan tubuh. Kebanyakan yang datang ke tempat ini disebabkan oleh keluhan pegal-pegal dan capek.

Beberapa pengobat lain yang diobservasi tampaknya tidak berpraktik sesuai dengan alamat yang tertera di dalam izin yang dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan sehingga cukup menyulitkan peneliti mengumpulkan informasi atau data yang berkaitan dengan pengobatan yang dijalankannya. Salah satu di antaranya yaitu Bekam Hijamah “Detoksifikasi” yang bermanfaat untuk mengeluarkan dan membuang racun/toksin dan oxidant dari dalam tubuh.

3.4.2 Profil Pasien

Bagian ini akan memaparkan profil beberapa pasien yang pernah mengalami sakit dan menjalani pengobatan ke pengobat tradisional. Seorang pasien bernama Agus Herisantoso, berumur 21 tahun menyatakan bahwa ia pernah menderita penyakit mata (mata lelah) dan matanya selalu berair. Ia sering mengantuk sudah sekitar setahun lebih. Ia lalu pergi berobat ke Tabib Boby. Sebelumnya ia tidak pernah ke dokter. Di sana ia menjalani pengobatan dengan dipijat saraf sekitar mata. Biaya terapi saraf mata ini yaitu Rp.100.000. Setelah terapi sekitar 15 menit tersebut maka akan diketahui apakah ada saluran air mata yang tersumbat atau tidak. Beberapa penyakit yang dapat memengaruhi mata antara lain kencing manis, darah tinggi, darah rendah, dan kolestrol. Untuk pencegahan agar mata tetap sehat maka disarankan untuk memakan wortel, daun singkong, daun kangkung, bayam, kentang, dan ubi jalar. Sementara itu, jenis buah-buahan yang

baik untuk kesehatan mata yaitu pepaya, semangka, dan tomat. Sementara itu, ada beberapa pantangan yang diberikan antara lain rokok, kopi, minuman soda (fanta, sprite, coca-cola, dll.), daging kambing, durian, mie instan/bakso, cabe/sambal, goreng-gorengan, dan ikan asin.

Seorang pasien bernama Hendra menderita penyakit polip dan sesak nafas. Ia pergi ke Pengobat KY Mursalin Hidayat. Dalam melakukan proses penyembuhan terhadap Hendra, Pak Hidayat melakukan pijat saraf dan kemudian digurah (gurah herbal). Dalam proses ini, Pak Hidayat memasukan ke dalam hidung cairan khusus yang sudah dipersiapkan terlebih dahulu. Setelah berselang sekitar 5 menit barulah cairan itu dikeluarkan lagi. Tujuannya yaitu untuk membersihkan lendir yang ada di dalam hidung. Proses penyembuhan ini sangat bagus dan cocok bagi orang yang menderita ketergantungan terhadap narkoba atau rokok. Adapun cairan yang dimasukkan ke dalam hidung tadi terbuat dari daun serigunggu (berasal dari Jawa), jahe atau sirih, dan kemangi. Semua bahan tadi ditumbuk, dicampur air hangat dan disaring. Untuk sirih terlebih dahulu harus direndam. Hendra akhirnya sembuh dengan cara pengobatan seperti ini.

Salah seorang pasien yang pernah berobat ke *battr*a (Husin) bernama Yulia berumur 21 tahun. Sebelumnya ia mengalami sakit yaitu nyeri di perut yang sakitnya luar biasa pada waktu haid selama empat hari berturut-turut. Tetapi setelah diobati oleh Shinse Husin melalui pengobatan alternatif yang dijalankannya Yulia sembuh dari sakitnya. Ada pula pasien lain bernama Sundari yang mengalami sakit tenggorokan sudah lama sekali, dan setelah berobat ke Shinse Husin, ia mendapatkan kesembuhan. Menurut mereka, pengobatan alternatif ini perlu dilanjutkan dan dikembangkan karena dapat membantu masyarakat yang membutuhkan pengobatan secara tradisional.

Kesembuhan dari sakit merupakan dambaan semua manusia termasuk seorang pasien bernama Ribka Jaya yang menjalani pengobatan di tempat praktik atau klinik Tabib Bobby Singh. Ribka yang berumur 40 tahun itu sudah lama menderita penyakit katarak. Hal

yang sama terjadi pula pada seorang pasien lain bernama Nor Bangkit yang berumur 19 tahun, walaupun dalam kasusnya tidak katarak tetapi mata minus. Dengan biaya terapi I sebesar Rp.100.000 dan selanjutnya tiap kali datang sebesar Rp.50.000 untuk biaya terapi saraf mata mereka menjalani terapi seminggu tiga kali. Biasanya setelah diurut saraf matanya maka tabib akan memberikan obat yang sesuai dengan kebutuhan untuk penyembuhan sakitnya. Alhasil, setelah melakukan terapi beberapa kali Ribka dan Nor memperoleh hasil atau perubahan dalam kondisi matanya ke arah yang lebih baik.

Dalam kesempatan penelitian ini diperoleh informasi pula dari beberapa pasien lain seperti dari Rahmat yang berumur 35 tahun. Ia sudah sekitar delapan tahun menderita batuk darah. Malah ia sudah pernah berobat ke dokter tetapi belum sembuh-sembuh juga. Atas saran serorang temannya ia pergi berobat ke Shinse Husin. Setelah beberapa kali dilakukan pengobatan akhirnya kondisi kesehatannya secara perlahan mulai menunjukkan indikator ke arah yang positif atau kesembuhan.

3.4.3 Pandangan tentang *Battra*

Menurut keterangan yang diperoleh dari beberapa pengobat tradisional bahwa jenis pengobatan ini perlu dikembangkan. Artinya pemerintah perlu mendorong keberadaan *battra-battra* yang ada Kota Banjarmasin agar lebih dikenal oleh masyarakat sehingga masyarakat memiliki alternatif pengobatan selain pengobatan konvensional yang sudah biasa dalam dunia modern sekarang. Menurut beberapa pengobat, tampaknya dewasa ini masyarakat sudah semakin banyak mengalami sakit. Tidak hanya sakit secara fisik, tetapi juga sakit secara nonfisik. Bahkan, menurut pengalaman para pengobat justru penderita penyakit nonfisik lebih banyak frekwensi kemunculannya dibandingkan dengan penderita fisik. Atau, pada saat pertama kali berobat menyatakan menderita fisik tetapi setelah dilakukan proses pengobatan ternyata pasien tidak menderita secara fisik tetapi nonfisik.

Dalam perspektif para pasien, keberadaan pengobatan-pengobatan tradisional ini sangat membantu dan meringankan penderitaan mereka. Bahkan menurut mereka, dengan mengonsumsi obat-obat tradisional yang diberikan oleh pengobat, mereka aman dari efek samping yang dirasakan apabila misalnya mereka berobat ke dokter dan diberikan obat kimiawi. Mengenai kemungkinan diterapkannya *battr* di rumah sakit, para pasien cukup menyatakan dukungannya karena hal tersebut berarti menunjukkan keseriusan pemerintah dalam mengakomodir eksistensi *battr* apalagi diterapkan di rumah sakit pemerintah. Barangkali akan banyak masyarakat yang datang ke tempat itu, apalagi disertai dengan upaya promosi mengenai keberadaan *battr* di rumah sakit itu.

3.4.4 Faktor yang Memengaruhi Penggunaan *Battr*

Pemanfaatan pengobatan tradisional di daerah Kalimantan Selatan, khususnya di Banjarmasin dapat dipengaruhi oleh dua faktor yaitu faktor internal dan faktor eksternal yang tentunya turut melingkupi pilihan masyarakat dalam memenuhi kebutuhan kesehatannya secara maksimal. Kedua faktor ini secara bersama-sama menjadi pertimbangan-pertimbangan tersendiri bagi masyarakat dalam aspek kesehatan ini. Faktor internal yang dimaksud yaitu adanya pola pemikiran dari masyarakat sendiri yang sudah semakin menyadari bahwa pengobatan tradisional lebih aman dan tidak membawa efek samping seperti halnya pada pengobatan konvensional yang selama ini telah diketahuinya. Tampaknya hal ini dipengaruhi oleh pengalamannya sendiri atau orang lain yang pernah menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan konvensional.

Dalam perspektif eksternal, ada dua faktor penyebab pemakaian *battr* ini oleh masyarakat. *Pertama*, faktor ekonomi cukup memegang peranan penting dalam pilihan masyarakat terhadap suatu jenis pelayanan kesehatan. Untuk kasus *battr*, masyarakat atau para pasien pun lebih memilih *battr* daripada dokter dengan pertimbangan ekonomis. Hal ini tentunya didorong pula oleh kondisi ekonomi yang semakin mendesak kehidupan masyarakat. Naiknya harga-harga barang

turut berimbang pada pilihan pelayanan yang harus dipenuhi oleh masyarakat terutama masyarakat ekonomi menengah ke bawah. Faktor *kedua* yaitu kondisi sosial kemasyarakatan yang cenderung lebih memilih pelayanan kesehatan melalui pengobatan alternatif. Tampaknya hal ini cukup memengaruhi pilihan-pilihan masyarakat ke arah pengobatan tradisional.

3.4.5 Harapan dari Pengobat Tradisional dan Pasien dalam Penggunaan *Battra*

Baik dari sisi pengobat tradisional maupun sisi pasien tampaknya menunjukkan harapan yang besar terhadap pemakaian *battra* oleh masyarakat. Tentunya hal ini tidak lepas dari faktor pengalaman terhadap pelayanan kesehatan konvensional yang dirasakan masyarakat selama ini beserta hasil-hasil yang secara tidak langsung telah mengarahkan orientasi pemenuhan kebutuhan kesehatan masyarakat untuk kembali kepada hal-hal yang alamiah, misalnya herbal atau ramuan tradisional Indonesia.

Berdasarkan wawancara dengan beberapa informan di lapangan diperoleh informasi bahwa mereka sangat mengharapkan agar pemerintah aktif dalam mengembangkan dan memajukan pengobatan alternatif yang tentunya dapat memenuhi kebutuhan masyarakat. Artinya, diharapkan adanya regulasi yang baik berkenaan pengobatan alternatif baik dari tingkat pusat sampai ke daerah sehingga masyarakat secara keseluruhan terutama masyarakat miskin dapat menjangkau fasilitas kesehatan dimaksud.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

4.1 Kesimpulan

Berkaitan dengan adanya upaya untuk mengangkat eksistensi pengobatan tradisional yang ada di Indonesia, pemerintah (Dinas Kesehatan) Provinsi Jawa Tengah telah berusaha menerapkannya secara terpadu pada sistem pelayanan kesehatan formal/rumah sakit, khususnya Rumah Sakit Kelet dan Rumah Sakit Prof. Margono Soekarjo. Namun dari hasil penelitian mengenai penerapan pengobatan tradisional pada dua rumah sakit tersebut, diperoleh kesimpulan sebagai berikut:

(a) *Pilot project* pelayanan kesehatan secara terpadu dengan menerapkan pengobatan secara komplementer di Rumah Sakit Kelet yang terletak di Kabupaten Jepara, belum berjalan sebagaimana yang diharapkan, sehingga konsep komplementer belum dapat diterapkan sepenuhnya. Hal ini disebabkan oleh:

- Sejarah “dramatis” rumah sakit yang semula dikenal sebagai rumah sakit untuk menampung penderita kusta menjadi rumah sakit umum. Diperlukan suatu langkah yang arif untuk mengubah “image” rumah sakit agar tidak ditakuti atau dijauhi warga masyarakat. Untuk menghilangkan stigma sebagai rumah sakit yang menakutkan dilakukan berbagai upaya diantaranya dengan cara mencoba untuk mengubah nama rumah sakit dan hal ini belum dapat dijalankan, karena pihak rumah sakit masih bergelut dengan upaya pembenahannya.
- Untuk tidak meninggalkan tugas pokoknya sebagai tempat pelayanan kesehatan, tanggungjawab rumah sakit terhadap para penderita kusta masih dijalankan yaitu dalam bentuk pengawasan dan evaluasi, karena penanganannya sudah

diserahkan pada pihak rumah sakit Donorejo yang secara khusus merupakan rumah sakit yang akan menangani para penderita kusta. Dengan demikian bagi penderita penyakit kusta tidak perlu merasa khawatir bila mereka akan ditelantarkan oleh pihak rumah sakit. Selama ini mereka masih dalam pengawasan dan dilayani pada tingkat rehabilitasinya. Dalam pelaksanaannya, pihak rumah sakit telah melakukan pemisahan tempat pelayanan. Dimana adanya pemisahan yang tegas seperti ini diharapkan dapat menghilangkan stigma rumah sakit Kelet yang selama ini dipandang sebagai rumah sakit yang menakutkan.

- b. Dalam kaitannya dengan upaya pelayanan kesehatan terpadu, maka untuk saat ini pemberian pelayanan pengobatan secara komplementer baru dilakukan bagi penderita penyakit kusta dengan memberikan pengobatan dari jenis herbal dan telah dilakukan dengan memberikan *Virgin Coconut Oil* (VCO) yang dibikin di rumah sakit tersebut. Sementara itu jenis lain yang juga sudah berjalan adalah jenis pengobatan tradisional dengan cara pijat dengan menggunakan jahe merah, kegiatan ini sudah diaplikasikan di rumah sakit kelet selama tiga tahun (sejak tahun 2007).
- c. Program *Complementary Alternatif Madical* (CAM) merupakan program jangka panjang bagi Rumah Sakit Kelet (yaitu untuk program tahun 2025).
- d. Pada saat ini Rumah Sakit Kelet masih berbenah diri untuk melengkapi sarana dan prasarana penunjang program tersebut.
- e. Sementara itu, hasil yang diperoleh dari *pilot project* di Rumah Sakit Margono Soekarjo - Purwokerto menunjukkan hasil yang sedikit berbeda, karena di rumah sakit ini sudah menyediakan pelayanan kesehatan terpadu dengan membuka poliklinik yang melayani pengobatan dengan akupunktur. Dengan demikian, tampaknya pengobatan komplementer alternatif yang dioperasionalkan secara terintegrasi dalam sistem pelayanan

terpadu di Rumah Sakit Prof. dr. Margono Soekarjo di Purwokerto merupakan suatu upaya yang cukup baik dalam memberikan akses terhadap pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Dengan adanya pengobatan jenis ini di rumah sakit maka masyarakat tidak perlu lagi datang ke pengobatan sejenis yang berada di luar rumah sakit yang selama ini dianggap kurang higienis dalam cara pengobatannya.

- f. Namun, sayangnya penerapan pengobatan komplementer yang ada di Rumah Sakit Margono Soekarjo tersebut masih kurang diketahui oleh masyarakat. Kurangnya informasi yang dimiliki masyarakat berkaitan dengan jenis pengobatan ini tampaknya merupakan suatu pekerjaan rumah bagi pemerintah khususnya pihak rumah sakit agar lebih mempertimbangkan lagi secara lebih baik dan dapat mengeluarkan kebijakan-kebijakan yang mendukung program atau penerapan pengobatan alternatif di rumah sakit. Tentunya, upaya-upaya promosi dan pendanaan yang memadai perlu diperoleh klinik pengobatan ini sehingga apa yang telah dibangun dan telah dimulai pada tahun 2007 tersebut tidak sia-sia tetapi dapat memberikan kontribusi positif bagi pembangunan kesehatan, khususnya pembangunan kesehatan yang dapat dirasakan secara langsung oleh masyarakat dan pemerintah Kabupaten Banyumas sendiri.
- g. Hasil penelitian di Banjarmasin menunjukkan bahwa sebagaimana kota-kota lain di Indonesia, di kota tersebut pun sarat dengan kepercayaan dan kebiasaan masyarakatnya terhadap cara-cara pengobatan yang sifatnya tradisional. Penelitian eksploratif berkaitan dengan pengobatan tradisional di kota tersebut juga dapat memberikan gambaran mengenai fasilitas-fasilitas kesehatan sekunder yang dikelola oleh masyarakat secara mandiri. Dari semua jenis pengobatan tradisional yang ada di kota ini, tampaknya pengobat tradisional yang disebut “tuan Guru” yaitu seorang ustad yang diyakini masyarakat bisa memberikan pertolongan pengobatan dengan memberikan “banyu” (air doa). mempunyai tempat tersendiri bagi masyarakat kota Banjarmasin.

- h. Sementara itu, berkaitan dengan kebijakan pelayanan kesehatan terpadu, di kota Banjarmasin masih belum ada kebijakan yang mengarah kepada hal itu. Padahal dari sisi pengobat tradisionalnya sendiri sudah cukup berperan banyak bagi masyarakatnya, karena cukup banyak masyarakat yang menggunakan pengobatan dengan cara tradisional, baik dengan herbal maupun lainnya.

4.2 Saran

Penelitian berkaitan dengan pengobatan tradisional ini tampaknya cukup memberikan gambaran mengenai fasilitas-fasilitas kesehatan sekunder yang dikelola oleh masyarakat secara mandiri,. Dalam situasi kehidupan yang serba mahal dewasa ini dan semakin membebani kehidupan masyarakat khususnya masyarakat ekonomi lemah tampaknya pemerintah perlu menciptakan regulasi-regulasi dan inovasi-inovasi pelayanan kesehatan yang semakin maksimal yang dapat dirasakan oleh masyarakat secara keseluruhan. Salah satu upaya dalam rangka penguatan fasilitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat yakni dengan semakin gencar dan proaktif mendorong dan mengembangkan pengobatan tradisional yang ada dalam masyarakat. Hal ini tentunya perlu dibarengi dengan kontrol yang cukup sehingga baik pengobat maupun pasien sama-sama mendapatkan keuntungan yang seimbang dalam rangka pembangunan kesehatan masyarakat yang optimal.

Di samping memberi keleluasaan bagi masyarakat dalam membuka praktik-praktik pengobatan tradisional secara mandiri, juga memberikan peluang untuk membuka praktik pengobatan tersebut di klinik-klinik maupun rumah sakit. Sehingga dapat secara terpadu berada dalam pelayanan kesehatan formal. Dengan demikian, selain secara terpadu keberadaannya, juga dapat diterapkan secara terintegrasi dalam membantu pengobatan penyakit pasien yang berobat ke rumah sakit.

Di samping itu, juga perlu adanya peningkatan sumber daya manusia baik dari pihak tenaga medis modern/konvensional, maupun dari para tenaga kesehatan tradisional. Hal ini penting diperhatikan karena dengan tenaga yang trampil dan sesuai dengan kompetensinya maka masyarakat tidak akan ragu lagi terhadap cara pengobatan yang diberikan untuk pengobatan penyakitnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Aiken, L. R. 1996. *Rating Scale & Checklists: evaluating behavior, personality and attitude*. Canada: John Wiley & Sons, Inc.
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Banyumas. 2009. *Kabupaten Banyumas Dalam Angka*. Banyumas: Badan Pusat Statistik.
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Jepara. 2007. *Kabupaten Jepara Dalam Angka*. Jepara: Badan Pusat Statistik.
- Budihardjo, Eko. 1995. *Menguak Kearifan Pengobatan Tradisional: Percikan masalah arsitektur, perumahan, perkotaan*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- Campbell, Tom. 1994. *Tujuh Teori Sosial: Sketsa, Penilaian, Perbandingan*. Jakarta: Penerbit Kanisius.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 1999. *Pedoman Masyarakat Pengobatan Sendiri di Rumah dengan Tanaman Obat dan Akupresur*. Edisi VI. Jakarta: Dirjen Pembinaan Kesehatan Masyarakat, Direktorat Bina Peran Serta Masyarakat.
- _____. 2004. *Pedoman Teknis Penelitian Pengobatan Tradisional*. Jakarta: Direktorat Kesehatan Komunitas, Dirjen Bina Kesmas Dep-Kes Republik Indonesia, untuk Sentra P3T. Bakti Husada.
- _____. 2006. *Pedoman Teknis Penelitian "Pengobatan Tradisional"*. Jakarta: Direktorat Kesehatan Komunitas, Dirjen Bina Kesmas Dep-Kes Republik Indonesia, untuk Sentra P3T. Bakti Husada.
- _____. 2007. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1109/Menkes/Per/LX/ 2007 tentang Penyelenggaraan Pengobatan Komplementer – Alternatif di Fasilitas Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Direktorat Bina

Pelayanan Medik Dasar, Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik, Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

_____. 2007. *Standar Pelayanan Medik Akupunktur*. Jakarta: Direktorat Bina Pelayanan Medik Dasar, Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik, Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

_____. 2009. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 121/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Medik Herbal*. Jakarta: Direktorat Bina Pelayanan Medik Dasar, Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik, Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

_____. 2009. *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.

Dewi, Ratna Umar dkk. 2007. *Pedoman Pola Rujukan Pelayanan Medik Pengobatan Komplementer-Alternatif*. Jakarta: Direktorat Bina Pelayanan Medik Dasar-Direktorat Jendral Pelayanan Medik-Departemen Kesehatan TI.

Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas. 2009. *Profil Kesehatan Kabupaten Banyumas Tahun 2008*. Banyumas: Dinas Kesehatan.

Dove, Michael R. 1985. *Peranan Kebudayaan Tradisional Indonesia Dalam Modernisasi*. Jakarta: Yayasan Obor Indonesia.

Elliot, A. D. Timothy dan W. Robin. 2004. *Social Psychology (4^{ed})*. New Jersey: Pearson Education, Inc.

Fatimah, Nyayu. 2009. *Pengobatan Tradisional: Alternatif Masyarakat dalam Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Di Kota Palembang*, dalam buku hasil penelitian Aplikasi Pengobatan Tradisional Dalam Pelayanan Kesehatan Terpadu. Jakarta: LIPI Press.

Fatimah, Nyayu (ed). 2009. *Aplikasi Pengobatan Tradisional dalam Pelayanan Kesehatan Terpadu*. Jakarta: LIPI Press.

- Foster, George M. dan Barbara Gallatin Anderson. 1986. *Antropologi Kesehatan*. Jakarta: Univ Indonesia Press.
- Graeff, Judith A. dkk. 1996. *Komunikasi Untuk Kesehatan dan Perubahan Perilaku*. Jakarta: Gajah Mada Univ Press.
- Hunt, Edward E., Jr. 1978. *Health and the Human Condition: Perspective on Medical Anthropology*. Massachusetts: North Scituate.
- Indrawasih, Ratna. 2009. *Persepsi dan Sikap Masyarakat Kota Semarang Terhadap Pengobatan Tradisional*, dalam Buku Laporan Penelitian Aplikasi Pengobatan Tradisional Dalam Sistem Pelayanan Kesehatan Terpadu. Jakarta: LIPI Press.
- Johnston, Susan L. 2002. "Native American Traditional and Alternative Medicine". *Jurnal The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, Volume 583, September 2002, hlm. 195-213.
- Kendler, Howard H. 1974. *Basic Psychology*.
- Koentjaraningrat dan A. A. Loedin. 1985. *Ilmu-ilmu Sosial dalam Pembangunan Kesehatan*. Jakarta: PT Gramedia.
- Kunto Widyo, Dr. M Kes.Mrs. 2008. *Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Umum Daerah Kelet Tahun 2008–2012*; RSUD Kelet , Provinsi Jawa Tengah
- Muhadjir, N. 1995. *Pengukuran Kepribadian: Telaah Konsep dan Teknik Penyusunan Test Psikometri dan Skala Sikap*. Yogyakarta: Rake Sarasin.
- Ohoiwutun, Triana, YA. 2007. *Bunga Rampai Hukum Kedokteran: Tinjauan dari berbagai peraturan perundangan dan UU Praktik Kedokteran*. Malang: Bayumedia Publishing.
- Profil Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Prof. Dr. Margono Soekarjo. Pusat Kajian Pembangunan Kesehatan, Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2009. *Rencana Pembangunan Jangka Panjang*

Bidang Kesehatan 2005-2025. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

- Sembiring, Sentosa. 2006. *Himbunan Undang-Undang Tentang Perlindungan Konsumen dan Peraturan Perundang-Undangan Yang Terkait*. Bandung: Nuansa Aulia.
- Supardi, Sudiby, Sarjani Jamal dan Raharni. Tanpa Tahun. *Pola Penggunaan Obat, Obat Tradisional, dan Cara Tradisional dalam Pengobatan Sendiri di Indonesia*. Jakarta: Litbang Depkes RI.
- Sukidin. 2005. *Pembunuhan Dukun Santet: Studi Kekerasan Kolektif dalam Perspektif Kostruktivistik*. Surabaya: Program Studi Ilmu-ilmu Sosial Program Pasca Sarjana Univ Airlangga.
- Tumanggor, R. 1999. "Sistem Kepercayaan Dan Pengobatan Tradisional". *Studi Penggunaan Ramuan Tradisional Dalam Pengobatan Masyarakat Barus Suku Bangsa Batak Tapanuli Tengah, Sumatra Utara*. Progam Pasca Sarjana Universitas Indonesia.
- _____. 2010. Makalah Pembahasan Seminar Riset Disain "Aplikasi Pengobatan Tradisional Dalam Sistem Pelayanan Kesehatan Terpadu", diselenggarakan PMB-LIPI, 2010.

Sumber Internet

- [http://apotekputer.com/ma/index.php?option=com_content&task=view&id=131 &Itemid=63](http://apotekputer.com/ma/index.php?option=com_content&task=view&id=131&Itemid=63), diakses 19 April 2009.
- <http://www.elexmedia.co.id/pdf/EMK170070522%20%20Pilih%20Jamu%20dan%20Herbal%20Tanpa%20Efek%20Samping.pdf>.
- <http://petrusfs.conv2007/10/10/iman-kristen-pengobatan> atau <http://melayu>, Bani Sudardi, Humaniora Volume XIV.No.1/2000
- <http://www.kompas.com/kesehatan/news/0207/02/191217.htm>

- Foster, George M. dan Barbara Gallatin Anderson. 1986. *Antropologi Kesehatan*. Jakarta: Univ Indonesia Press.
- Graeff, Judith A. dkk. 1996. *Komunikasi Untuk Kesehatan dan Perubahan Perilaku*. Jakarta: Gajah Mada Univ Press.
- Hunt, Edward E., Jr. 1978. *Health and the Human Condition: Perspective on Medical Anthropology*. Massachusetts: North Scituate.
- Indrawasih, Ratna. 2009. *Persepsi dan Sikap Masyarakat Kota Semarang Terhadap Pengobatan Tradisional*, dalam Buku Laporan Penelitian Aplikasi Pengobatan Tradisional Dalam Sistem Pelayanan Kesehatan Terpadu. Jakarta: LIPI Press.
- Johnston, Susan L. 2002. "Native American Traditional and Alternative Medicine". *Jurnal The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, Volume 583, September 2002, hlm. 195-213.
- Kendler, Howard H. 1974. *Basic Psychology*.
- Koentjaraningrat dan A. A. Loedin. 1985. *Ilmu-ilmu Sosial dalam Pembangunan Kesehatan*. Jakarta: PT Gramedia.
- Kunto Widyo, Dr. M Kes.Mrs. 2008. *Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Umum Daerah Kelet Tahun 2008–2012*; RSUD Kelet , Provinsi Jawa Tengah
- Muhadjir, N. 1995. *Pengukuran Kepribadian: Telaah Konsep dan Teknik Penyusunan Test Psikometri dan Skala Sikap*. Yogyakarta: Rake Sarasin.
- Ohoiwutun, Triana, YA. 2007. *Bunga Rampai Hukum Kedokteran: Tinjauan dari berbagai peraturan perundangan dan UU Praktik Kedokteran*. Malang: Bayumedia Publishing.
- Profil Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Prof. Dr. Margono Soekarjo. Pusat Kajian Pembangunan Kesehatan, Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2009. *Rencana Pembangunan Jangka Panjang*

Bidang Kesehatan 2005-2025. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

Sembiring, Sentosa. 2006. *Himbunan Undang-Undang Tentang Perlindungan Konsumen dan Peraturan Perundang-Undangan Yang Terkait*. Bandung: Nuansa Aulia.

Supardi, Sudibyo, Sarjani Jamal dan Raharni. Tanpa Tahun. *Pola Penggunaan Obat, Obat Tradisional, dan Cara Tradisional dalam Pengobatan Sendiri di Indonesia*. Jakarta: Litbang Depkes RI.

Sukidin. 2005. *Pembunuhan Dukun Santet: Studi Kekerasan Kolektif dalam Perspektif Kostruktivistik*. Surabaya: Program Studi Ilmu-ilmu Sosial Program Pasca Sarjana Univ Airlangga.

Tumanggor, R. 1999. "Sistem Kepercayaan Dan Pengobatan Tradisional". *Studi Penggunaan Ramuan Tradisional Dalam Pengobatan Masyarakat Barus Suku Bangsa Batak Tapanuli Tengah, Sumatra Utara*. Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia.

_____. 2010. Makalah Pembahasan Seminar Riset Disain "Aplikasi Pengobatan Tradisional Dalam Sistem Pelayanan Kesehatan Terpadu", diselenggarakan PMB-LIPI, 2010.

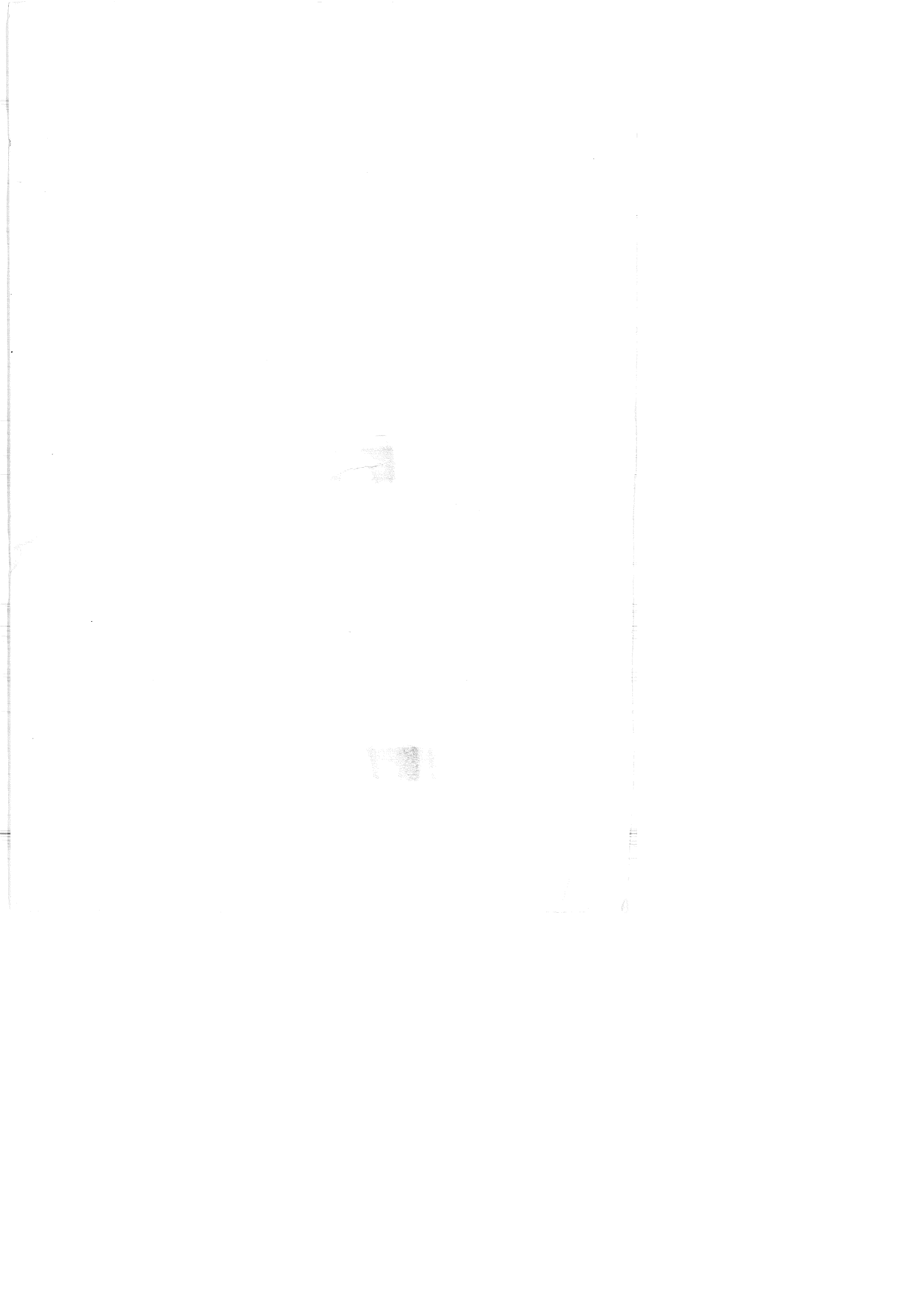
Sumber Internet

http://apotekputer.com/ma/index.php?option=com_content&task=view&id=131 &Itemid=63, diakses 19 April 2009.

<http://www.elexmedia.co.id/pdf/EMK170070522%20%20Pilih%20Jamu%20dan%20Herbal%20Tanpa%20Efek%20Samping.pdf>.

<http://petrusfs.conv2007/10/10/iman-kristen-pengobatan> atau <http://melayu>, Bani Sudardi, Humaniora Volume XIV.No.1/2000

<http://www.kompas.com/kesehatan/news/0207/02/191217.htm>)



<http://www.balipost.co.id/balipostcetak/2002/4/6/op2.htm>, diakses Minggu, 19 Apr 2009.

<http://regionalinvestment.com/newsipid./id/displayprofil.php.ia=3320>.

<http://www.depkes.go.id/index.php?option=news&task=viewarticle&sid=434>.
Diakses 19 April 2010 dari <http://nursepoint.blogspot.com/2007/11/kinik-komplementer-perlikah.hotmil>

<http://www.elexmedia.co.id/pdf/EMK170070522%20%20Pilih%20amu%20dan%20Herbal%20Tanpa%20Efek%20Samping.pdf>). Diakses tanggal 19 April 2010.

<http://www.unsodc.ac.id/cmsfak/UserFiles/File/PSKp/linklokal/konsep%Sehat.doc>. Diakses tanggal 5 april 2009.

<http://www.tugaskuliah.info/2009/10/bahan-kuliah-konsep-sehat-sakit-menurut.html> wan Purnawan,S.Kep.,Ns,

<http://www.unsodc.ac.id/cmsfak/UserFiles/File/PSKp/linklokal/konsep%Sehat.doc>.Sudardi, Humaniora Volume XIV.No.1/2002)

<http://regionalinvestment.com/newsipid./id/displayprofil.php.ia=3320>

<http://www.depkes.go.id/index.php?option=news&task=viewarticle&sid=434>

widyokunto136@yahoo: hasil copy di daerah penelitian pada USB.

Sumber Koran

Gelora Bumi Kartini edisi Desember 2007.

Kompas, 2 Juli 2002.

Radar Jepara 5 Februari 2010.

Suara Merdeka, tgl 28 Mei 2008.

Suara Merdeka, 8 Januari 2008.

Suara Merdeka, 5 Oktober 2009.

Suara Merdeka, 23 Maret 2010.