



SOSIOLOGI DAN ANTROPOLOGI KESEHATAN

Tim Penulis:

Nanda Berliana Tania Fidzikri | Robiatul Adawiyah | Maya Apriani | Syamsul Ishak
Firdha Aprillia Wardhani | Suci Aida Fimba | Dessya Putri Ayu | Surya Dewi Puspita
Sri Rahayu Suparman | Evi Aprianti Radjiman | Novi Winda Lutsina
Agung Hadi Wijanarko | Siti Sugih Hartiningsih | Zainab
Prasita Ayu Widyaningtyas | Deaf Wahyuni Ramadhani | Ayu Mardian

SOSIOLOGI DAN ANTROPOLOGI KESEHATAN

Nanda Berliana Tania Fidzikri

Robiatul Adawiyah

Maya Apriani

Syamsul Ishak

Firdha Aprillia Wardhani

Suci Aida Fimba

Dessya Putri Ayu

Surya Dewi Puspita

Sri Rahayu Suparman

Evi Aprianti Radjiman

Novi Winda Lutsina

Agung Hadi Wijanarko

Siti Sugih Hartiningsih

Zainab

Prasita Ayu Widyaningtyas

Deaf Wahyuni Ramadhani

Ayu Mardian

Editor: Muhamad Rizal Kurnia



SOSIOLOGI DAN ANTROPOLOGI KESEHATAN

Tim Penulis:

Nanda Berliana Tania Fidzikri
Robiatul Adawiyah
Maya Apriani
Syamsul Ishak
Firdha Aprillia Wardhani
Suci Aida Fimba
Dessya Putri Ayu
Surya Dewi Puspita
Sri Rahayu Suparman
Evi Aprianti Radjiman
Novi Winda Lutsina
Agung Hadi Wijanarko
Siti Sugih Hartiningsih
Zainab
Prasita Ayu Widyaningtyas
Deaf Wahyuni Ramadhani
Ayu Mardian

Editor : Muhamad Rizal Kurnia
Tata Letak : Lilis Khalisatul Karimah
Desain Cover : Asep Nugraha
Ukuran : UNESCO 15,5 x 23 cm
Halaman : ix, 258
ISBN : 978-634-7522-29-0
Terbit Pada : Februari 2026
Anggota IKAPI : No. 073/BANTEN/2023

Hak Cipta 2026 @ Sada Kurnia Pustaka dan Penulis

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

PENERBIT PT SADA KURNIA PUSTAKA

Jl. Kramat, Panenjoan Kec. Carenang, Kab. Serang – Banten, 42195
Email : sadapenerbit@gmail.com
Website : sadapenerbit.com & repository.sadapenerbit.com
Telpon/WA : +62 838 1281 8431

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga buku berjudul *Sosiologi dan Antropologi Kesehatan* ini dapat terselesaikan dengan baik. Buku ini hadir sebagai upaya untuk memperkaya khazanah ilmu pengetahuan, khususnya dalam bidang kesehatan yang ditinjau dari perspektif sosial dan budaya.

Sosiologi dan antropologi kesehatan merupakan cabang ilmu yang memandang kesehatan bukan hanya sebagai kondisi biologis, tetapi juga sebagai fenomena sosial dan budaya. Melalui pendekatan ini, pembaca diajak untuk memahami bagaimana faktor-faktor sosial, ekonomi, budaya, dan lingkungan memengaruhi perilaku kesehatan individu maupun masyarakat. Dengan demikian, buku ini diharapkan dapat menjadi referensi penting bagi mahasiswa, akademisi, tenaga kesehatan, serta praktisi yang ingin memperluas wawasan tentang keterkaitan antara masyarakat dan kesehatan.

Penyusunan buku ini tidak lepas dari dukungan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah memberikan dorongan, masukan, dan bantuan dalam proses penulisan hingga penerbitan. Semoga buku ini dapat memberikan manfaat, menjadi bahan kajian, serta menginspirasi lahirnya penelitian dan pemikiran baru dalam bidang sosiologi dan antropologi kesehatan. Semoga buku ini dapat memberikan kontribusi nyata bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di masyarakat.

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB 1 SEJARAH PERKEMBANGAN ILMU SOSIOLOGI & ANTROPOLOGI KESEHATAN	1
Pendahuluan: Latar Belakang dan Urgensi Kajian Sosial dalam Kesehatan	2
Akar Historis dan Evolusi Sosiologi Kesehatan.....	4
Sejarah dan Lintasan Antropologi Kesehatan.....	6
Konsep Dasar dan Ruang Lingkup Kajian	8
Sosiokultural Kesehatan dalam Perspektif Sejarah Indonesia .	10
Tantangan Globalisasi dan Masa Depan Ilmu Sosial-Kesehatan	11
Daftar Pustaka.....	13
Profil Penulis.....	14
BAB 2 KONSEP DASAR KESEHATAN DALAM PERSPEKTIF SOSIAL DAN BUDAYA	15
Konsep Sosiologi dan Antropologi	16
Kesehatan dalam Konteks Sosial dan Budaya.....	19
Perspektif Sosiologi, Antropologi, dan Budaya Kesehatan	21
Konsep Sosial dalam Kesehatan	24
Konsep Budaya dalam Kesehatan.....	27
Keterkaitan Sosiologi, Antropologi, dan Budaya	31
Daftar Pustaka.....	33
Profil Penulis.....	34
BAB 3 TEORI-TEORI SOSIOLOGI KESEHATAN	35
Pendahuluan	36
Teori Konflik – Karl Marx.....	37
Teori Fungsionalisme – Emile Durkheim.....	39
Teori Aksi Sosial – Max Weber	41
Teori Interaksionisme Simbolik—George Herbert Mead, Herbert Blumer.....	43

Teori Determinan Sosial Kesehatan	45
Teori Perilaku Kesehatan (<i>Health Behavior Theory</i>)	46
Daftar Pustaka	49
Profil Penulis	51
BAB 4 TEORI-TEORI ANTROPOLOGI	52
Antropologi	53
Antropologi dan Kebudayaan	55
Sosial	57
Teori Perubahan Sosial Budaya	60
Sosiologi Mikro	62
Daftar Pustaka	64
Profil Penulis	65
BAB 5 BUDAYA DAN PERSEPSI MASYARAKAT TENTANG SEHAT DAN SAKIT	66
Pendahuluan	67
Sehat dan Sakit sebagai Konstruksi Budaya	68
Sistem Etiologi Budaya: Mengapa Sakit Terjadi	69
Pola Pencarian Pengobatan (<i>Health Seeking Behavior</i>)	70
Implikasi terhadap Interaksi dengan Sistem Kesehatan Formal	72
Penutup	72
Daftar Pustaka	73
Profil Penulis	74
BAB 6 STRUKTUR SOSIAL DAN DETERMINAN KESEHATAN	75
Pengertian Struktur Sosial	76
Struktur Sosial Masyarakat Indonesia	76
Unsur-Unsur Pembentuk Struktur Sosial	77
Stratifikasi Sosial Dalam Konteks Kesehatan	79
Pengertian Determinan Kesehatan	81
Jenis Determinan Kesehatan	81
Interaksi Antar Determinan Kesehatan	84
Implikasi Determinan Kesehatan Dalam Upaya Kesehatan Masyarakat	84
Daftar Pustaka	86
Profil Penulis	87
BAB 7 KELUARGA SEBAGAI UNIT SOSIAL DALAM KESEHATAN	88

Pengertian Keluarga	89
Struktur dan Tipe Keluarga	89
Fungsi Keluarga	91
Pengaruh Sosial Budaya Keluarga terhadap Kesehatan	93
Peran Anggota Keluarga dalam Kesehatan	94
Penguatan Peran Keluarga dalam Pembangunan Kesehatan....	95
Tantangan Pendekatan Keluarga dalam Pembangunan Kesehatan	97
Implikasi Pendekatan Keluarga dalam Pembangunan Kesehatan	98
Daftar Pustaka	100
Profil Penulis	101
BAB 8 GENDER, PERAN SOSIAL, DAN KESEHATAN	102
Pendahuluan	103
Konsep Dasar Gender	103
Peran Sosial Berbasis Gender	106
Gender sebagai Determinan Sosial Kesehatan	108
Perspektif Antropologi Kesehatan	110
Isu Kesehatan Berbasis Gender di Indonesia	111
Gender dan Kebijakan Kesehatan	112
Penutup	114
Daftar Pustaka	115
Profil Penulis	116
BAB 9 KEMISKINAN, KESENJANGAN SOSIAL DAN DAMPAKNYA TERHADAP KESEHATAN.....	117
Pendahuluan	118
Definisi Kemiskinan.....	118
Bentuk Dan Jenis Kemiskinan.....	121
Dampak Kemiskinan Terhadap Kesehatan	123
Definisi Kesenjangan Sosial	124
Pengaruh Sosial Dan Lingkupan Terhadap Kesehatan.....	125
Faktor Penyebab dan Kesenjangan Sosial Terhadap Kesehatan	126
Daftar Pustaka.....	129
Profil Penulis.....	130

BAB 10 KESEHATAN DALAM PERSPEKTIF AGAMA DAN KEPERCAYAAN LOKAL: TINJAUAN SOSIOLOGI DAN ANTROPOLOGI KESEHATAN.....	131
Pendahuluan	132
Kerangka Teoretik Sosiologi dan Antropologi Kesehatan	134
Nilai, Norma, Simbol, dan Makna dalam Konstruksi Sosial Kesehatan	135
Agama, Spiritualitas, dan Kepercayaan Lokal sebagai Sistem Makna Kesehatan.....	137
Peluang dan Tantangan dalam Praktik Kesehatan Berbasis Keyakinan.....	139
Strategi Promosi Kesehatan yang Sensitif Agama dan Budaya Lokal	140
Stigma, <i>Missinformasi</i> , dan Relasi Kuasa dalam Kesehatan.....	140
Rangkuman.....	141
Daftar Pustaka.....	143
Profil Penulis.....	145
BAB 11 SISTEM PENGOBATAN TRADISIONAL DAN MODERN ..	146
Pendahuluan	147
Sistem Pengobatan Tradisional	147
Sistem Pengobatan Modern.....	151
<i>Artificial Intelligence</i>	153
Perbandingan Sistem Pengobatan Tradisional dan Pengobatan Modern.....	154
Daftar Pustaka.....	156
Profil Penulis.....	159
BAB 12 INTERAKSI DOKTER, PASIEN, DAN TENAGA KESEHATAN DALAM KONTEKS SOSIAL.....	160
Pendahuluan	161
Kerangka Teori Interaksi Sosial dalam Kesehatan	162
Determinasi Sosial dan Hambatan Praktis	164
Strategi Kolaboratif dan Praktik Responsif Budaya.....	167
Implikasi untuk Kualitas Layanan dan Keadilan Sosial.....	169
Penutup	172
Daftar Pustaka.....	173
Profil Penulis.....	176

BAB 13 KOMUNIKASI KESEHATAN DAN PENYEBARAN INFORMASI

..... **178**

Pendahuluan 179

Dasar-dasar Komunikasi Kesehatan..... 180

Analisis dalam Antropologi Kesehatan 181

Perbedaan Penyampaian Informasi Kesehatan Dalam Konteks Sosial-Budaya Indonesia 182

Dasar Filosofi Promosi Kesehatan..... 183

Komunikasi Kesehatan dalam Media dan Saluran Pesan..... 185

Mitos, Stigma, dan Disinformasi Kesehatan..... 186

Kontribusi Tenaga Kesehatan dan Tenaga Kesehatan..... 187

Contoh Praktis di Indonesia 187

Implikasi bagi Mahasiswa dan Tenaga Kesehatan..... 188

Kesimpulan 188

Daftar Pustaka..... 189

Profil Penulis..... 191

BAB 14 PERILAKU KESEHATAN DAN FAKTOR SOSIAL BUDAYA

..... **192**

Perilaku Kesehatan 193

Strategi Perubahan Perilaku 197

Faktor Sosial Budaya..... 199

Daftar Pustaka..... 203

Profil Penulis..... 204

BAB 15 KESEHATAN MENTAL DALAM PERSPEKTIF SOSIAL DAN BUDAYA..... 205

Latar Belakang dan Urgensi Kesehatan Mental 206

Konsep Kesehatan Mental dalam Perspektif Sosiologi dan Antropologi..... 207

Dimensi Sosial Kesehatan Mental 208

Dimensi Budaya Kesehatan Mental..... 210


Makna Sehat, Sakit, dan Kesehatan Mental Sebagai Konstruksi Sosial dan Budaya..... 214

Strategi Penanganan Kesehatan Mental 215

Daftar Pustaka..... 217


Profil Penulis..... 220

BAB 16 KEBIJAKAN KESEHATAN DAN IMPLIKASINYA TERHADAP MASYARAKAT	221
Pendahuluan	222
Konsep dan Landasan Kebijakan Kesehatan	223
Kebijakan Kesehatan di Indonesia	224
Implementasi Kebijakan Kesehatan dalam Kehidupan Masyarakat.....	226
Implikasi Kebijakan Kesehatan terhadap Masyarakat	228
Kebijakan Kesehatan dan Keadilan Sosial	230
Penutup	232
Daftar Pustaka.....	233
Profil Penulis.....	234
BAB 17 PROMOSI KESEHATAN BERBASIS KOMUNITAS: PENDEKATAN SOSIOLOGIS, ANTROPOLOGIS, DAN PERILAKU	235
Pendahuluan	236
Landasan Konseptual Promosi Kesehatan Berbasis Komunitas	238
Pendekatan Sosiologis dalam Promosi Kesehatan Berbasis Komunitas	241
Pendekatan Antropologis dalam Promosi Kesehatan Berbasis Komunitas	245
Pendekatan Perilaku dalam Promosi Kesehatan Berbasis Komunitas	248
Evaluasi, Adaptasi, dan Keberlanjutan Program Promosi Kesehatan Berbasis Komunitas	250
Penutup	254
Daftar Pustaka.....	256
Profil Penulis.....	258



BAB 1
SEJARAH
PERKEMBANGAN
ILMU SOSIOLOGI &
ANTROPOLOGI
KESEHATAN

Nanda Berliana Tania Fidzikri, S.K.M., M.K.M.
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Dharma Husada



Pendahuluan: Latar Belakang dan Urgensi Kajian Sosial dalam Kesehatan

Memahami sejarah perkembangan sosiologi dan antropologi kesehatan mengharuskan kita untuk menelusuri kembali bagaimana peradaban manusia memandang konsep sehat dan sakit melampaui batas-batas biologis. Secara historis, kesehatan sering kali dipahami secara sempit hanya sebagai kondisi fisik yang terbebas dari patogen. Namun, seiring dengan kompleksitas interaksi manusia, disadari bahwa kesehatan merupakan fenomena multidimensi yang melibatkan aspek sosial, ekonomi, dan budaya yang saling berkelindan. Sebagaimana dijelaskan secara mendalam oleh (Ali et al., 2025), dalam lintasan sejarahnya, penyakit mulai dipandang sebagai manifestasi dari kegagalan interaksi sosial atau ketidakseimbangan lingkungan sosial yang dialami individu dalam kesehariannya. Penyakit bukan lagi sekadar kutukan dewa atau nasib biologis, melainkan produk dari struktur masyarakat itu sendiri.

Perjalanan disiplin ilmu ini diperkuat oleh pemikiran (Marlina et al., 2020), yang menegaskan bahwa sosiologi dan antropologi muncul sebagai respons terhadap ketidakmampuan model biomedis dalam menjelaskan mengapa kelompok masyarakat tertentu lebih rentan terhadap penyakit dibandingkan kelompok lainnya. Ilmu sosial hadir sebagai jembatan strategis yang menghubungkan tradisi medis yang kaku dengan realitas kehidupan masyarakat yang plural. Sejak awal kemunculannya, sosiologi telah menekankan bahwa manusia pada hakikatnya adalah makhluk sosial yang perilaku kesehatannya dibentuk oleh pola-pola kelompok dan proses sosialisasi yang mereka jalani (Rofiqi et al., 2024). Oleh karena itu, sejarah perkembangan ilmu ini sebenarnya adalah sejarah tentang perjuangan intelektual untuk mengintegrasikan variabel nilai, norma, dan identitas sosial ke dalam analisis medis guna mencapai derajat kesehatan masyarakat yang lebih adil dan inklusif.

Lebih jauh lagi, urgensi kajian ini terletak pada kemampuannya untuk mengungkap "akar penyebab dari akar masalah" (*the causes of the causes*). Jika ilmu medis bertanya tentang "apa" penyebab penyakit, maka sosiologi dan antropologi kesehatan bertanya tentang

"mengapa" dan "bagaimana" kondisi sosial tertentu memungkinkan penyakit itu berkembang. Dengan menggunakan pendekatan yang dipaparkan oleh (Rofiqi et al., 2024) mengenai interaksi sosial, kita dapat melihat bahwa perilaku kesehatan bukanlah tindakan terisolasi, melainkan hasil dari negosiasi terus-menerus antara individu dengan struktur sosial di sekelilingnya. Hal ini menjadikan pemahaman sejarah ilmu sosial kesehatan sebagai fondasi yang tidak bisa ditawar bagi setiap calon praktisi kesehatan masyarakat yang ingin melakukan perubahan yang bermakna di lapangan.

Selain itu, penting untuk disadari bahwa sosiologi dan antropologi kesehatan memberikan kerangka kerja untuk memahami ketidaksetaraan kesehatan yang bersifat struktural. Dalam banyak kasus, intervensi medis gagal bukan karena teknologinya yang buruk, melainkan karena pengabaian terhadap stratifikasi sosial (Rofiqi et al., 2024). Menjelaskan bahwa pelapisan masyarakat atau stratifikasi sosial menciptakan perbedaan akses terhadap gizi, lingkungan yang bersih, dan informasi kesehatan. Sejarah mencatat bahwa mereka yang berada pada lapisan bawah sering kali menanggung beban penyakit paling berat. Tanpa lensa sosiologi, kita hanya akan mengobati gejala fisik tanpa pernah menyentuh sistem yang memproduksi penyakit tersebut secara terus-menerus.

Dinamika kebudayaan juga memainkan peran sentral dalam mendefinisikan batas-batas antara kesehatan dan penyakit. Sesuatu yang dianggap sebagai penyakit dalam satu kebudayaan mungkin dipandang sebagai karunia atau hal normal dalam kebudayaan lain. Saleh & Condeng (2025) menekankan bahwa manusia memberikan makna pada rasa sakit melalui simbol-simbol budaya yang mereka warisi. Urgensi mempelajari ilmu ini adalah untuk mengembangkan sensitivitas terhadap perbedaan tersebut agar tenaga kesehatan tidak terjebak dalam etnosentrisme, keyakinan bahwa cara medis barat adalah satu-satunya kebenaran universal sementara cara lokal adalah takhayul.

Terakhir, integrasi ilmu sosial dalam praktik kesehatan masyarakat bertujuan untuk membangun kemandirian masyarakat. Sejarah menunjukkan bahwa program kesehatan yang bersifat *top-down* (dari atas ke bawah) sering kali ditolak karena tidak selaras

Daftar Pustaka

- Ali, I. H., Arna, Y. D., Budhi, N. G. M. A. A., Manaf, S. A., Hadi, S., Raule, J. H., Azhary, M. R., K.L.Langi, G., Hendriyanti, Y., Yuniyanti, T. A., & Berliana, N. (2025). *Sosiologi dan Antropologi* (L. O. Alifariki (ed.)). PT Media Pustaka Indo.
- Marlina, H., W. S. V., & Kursani, E. (2020). *Buku Ajar Sosio-Antropologi Kesehatan* (M. Narsudin (ed.)). PT. Nasya Expanding Management.
- Rofiqi, M. A., Maulidia, H., Wijaya, W., Matitaputty, J. K., Aziz, B., Kahfi, M. A., Zahrawati, F., & Oktayanty, Y. (2024). *Pengantar Sosio Antropologi* (Septriani (ed.)). CV. Gita Lentera.
- Saleh, A., & Condeng, B. (2025). *Buku Antropolgi Kesehatan* (M. H. Hakim (ed.)). PT Yapindo Jaya Abadi. <https://repository.yapindo.co.id/media/publications/618369-antropologi-kesehatan-730b8519.pdf>
- Sukmawati. (2022). *Kajian Sosio Antropologi Kesehatan mengenai Penyakit Hipertensi pada Masyarakat Kawasan Adat Suku Ammatoa Kajang Kabupaten Bulukumba* [Universitas Islam Negeri]. https://repositori.uin-alauddin.ac.id/21997/1/SUKMAWATI.B_70200118044.pdf


PROFIL PENULIS



**Nanda Berliana Tania Fidzikri,
S.K.M., M.K.M.**

Ketertarikan penulis terhadap ilmu kesehatan dimulai pada tahun 2015 sejak masa SMA. Penulis juga menyelesaikan pendidikannya pada Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat di Universitas Respati Indonesia tahun 2023 dengan meraih IP Cumlaude. Sejak tahun 2023 hingga tahun 2025 ini, penulis aktif sebagai Dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat di Kampus STIKes (Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan) Dharma Husada Bandung. Dalam upaya menjaga relevansi keilmuannya, penulis juga aktif berpartisipasi dalam berbagai *workshop* kesehatan tingkat nasional maupun internasional.

Fokus utamanya terletak pada pengembangan strategi preventif dan promosi kesehatan yang adaptif terhadap perubahan zaman. Beliau juga produktif dalam melakukan penelitian ilmiah serta program pengabdian masyarakat, yang dirancang untuk menyentuh langsung akar permasalahan kesehatan di lingkungan sekitar. Melalui setiap karya tulis dan kegiatan sosialnya, penulis membawa misi besar untuk memberikan kontribusi positif yang nyata. Penulis percaya bahwa sinergi antara akademisi dan praktisi adalah kunci utama dalam mewujudkan pembangunan kesehatan yang inklusif dan berkelanjutan bagi kemajuan bangsa dan negara Indonesia di masa depan. Email: nandaberlianatania@stikesdhb.ac.id



BAB 2

KONSEP DASAR

KESEHATAN DALAM

PERSPEKTIF SOSIAL

DAN BUDAYA

Robiatul Adawiyah, S.K.M., M.K.M.
Universitas Sriwijaya



Konsep Sosiologi dan Antropologi

1. Pengertian Sosiologi

Sosiologi kesehatan merupakan cabang ilmu sosiologi yang mempelajari hubungan antara masyarakat dan kesehatan. Fokus utama kajian ini meliputi distribusi penyakit dalam kelompok sosial, peran sosial tenaga kesehatan, serta pengaruh struktur sosial terhadap akses dan kualitas pelayanan kesehatan. Dari perspektif sosiologi, penyakit tidak hanya dipahami sebagai gangguan biologis, tetapi juga sebagai fenomena sosial yang dipengaruhi oleh kelas sosial, pendidikan, pekerjaan, dan lingkungan tempat tinggal (Kamanto, 2004).

Konsep sehat dan sakit dalam masyarakat: Sosiologi kesehatan menelaah bagaimana masyarakat mendefinisikan sehat dan sakit. Dalam konteks sosial, seseorang dapat dianggap sakit bukan hanya karena diagnosis medis, tetapi juga karena ketidakmampuannya menjalankan peran sosial seperti bekerja atau berinteraksi secara normal. Sebaliknya, individu yang secara medis memiliki penyakit kronis dapat tetap dianggap sehat selama masih mampu berfungsi secara sosial. Faktor sosial penentu kesehatan, yaitu kondisi sosial seperti tingkat pendidikan, pendapatan, pekerjaan, lingkungan tempat tinggal, dan akses terhadap informasi, sangat berpengaruh terhadap status kesehatan seseorang. Sosiologi kesehatan menekankan bahwa ketimpangan sosial sering kali menghasilkan ketimpangan kesehatan di dalam masyarakat. Perilaku individu dalam menjaga kesehatan, seperti pola makan, kebiasaan merokok, aktivitas fisik, dan pemanfaatan layanan kesehatan, dipengaruhi oleh lingkungan sosial dan budaya. Norma dan nilai kelompok sosial memiliki peran penting dalam membentuk perilaku tersebut (Suyanto, 2004).

2. Perspektif Sosiologi Kesehatan

Dari perspektif fungsional, kesehatan dipandang sebagai kondisi yang memungkinkan individu menjalankan perannya dalam masyarakat. Penyakit dianggap sebagai gangguan terhadap stabilitas sosial. Talcott Parsons memperkenalkan konsep *sick role*, yaitu peran sosial orang sakit yang dibebaskan sementara dari kewajiban sosial, tetapi diharapkan berusaha sembuh dan mencari

bantuan medis. Perspektif konflik melihat kesehatan dalam kaitannya dengan ketimpangan kekuasaan dan sumber daya. Akses terhadap layanan kesehatan tidak merata karena perbedaan kelas sosial dan ekonomi. Kelompok masyarakat yang kurang beruntung cenderung mengalami risiko kesehatan yang lebih tinggi akibat kondisi kerja yang buruk, lingkungan yang tidak sehat, dan keterbatasan pelayanan kesehatan. Perspektif interaksionisme simbolik menekankan makna sosial dari sakit dan sehat. Penyakit dipahami melalui interaksi sosial, termasuk proses pelabelan (*labeling*). Stigma terhadap penyakit tertentu, seperti gangguan jiwa atau penyakit menular, terbentuk melalui proses interaksi sosial dan dapat memengaruhi identitas serta perilaku penderita (Soerjono, 2012).

Sosiologi kesehatan juga mengkaji hubungan antara tenaga kesehatan dan pasien. Interaksi ini tidak bersifat netral, melainkan dipengaruhi oleh perbedaan pengetahuan, status sosial, dan kekuasaan. Tenaga kesehatan umumnya berada pada posisi dominan karena memiliki otoritas profesional, sementara pasien berada pada posisi yang lebih bergantung. Sistem pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh kebijakan publik, struktur birokrasi, dan kepentingan ekonomi. Oleh karena itu, kualitas pelayanan kesehatan tidak hanya ditentukan oleh kemampuan medis, tetapi juga oleh faktor sosial dan organisasi. Ketimpangan kesehatan merupakan isu utama dalam sosiologi kesehatan.

Perbedaan status sosial ekonomi menyebabkan perbedaan tingkat morbiditas dan mortalitas. Masyarakat dengan kondisi sosial ekonomi rendah cenderung lebih rentan terhadap penyakit dan memiliki harapan hidup yang lebih pendek dibandingkan kelompok yang lebih sejahtera. Pemahaman sosiologi kesehatan sangat penting bagi tenaga kesehatan karena membantu dalam memahami pasien secara holistik, meningkatkan komunikasi antara tenaga kesehatan dan pasien, merancang program kesehatan masyarakat yang sesuai dengan kondisi sosial, dan mengurangi ketimpangan akses dan kualitas pelayanan kesehatan. Pendekatan sosiologis kesehatan tidak hanya berfokus pada penyembuhan penyakit, tetapi juga pada upaya pencegahan dan peningkatan kualitas hidup masyarakat (Suyanto, 2004).

3. Pengertian Antropologi

Antropologi kesehatan mempelajari kesehatan dan penyakit dalam konteks budaya. Setiap masyarakat memiliki sistem kepercayaan sendiri mengenai penyebab penyakit dan cara penyembuhannya. Konsep sehat dan sakit dapat berbeda antara satu budaya dengan budaya lainnya. Antropologi kesehatan menekankan pentingnya memahami praktik pengobatan tradisional, ritual kesehatan, serta makna simbolik dari sakit dan penyembuhan. Antropologi kesehatan, konsep sehat dan sakit dipahami sebagai bagian dari sistem makna yang dibentuk oleh budaya. Setiap masyarakat memiliki cara tersendiri dalam menjelaskan penyebab penyakit, menentukan metode penyembuhan, serta menetapkan siapa yang berperan sebagai penyembuh (Koentjaraningrat, 2009).

Antropologi kesehatan mencakup berbagai aspek yang berkaitan dengan hubungan antara budaya dan kesehatan. Antara lain, konsep sehat dan sakit dalam budaya. Dalam pandangan antropologi, sehat dan sakit tidak memiliki makna yang universal. Suatu kondisi yang dianggap sebagai penyakit dalam satu budaya bisa dianggap normal dalam budaya lain. Penilaian terhadap sakit sering kali berkaitan dengan kemampuan individu menjalankan peran sosial serta keseimbangan hubungan dengan lingkungan alam dan spiritual. Sistem kepercayaan tentang penyakit: masyarakat memiliki penjelasan budaya mengenai penyebab penyakit. Penyakit dapat dipahami sebagai akibat faktor alamiah, gangguan makhluk gaib, pelanggaran norma sosial, atau ketidakseimbangan unsur dalam tubuh.

Penafsiran ini memengaruhi pilihan pengobatan yang diambil individu atau keluarga. Praktik pengobatan tradisional merupakan bagian penting dari kajian antropologi kesehatan. Praktik ini mencakup penggunaan tanaman obat, ritual penyembuhan, pijat tradisional, dan peran dukun atau tabib. Pengobatan tradisional tidak hanya menyembuhkan secara fisik, tetapi juga memulihkan keseimbangan sosial dan spiritual (Nurbeiti et al., 2022).

4. Pendekatan Teoritis Antropologi Kesehatan

Pendekatan biokultural menekankan bahwa kesehatan dipengaruhi oleh interaksi antara faktor biologis dan budaya. Pola

Daftar Pustaka

- Helman, C. (2007). *Culture, Health, and Illness*. Hodder Arnold.
- Kamanto, S. (2004). *Pengantar Sosiologi*. Lembaga Penerbit Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.
- Koentjaraningrat. (2009). *Pengantar Ilmu Antropologi*. Rineka Cipta.
- Notoadmodjo, S. (2010). *Metode Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta.
- Nurbeiti, Sundari, & Nurlina. (2022). *Antropologi Sosiologi Kesehatan*. Penerbit CV Bintang Cemerlang.
- Soerjono, S. (2012). *Sosiologi: Suatu Pengantar*. Rajawali Pers.
- Spradley, J. P. (2007). *Metode Etnografi*. Tiara Wacana.
- Suyanto, B. (2004). *Sosiologi Teks Pengantar dan Terapan*. Prenada Media Group.

PROFIL PENULIS



Robiatul Adawiyah, S.K.M., M.K.M.

Ketertarikan penulis terhadap ilmu kesehatan masyarakat dimulai sejak penulis duduk di bangku kuliah tahun 2017 hingga penulis lulus tahun 2021 di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sriwijaya. Penulis juga mengikuti survei-survei kesehatan dan penelitian-penelitian dosen yang berkaitan dengan kesehatan masyarakat. Penulis

bekerja di puskesmas sebagai promotor kesehatan semenjak penulis lulus dari S1 sampai tahun 2023. Sejak penulis bekerja di puskesmas, penulis semakin tertarik pada bidang kesehatan masyarakat, salah satunya memberikan edukasi, pendidikan kesehatan, dan penyuluhan baik di masyarakat, sekolah, dan instansi pemerintah lainnya serta melaksanakan inovasi-inovasi yang dapat dilakukan di wilayah kerja puskesmas kami. Disela-sela kesibukan bekerja, penulis memutuskan untuk melanjutkan pendidikan di jenjang S2 fakultas yang sama dengan S1, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sriwijaya, dan berhasil menyelesaikan studi selama tiga semester atau 1,5 tahun dari 2022-2024.

Penulis memiliki bidang kajian terkait kesehatan masyarakat, dan untuk mewujudkan karier penulis sebagai dosen profesional, penulis sudah memiliki penelitian di bidang kesehatan masyarakat yang dipublikasikan. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi terbaik untuk bangsa dan negara Indonesia yang sangat saya cintai ini. Atas dedikasi dan kerja keras dalam menulis buku, Email Penulis: robiatula617@gmail.com



BAB 3
TEORI-TEORI
SOSIOLOGI KESEHATAN

Maya Apriani, S.K.M., M.KM.
Universitas Sriwijaya



Pendahuluan

Kesehatan merupakan konsep yang kompleks dan multidimensional, tidak hanya berkaitan dengan kondisi fisik atau ketiadaan penyakit, tetapi juga mencakup aspek mental, sosial, dan lingkungan. Dalam kehidupan masyarakat, pemahaman tentang sehat dan sakit sangat dipengaruhi oleh nilai, norma, kepercayaan, serta struktur sosial yang berkembang. Perbedaan latar belakang sosial, tingkat pendidikan, kondisi ekonomi, budaya, dan lingkungan hidup menyebabkan setiap individu maupun kelompok masyarakat memiliki cara pandang, pengalaman, dan respons yang berbeda terhadap masalah kesehatan dan penyakit (Fuady et al., n.d.).

Pendekatan biomedis yang selama ini mendominasi kajian kesehatan sering kali belum mampu menjelaskan secara utuh mengapa masalah kesehatan tertentu lebih banyak dialami oleh kelompok sosial tertentu, atau mengapa akses terhadap pelayanan kesehatan masih menunjukkan ketimpangan. Di sinilah peran sosiologi kesehatan menjadi penting, karena ilmu ini berupaya memahami kesehatan dan penyakit sebagai bagian dari realitas sosial yang dipengaruhi oleh interaksi antarindividu, institusi sosial, serta kebijakan publik. Sosiologi kesehatan memandang bahwa status kesehatan seseorang tidak dapat dilepaskan dari posisi sosialnya dalam masyarakat (Audina & Nurwati, 2025).

Sosiologi kesehatan berkembang sebagai bidang kajian yang mengintegrasikan konsep dan teori sosiologi dalam memahami berbagai fenomena kesehatan. Fokus kajiannya meliputi determinan sosial kesehatan, perilaku kesehatan masyarakat, sistem dan organisasi pelayanan kesehatan, hubungan antara tenaga kesehatan dan pasien, serta dampak perubahan sosial terhadap pola penyakit. Melalui perspektif sosiologis, kesehatan dipahami sebagai hasil dari proses sosial yang berlangsung secara dinamis, baik pada tingkat individu, keluarga, komunitas, maupun masyarakat secara luas.

Untuk menjelaskan kompleksitas tersebut, para ahli sosiologi mengembangkan berbagai teori yang menjadi dasar dalam analisis sosiologi kesehatan. Teori-teori ini memberikan kerangka konseptual untuk memahami bagaimana struktur sosial, pembagian peran, kekuasaan, dan ketimpangan sosial memengaruhi distribusi

kesehatan dan penyakit. Beberapa teori menekankan pentingnya keteraturan dan fungsi sosial dalam menjaga stabilitas masyarakat, sementara teori lainnya menyoroti adanya konflik, dominasi, dan ketidakadilan dalam sistem sosial yang berdampak pada kesehatan kelompok rentan. Selain itu, terdapat pula teori yang berfokus pada makna subjektif, interaksi sosial, dan pengalaman individu dalam menghadapi kondisi sehat maupun sakit. Pemahaman terhadap teori-teori sosiologi kesehatan menjadi sangat relevan dalam konteks pembangunan kesehatan dan pengelolaan sistem pelayanan kesehatan. Teori-teori tersebut dapat digunakan sebagai alat analisis untuk menilai efektivitas kebijakan kesehatan, memahami perilaku masyarakat dalam pemanfaatan layanan kesehatan, serta merancang intervensi kesehatan yang lebih responsif terhadap kebutuhan sosial dan budaya masyarakat. Dengan landasan teori yang kuat, tenaga kesehatan, akademisi, dan pengambil kebijakan dapat menghindari pendekatan yang semata-mata teknis dan lebih mengedepankan pendekatan yang berorientasi pada keadilan sosial (Oktavilantika et al., 2023).

Bab ini menyajikan pembahasan mengenai teori-teori utama dalam sosiologi kesehatan yang sering digunakan dalam kajian akademik dan praktik kesehatan masyarakat. Pembahasan mencakup landasan pemikiran, asumsi dasar, serta relevansi masing-masing teori dalam menjelaskan berbagai fenomena kesehatan di masyarakat. Melalui pemahaman yang komprehensif terhadap teori-teori tersebut, pembaca diharapkan mampu mengembangkan cara pandang yang kritis dan holistik dalam melihat masalah kesehatan, serta menyadari bahwa upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat tidak dapat dilepaskan dari konteks sosial, budaya, ekonomi, dan politik yang melingkupinya.

Teori Konflik – Karl Marx

Teori konflik yang dikembangkan oleh Karl Marx berangkat dari pandangan bahwa masyarakat tidak pernah berada dalam kondisi yang sepenuhnya harmonis. Sebaliknya, kehidupan sosial senantiasa diwarnai oleh pertentangan kepentingan antar kelompok yang memiliki perbedaan akses terhadap kekuasaan, sumber daya, dan modal ekonomi.

Dalam konteks ini, struktur sosial dipahami sebagai arena konflik yang terus-menerus antara kelompok yang dominan dan kelompok yang terpinggirkan. Dalam kajian sosiologi kesehatan, teori konflik memandang kesehatan dan penyakit bukan semata-mata sebagai persoalan biologis atau medis, melainkan sebagai hasil dari proses sosial yang dipengaruhi oleh ketimpangan struktural. Status kesehatan individu dan kelompok sangat ditentukan oleh posisi mereka dalam sistem sosial dan ekonomi. Kelompok masyarakat dengan kekuatan ekonomi dan politik yang lebih besar cenderung memiliki peluang lebih baik untuk hidup sehat, memperoleh layanan kesehatan berkualitas, serta menikmati lingkungan hidup yang mendukung kesehatan (Oktavilantika et al., 2023).

Sebaliknya, kelompok masyarakat kelas bawah sering kali berada dalam kondisi yang tidak menguntungkan. Keterbatasan pendapatan, pendidikan yang rendah, pekerjaan berisiko tinggi, serta lingkungan tempat tinggal yang kurang layak menjadi faktor yang meningkatkan kerentanan terhadap penyakit. Dalam perspektif konflik, kondisi tersebut bukan dianggap sebagai akibat pilihan individu semata, melainkan sebagai dampak dari sistem sosial yang timpang dan eksploitatif. Teori konflik juga menyoroti peran institusi kesehatan dalam masyarakat kapitalistik. Layanan kesehatan dipandang tidak sepenuhnya netral, melainkan terikat pada kepentingan ekonomi dan kekuasaan. Rumah sakit, industri farmasi, dan sistem asuransi kesehatan sering kali beroperasi dengan logika keuntungan, sehingga pelayanan kesehatan cenderung lebih mudah diakses oleh kelompok yang mampu secara finansial.

Akibatnya, kesehatan berpotensi menjadi komoditas yang hanya dapat dinikmati secara optimal oleh kelompok tertentu. Selain itu, teori konflik mengkritisi bagaimana kebijakan kesehatan sering kali lebih menguntungkan kelompok elite dibandingkan masyarakat luas. Alokasi anggaran kesehatan, prioritas program, dan penentuan standar pelayanan tidak jarang mencerminkan kepentingan politik dan ekonomi tertentu. Dalam situasi ini, kelompok miskin dan rentan berisiko mengalami marginalisasi dalam sistem pelayanan kesehatan (Bangsa & Surakarta, 2024).

Daftar Pustaka

- Abdillah, R., Satria, A., & Kolopaking, L. M. (2026). *Collaborative Networks of the Agribusiness and Technology Park of IPB University Based on Farmer Communities within a Welfare-Oriented Digital Ecosystem*. 13(02), 12–26.
- Ahmadi, D. (2005). *Interaksi Simbolik: Suatu Pengantar*. 56.
- Al-bukhari, P. K. M., Gdqqdivlu, O. P. X. O. D. Q., & Dnduwd, D. R. J. (n.d.). *Analisis tindakan sosial max weber dalam tradisi pembacaan kitab*. 1.
- Alfiani, I. F., Anshari, D., Kunci, K., & Anak, I. (2024). *Determinan Sosial Kesehatan Pemberian Imunisasi pada Anak Usia 12–23 Bulan: Literature Review*. 19, 1–10.
- Asfar, A. S., Ida, R., Sciences, P., Airlangga, U., Province, E. J., Airlangga, U., Province, E. J., Airlangga, U., & Province, E. J. (2025). *The effect of social media usage on millennials' political knowledge and political participation in the presidential election in Indonesia: A structural equation modelling analysis Pengaruh penggunaan media sosial terhadap pengetahuan politik dan partisipasi politik generasi milenial dalam pemilihan presiden di Indonesia: Analisis structural equation modelling*. 117–132.
- Audina, N. E., & Nurwati, Y. (2025). *APPLICATIONS OF HEALTH BEHAVIOR THEORIES IN DIETARY BEHAVIOR CHANGE INTERVENTIONS: A SCOPING REVIEW*. 6, 17040–17056.
- Bangsa, U. D., & Surakarta, U. M. (2024). *INDONESIA*. 14(1), 1–6.
- Berdasarkan, A., Konflik, T., Marx, K., Raya, D., Rizky, R., Robiatul, C., Az-zahra, J., Syariah, F., Sunan, U. I. N., & Djati, G. (2024). *Sumber Kekuasaan Dalam Negara*: 3(2). <https://doi.org/10.59818/jps.v3i2.810>
- Di, A.-A., Pesantren, P., Kartasura, A., & Haq, A. I. (2024). *Analisis Tindakan Sosial Max Weber Dalam Rutinitas Pembacaan Qs*. 5(1), 76–89.
- Fuady, I., Prasanti, D., & Indriani, S. S. (n.d.). *Penerapan Teori Plan Behavior: Faktor yang Mempengaruhi Niat Perilaku Hidup Bersih*

dan Sehat. 24–30.

- Ilmu, K. (2017). *Teori Interaksionisme Simbolik dalam.* 1(1), 121–138.
- Khaldun, I., Bodin, J., Coser, L. A., & Pendahuluan, A. (2017). *Teori konflik sosiologi klasik dan modern.* 32–48.
- Nurjannah, A., Rahmalia, F. Y., Paramesti, H. R., & Laily, L. A. (2022). *Determinan Sosial Tuberculosis di Indonesia.* 3(1), 65–76.
- Of, I. J., & In, M. T. (2021). *MODERN TRENDS IN THE SYMBOLIC INTERACTIONISM THEORY: A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW OF CURRENT.* 4(17), 113–126.
<https://doi.org/10.35631/IJMTSS.417010>
- Oktavilantika, D. M., Suzana, D., Damhuri, T. A., Kesehatan, I., & Gunadarma, U. (2023). *Literature Review: Promosi Kesehatan dan Model Teori Perubahan Perilaku Kesehatan.* 7(2018), 1480–1494.
- Prayogi, A., Nasrullah, R., Setiawan, S., & Setyawan, M. A. (2025). *The Concept of Conflict and the Theory of Social Conflict in Karl Marx's Thought Konsep Konflik dan Teori Konflik Sosial dalam Pemikiran Karl Marx.* 1(1), 1–11.
- Rizkidarajat, W., Chusna, A., & Saadah, K. (2025). *The risks of developing a "Do It Yourself (DIY)" music career in an unfinished creative city: Risiko-risiko membangun karier musik "Do It Yourself (DIY)" di kota kreatif yang belum tuntas.* 133–146.
- Siti, N., & Siregar, S. (n.d.). *KAJIAN TENTANG INTERAKSIONISME SIMBOLIK.* 4, 100–110.
- Teori, A., Sosial, T., Weber, M. A. X., & Fakta, D. A. N. (n.d.). *SOSIAL EMILE DURKHEIM DALAM PENGENALAN TRADISI.* 11(1), 109–119.

PROFIL PENULIS



Maya Apriani, S.K.M., M.K.M.

Penulis lahir di kota Pagar Alam, 16 April 1997. Saat ini penulis adalah dosen CPNS Program Studi Kedokteran Gigi Bagian Kedokteran Gigi dan Mulut Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya. Penulis menempuh pendidikan S-1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya, lulus tahun 2018, dan S-2 Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat di Program Pascasarjana Universitas Sriwijaya, lulus tahun 2021. Mendapat Nomor Induk Dosen Nasional (NIDN) pada bulan Agustus 2023, homebase di Program Studi S-1 Administrasi Kesehatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Budi Mulia Sriwijaya, dan mendapat jabatan fungsional Asisten Ahli tahun 2025.

Penulis memiliki kepakaran di bidang Administrasi Kesehatan. Dengan karier sebagai dosen ini, penulis berharap diberikan kemudahan dalam belajar dan menambah ilmu pengetahuan dan teknologi, sehingga ilmu yang dimiliki dapat bermanfaat untuk khalayak luas menjadi amal jariyah, sebagai bekal untuk menjadi dosen yang profesional dan memberikan kontribusi untuk negara melalui Tri Dharma Perguruan Tinggi: pendidikan dan pembimbingan generasi muda, penelitian yang inovatif dan bermanfaat bagi masyarakat, serta pengabdian kepada masyarakat untuk meningkatkan kualitas hidup bangsa.

Email Penulis: mayaapriani@unsri.ac.id.



BAB 4

TEORI-TEORI

ANTROPOLOGI

Syamsul Ishak, S.KM., M.Kes.
Universitas Syekh Yusuf Al Makassar Gowa



Antropologi

Antropologi merupakan ilmu sosial yang mempelajari tentang manusia terkait dengan budaya manusia dan masyarakat. Para ahli antropologi (antropolog) sering mengemukakan bahwa antropologi merupakan studi tentang umat manusia yang mengalami dan mempelajari manusia serta bagaimana manusia berperilaku sesuai dengan budaya dan cara bermasyarakat.

Antropologi kesehatan merupakan salah satu cabang dari ilmu antropologi yang menjelaskan tentang berbagai masalah dan tentang hubungan antara tingkah laku manusia, budaya, dan biologis dengan perilaku sehat dan sakit yang mempengaruhi derajat kesehatan dan penyakit, termasuk upaya pencegahan, pencarian pengobatan, dan upaya penyembuhan penyakit. Metode-metode dengan pendekatan antropologi yang digunakan untuk memahami perilaku dapat dilakukan melalui pengamatan dan wawancara (Wibowo, 2015).

Penyakit merupakan hal mutlak yang akan dialami oleh setiap manusia. Di sisi lain, setiap kebudayaan mempunyai pengetahuan, kepercayaan, dan kebiasaan yang tentu sehat dan sakit. Kepercayaan dan kebiasaan tersebut tentu berbeda antara kebudayaan satu dengan yang lainnya. Seorang ahli antropologi kesehatan asal Amerika Serikat, Ackerknecht, mengatakan bahwa sebenarnya penyakit dan cara pengobatannya tidak hanya proses biologis saja. Menurutnya, fakta tentang seseorang menderita sakit, penyakit apa yang dideritanya, dan pengobatan apa yang dideritanya, bergantung pada faktor-faktor sosial dan budaya orang itu.

Sebagai sebuah ilmu, pusat perhatian antropologi kesehatan berfokus pada berbagai macam hal. Beberapa diantaranya adalah bagaimana manusia dari bermacam-macam masyarakat memberikan tanggapannya terhadap keadaan sakit, atau bagaimana faktor sosial dan budaya mempengaruhi insidensi penyakit. Antropologi kesehatan berfokus pada peranan adaptasi penyakit pada evolusi biologi dan kebudayaan manusia (Putri & Rachmawati, 2018).

1. Perkembangan Antropologi Kesehatan dari Sisi *Sosio-cultural Pole*

Antropologi kesehatan membantu mempelajari sosio kultural dari masyarakat yang berhubungan dengan sakit dan sehat sebagai

pusat dari budaya, diantaranya penyakit yang berhubungan dengan kepercayaan (*misfortunes*). Di beberapa masyarakat, *misfortunes* disebabkan oleh kekuatan supranatural atau supernatural atau penyihir; 1). Kelompok healers ditemukan dengan bentuk yang berbeda di setiap kelompok masyarakat (2). Healers mempunyai peranan sebagai penyembuh. Adapun perhatian terhadap suatu keberadaan sakit atau penyakit tidak secara individual, terutama *illness* dan *sickness* pada keluarga ataupun masyarakat. Jika diumpamakan sebagai kewajiban, maka tugas utama ahli antropologi kesehatan diantaranya adalah bagaimana individu di masyarakat mempunyai persepsi dan bereaksi terhadap penyakit dan bagaimana tipe pelayanan kesehatan yang akan dipilih, untuk mengetahui mengenai budaya dan keadaan sosial di lingkungan tempat tinggalnya.

Menurut Foster/Anderson, antropologi kesehatan mengkaji masalah-masalah kesehatan dan penyakit dari dua kutub yang berbeda, yaitu kutub biologi dan kutub sosial budaya.

- a. Pokok perhatian kutub biologi:
 - 1) Pertumbuhan dan perkembangan manusia
 - 2) Peranan penyakit dalam evolusi manusia
 - 3) Paleopatologi (studi mengenai penyakit-penyakit purba)
- b. Pokok perhatian kutub sosial-budaya:
 - 1) Sistem medis tradisional (etnomedisin)
 - 2) Masalah petugas-petugas kesehatan dan persiapan profesional mereka
 - 3) Tingkah laku sakit
 - 4) Hubungan antara dokter dan pasien
 - 5) Dinamika dari usaha memperkenalkan pelayanan kesehatan barat kepada masyarakat tradisional.

2. Kegunaan Antropologi Kesehatan

Antropologi mempunyai pandangan tentang pentingnya pendekatan budaya. Budaya merupakan pedoman individual sebagai anggota masyarakat dan bagaimana cara memandang dunia, bagaimana mengungkapkan emosionalnya, dan bagaimana berhubungan dengan orang lain, kekuatan supernatural atau

Daftar Pustaka

- Indirawaty, Syamsuddin, & Sumarni. (2018). *Dasar-dasar Penerapan Antropologi Kesehatan*. Wade Group.
- Lapau, B., & Saifuddin, A. F. (2015). *Epidemiologi dan Antropologi: Suatu Pendekatan Integratif Mengenai Kesehatan*. Prenadamedia Group.
- Marlina, H., Vermita, S., & Kursani, E. (2020). *Buku Ajar Sosio-Antropologi Kesehatan*. PT. Nasya Expanding Management.
- Nurbaeti, Sundari, & Nurlina. (2022). *Antropologi Sosiologi Kesehatan* (K. Daeng, Ed.). CV. Cahaya Bintang Cemerlang.
- Putri, D. M. P., & Rachmawati, N. (2018). *Antropologi Kesehatan: Konsep dan Aplikasi Antropologi Kesehatan*. Pustaka Baru Press.
- Wibowo, A. (2015). *Kesehatan Masyarakat di Indonesia: Konsep, Aplikasi dan Tantangan*. PT. Rajagrafindo Persada.

PROFIL PENULIS




Syamsul Ishak, S.KM., M.Kes.

Penulis dilahirkan di Kabupaten Pasangkayu, Provinsi Sulawesi Barat, pada tanggal 06 Januari 1992. Merupakan anak ke-4 dari pasangan H. Ishak dan Ibu Hj. Ramlah. Penulis menyelesaikan program Strata Satu (S1) di Program Studi Kesehatan Masyarakat Peminatan Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muslim Indonesia

lulus tahun 2015 dan menyelesaikan Strata Dua (S2) di Pascasarjana Universitas Muslim Indonesia Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat lulus tahun 2019. Penulis pernah menjadi asisten dosen di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muslim Indonesia dan saat ini menjadi dosen tetap di Universitas Syekh Yusuf Al Makassar Gowa. Penulis juga aktif dalam berbagai kegiatan ilmiah dan berbagai organisasi.

Email Penulis: syamsulishak1@gmail.com



BAB 5

BUDAYA DAN PERSEPSI

MASYARAKAT TENTANG

SEHAT DAN SAKIT

apt. Firdha Aprillia Wardhani, M. Clin. Pharm.
Universitas Jember



Pendahuluan

Konsep "sehat" dan "sakit" dalam wacana umum sering direduksi menjadi sekadar kondisi obyektif yang dapat diukur melalui parameter biomedis. Sehat dipahami sebagai keadaan homeostasis fisiologis, bebas dari patogen, dan berfungsinya semua organ tubuh secara normal. Sakit, di sisi lain, dilihat sebagai deviasi dari kondisi normal tersebut yang dapat didiagnosis melalui tes klinis dan diobati dengan intervensi medis standar. Pandangan universalis ini mengandaikan bahwa demam, luka, atau infeksi memiliki makna dan respons yang sama di seluruh belahan dunia.

Namun, lensa sosiologi dan antropologi kesehatan mengajak kita untuk mencurigai klaim universalitas tersebut. Kedua disiplin ini menegaskan bahwa pengalaman menjadi sehat dan jatuh sakit bukanlah peristiwa biologis semata, melainkan fenomena yang direndam dalam nilai, simbol, dan praktik budaya. Budaya berperan sebagai blueprint atau peta makna yang fundamental dalam membentuk bagaimana individu dan kolektif:

1. Memahami: Mendefinisikan apa yang disebut "sehat" dan "sakit," serta menentukan batasan di antara keduanya.
2. Mengalami: Merasakan dan mengekspresikan gejala (seperti rasa sakit atau kelemahan) melalui idiom budaya tertentu.
3. Merespons: Memilih jalur tindakan yang dianggap tepat untuk mengatasi ketidakseimbangan yang terjadi, mulai dari pengobatan mandiri hingga mencari bantuan ahli.

Oleh karena itu, "sehat" dan "sakit" pada hakikatnya adalah konstruksi sosio-budaya yang sarat makna (Helman, 2007). Kata "konstruksi" di sini penting, karena ia menunjukkan bahwa definisi ini dibangun, diperdebatkan, dan dapat berubah seiring waktu, berbeda dari satu masyarakat ke masyarakat lain. Sebuah gejala seperti "kepanasan" atau "sawen" bisa dianggap sebagai penyakit serius yang memerlukan ritual tertentu dalam satu budaya, tetapi diabaikan atau ditafsirkan berbeda dalam budaya lain.

Bab ini bertujuan untuk menguraikan secara kritis dan mendalam keterkaitan yang kompleks antara budaya dengan persepsi

masyarakat tentang sehat dan sakit. Pembahasan akan diarahkan untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan kunci berikut:

1. Bagaimana budaya membentuk model penjelasan (*explanatory models*) tentang penyebab penyakit? Bab ini akan mengelaborasi berbagai sistem etiologi, dari yang personalistik (misalnya, disebabkan oleh roh atau santet) hingga naturalistik (misalnya, ketidakseimbangan unsur panas-dingin), dan bagaimana sistem-sistem ini berdampingan, bahkan bersinggungan, dengan model biomedis dalam kehidupan sehari-hari masyarakat.
2. Bagaimana persepsi budaya mempengaruhi perilaku pencarian pengobatan (*health-seeking behavior*)? Akan dianalisis tahapan dan pertimbangan yang dilakukan seseorang atau keluarga ketika menghadapi sakit. Faktor-faktor seperti *hierarchy of resort* (tingkatan pengobatan), pertimbangan biaya, efektivitas yang dirasakan, dan aksesibilitas akan dikaji dalam kaitannya dengan kerangka budaya.
3. Apa implikasi dari perbedaan persepsi budaya terhadap interaksi antara pasien/masyarakat dengan sistem kesehatan formal? Bagian ini akan menyoroti tantangan komunikasi klinis, potensi kesalahpahaman, isu ketidakpatuhan pengobatan, serta pentingnya kompetensi budaya (*cultural competence*) dalam praktik kesehatan untuk membangun hubungan terapeutik yang efektif dan meningkatkan hasil kesehatan (*health outcomes*).

Dengan membahas ketiga aspek inti tersebut, bab ini diharapkan dapat memberikan fondasi pemahaman bahwa keberhasilan suatu program kesehatan, efektivitas komunikasi dokter-pasien, dan tingkat kesejahteraan masyarakat tidak hanya bergantung pada kebenaran ilmiah dan teknologi canggih, tetapi juga pada kepekaan terhadap logika budaya yang hidup di tengah masyarakat yang dilayani. Pemahaman ini merupakan prasyarat untuk merancang intervensi kesehatan yang lebih relevan, humanis, dan berkelanjutan.

Sehat dan Sakit sebagai Konstruksi Budaya

Dalam perspektif antropologi, setiap masyarakat memiliki *explanatory model* (model penjelasan) tersendiri mengenai kesehatan

Daftar Pustaka

- Chandra, A. (2020). Medical pluralism and health-seeking behavior in Indonesia: A sociological perspective. *Indonesian Journal of Health Sociology*, 12(2), 45-60.
- Foster, G. M. (1976). Disease etiologies in non-Western medical systems. *American Anthropologist*, 78(4), 773-782.
- Foster, G. M., & Anderson, B. G. (1978). *Medical anthropology*. John Wiley & Sons.
- Geertz, C. (1976). *The religion of Java*. University of Chicago Press.
- Helman, C. G. (2007). *Culture, health, and illness* (5th ed.). Hodder Arnold.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. University of California Press.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. Basic Books.
- McElroy, A., & Townsend, P. K. (2015). *Medical anthropology in ecological perspective* (6th ed.). Westview Press.
- Romanucci-Ross, L. (1977). The hierarchy of resorts in curative practices: The Admiralty Islands, Melanesia. In D. Landy (Ed.), *Culture, disease, and healing: Studies in medical anthropology* (pp. 481-487). Macmillan.

PROFIL PENULIS



apt. Firdha Aprillia Wardhani, M. Clin. Pharm.


Penulis adalah seorang apoteker dan akademisi yang menekuni bidang farmasi klinik, khususnya farmasi rumah sakit. Minat penulis terhadap pelayanan kefarmasian mulai tumbuh sejak masa pendidikan sarjana, hingga kemudian melanjutkan profesi apoteker dan menyelesaikan studi magister farmasi

klinis. Fokus tersebut mengantarkan penulis berkarier sebagai dosen di Fakultas Farmasi, Universitas Jember.

Sebagai akademisi, penulis aktif dalam pengajaran, penelitian, dan pengabdian masyarakat, dengan perhatian khusus pada manajemen terapi obat, farmasi klinik berbasis bukti, dan peningkatan mutu pelayanan kefarmasian. Sejumlah penelitian yang dilakukan telah dipublikasikan dalam jurnal nasional dan prosiding ilmiah, serta didukung oleh pendanaan internal maupun eksternal kampus.

Di luar aktivitas akademik, penulis merupakan anggota aktif Ikatan Apoteker Indonesia (IAI) dan sering menjadi narasumber serta fasilitator dalam berbagai pelatihan, seminar, dan workshop kefarmasian. Melalui kegiatan profesional dan karya tulis ilmiah, penulis berharap dapat memberikan kontribusi nyata dalam pengembangan profesi apoteker dan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di Indonesia.

Email Penulis: firdhaaprillia@unej.ac.id




BAB 6

STRUKTUR SOSIAL

DAN DETERMINAN

KESEHATAN

Suci Aida Fimba, S.K.M., M.PH.
Universitas Sriwijaya



Pengertian Struktur Sosial

Struktur sosial merupakan sebuah pola interaksi yang stabil dan berulang dalam masyarakat, di mana posisi individu dan kelompok dapat ditentukan oleh bagaimana cara mereka berinteraksi di masyarakat. Menurut Giddens, struktur sosial dapat membentuk struktur yang memungkinkan untuk membatasi tindakan individu dalam kehidupan sosial. Individu dinilai tidak bisa bergerak dalam ruang hampa, melainkan sudah ada dalam suatu sistem sosial yang sudah memiliki aturan, hierarki, dan pembagian peran (Benjamin et al., 2020).

Selanjutnya, menurut Smelser, unit-unit dasar dari struktur sosial tidak berfokus pada manusia itu sendiri, melainkan beberapa aspek yang berhubungan dengan kehidupan manusia, seperti peranan-peranan (misal, peran suami, peran anggota pengusaha) maupun organisasi sosial yang menentukan peranan dari setiap kelompok yang terstruktur, seperti keluarga maupun birokrasi. Struktur sosial juga memiliki ciri-ciri batasan utama seperti interaksi yang selektif, teratur, dan bahkan dikendalikan oleh berbagai kontrol sosial (Benjamin et al., 2020; Scambler, 2018).

Dalam konteks kesehatan, struktur sosial bisa jadi penting karena sebuah pengalaman sehat dan sakit seseorang dapat memengaruhi posisi sosialnya dalam masyarakat, termasuk akses terhadap sumber daya, informasi, serta layanan kesehatan.

Struktur Sosial Masyarakat Indonesia

Struktur sosial merupakan keteraturan hubungan antara komponen yang ada dalam masyarakat, termasuk distribusi manusia di dalamnya, kuantitas dan kualitas manusia di setiap komponen yang bersifat permanen. Jika dilihat dari komponen struktur sosial masyarakat Indonesia, maka didapatkan struktur sosialnya bersifat heterogen. Heterogen tersebut dapat dinilai dari beberapa komponen kelompok sosial yang terdiri dari *primary group*, *communities*, *associations*, *society*, dan *ephemeral group* (Suharnanik, 2023).

Kelompok sosial tersebut merupakan kelompok yang anggotanya sadar telah menjadi bagian dari kelompok tersebut, ada hubungan

timbang balik, ada rasa kebersamaan, nasib dan kepentingan yang sama, tujuan dan ideologi yang sama, serta terstruktur dalam mengatur pola perilaku anggotanya. Contohnya ada kelompok orang kaya dan miskin, ada kelompok partai politik seperti partai Gerindra, Demokrat, Golkar, dan lainnya.

Pembahasan mengenai struktur sosial tingkat mikro, maka terdapat beberapa komponen di mana terdapat manusia-manusia yang memiliki status dan peranan di suatu kelompok sosial. Terdapat sebutan komunitas yang artinya 'masyarakat setempat' atau suatu kelompok di satu wilayah tertentu dengan batas-batas tertentu. Ada batasan antara sebutan "*community*" dan "*society*," di mana setiap orang lebih cenderung memakai istilah "*society*," namun kenyataannya istilah "*community*" lebih cocok digunakan karena merujuk pada masyarakat luas yang seluruh anggotanya hidup bersamaan di suatu tempat atau wilayah dengan batasan tertentu.

Struktur sosial masyarakat Indonesia juga sangat berhubungan dengan kaidah dan norma sosial, di mana ada aturan-aturan yang berlaku di masyarakat yang dibuat dengan tujuan mengatur hidup masyarakat agar lebih tertib dan teratur. Selain itu juga terdapat stratifikasi sosial yang biasanya menjadi bukti masyarakat terkait keleluasaan dan kemudahan akses dari berbagai layanan publik.

Unsur-Unsur Pembentuk Struktur Sosial

Konteks dari jaringan sosial menjelaskan bagaimana setiap manusia di dalam kelompok sosial bisa mengembangkan serta memelihara hubungan sosial, bahkan hubungan antar komponen di dalam struktur sosial. Dalam memahami struktur sosial, hubungan antar komponen pokok dalam masyarakat menjadi dasar untuk mengatasi permasalahan struktural dalam masyarakat. Struktur sosial dapat terdiri dari beberapa unsur utama yang saling berkaitan, diantaranya status sosial, peran sosial, nilai dan norma, serta stratifikasi sosial (Turner, 2012).

1. Status Sosial

Struktur sosial dapat menunjukkan posisi seseorang dalam masyarakat. Terdapat sifat dari status sosial, yaitu *ascribed* dan

Daftar Pustaka

- Benjamin, Susetyo, & Mulyaningsih, H. (2020). *Struktur Sosial*. Pusaka Media.
- Febriyanti, I., Azzura, A., Aulia, C., Fikri, M., & Ramdani, F. (2025). *Stratifikasi Sosial dan Akses Kesehatan: Analisis Kesenjangan dalam Sistem Pelayanan Publik*. 2(2), 62–82.
- Pasaribu, R. B. (2013). *Struktur Sosial dan Perubahan Sosial*. <https://rowlandpasaribu.wordpress.com/wp-content/uploads/2013/02/bab-07-struktur-sosial-dan-perubahan-sosial.pdf>
- Scambler, G. (2018). *Sociology as Applied to Health and Medicine*. Elsevier Saunders.
- Suharnanik. (2023). *Sosiologi Kesehatan* (Y. Popiyanto (ed.)). UWKS Press.
- Turner, J. (2012). *The Structure of Sociological Theory*.

PROFIL PENULIS




Suci Aida Fimba, S.K.M., M.P.H.

Lahir di Kota Bengkulu, 17 Januari 1999. Menyelesaikan pendidikan S1 Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sriwijaya pada tahun 2021 dengan peminatan Biostatistik. Kemudian melanjutkan studi Magister Kesehatan Masyarakat di Universitas Gadjah Mada dengan peminatan Kesehatan Ibu Anak – Kesehatan Reproduksi dan selesai pada tahun 2024 yang dapat memperluas wawasan terhadap isu-isu kesehatan berbasis komunitas dengan pendekatan promotif-preventif.

Sejak Juni 2025, penulis telah diterima menjadi dosen bidang Kesehatan Masyarakat di Prodi Kedokteran Gigi, Fakultas Kedokteran, Universitas Sriwijaya. Sebagai dosen muda, penulis memiliki komitmen untuk berkontribusi dalam pengembangan ilmu kesehatan masyarakat lintas disiplin yang relevan dengan kedokteran gigi dan kesehatan masyarakat secara umum dalam meningkatkan derajat kesehatan di Indonesia. Buku ini merupakan karya kolaborasi keempat bagi penulis dan diharapkan bisa dilanjutkan dengan karya-karya ilmiah lainnya yang lebih baik. Beberapa judul buku kolaborasi yang pernah penulis ikuti adalah Dasar-Dasar dan Teori Promosi Kesehatan, Pelayanan Keluarga Berencana, serta Ekosistem Administrasi Kesehatan Kontemporer.

Email Penulis: suciaidafmb@unsri.ac.id



BAB 7

KELUARGA SEBAGAI

UNIT SOSIAL DALAM

KESEHATAN

Dessya Putri Ayu, S.KM., M.Kes.
Politeknik Negeri Jember



Pengertian Keluarga

Keluarga adalah unit sosial terkecil dalam masyarakat yang terbentuk melalui ikatan perkawinan, hubungan darah, atau adopsi, yang anggotanya hidup bersama atau memiliki hubungan emosional, peran, serta tanggung jawab yang saling berkaitan (Friedman, Bowden, & Jones, 2010). Keluarga berfungsi sebagai lingkungan utama bagi individu dalam proses tumbuh kembang, sosialisasi, dan pembentukan nilai serta perilaku, termasuk perilaku kesehatan (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2015). Dalam perspektif kesehatan masyarakat, keluarga dipandang sebagai satu kesatuan sistem, bukan sekadar kumpulan individu.

Kondisi kesehatan setiap anggota keluarga saling memengaruhi dan dipengaruhi oleh struktur, fungsi, pola interaksi, serta sumber daya yang dimiliki keluarga tersebut (WHO, 2016). Oleh karena itu, keluarga menjadi konteks utama dalam memahami status kesehatan individu. Keluarga juga merupakan tempat pertama individu mengenal konsep sehat dan sakit, belajar kebiasaan hidup bersih dan sehat, pola makan, serta cara memanfaatkan pelayanan kesehatan. Keputusan kesehatan, seperti pemilihan jenis makanan, waktu berobat, kepatuhan terhadap pengobatan, hingga upaya pencegahan penyakit, umumnya dipengaruhi oleh norma, nilai, dan peran yang berlaku dalam keluarga (Notoatmodjo, 2014). Dengan demikian, keluarga tidak hanya berperan sebagai lingkungan sosial, tetapi juga sebagai unit dasar dalam upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif di bidang kesehatan. Pendekatan kesehatan berbasis keluarga menjadi penting karena intervensi yang melibatkan keluarga cenderung lebih efektif, berkelanjutan, dan sesuai dengan konteks sosial budaya masyarakat (WHO, 2016).

Struktur dan Tipe Keluarga

Struktur keluarga menggambarkan susunan anggota keluarga dan pola hubungan di antara mereka, termasuk siapa saja yang terlibat dalam kehidupan keluarga serta bagaimana interaksi sehari-hari berlangsung. Struktur keluarga berperan penting dalam menentukan pembagian peran, mekanisme pengambilan keputusan, serta

pengelolaan sumber daya keluarga yang berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan anggota keluarga (Kaakinen et al., 2018; Cockerham, 2017).

Tipe keluarga menjelaskan dasar relasi sosial yang melandasi struktur keluarga tersebut. Dalam perspektif sosiologi dan antropologi kesehatan, tipe keluarga merujuk pada pola hubungan sosial dan ikatan utama seperti ikatan perkawinan atau kekerabatan yang membentuk keluarga serta memengaruhi cara keluarga menjalankan fungsi sosial dan praktik kesehatan dalam kehidupan sehari-hari (Helman, 2017; Cockerham, 2017). Dengan demikian, tipe keluarga tidak hanya dipahami dari jumlah anggota keluarga, tetapi terutama dari jenis ikatan sosial yang menjadi fondasi hubungan antar anggota keluarga dan membentuk respons keluarga terhadap masalah kesehatan. Tipe keluarga yang umum dijumpai dalam masyarakat dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

1. Keluarga Konjugal (*Conjugal Family*)

Keluarga konjugal adalah keluarga yang terbentuk atas dasar hubungan perkawinan antara suami dan istri, dengan atau tanpa anak. Ikatan perkawinan menjadi poros utama dalam pembagian peran, pengambilan keputusan, dan pengelolaan kehidupan keluarga. Dalam konteks kesehatan, keluarga konjugal berfungsi sebagai unit sosial utama dalam pembentukan perilaku kesehatan, pengambilan keputusan terkait perawatan, serta pengelolaan sumber daya kesehatan keluarga. Relasi suami istri sangat menentukan pola konsumsi pangan, pemanfaatan pelayanan kesehatan, dan respons terhadap masalah kesehatan.

2. Keluarga Konsanguinal (*Consanguine Family*)

Keluarga konsanguinal adalah keluarga yang dibangun atas dasar hubungan darah atau kekerabatan, yang mencakup kerabat lintas generasi seperti kakek, nenek, paman, bibi, dan anggota keluarga lainnya. Ikatan genealogis menjadi dasar utama solidaritas dan tanggung jawab sosial. Dalam konteks kesehatan, keluarga konsanguinal berperan sebagai jaringan dukungan sosial yang kuat. Praktik perawatan kesehatan, pembagian makanan, serta pengambilan keputusan kesehatan sering dipengaruhi oleh norma budaya dan otoritas kerabat yang lebih tua.

Daftar Pustaka


- Cockerham, W. C. (2017). *Medical sociology* (13th ed.). Routledge.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2010). *Family nursing: Research, theory, and practice* (7th ed.). Pearson.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2015). *Health behavior: Theory, research, and practice* (5th ed.). Jossey-Bass.
- Helman, C. G. (2017). *Culture, health, and illness* (6th ed.). CRC Press.
- Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Steele, R., Tabacco, A., & Hanson, S. M. H. (2018). *Family health care nursing: Theory, practice, and research* (6th ed.). F. A. Davis.
- Notoatmodjo, S. (2014). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta.
- World Health Organization. (2016). *Framework on integrated, people-centered health services*. World Health Organization.

PROFIL PENULIS



Dessya Putri Ayu, S.KM., M.Kes.

Penulis merupakan akademisi dengan latar belakang keilmuan di bidang kesehatan masyarakat, dengan fokus pada kajian gizi masyarakat, administrasi dan kebijakan kesehatan, serta aspek sosial dan budaya dalam kesehatan. Pendidikan sarjana ditempuh di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tahun 2009–2013, dan dilanjutkan dengan pendidikan magister di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga pada tahun 2014–2016. Dalam aktivitas akademik, penulis mengembangkan kajian kesehatan masyarakat dengan menempatkan kesehatan sebagai fenomena yang dipengaruhi oleh struktur sosial, nilai, norma, dan konteks kehidupan masyarakat. Perspektif tersebut digunakan untuk membaca berbagai persoalan kesehatan yang tidak dapat dijelaskan hanya melalui pendekatan biomedis semata, melainkan membutuhkan pemahaman lintas disiplin. Penulis secara konsisten menulis dan menerbitkan buku ajar, buku referensi, serta artikel ilmiah yang membahas isu kesehatan masyarakat dalam kerangka sosial, budaya, dan kebijakan. Melalui kontribusi akademik tersebut, penulis berupaya mendukung pengembangan pemikiran dan praktik kesehatan masyarakat yang kontekstual, inklusif, dan berkelanjutan dalam konteks masyarakat Indonesia masa kini



BAB 8

GENDER, PERAN

SOSIAL, DAN

KESEHATAN

Surya Dewi Puspita, S.ST., M.Kes.
Politeknik Negeri Jember



Pendahuluan

Gender, peran sosial, dan kesehatan merupakan isu sentral dalam kajian sosiologi dan antropologi kesehatan. Pendekatan biomedis yang berfokus pada aspek biologis sering kali belum mampu menjelaskan secara menyeluruh mengapa masalah kesehatan dan penyakit terdistribusi secara tidak merata di masyarakat. Perbedaan status kesehatan antara laki-laki dan perempuan, antar kelompok sosial, serta antar budaya menunjukkan bahwa kesehatan sangat dipengaruhi oleh struktur sosial dan sistem nilai yang berlaku (Cockerham, 2017).

Dalam sosiologi kesehatan, gender dipahami sebagai struktur sosial yang memengaruhi akses terhadap sumber daya, pembagian kerja, kekuasaan, serta peluang hidup sehat. Sementara itu, antropologi kesehatan melihat gender sebagai bagian dari budaya yang membentuk makna sehat dan sakit, praktik perawatan kesehatan, serta relasi dalam keluarga dan komunitas (Helman, 2007). Bab ini membahas secara komprehensif konsep gender, peran sosial, dan implikasinya terhadap kesehatan dalam perspektif sosiologi dan antropologi kesehatan.

Konsep Dasar Gender

1. Jenis Kelamin dan Gender

Jenis kelamin mengacu pada perbedaan biologis antara laki-laki dan perempuan yang bersifat alamiah dan telah ditetapkan sejak lahir, mencakup perbedaan organ reproduksi, susunan kromosom, serta ciri-ciri seksual sekunder yang dipengaruhi oleh faktor hormonal. Gender merupakan konstruksi sosial dan budaya yang berkaitan dengan bagaimana masyarakat mendefinisikan peran, tanggung jawab, perilaku, serta identitas yang dianggap pantas bagi laki-laki dan perempuan (Oakley, 1972). Gender tidak dibawa sejak lahir, melainkan dipelajari melalui proses interaksi sosial yang berlangsung sepanjang kehidupan individu.

Tidak terdapat hubungan kausal langsung antara perbedaan biologis dengan pembagian peran sosial. Dengan kata lain, peran perempuan sebagai pengasuh atau peran laki-laki sebagai pencari nafkah bukanlah akibat dari kodrat biologis, melainkan hasil kesepakatan sosial yang terbentuk melalui norma dan nilai budaya.

Hal ini menunjukkan bahwa apa yang dianggap “alami” dalam relasi gender sesungguhnya merupakan hasil konstruksi sosial yang dilegitimasi secara turun-temurun. Dalam konteks kesehatan, perbedaan antara jenis kelamin dan gender menjadi sangat penting. Jenis kelamin berhubungan dengan perbedaan biologis dalam kerentanan terhadap penyakit tertentu, sedangkan gender memengaruhi bagaimana individu mengakses layanan kesehatan, mengekspresikan keluhan, serta mengambil keputusan terkait perawatan kesehatan.

2. Gender sebagai Konstruksi Sosial

Gender dipahami sebagai hasil dari proses sosialisasi, yaitu proses internalisasi nilai, norma, dan peran sosial yang diajarkan kepada individu sejak masa kanak-kanak. Proses ini berlangsung melalui berbagai agen sosialisasi seperti keluarga, sekolah, media massa, institusi keagamaan, dan kebijakan negara (Ritzer, 2011). Sejak kecil, anak laki-laki dan perempuan diperlakukan secara berbeda. Anak laki-laki sering didorong untuk bersikap mandiri, tegas, dan rasional, sedangkan anak perempuan diarahkan untuk bersikap lembut, patuh, dan emosional. Pola ini membentuk identitas gender yang kemudian dianggap sebagai sesuatu yang “alami,” padahal sejatinya merupakan hasil pembelajaran sosial.

Connell (2012) menyatakan bahwa gender merupakan sebuah sistem relasi sosial yang melibatkan tiga dimensi utama, yaitu pembagian kerja, relasi kekuasaan, serta pola emosi dan identitas.

a. Pembagian Kerja

Pembagian kerja berbasis gender mengacu pada distribusi peran antara laki-laki dan perempuan dalam ranah domestik maupun publik. Laki-laki umumnya diasosiasikan dengan pekerjaan produktif yang menghasilkan pendapatan, sementara perempuan lebih banyak ditempatkan dalam pekerjaan domestik dan perawatan yang tidak dibayar. Pembagian ini menciptakan ketimpangan ekonomi yang berdampak pada akses terhadap sumber daya, termasuk akses terhadap pelayanan kesehatan.

Daftar Pustaka

- Connell, R. (2012). *Gender: In world perspective* (2nd ed.). Cambridge: Polity Press.
- Cockerham, W. C. (2017). *Medical sociology* (14th ed.). Routledge.
- Doyal, L. (2000). Gender equity in health: Debates and dilemmas. *Social Science & Medicine*, 51(6), 931–939.
- Helman, C. G. (2007). *Culture, health, and illness* (5th ed.). London: Hodder Arnold.
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). Profil kesehatan Indonesia. Kemenkes RI.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099–1104.
- Oakley, A. (1972). *Sex, gender, and society*. Harper & Row.
- Puspitawati, H. (2013). *Gender dan keluarga: Konsep dan realita di Indonesia*. IPB Press.
- Ritzer, G. (2011). *Sociological theory* (8th ed.). McGraw-Hill.
- World Health Organization. (2011). *Gender, women, and health*. WHO.

PROFIL PENULIS



Surya Dewi Puspita, S.ST., M.Kes.


Penulis merupakan dosen di Politeknik Negeri Jember, dengan bidang keilmuan yang berfokus pada gizi masyarakat. Penulis aktif dalam pelaksanaan tridharma perguruan tinggi yang meliputi kegiatan pengajaran, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat. Penulis menempuh pendidikan Diploma IV (D4) Kebidanan di Politeknik Kesehatan Kementerian

Kesehatan Malang, Program Studi Kebidanan Jember, kemudian melanjutkan pendidikan Magister (S2) Kesehatan Masyarakat di Universitas Jember (UNEJ). Latar belakang pendidikan tersebut memperkuat kompetensi penulis dalam mengintegrasikan perspektif klinis kebidanan dengan pendekatan kesehatan masyarakat dan ilmu sosial.

Dalam kegiatan akademik, penulis terlibat dalam pengembangan bahan ajar dan modul pembelajaran pada mata kuliah yang berkaitan dengan gizi masyarakat, perilaku kesehatan, komunikasi kesehatan, serta sosiologi dan antropologi kesehatan. Selain itu, penulis juga aktif melakukan penelitian dan publikasi ilmiah di bidang kesehatan masyarakat dan gizi, baik pada jurnal nasional maupun prosiding ilmiah.

Melalui buku Sosiologi dan Antropologi Kesehatan, penulis berupaya menghadirkan perspektif interdisipliner antara ilmu sosial dan ilmu kesehatan sebagai landasan bagi mahasiswa dan praktisi kesehatan dalam memahami masalah kesehatan secara lebih komprehensif, kritis, dan kontekstual.

Email Penulis: surya_puspita@polije.ac.id



BAB 9
KEMISKINAN,
KESENJANGAN SOSIAL
DAN DAMPAKNYA
TERHADAP
KESEHATAN

Sri Rahayu Suparman, S.KM., M.KM.
STIKES Fatimah Parepare



Pendahuluan

Tantangan kemiskinan yang terus-menerus menjadi fokus utama bagi berbagai lembaga pemerintah, yang meluas melampaui pertimbangan kontemporer hingga awal berdirinya negara. Sesuai dengan arahan yang diuraikan dalam paragraf keempat Konstitusi 1945, inisiatif pembangunan saat ini selalu ditandai dengan penekanan yang kuat pada strategi pengurangan kemiskinan. Meskipun tujuan utama pembangunan adalah peningkatan kesejahteraan masyarakat, fenomena kemiskinan tetap menjadi penghalang yang terus-menerus. Konseptualisasi kemiskinan menunjukkan heterogenitas yang cukup besar, mulai dari kekurangan dalam memenuhi kebutuhan pokok hingga kurangnya usaha komersial. Akibatnya, muncul interpretasi yang lebih luas, yang mencakup dimensi sosial-etis.

Kemiskinan ekonomi bukanlah masalah eksklusif negara-negara berkembang; bahkan, negara-negara kayapun bergulat dengan masalah ini. Perbedaannya terlihat pada besarnya kemiskinan dan kompleksitas penanganannya, faktor-faktor yang bergantung pada luas wilayah dan skala demografis suatu negara. Tingginya angka kemiskinan berkorelasi dengan meningkatnya kesulitan dalam pemberantasannya. Secara relatif, negara-negara industri menunjukkan tingkat kemiskinan yang lebih rendah dibandingkan dengan negara-negara berkembang. Namun, masalah ini tidak terbatas pada satu negara saja, tetapi telah menjadi masalah global, termasuk Indonesia.

Definisi Kemiskinan

Kemiskinan dapat didefinisikan sebagai keadaan kekurangan ekonomi yang mencegah individu mencapai standar hidup yang lazim di suatu wilayah tertentu. Kekurangan ini ditandai dengan sumber daya keuangan yang tidak memadai untuk memperoleh kebutuhan pokok seperti makanan, pakaian, dan tempat tinggal. Lebih jauh lagi, kapasitas ekonomi yang berkurang ini membatasi akses terhadap unsur-unsur kualitas hidup mendasar, seperti layanan kesehatan masyarakat dan fasilitas pendidikan.

Status ekonomi suatu masyarakat, khususnya masyarakat yang ditandai dengan kemiskinan, dapat dinilai dari kemampuan

finansialnya untuk memenuhi kebutuhan hidup yang berlaku. Pada dasarnya, kualitas hidup suatu penduduk melampaui sekadar bertahan hidup melalui pemenuhan kebutuhan pokok; kualitas hidup juga mencakup aksesibilitas terhadap layanan medis dan lembaga pendidikan. Akomodasi tempat tinggal yang layak merupakan salah satu penentu utama kualitas hidup atau kesejahteraan umum suatu penduduk di wilayah tertentu. Akibatnya, suatu komunitas dianggap miskin ketika pendapatannya jauh di bawah rata-rata yang berlaku, sehingga membatasi prospeknya untuk meningkatkan kesejahteraan secara keseluruhan.

Secara umum, kemiskinan didefinisikan sebagai keadaan kekurangan finansial, di mana pendapatan seseorang tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan dasar, sehingga membahayakan kemampuan mereka untuk bertahan hidup. Kekurangan pendapatan ini membatasi kemampuan untuk memperoleh barang dan jasa penting yang sesuai dengan tingkat harga yang berlaku, yang pada akhirnya gagal menjamin standar hidup yang memuaskan bagi masyarakat. Berdasarkan pemahaman ini, kemiskinan umumnya didefinisikan sebagai kondisi di mana pendapatan tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar dan kebutuhan lain yang dapat menjamin standar hidup.

Sesuai dengan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2004, kemiskinan didefinisikan sebagai status sosial ekonomi di mana individu atau kelompok gagal memenuhi hak-hak mendasar yang penting untuk mempertahankan dan meningkatkan kehidupan yang bermartabat. Hak-hak mendasar ini meliputi akses terhadap kebutuhan pokok, perawatan kesehatan, pendidikan, pekerjaan yang menguntungkan, tempat tinggal yang layak, air minum, sumber daya tanah, pelestarian lingkungan, keamanan dari bahaya atau paksaan, dan kemampuan untuk terlibat dalam proses sosial dan politik. Lebih lanjut, Laporan Kesejahteraan Rakyat 2004, yang diterbitkan oleh Kementerian Kesejahteraan (Kesra), menyatakan bahwa kemiskinan juga mencakup individu yang bekerja tetapi menghasilkan pendapatan yang tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan pokok mereka.

Daftar Pustaka

- Elok, N. K. (2025). Kemiskinan di Indonesia: Analisis penyebab, dampak, dan solusi kebijakan. *Maliki Interdisciplinary Journal*, 3(4), 642-651.
- Fabela, Z., & Khairunnisa, A. (2024). Dampak Kesenjangan Sosial Di Indonesia. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, 3(6), 3158-3164.
- Heryana, A., St, S., & KM, M. Modul Kuliah.
- Maharani, A., Yanti, D., Sulla, F. Y., & Hafizi, M. Z. (2025). Dampak Kemiskinan terhadap Ketidaksetaraan Pelayanan Kesehatan di Indonesia. *Jurnal Ilmu Sosial dan Humaniora*, 1(4), 1336-1344.
- Sarjito, A. (2025). Dampak Kemiskinan terhadap Akses Pelayanan Kesehatan di Indonesia. *ILMU SOSIAL, POLITIK DAN PEMERINTAHAN Учредители: Faculty of Teacher Training and Education, Universitas Palangka Raya*.
- Suharnanik, S. (2023). BUKU AJAR SOSIOLOGI KESEHATAN.

PROFIL PENULIS




Sri Rahayu Suparman, S.KM., M.KM.

Ketertarikan penulis terhadap ilmu kesehatan masyarakat dimulai pada tahun 2013 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Sekolah Menengah Kejuruan di SMA Negeri 1 Kota Enrekang dengan memilih Jurusan Ilmu Pengetahuan Alam dan berhasil lulus pada tahun 2015. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi dan berhasil menyelesaikan studi S1 di prodi Kesehatan Masyarakat Universitas Muslim Indonesia pada tahun 2019. Satu tahun kemudian, penulis menyelesaikan studi S2 di prodi Kesehatan Masyarakat Program Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin.

Saat ini penulis berstatus sebagai dosen di salah satu kampus yang ada di Kota Parepare, yaitu Stikes Fatimah Parepare. Semenjak kuliah, penulis aktif menjadi asisten peneliti pada berbagai penelitian dan pengabdian masyarakat dan aktif dalam kegiatan organisasi kemahasiswaan seperti Badan Legislatif Mahasiswa (BLM), Himpunan Mahasiswa FKM Unhas dan Palang Merah Remaja (PMR) di Universitas Muslim Indonesia. Penulis juga aktif dalam menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif dan dapat bermanfaat bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini.

Email Penulis: rahayu.ra75@gmail.com



BAB 10

KESEHATAN DALAM

PERSPEKTIF AGAMA DAN

KEPERCAYAAN LOKAL:

TINJAUAN SOSIOLOGI

DAN ANTROPOLOGI

KESEHATAN

Evi Aprianti Radjiman, S.KM., M.KL.
Universitas Islam Negeri Alauddin



Pendahuluan

Kesehatan tidak hanya berkaitan dengan kondisi biologis tubuh, tetapi juga dengan cara manusia memahami, menafsirkan, dan merespons pengalaman hidupnya. Dalam kehidupan sehari-hari, sehat dan sakit selalu hadir dalam relasi sosial, nilai budaya, serta keyakinan yang membentuk cara individu dan komunitas memahami tubuh, merasakan penderitaan, dan menafsirkan pengalaman sakit. Oleh karena itu, kesehatan perlu dipahami sebagai pengalaman manusia yang bersifat multidimensional, mencakup aspek biologis, psikologis, sosial, dan simbolik.

Dalam kajian sosiologi dan antropologi kesehatan, penyakit tidak diperlakukan semata-mata sebagai gangguan organ tubuh (*disease*), melainkan juga sebagai pengalaman subjektif (*illness*) dan status sosial (*sickness*). Seseorang yang sakit tidak hanya menghadapi gejala fisik, tetapi juga menghadapi reaksi keluarga, penilaian masyarakat, serta ekspektasi sosial tertentu. Kerangka ini menempatkan kesehatan sebagai realitas sosial yang dikonstruksi melalui interaksi, norma, dan makna yang hidup dalam masyarakat (Cockerham, 2017).

Agama dan kepercayaan lokal merupakan salah satu sumber makna yang paling kuat dalam membentuk cara manusia memahami sehat dan sakit. Bagi banyak individu, agama menyediakan kerangka moral dan spiritual untuk menafsirkan penderitaan, membangun harapan, serta menata perilaku sehari-hari. Praktik keagamaan dan spiritual sering berfungsi sebagai sumber ketenangan batin dan mekanisme *coping* ketika individu menghadapi kondisi sakit atau ketidakpastian hidup (Glenthøj et al., 2020).

Dalam perspektif antropologi kesehatan, kepercayaan lokal tidak seharusnya dipahami sebagai sekadar residu tradisi masa lalu, melainkan sebagai sistem pengetahuan yang hidup dan terus beradaptasi. Kepercayaan ini lahir dari pengalaman panjang komunitas dalam menghadapi sakit, kematian, dan ketidakpastian hidup. Melalui kepercayaan lokal, masyarakat membangun cara mereka sendiri untuk memahami tubuh, penderitaan, serta relasi antara manusia, alam, dan kekuatan yang dianggap melampaui dirinya. Dengan demikian, praktik kesehatan berbasis kepercayaan

lokal mencerminkan upaya manusia untuk menjaga keseimbangan hidup, bukan semata-mata penolakan terhadap rasionalitas medis modern.

Lebih jauh, antropologi kesehatan memandang bahwa pengetahuan lokal tentang kesehatan tidak bersifat statis, tetapi dinamis dan kontekstual. Ia berubah seiring perubahan sosial, ekonomi, dan teknologi, serta bernegosiasi dengan sistem kesehatan formal. Dalam banyak konteks, masyarakat tidak melihat adanya dikotomi tegas antara praktik tradisional dan layanan medis modern. Sebaliknya, keduanya diperlakukan sebagai sumber daya yang dapat digunakan secara bersamaan untuk meningkatkan peluang kesembuhan. Pandangan ini menunjukkan bahwa rasionalitas kesehatan masyarakat bersifat plural dan berakar pada pengalaman sosial (Brown, P. J., Closser, S., & Trostle, 2016).

Namun demikian, sistem makna yang dibangun melalui agama dan kepercayaan lokal memiliki implikasi sosial yang bersifat ambivalen. Pada satu sisi, keyakinan dapat memperkuat ketahanan psikologis dan solidaritas sosial. Pada sisi lain, keyakinan yang sama dapat menghasilkan batas-batas sosial yang kaku, terutama ketika penyakit dimaknai sebagai konsekuensi moral atau pelanggaran norma tertentu. Dalam situasi ini, individu yang sakit tidak hanya berjuang melawan kondisi fisiknya, tetapi juga menghadapi tekanan sosial yang berlapis (B. G. Link & Phelan, 2015).

Dalam konteks kontemporer, dinamika kesehatan semakin kompleks dengan hadirnya arus informasi yang sangat cepat. Informasi kesehatan tidak lagi hanya bersumber dari tenaga profesional, tetapi juga dari media sosial dan jaringan informal. Kondisi ini membuka ruang bagi penyebaran misinformasi yang dapat memengaruhi persepsi risiko, kepercayaan publik, dan perilaku kesehatan. Organisasi Kesehatan Dunia menekankan pentingnya pengelolaan *infodemic* dan penguatan komunikasi risiko berbasis keterlibatan komunitas untuk menjaga kepercayaan dan keselamatan masyarakat (World Health Organization, 2022).

Berdasarkan kerangka tersebut, bab ini membahas kesehatan dalam perspektif agama dan kepercayaan lokal melalui pendekatan sosiologi dan antropologi kesehatan, dengan fokus pada bagaimana

nilai, norma, simbol, dan makna membentuk pengalaman sehat dan sakit dalam kehidupan sosial.

Kerangka Teoretik Sosiologi dan Antropologi Kesehatan

Sosiologi dan antropologi kesehatan berangkat dari kritik terhadap pandangan kesehatan yang semata-mata biologis. Kedua disiplin ini menegaskan bahwa kesehatan dan penyakit tidak dapat dipahami secara terpisah dari konteks sosial, budaya, dan historis tempat individu hidup. Tubuh manusia bukan hanya objek biologis, melainkan juga entitas sosial yang sarat makna, nilai, dan relasi kekuasaan. Dengan demikian, kesehatan merupakan hasil interaksi kompleks antara proses biologis dan struktur sosial yang mengitarinya (Cockerham, 2017).

Dalam sosiologi kesehatan, kesehatan dipahami sebagai bagian dari sistem sosial yang diatur oleh norma dan peran. Talcott Parsons, melalui konsep *sick role*, menunjukkan bahwa individu yang sakit memasuki peran sosial tertentu yang dilegitimasi oleh masyarakat. Peran ini memberi hak untuk menarik diri dari kewajiban normal, tetapi sekaligus memuat kewajiban moral untuk berupaya sembuh dan mencari pertolongan yang dianggap sah. Konsep ini menegaskan bahwa sakit bukan hanya kondisi tubuh, melainkan status sosial yang dinegosiasikan (Cockerham, 2017).

Antropologi kesehatan melengkapi perspektif tersebut dengan menekankan pentingnya pengalaman subjektif dan makna budaya dalam memahami sakit. Perbedaan antara *disease*, *illness*, dan *sickness* menjadi kerangka kunci untuk membaca perbedaan antara definisi medis, pengalaman personal, dan respons sosial terhadap penyakit. *Disease* merujuk pada gangguan biologis yang didefinisikan oleh biomedis, *illness* merujuk pada pengalaman subjektif individu, sementara *sickness* menggambarkan dimensi sosial dari penyakit, termasuk pelabelan dan reaksi masyarakat (Brown, P. J., Closser, S., & Trostle, 2016).

Kerangka ini sangat relevan dalam konteks masyarakat yang religius dan plural secara budaya. Individu tidak hanya merespons penyakit berdasarkan diagnosis medis, tetapi juga menimbang makna sosial dan spiritual yang dilekatkan pada tubuh dan penderitaan. Oleh

Daftar Pustaka

- Brown, P. J., Closser, S., & Trostle, J. (2016). (2016). *Understanding and applying medical anthropology (2nd ed.)* (Third). Routledge.
- Cockerham, W. C. (2017). *Medical Sociology* (14th ed.). Routledge.
- Glenthøj, L. B., Mariegaard, L. S., Fagerlund, B., Jepsen, J. R. M., Kristensen, T. D., Wenneberg, C., Krakauer, K., Medalia, A., Roberts, D. L., Hjorthøj, C., & Nordentoft, M. (2020). Effectiveness of cognitive remediation in the ultra-high-risk state for psychosis. *World Psychiatry, 19*(3), 401–402. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/wps.20760>
- Iltis, A. S., Baker, L. L., Baldwin, K., Cruz, L., Yaeger, L. H., & DuBois, J. M. (2025). Approaches to engaging faith communities in public health efforts regarding vaccination, genetics, and colorectal cancer: a systematic review. *BMC Public Health, 25*(1), 703. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21903-4>
- Kibongani Volet, A., Scavone, C., Catalán-Matamoros, D., & Capuano, A. (2022). Vaccine Hesitancy Among Religious Groups: Reasons Underlying This Phenomenon and Communication Strategies to Rebuild Trust. *Frontiers in Public Health, Volume 10-2022*. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.824560>
- Koenig, H. G. (2018). Religion and mental health: Research and clinical applications. In *Religion and mental health: Research and clinical applications*. (pp. xx, 363–xx, 363). Elsevier Academic Press.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2015). Stigma and its public health implications. *Lancet (London, England), 367*(9509), 528–529. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68184-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68184-1)
- Link, B., Phelan, J., & Hatzenbuehler, M. (2014). *Stigma and Social Inequality* (pp. 49–64). https://doi.org/10.1007/978-94-017-9002-4_3
- Scambler, G. (2018). *Sociology as applied to health and medicine* (Seventh edition). Palgrave.
- Song, M. Y., Blake-Hepburn, D., Karbasi, A., Fadel, S. A., Allin, S., Ataullahjan, A., & Ruggiero, E. Di. (2024). Public health partnerships

with faith-based organizations to support vaccination uptake among minoritized communities: A scoping review. *PLOS Global Public Health*, 4(6), e0002765. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002765>

World Health Organization. (2024). *WHO competency framework: Risk communication and community engagement (RCCE)*. World Health Organization.

World Health Organization. (2022). *Advancing infodemic management in risk communication and community engagement in the WHO European Region Implementation guidance*.

PROFIL PENULIS



Evi Aprianti Radjiman, S.K.M., M.KL.


Ketertarikan penulis terhadap bidang kesehatan masyarakat dan kesehatan lingkungan mulai tumbuh sejak menempuh pendidikan di bangku perguruan tinggi. Hal tersebut mendorong penulis untuk memilih Program Studi Kesehatan Masyarakat di Universitas Islam Negeri (UIN) Alauddin Makassar dan berhasil menyelesaikan pendidikan

Sarjana (S1) pada bidang tersebut. Keinginan untuk memperdalam pemahaman mengenai isu kesehatan yang berkaitan dengan faktor lingkungan membuat penulis melanjutkan pendidikan magister (S2) di Universitas Hasanuddin pada Program Studi Kesehatan Lingkungan.

Penulis memiliki minat dan fokus kajian pada bidang kesehatan masyarakat dan kesehatan lingkungan, khususnya dalam memahami bagaimana faktor lingkungan dan perilaku masyarakat berperan dalam menentukan derajat kesehatan. Untuk mengembangkan karier sebagai dosen dan akademisi profesional, penulis aktif terlibat dalam berbagai kegiatan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat bersama tim dosen. Pengalaman tersebut menjadi bagian penting dalam membangun kepekaan akademik penulis terhadap persoalan kesehatan yang terjadi di masyarakat.

Penulis terus berkomitmen untuk meningkatkan produktivitas ilmiah melalui publikasi jurnal bereputasi serta penulisan buku akademik. Bagi penulis, menulis bukan hanya sekadar kewajiban akademik, melainkan bentuk kontribusi nyata dalam pengembangan ilmu pengetahuan, sekaligus upaya menghadirkan karya yang bermanfaat bagi dunia pendidikan dan masyarakat luas.

Email Penulis: evi.aprianti@uin-alauddin.ac.id



BAB 11

SISTEM PENGOBATAN

TRADISIONAL DAN

MODERN

apt. Novi Winda Lutsina, S.Farm., M.Si.
Universitas Citra Bangsa



Pendahuluan

Pengobatan era ini sudah sangat berkembang dengan pesat. Jika menilik kembali jenis pengobatan yang menjadi pilihan masyarakat saat ini, tidak sedikit teknologi modern terkemuka yang menjadi pilihan utama. Namun pengobatan tradisional juga memiliki eksistensinya tersendiri di tengah masyarakat. *“Back to Nature”* menjadi slogan yang menjadikan pengobatan tradisional dengan nilai eksklusif tersendiri bagi penggunanya. Jika melihat dari aspek sosiologi dan antropologi, baik pengobatan tradisional maupun pengobatan modern memiliki jenis, karakteristik, dan perjalanan perkembangannya masing-masing di tengah masyarakat.

Sistem Pengobatan Tradisional

1. Pengertian Dasar

Pengobatan tradisional mencakup berbagai praktik kesehatan, pengetahuan, dan kepercayaan yang menggabungkan obat-obatan berbasis tumbuhan, hewan, dan mineral, terapi spiritual, teknik manual, dan latihan untuk mengobati, mendiagnosis, dan mencegah penyakit atau menjaga kesejahteraan (Vlachogianni et al., 2014).

Berbeda dengan kedokteran konvensional (medis/barat) yang berfokus pada pengobatan gejala dan penyakit menggunakan obat-obatan sintetis atau pembedahan, pengobatan tradisional cenderung berfokus pada penyembuhan holistik (menyeluruh).

Merujuk UU Kesehatan No. 17 Tahun 2023, pelayanan pengobatan tradisional merupakan cara pengobatan menggunakan keterampilan dan/atau ramuan yang berasal dari pengetahuan, keahlian, dan/atau nilai yang bersumber dari kearifan lokal. Adapun pelayanan pengobatan tradisional meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif. Hal ini dapat dilakukan di tempat praktik mandiri, Puskesmas, fasilitas pelayanan kesehatan tradisional, rumah sakit, dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya (UU RI No. 17 Tahun 2023, 2023).

Pengobatan tradisional yang dipakai pada jaman dahulu beraneka ragam, dari tanaman obat, jampe-jampe atau do'a,

primbon, dan masih banyak lagi. Sejak dahulu pengobatan penduduk Indonesia sudah populer dengan istilah jamu. Pengobatan warisan dari nenek moyang ini sampai saat ini tetap masih banyak diminati masyarakat dan semakin berkembang variasinya (Indarto, 2018).

2. Filosofi

Hampir semua sistem pengobatan tradisional di dunia berbagi prinsip dasar yang sama (Che et al., 2023):

- a. Pendekatan Holistik: Memandang manusia sebagai satu kesatuan utuh yang terdiri dari tubuh, pikiran, jiwa (*spirit*), dan lingkungan sosialnya.
- b. Keseimbangan (*Balance*): Penyakit dianggap muncul akibat ketidakseimbangan dalam tubuh atau ketidakharmonisan dengan alam (contoh: Yin & Yang dalam TCM, atau Tri Hita Karana di Bali).
- c. Sumber Alami: Mengutamakan bahan-bahan yang tersedia di alam seperti tumbuhan (herbal), hewan, dan mineral.
- d. Preventif & Promotif: Lebih menekankan pada menjaga kesehatan dan mencegah penyakit daripada sekadar mengobati saat sudah sakit.

3. Sistem Pengobatan Tradisional Utama di Dunia

Berikut adalah beberapa sistem besar yang diakui secara global (Boudaia et al., 2025; Kumar et al., 2025; Shen, 2023):

- a. Pengobatan Tradisional Tiongkok (TCM)
Sistem ini telah berusia ribuan tahun. Konsep TCM berbasis pada keseimbangan energi vital (Qi) serta Yin dan Yang. Metode yang digunakan terdiri dari akupunktur (tusuk jarum), cupping (bekam), herbal Cina, Tai Chi, dan Qigong.
- b. Aurveda (India)
Berasal dari bahasa Sanskerta yang berarti "Ilmu Kehidupan." Konsep pengobatannya yaitu kesehatan bergantung pada keseimbangan antara tiga energi dasar tubuh, atau Dosha (Vata, Pitta, Kapha). Metode pengobatan terdiri dari pengaturan pola

Daftar Pustaka

- Atek, S., Bianchini, F., De Vito, C., Cardinale, V., Novelli, S., Pesaresi, C., Eugeni, M., Mecella, M., Rescio, A., Petronzio, L., Vincenzi, A., Pistillo, P., Giusto, G., Pasquali, G., Alvaro, D., Villari, P., Mancini, M., & Gaudenzi, P. (2023). A Predictive Decision Support System for Coronavirus Disease 2019 Response Management and Medical Logistic Planning. *Digital Health*, 9. <https://doi.org/10.1177/20552076231185475>
- Boudaia, O., El Youbi, A. E. H., Sekkout, Z., El Amrani, N., & Radallah, D. (2025). History and Cultural Comparisons Between African and Chinese Traditional Medicine: The Case of Tetraena Gaetula. *Chinese Medicine and Culture*. <https://doi.org/10.1097/MC9.0000000000000134>
- B POM RI. (2019). PERATURAN BADAN PENGAWAS OBAT DAN MAKANAN NOMOR 32 TAHUN 2019 TENTANG PERSYARATAN KEAMANAN DAN MUTU OBAT TRADISIONAL. www.Peraturan.Go.Id
- Carlsson, F., & Råberg, L. (2024). The Germ Theory Revisited: A Noncentric View on Infection Outcome. *Proceedings Of The National Academy Of Sciences Of The United States Of America*, 121, E2319605121. <https://doi.org/10.1073/pnas.2319605121>
- Che, C.-T., George, V., Ijiniu, T. P., Pushpangadan, P., & Andrae-Marobela, K. (2023). Traditional Medicine. In *Pharmacognosy Fundamentals: Applications and Strategies*, Second Edition. <https://doi.org/10.1016/B978-0-443-18657-8.00037-2>
- Fourkiotis, K. P., & Tsadiras, A. (2024). Applying Machine Learning and Statistical Forecasting Methods for Enhancing Pharmaceutical Sales Predictions. *Forecasting*, 6(1), 170–186. <https://doi.org/10.3390/forecast6010010>
- Indarto, A. K. (2018). EKSPLORASI METODE PENGOBATAN TRADISIONAL OLEH PARA PENGOBAT TRADISIONAL DI WILAYAH KARESIDENAN SURAKARTA Indarto, Agus Kirwanto.
- Kementerian Kesehatan RI. (2022). Perkembangan Obat Dan Pengobatan Tradisional Dalam Kesehatan Masyarakat Dan

- Pemanfaatannya Di Rumah Sakit. https://Keslan.Kemkes.Go.Id/View_Artikel/13/Perkembangan-Obat-Dan-Pengobatan-Tradisional-Dalam-Kesehatan-Masyarakat-Dan-Pemanfaatannya-Di-Rumah-Sakit.
- Kementerian Kesehatan RI. (2023). Petunjuk Teknis Rencana Kebutuhan Obat.
- Kumar, A., Mani, V., Jain, V., Gupta, H., & Venkatesh, V. G. (2023). Managing Healthcare Supply Chain Through Artificial Intelligence (AI): A Study Of Critical Success Factors. *Computers and Industrial Engineering*, 175. <https://doi.org/10.1016/j.cie.2022.108815>
- Kumar, H. K. S., Mishra, P., Banerjee, M., Acharyya, S., & Behera, B. (2025). A Historical Perspective on Botanical Remedies for Neurodegenerative Disorders. In *Natural Solutions for Neurodegenerative Disorders: Exploring Botanical Remedies*.
- Piera-Jiménez, J., Dedeu, T., Pagliari, C., & Trupec, T. (2024). Strengthening Primary Health Care in Europe With Digital Solutions. *Atencion Primaria*, 56(10). <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.102904>
- Shen, Y. (2023). History, Present, and Prospect of World Traditional Medicine: In 2 Volumes. In *History, Present, and Prospect of World Traditional Medicine In 2 Volumes (Vol. 2)*. <https://doi.org/10.1142/13565>
- Su, K., Xu, L., Li, G., Ruan, X., Li, Xian, Deng, P., Li, Xinmi, Li, Q., Chen, X., Xiong, Y., Lu, S., Qi, L., Shen, C., Tang, W., Rong, R., Hong, B., Ning, Y., Long, D., Xu, J., ... Li, Y. (2019). Forecasting Influenza Activity Using a Self-Adaptive AI Model and Multi-Source Data in Chongqing, China. *Ebiomedicine*, 47, 284–292. <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2019.08.024>
- Sunarti, S., Fadzlul Rahman, F., Naufal, M., Risky, M., Febriyanto, K., & Masnina, R. (2021). Artificial Intelligence in Healthcare: Opportunities and Risks for the Future. *Gaceta Sanitaria*, 35, S67–S70. <https://doi.org/10.1016/J.Gaceta.2020.12.019>
- UU RI No. 17 Tahun 2023. (2023). Tentang Kesehatan.

Vlachogianni, T., Loridas, S., Fiotakis, K., & Valavanidis, A. (2014). From Traditional Medicine to the Modern Era of Synthetic Pharmaceuticals: Natural Products and Reverse Pharmacology Approaches: Have Expedited New Drug Discovery. *Pharmakeftiki*, 26(1), 17-31.

WHO. (2024). Benefits And Risks Of Using Artificial Intelligence For Pharmaceutical Development And Delivery. <https://iris.who.int/>.

PROFIL PENULIS




**apt. Novi Winda Lutsina, S.Farm.,
M.Si.**

Ketertarikan penulis terhadap ilmu farmasi dimulai pada tahun 2007 silam. Hal ini yang menjadi latar belakang penulis menempuh pendidikan Sarjana, Profesi Apoteker, dan Magister di Universitas Setia Budi Surakarta. Untuk memperdalam ilmu farmasi yang diminati, penulis saat ini sedang menempuh pendidikan doktoral di


Universitas Gadjah Mada.

Penulis memiliki kepakaran di bidang manajemen farmasi dan farmakoekonomi. Dalam mewujudkan karier sebagai dosen profesional, penulis pun aktif melaksanakan TriDharma Pendidikan Tinggi di bidang kepakarannya tersebut. Saat ini penulis sebagai Dosen Tetap di Program Studi Sarjana Farmasi Universitas Citra Bangsa di Kupang-Nusa Tenggara Timur. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI serta telah dipublikasikan pada jurnal nasional terakreditasi. Selain peneliti, penulis juga turut aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan *impact* kepada masyarakat, salah satunya melalui menulis agar masyarakat pada umumnya dan mahasiswa farmasi khususnya dapat terus meningkatkan literasi melalui buku ini. Email Penulis: nowvie88@gmail.com



BAB 12
INTERAKSI DOKTER,
PASIEN, DAN TENAGA
KESEHATAN DALAM
KONTEKS SOSIAL

Kombes Pol. drg. Agung Hadi Wijanarko, Sp.BM., MARS.,
M.H., C.M.C., QHIA
Biddokkes Polda Jawa Tengah



Pendahuluan

Interaksi sosial dalam layanan kesehatan memiliki peran penting dalam menentukan kualitas pelayanan, kepuasan pasien, serta hasil kesehatan secara keseluruhan. Hubungan antara pasien, dokter, dan tenaga kesehatan lainnya tidak hanya bersifat teknis, tetapi juga sosial dan kultural. Komunikasi yang efektif, empatik, dan responsif terhadap konteks sosial-budaya terbukti meningkatkan keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan, kepatuhan terhadap perawatan, dan pengalaman pelayanan secara menyeluruh (Street, Makoul, Arora, & Epstein, 2009; Ha & Longnecker, 2010; Mead & Bower, 2000). Hambatan sosial, perbedaan pendidikan, dan nilai budaya yang tidak dipahami dapat memengaruhi kualitas interaksi dan hasil pelayanan (Roter & Hall, 2006; Marmot, 2005).

Dalam konteks layanan kesehatan, terdapat tiga aktor utama: dokter, pasien, dan tenaga kesehatan lainnya, termasuk perawat. Dokter biasanya dipandang sebagai figur otoritatif yang menguasai pengetahuan medis dan membuat keputusan klinis. Pasien membawa pengalaman subjektif terkait kondisi kesehatannya serta harapan terhadap layanan yang diterima. Tenaga kesehatan lain berperan dalam menjembatani komunikasi, mendukung pemahaman pasien, dan memperkuat pengalaman pelayanan secara holistik. Pola interaksi ini dipengaruhi oleh faktor sosial, budaya, dan institusional yang lebih luas, termasuk norma organisasi, struktur kekuasaan, dan praktik lokal (Street et al., 2009; Roter & Hall, 2006; Levinson, Roter, Mullooly, Dull, & Frankel, 1997).

Pendekatan sosiologi kesehatan menekankan bahwa struktur sosial, status profesional, dan hubungan kuasa membentuk pola komunikasi dan relasi di fasilitas kesehatan. Perspektif antropologi kesehatan memperluas pemahaman dengan menekankan nilai budaya, norma sosial, dan praktik lokal yang membentuk pengalaman pasien serta perilaku komunikasi antara pasien dan tenaga kesehatan (Kleinman, 1980; Farmer, 1999). Integrasi perspektif ini membantu menjelaskan bagaimana konteks sosial dan kultural memengaruhi persepsi kesehatan, ekspresi penyakit, serta harapan terhadap layanan kesehatan.

Dengan demikian, pemahaman interaksi sosial dalam layanan kesehatan memerlukan perspektif yang menggabungkan sosiologi

dan antropologi untuk menangkap dimensi sosial, kultural, dan struktural. Bab ini bertujuan menguraikan kerangka teori dan praktik interaksi sosial dalam konteks layanan kesehatan, sekaligus menilai implikasinya terhadap kualitas layanan, inklusivitas, dan keadilan sosial di masyarakat.

Kerangka Teori Interaksi Sosial dalam Kesehatan

Interaksi sosial dalam layanan kesehatan merupakan komponen penting yang menentukan kualitas pelayanan, kepuasan pasien, dan hasil kesehatan. Pasien, dokter, dan tenaga kesehatan lain tidak hanya berinteraksi secara teknis, tetapi juga secara sosial dan kultural. Untuk memahami dinamika ini, dibutuhkan kerangka teori yang memadukan sosiologi, yang menekankan struktur sosial, peran, status, dan kuasa, serta antropologi, yang menyoroti nilai budaya, norma sosial, dan praktik lokal. Pendekatan lintas disiplin ini memungkinkan tenaga kesehatan untuk memahami interaksi secara lebih holistik dan responsif terhadap konteks pasien.

1. Teori Sosiologi

Pendekatan sosiologi dalam layanan kesehatan menekankan bagaimana peran sosial, status profesional, kuasa, dan interaksi simbolik membentuk perilaku, komunikasi, dan keputusan medis. Peran sosial adalah pola perilaku yang diharapkan dari individu berdasarkan posisinya dalam struktur sosial (Biddle, 1986). Misalnya, dokter memiliki tanggung jawab untuk mendiagnosis dan memberikan rekomendasi perawatan, sementara pasien diharapkan melaporkan gejala dan mengikuti instruksi. Peran perawat atau tenaga kesehatan lain sering bersifat mediasi, menjembatani komunikasi antara dokter dan pasien, serta membantu pasien memahami informasi medis.

Status profesional memberikan dokter otoritas dalam interaksi klinis. Posisi ini memengaruhi bagaimana pasien menanggapi informasi, mengajukan pertanyaan, atau menyetujui rencana perawatan. Studi menunjukkan bahwa pasien sering menahan pertanyaan atau menyetujui keputusan dokter karena perbedaan status profesional, yang dapat memengaruhi keterlibatan pasien dan kepatuhan terhadap terapi (Freidson, 1970).

Daftar Pustaka

- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). *Laporan nasional Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018*. Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. <https://repository.badankebijakan.kemkes.go.id/id/eprint/3514/>
- Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Owusu Ananeh-Firempong, I. (2005). Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports*, 118(4), 293–302. <https://doi.org/10.1093/phr/118.4.293>
- Biddle, B. J. (1986). Recent developments in role theory. *Annual Review of Sociology*, 12, 67–92. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.12.080186.000435>
- Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism: Perspective and method*. University of California Press.
- Epstein, R. M., & Street, R. L. (2011). *Patient-centered communication in cancer care: Promoting healing and reducing suffering*. National Cancer Institute. <https://www.cancer.gov/publications>
- Farmer, P. (1999). *Infections and inequalities: The modern plagues*. University of California Press.
- Foucault, M. (1973). *The birth of the clinic: An archaeology of medical perception* (A. M. Sheridan, Trans.). Vintage Books. (Original work published 1963)
- Freidson, E. (1970). *Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge*. Dodd, Mead & Company.
- Ha, J. F., & Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication: A review. *Ochsner Journal*, 10(1), 38–43. <https://www.ochsnerjournal.org/content/10/1/38>
- Helman, C. G. (2007). *Culture, health, and illness* (5th ed.). Hodder Arnold.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and*

- psychiatry*. University of California Press.
- Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (1978). *Culture, illness, and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research*. *Annals of Internal Medicine*, 88(2), 251–258. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-88-2-251>
- Levinson, W., Roter, D. L., Mullooly, J. P., Dull, V. T., & Frankel, R. M. (1997). Physician-patient communication: The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*, 277(7), 553–559. <https://doi.org/10.1001/jama.1997.03540310057036>
- Lock, M., & Kaufert, P. (1998). *Anthropology of biomedicine*. Wiley Blackwell.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099–1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centeredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51(7), 1087–1110. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00098-8)
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Ong, L. M., de Haes, J. C., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: A review of the literature. *Social Science & Medicine*, 40(7), 903–918. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00155-M](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00155-M)
- Roter, D. L., & Hall, J. A. (2006). *Doctors talking with patients/patients talking with doctors: Improving communication in medical visits*. Praeger.
- Sen, G., & Östlin, P. (2008). Gender inequity in health: Why it exists and how we can change it. *Global Public Health*, 3(S1), 1–12. <https://doi.org/10.1080/17441690801900795>

Street, R. L., Makoul, G., Arora, N. K., & Epstein, R. M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 295–301.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.015>

PROFIL PENULIS



**Kombes Pol. drg. Agung Hadi
Wijanarko, Sp.BM., MARS., M.H.,
C.M.C., QHIA.**

Penulis merupakan anak kedua dari tiga bersaudara, lahir di Semarang pada 12 April 1972. Sejak tahun 1997, penulis mengabdikan diri sebagai anggota Kepolisian Negara Republik Indonesia (Polri) setelah menyelesaikan pendidikan SEMAPA PK ABRI, dengan penugasan awal di Polda Aceh. Sepanjang perjalanan kariernya, penulis telah menduduki sejumlah jabatan strategis, antara lain Kasubbid Kespol Biddokkes Polda Riau (2011), Karumkit Bhayangkara Pekanbaru (2012 dan 2019), Kepala Bidang Rehabilitasi Badan Narkotika Nasional Provinsi Riau (2015), Karumkit Bhayangkara H.S. Samsuero Mertojoso Surabaya (2022), Kabiddokkes Polda Sulawesi Barat (2023), serta Karumkit Bhayangkara Kediri (2023–2025). Saat ini, penulis menjabat sebagai Kabiddokkes Polda Jawa Tengah.


Ketertarikan penulis terhadap ilmu kedokteran gigi tumbuh sejak tahun 1991 dan diwujudkan melalui pendidikan formal dengan meraih gelar Profesi Dokter Gigi dari Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Gadjah Mada pada tahun 1996, serta menyelesaikan pendidikan Spesialis Bedah Mulut dan Maksilofasial di universitas yang sama pada tahun 2008. Penulis kemudian menyelesaikan pendidikan Magister Administrasi Rumah Sakit (MARS) di Universitas Respati Indonesia dan dinyatakan lulus pada tahun 2024. Selain itu, penulis menaruh perhatian dan minat pada bidang hukum dengan menempuh pendidikan Magister Ilmu Hukum di Universitas Bung Hatta dan dinyatakan lulus pada tahun 2025, serta mulai menempuh Program Doktor Ilmu Hukum di Universitas Islam Sultan Agung sejak tahun 2024.

Selain pendidikan akademik, penulis aktif mengikuti berbagai pelatihan profesional dan memperoleh sertifikasi Certified Medical Auditor (C.M.C.) dan Qualified Hospital Internal Auditor (QHIA), serta

telah mengikuti Pelatihan Kepemimpinan Nasional Tingkat I LAN RI pada tahun 2025.


Atas kepemimpinannya, RS Bhayangkara Kediri meraih Presisi Award 2024 dari Lembaga Kajian Strategis Kepolisian (Lemkapi) atas implementasi program *One Stop Service* dan kegiatan sosial rumah sakit yang berdampak nyata bagi masyarakat dan anggota Polri. Secara personal, penulis menerima Penghargaan Citra Istakarya Nusantara 2025 dari Wanita Muslimah Indonesia (WMI) atas kontribusi dan kepeduliannya terhadap kesehatan masyarakat, serta Radar Kediri Awards 2025 dari Jawa Pos Radar Kediri sebagai bentuk apresiasi atas kepemimpinan dan kontribusi terhadap pertumbuhan berkelanjutan (*sustainable growth*).

Di luar tugas kedinasan, penulis aktif dalam berbagai organisasi profesi, antara lain sebagai Ketua Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI) Cabang Pekanbaru (2018), Wakil Ketua Badan Pembelaan Anggota PABMI Sumbagut (2018), Ketua Pengurus Wilayah PDGI Provinsi Riau (2022), Anggota Bidang Organisasi, Hukum, dan Hubungan Antar Lembaga Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) Wilayah Jawa Timur periode 2021–2025 dan 2025–2029, serta menjabat sebagai Ketua Bidang Pembinaan dan Pembelaan Anggota PDGI Wilayah Jawa Timur periode 2025–2029. Email penulis: agung0529@yahoo.co.id



BAB 13
KOMUNIKASI
KESEHATAN DAN
PENYEBARAN
INFORMASI

Dr. Siti Sugih Hartiningsih, S.Si., M.Kes.
STIKes Dharma Husada



Pendahuluan

Komunikasi kesehatan adalah salah satu faktor strategis untuk pengembangan program kesehatan masyarakat yang berfungsi sebagai jembatan antara pengetahuan ilmu kesehatan dan kehidupan sehari-hari di masyarakat. Keberhasilan suatu program kesehatan tidak hanya bergantung pada tingkat teknologi medis atau penyediaan fasilitas layanan kesehatan, tetapi juga bergantung pada seberapa efektif pesan kesehatan dikomunikasikan kepada masyarakat yang ditargetkan (WHO, 2017). Indonesia adalah negara yang terdiri dari lebih dari 300 kelompok etnis, dan bahasa aslinya adalah ratusan bahasa daerah, membuatnya lebih menantang dibandingkan negara lain untuk menyampaikan informasi kesehatan. Perbedaan dalam makna kesehatan, penyakit, dan gangguan kesehatan ini disebabkan oleh keragaman nilai, norma, dan sistem kepercayaan yang hidup di masyarakat.

Masalah ini sering kali menciptakan ketidakcocokan antara apa yang disampaikan oleh petugas kesehatan dengan masyarakat sebagai penerima pesan kesehatan. Sejumlah faktor sosial-budaya telah berkontribusi pada kesulitan dalam mengakses penyediaan layanan kesehatan, termasuk keyakinan pada pengobatan tradisional, saluran komunikasi yang buruk antara petugas kesehatan dan masyarakat, norma sosial dan etika serta perbedaan budaya yang menghambat akses perawatan kesehatan, ketidakcocokan pengobatan kesehatan dengan budaya lokal, serta stigma seputar penyakit dan pengobatan modern. Hambatan semacam itu penting untuk dipahami dalam menjaga kualitas layanan dan aksesibilitas di klinik (Ahmad et al., 2025).

Kondisi sosial budaya memerlukan tidak hanya sekadar menyampaikan pesan teknis. Perspektif biomedis dominan dalam paradigma kesehatan kontemporer menganggap masalah kesehatan secara global dan objektif universal. Namun sering kali ini kurang kuat dalam praktik jika tidak disertai dengan pemahaman konteks sosial dan budaya dalam kehidupan nyata yang khas dan berbeda di tingkat lokal. Salah satu metode komunikasi yang dapat diadopsi dengan risiko minimal adalah model SBCC (*Social Behavior and Change Communication*) yang berasal dari ilmu sosial dan teori perubahan

perilaku. Strategi inti yang digunakan dalam SBCC adalah advokasi, mobilisasi sosial, dan pendidikan.

Advokasi adalah upaya yang mencoba menciptakan komunikasi untuk mendorong dibuatnya kebijakan untuk pengelolaan penyakit dengan benar. Ini adalah advokasi yang tidak hanya dilakukan melalui pemerintah tetapi juga oleh pihak di luar pemerintah seperti di masyarakat, komunitas tertentu, dan sejenisnya. Mobilisasi sosial adalah upaya untuk melibatkan komponen masyarakat dalam perawatan penyakit; salah satunya adalah kader kesehatan di masyarakat. Pendidikan adalah upaya untuk memberikan pengetahuan kesehatan dalam masyarakat melalui berbagai bentuk. (Solihin & Muslim, 2022).

Tujuan dari tinjauan literatur pada bab ini adalah untuk melihat komunikasi kesehatan dan penyebaran informasi kesehatan di Indonesia dalam sudut pandang antropologi kesehatan dan ilmu promosi kesehatan. Diskusi ini menampilkan konsep awal, pengaturan sosial-budaya, media komunikasi, keterlibatan aktor kesehatan, dan implikasi bagi mahasiswa dan tenaga kesehatan.

Dasar-dasar Komunikasi Kesehatan

Komunikasi kesehatan digambarkan sebagai penyebaran, transfer, dan interpretasi pesan terkait kesehatan antara individu, kelompok, dan entitas dalam sistem informasi publik untuk mempromosikan informasi, pola pikir, dan sikap serta perubahan sikap untuk perilaku hidup yang baik (WHO, 2017). Komunikasi kesehatan dapat berfungsi lebih dari sekadar proses satu arah; ini interaktif dan dibentuk oleh latar belakang sosial, budaya, pendidikan, dan pengalaman pribadi. Dengan demikian, komunikator memiliki peran utama, yaitu membujuk komunikan (Al Hanif et al., 2023). Saat ini, komunikasi kesehatan telah beralih dari paradigma konvensional yang berfokus terutama pada perubahan perilaku individu melalui media massa menjadi sistem inklusif dan partisipatif sebagai instrumen perubahan sosial (Beleno, 2022).

Dengan menggunakan teknik komunikasi yang efektif, masyarakat tidak hanya menerima informasi tetapi juga diajak untuk belajar tentang kondisi kesehatan mereka sendiri dan berpartisipasi

Daftar Pustaka

- Ahmad, A. D., Hanita, M., & Nurhasana, R. (2025). Hambatan Sosial Budaya dalam Pelayanan Kesehatan pada Komunitas Tradisional: Studi Literatur. *ETNOREFLIKA: Jurnal Sosial Dan Budaya*, *14*(3), 383–400. <https://doi.org/10.33772/etnoreflika.v14i3.3123>
- Al Hanif, R. D., Mahdalena, V., & Handayani, L. (2023). EFEKTIVITAS KOMUNIKASI KESEHATAN MELALUI SHORT VIDEO BAGI PERUBAHAN PERILAKU KESEHATAN. *Jurnal Ilmu Komunikasi*, *6*(2). <https://doi.org/10.33822/jep.v6i1.5725>
- Beleno, C. A. (2022). Communication in Health and Communication for Social Change. *REVISTA ESPAÑOLA DE COMUNICACIÓN EN SALUD*, *13*(1), 111–118. <https://doi.org/10.20318/recs.2022.6165>
- Dafid, D. Z., Urufia, W. O. N., Nurhidayati, W. O., Subhan, M., & Amiruddin, E. (2024). Evaluasi Program Imunisasi Anak di Wilayah Pedesaan Tantangan dan Solusi. *Journal of International Multidisciplinary Research*. <https://journal.banjaresepacific.com/index.php/jimr>
- Gumay, N. A. N. N., Dwi Astuti, D., & Rahayu, S. (2025). Meningkatkan Perilaku Pencegahan Diare pada Anak Usia Sekolah melalui Permainan Terapeutik Wayang Golek Cepak Tegalan. *Faletehan Health Journal*, *12*(3), 319–327. www.journal.lppm-stikesfa.ac.id/ojs/index.php/FHJ
- Hahn, R. A., & Schoch-Spana, M. (2021). Anthropological foundations of public health: the case of COVID-19. In *Preventive Medicine Reports* (Vol. 22). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2021.101331>
- Nasrudin, J. (2019). Relasi agama, magi, dan sains dengan sistem pengobatan tradisional-modern pada masyarakat pedesaan. *Hanifiya: Jurnal Studi Agama-Agama*, *2*(1).
- Shresta, S., Akira, S., Poudel, K. C., Nanishi, K., Abe, M. K., Shakya, S. K., & Jimba, M. (2019). Perceived social support, coping, and stigma on the quality of life of people living with HIV in Nepal: a moderated mediation analysis. *AIDS Care*, *31*(4), 413–430. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09540121.2018>

1497136

Solihin, O., & Muslim. (2022). Kerangka Kerja Social Behavior and Change Communication (SBCC) Pada Komunikasi Kesehatan. *Jurnal Pendidikan Dan Sosial Humaniora*, 2(4).

Triyono, S. D. K., & Herdiyanto, Y. K. (2017). Konsep sehat dan sakit pada individu dengan urolithiasis (kencing batu) di Kabupaten Klungkung, Bali. *Jurnal Psikologi Udayana*, 4(2), 263–276.

WHO. (1986). *Ottawa Charter*.

WHO. (2017). *WHO communication framework*.
<https://www.who.int/docs/default-source/documents/communicating-for-health/communication-framework.pdf>

Zikiria, F., Rahmawati, A., & Suratini. (2025). Edukasi Jajanan Sehat Dengan Media Wayang Kartun Meningkatkan Pengetahuan Dan Sikap Siswa Kelas V SD Negeri Nogotirto Gamping Sleman Yogyakarta. *Presiding Seminar Nasional LPPM Unisa*.

PROFIL PENULIS




Dr. Siti Sugih Hartiningsih, S.Si., M.Kes.

Penulis adalah lulusan Sarjana Jurusan Biologi Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam UNPAD pada tahun 1998. Selanjutnya lulus pendidikan Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran UNPAD pada tahun 2008 dan program Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat UI pada tahun 2016. Penulis telah menjadi dosen sejak tahun 2002 di STIKes Dharma Husada Kota Bandung dan saat ini menjadi dosen tetap di Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat.

Penulis mengampu beberapa mata kuliah dan mengajar tidak hanya di program studi Kesehatan Masyarakat, tetapi juga di program studi Keperawatan dan Kebidanan. Beberapa mata kuliah yang diampu penulis di antaranya Metode Penelitian, Sosioantropologi Kesehatan, Kesehatan Global, Asuhan Komplementer, dan Promosi Kesehatan Intermediate. Selain itu, penulis juga aktif melakukan penelitian dan pengabdian pada masyarakat, menjadi reviewer jurnal, narasumber pada kuliah umum, seminar, dan pelatihan, serta pengurus beberapa organisasi profesi kesehatan dan pendidikan tinggi. Ketertarikan dan kepakaran penulis pada model promosi kesehatan dengan intervensi berbasis terapi komplementer dan kesehatan holistik telah dibuktikan dengan dihasilkannya beberapa buku dan karya publikasi penelitian yang bereputasi pada tingkat nasional maupun internasional.

Email Penulis: sitisugih@stikesdhh.ac.id



BAB 14
PERILAKU KESEHATAN
DAN FAKTOR SOSIAL
BUDAYA

Zainab, M.P.H.
Politeknik Negeri Madura



Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan mencakup seluruh tindakan yang dilakukan oleh individu, baik yang dapat diamati secara langsung maupun yang tidak tampak. Tindakan-tindakan tersebut berhubungan dengan upaya menjaga dan meningkatkan derajat kesehatan, termasuk usaha pencegahan dan perlindungan diri dari penyakit serta berbagai masalah kesehatan lainnya (Notoatmodjo, 2010). Konsep perilaku kesehatan dapat dipahami sebagai respons individu terhadap berbagai stimulus yang berkaitan dengan kesehatan, yang meliputi perilaku promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif (Glanz, et al., 2015). Perilaku promotif diarahkan untuk meningkatkan derajat kesehatan, seperti melakukan aktivitas fisik secara teratur dan mengonsumsi makanan bergizi. Perilaku preventif bertujuan mencegah terjadinya penyakit, antara lain melalui tindakan imunisasi dan pemeriksaan kesehatan secara berkala. Sementara itu, perilaku kuratif dan rehabilitatif berkaitan dengan upaya pengobatan serta proses pemulihan kesehatan.

Berdasarkan pendekatan behavioristik Skinner, perilaku kesehatan dipahami sebagai hasil dari proses belajar yang terbentuk melalui pengaruh lingkungan serta mekanisme penguatan. Dalam kerangka ini, perilaku kesehatan diklasifikasikan ke dalam tiga bentuk, yaitu perilaku pemeliharaan kesehatan, perilaku pencarian dan pemanfaatan pelayanan kesehatan, serta perilaku kesehatan lingkungan (Notoatmodjo, 2012).

1. Perilaku Pemeliharaan Kesehatan (*Health Maintenance Behavior*)

Perilaku pemeliharaan kesehatan merupakan segala bentuk tindakan atau upaya yang dilakukan individu untuk menjaga dan mempertahankan kondisi kesehatannya agar terhindar dari penyakit, sekaligus usaha yang dilakukan untuk mengatasi dan memulihkan kesehatan ketika mengalami sakit. Perilaku ini mencakup tiga aspek utama, yaitu:

a. Perilaku pencegahan dan penanggulangan penyakit

Perilaku ini meliputi tindakan pencegahan agar seseorang tidak mengalami sakit, upaya penyembuhan ketika terserang

penyakit, serta usaha pemulihan kesehatan setelah sembuh agar kondisi tubuh kembali optimal.

b. Perilaku peningkatan kesehatan

Perilaku peningkatan kesehatan dilakukan oleh individu yang berada dalam kondisi sehat dengan tujuan mencapai derajat kesehatan yang lebih optimal. Mengingat kesehatan bersifat dinamis dan relatif, maka individu yang sehat tetap perlu melakukan berbagai upaya untuk meningkatkan dan mempertahankan kesehatannya.

c. Perilaku terkait gizi, makanan, dan minuman

Pola konsumsi makanan dan minuman memiliki peran penting dalam menjaga dan meningkatkan kesehatan. Asupan yang tepat dapat menunjang kesehatan, sedangkan pola makan yang tidak sehat dapat menurunkan kondisi kesehatan bahkan memicu timbulnya penyakit. Oleh karena itu, sikap dan perilaku individu terhadap pemilihan serta pengolahan makanan dan minuman sangat berpengaruh terhadap status kesehatannya.

2. Perilaku Pencarian dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan (*Health Seeking Behavior*)

Perilaku pencarian dan penggunaan pelayanan kesehatan merupakan tindakan yang dilakukan individu ketika mengalami gangguan kesehatan atau kecelakaan. Perilaku ini mencakup berbagai bentuk upaya, mulai dari pengobatan mandiri (*self-treatment*) hingga mencari bantuan dan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan dalam negeri maupun luar negeri.

3. Perilaku Kesehatan Lingkungan

Perilaku kesehatan lingkungan berkaitan dengan respons dan tindakan individu dalam mengelola kondisi lingkungannya. Pengelolaan lingkungan, baik lingkungan fisik maupun sosial budaya, memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kesehatan. Contoh perilaku ini antara lain pengelolaan pembuangan tinja, penyediaan air minum yang bersih, pengelolaan tempat sampah, pembuangan limbah, serta upaya menjaga kebersihan dan sanitasi lingkungan secara umum.

Daftar Pustaka

- Ariwati & Irawati. (2019). *Buku Ajar Antropologi Kesehatan dalam Keperawatan*. Deepublish.
- Glanz, K., Lewis, F.M., Rimer, B. (2015). *Health behavior: Theory, research, and practice (5th ed.)*. Jossey-Bass.
- Hamzens, F. (2024). *Antropologi Kesehatan (1st ed.)*. Mega Press.
- Irwan. (2017). *Etika dan Perilaku Kesehatan (I)*. Absolute Media.
- Muslimin. (2015). *Sosial Budaya dan Kesehatan (1st ed.)*. Deepublish.
- Nelwan, J. E. (2022). *Sosio-Antropologi Kesehatan (1st ed.)*. Deepublish.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Promosi Kesehatan, teori dan aplikasi*. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta.
- Putri, D.M.P. & Rachmawati, N. (2019). *Antropologi Kesehatan*. Pustaka Baru Press.
- Sibagariang, E. E., Hartono, Silalahi, M. I. D. (2023). *Sosio Antropologi Kesehatan*. Trans Info Media.
- Simbolon, P. (2022). *Perilaku Kesehatan*. Trans Info Media.
- Wirawan, S., Hartika, A. Y., Aji, S. P., Nayoan, C. R., Lina, F., Tarigan, B., Arisanti, D., Trisilawati, R., & Simanjuntak, R. R. (2023). *Penerapan strategi perubahan perilaku*. Get Press Indonesia.


PROFIL PENULIS



Zainab, M.P.H.

Penulis lahir di Sumenep pada tanggal 18 Mei 1992. Saat ini, penulis berkarier sebagai dosen di Jurusan Kesehatan, Prodi Sarjana Terapan Promosi Kesehatan, Politeknik Negeri Madura. Penulis menempuh pendidikan sarjana di Stikes Surya Global Yogyakarta, pada Program Studi Kesehatan Masyarakat, dan diselesaikan pada tahun 2015. Penulis kemudian melanjutkan studi magister di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta pada tahun 2017, pada Prodi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat peminatan Perilaku dan Promosi Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, dan diselesaikan pada tahun 2019. Penulis memiliki kepakaran di bidang promosi kesehatan, dan untuk mewujudkan karier sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti di bidang kepakarannya tersebut. Selain itu, penulis juga terlibat dalam kegiatan pengabdian yang berfokus pada kegiatan promosi kesehatan.

Email Penulis: zainab@poltera.ac.id



BAB 15

KESEHATAN MENTAL

DALAM PERSPEKTIF

SOSIAL DAN BUDAYA

Prasita Ayu Widyaningtyas, S.KM., M.K.M.
Universitas Indonesia Mandiri



Latar Belakang dan Urgensi Kesehatan Mental

Kesehatan mental merupakan isu yang tidak hanya dapat dipahami melalui pendekatan medis dan biologis semata. The World Health Organization (WHO) mendefinisikan kesehatan mental sebagai “*a state of mental well-being that enables people to cope with the stresses of life, realize their abilities, learn well and work well, and contribute to their community*” (World Health Organization, 2022). Definisi ini menekankan keseimbangan antara faktor biologis, psikologis, dan sosial. Dalam perspektif sosiologi, kesehatan mental dipandang sebagai hasil interaksi antara individu dengan struktur sosial, termasuk norma, nilai, dan institusi. Sementara itu, antropologi menyoroti bagaimana budaya membentuk persepsi tentang normalitas, penyakit, dan penyembuhan. Perspektif lintas disiplin ini penting untuk dilakukan karena kesehatan mental tidak dapat dipahami hanya dari sudut pandang medis, melainkan dapat juga dilihat dari konteks sosial dan budaya.

Beberapa dekade terakhir, peningkatan prevalensi gangguan kesehatan mental secara global telah mendorong para akademisi dan praktisi untuk meninjau kembali kerangka konseptual yang digunakan dalam memahami kesehatan mental. Pandemi COVID-19 tidak hanya memunculkan krisis kesehatan fisik, tetapi juga memperlihatkan secara nyata gambaran dari kondisi sosial, ekonomi, budaya, dan politik yang berkontribusi terhadap tekanan psikologis individu dan komunitas (Ji & Cheng, 2021).

Perspektif sosial dan budaya memandang kesehatan mental sebagai hasil dari interaksi yang kompleks antara individu dengan lingkungan sosial. Nilai budaya, norma sosial, struktur kekuasaan, relasi gender, serta kemiskinan, ketimpangan, dan marginalisasi berperan penting dalam membentuk cara individu memahami, mengekspresikan, dan merespons penderitaan psikologis. Penelitian lintas budaya menunjukkan bahwa konsep tentang “sehat” dan “sakit” jiwa sangat bervariasi antar masyarakat, sehingga pengalaman gangguan mental tidak pernah bersifat netral dan sama apabila dilihat dari sudut pandang budaya (Lima & Mariana, 2024).

Tantangan utama dalam kesehatan mental di tingkat lokal, khususnya di Indonesia, meliputi keterbatasan tenaga kesehatan jiwa, minimnya fasilitas layanan di daerah pedesaan dan wisata, serta

tingginya stigma masyarakat terhadap penderita gangguan mental. Stigma ini sering membuat individu enggan mencari pertolongan, sehingga memperburuk kondisi mereka. Selain itu, integrasi antara layanan kesehatan formal dengan praktik budaya lokal masih belum optimal (Cucchi & Qoronfleh, 2025). Sedangkan menurut beberapa penelitian, intervensi berbasis komunitas dan budaya meningkatkan penerimaan masyarakat terhadap layanan kesehatan mental (Kohrt et al., 2018). Selain itu, beberapa peneliti menekankan bahwa dengan adanya pendekatan yang semakin modern dari tahun ke tahun, terutama yang berasal dari wilayah Barat, dapat berpotensi mengabaikan pengetahuan lokal, praktik penyembuhan tradisional, serta sumber daya komunitas yang sebenarnya memiliki peran penting dalam pemulihan kesehatan mental (Ji & Cheng, 2021).

Pendekatan kesehatan mental tidak boleh mengabaikan dimensi sosial dan budaya, demi menghindari risiko intervensi yang tidak relevan, tidak efektif, atau bahkan menimbulkan resistensi dari masyarakat sasaran. Oleh karena itu, integrasi antara perspektif sosial dan budaya menjadi penting dalam masyarakat demi memiliki sistem nilai dan praktik kesehatan yang beragam (Maltby et al., 2024).

Konsep Kesehatan Mental dalam Perspektif Sosiologi dan Antropologi

Kesehatan mental bukan hanya kondisi individu yang berasal dari proses biologis atau neurokimia, tetapi mental dipahami sebagai fenomena yang tertanam kuat dalam konteks sosial, budaya, dan historis. Sosiologi dan antropologi memberikan kerangka analisis yang menempatkan pengalaman psikologis individu dalam jaringan relasi sosial, sistem nilai, serta norma yang berlaku dalam suatu masyarakat. Dengan demikian, kesehatan mental dipahami sebagai hasil interaksi dinamis antara individu dan lingkungan sosialnya, bukan sebagai kondisi yang berdiri sendiri.

Kesehatan mental dalam ilmu sosiologi didefinisikan sebagai kemampuan individu untuk menjalankan peran sosialnya secara efektif sesuai dengan ekspektasi masyarakat. Ketika seseorang dianggap tidak mampu memenuhi tuntutan peran tersebut, maka

Daftar Pustaka

- Aggarwal, S., Wright, J., Morgan, A., Patton, G., & Reavley, N. (2023). Religiosity and spirituality in the prevention and management of depression and anxiety in young people: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 1–33. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05091-2>
- Amada, L. I., Burgos, V. S., Ferreyra, M., Beatriz, D., Ibañez, L., Lopez, E., Zoraida, D., Medina, R., Micaela, G., & Condori, S. (2023). Social construction of *illness* and disease. *Community and Interculturality in Dialogue*, 3(65), 10–13. <https://doi.org/10.56294/cid202365>
- Berhe, K. T., Gesesew, H. A., & Ward, P. R. (2024). Traditional healing practices, factors influencing access to the practices, and their complementary effect on mental health in sub-Saharan Africa: a systematic review. *BMJ Open*, 14(1), 1–13. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-083004>
- Bhugra, Dinesh, M. A. B. (2005). Migration, cultural bereavement, and cultural identity. *World Psychiatry*, 4(1), 18–24.
- Cabassa, L. J. (2009). Treatment, Azúcar y Nervios: Explanatory Models and Depression, Experiences of Hispanics with Diabetes and. *NIH Public Access*, 66(12), 2413–2424.
- Cucchi, A., & Qoronfleh, M. W. (2025). Cultural perspective on religion spirituality, and mental health. *Frontiers of Psychology*, 4(1), 1–6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1568861>
- Das, A. (2025). Are mental *illnesses* universal? --The Issues and Consequences of Ethnopsychiatry: An Anthropological Observation. *SEEJPH*, XXVI(1), 4187–4191.
- Elkhalil, R., Almekkawi, M., Connor, M. O., Masuadi, E., Sherif, M., Belfakir, M., Ahmed, L. A., Al-rifai, R. H., & Bayoumi, R. (2024). Measurement properties of the Mental Health Literacy Scale (MHLS):): A systematic review. *Asian Journal of Psychiatry*, 101(August), 104214. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2024.104214>
- Fegert, J. M., Vitiello, B., Plener, P. L., & Clemens, V. (2020). Challenges

- and burdens of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 1–11. <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00329-3>
- Henderson, M., & Hotopf, M. (2011). Work and common psychiatric disorders. *Occupational and Environmental Medicine*, 78(2), 198–207. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2011.100231>
- Ji, R., & Cheng, Y. (2021). Thinking about global health from the perspective of anthropology. *Global Health Research and Policy*, 6–8. <https://doi.org/10.1186/s41256-021-00233-z>
- Joachim Fischer, H.-J. N. (2022). Anthropology and sociology of normativities. *Österreich Z Soziol*, 46(1), 1–9. <https://doi.org/10.1007/s11614-022-00494-z>
- Kaiser, B. N., & Weaver, L. J. (2020). *Culture-bound syndromes, idioms of distress, and cultural concepts of distress: New directions for an old concept in psychological anthropology*. 56(4), 1–9. <https://doi.org/10.1177/1363461519862708>. Culture-bound
- Kato, T. A. (2019). Hikikomori: Multidimensional understanding, assessment, and future international perspectives. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 73(1), 427–440. <https://doi.org/10.1111/pcn.12895>
- Keles, B., Mccrae, N., & Grealish, A. (2019). A systematic review: the influence of social media on depression, anxiety, and psychological distress in adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth*, 25(1), 1–15. <https://doi.org/10.1080/02673843.2019.1590851>
- Kohrt, B. A., Asher, L., Bhardwaj, A., Fazel, M., Jordans, M. J. D., Mutamba, B. B., & Nadkarni, A. (2018). The Role of Communities in Mental Health Care in Low- and Middle-Income Countries: A Meta-Review of Components and Competencies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(1), 1–31. <https://doi.org/10.3390/ijerph150612>


- Lima, A. F. De, & Mariana, V. (2024). Anthropology of mental *illnesses*: the origin of psychopathologies and developmental psychopathology: gender issues. *South Florida Journal of Health*, 5(1), 68–84. <https://doi.org/10.46981/sfjhv5n1-006>
- Lunchaprasith, T. (202). *Culture-bound syndrome*. *Chulalongkorn Medical Journal*, 65(3), 349–357.
- Magaña, D. (2019). Cultural competence and metaphor in mental healthcare interactions: A linguistic perspective. *Patient Education and Counseling*, 102(12), 2192–2198. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.06.010>
- Maltby, J., Rayes, T., Nage, A., Sharif, S., Omar, M., & Nichani, S. (2024). Synthesizing perspectives: Crafting an interdisciplinary view of social media’s impact on young people’s mental health. *Plos One*, 19(7), 1–20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0307164>
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental *illness* stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(1), 529–539. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>
- Tomas Teodoro, Afonso, P. (2020). *Culture-Bound Syndromes and Cultural Concepts of Distress in Psychiatry*. *Revista Portuguesa de Psiquiatria*, 6(3), 118–126.
- Umar Daraz. (2025). Cultural narratives, social norms, and psychological stigma: a study of mental health help-seeking behavior in Peshawar, Pakistan. *Frontiers of Psychiatry*, 16(8), 1–17. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1560460>
- Vigo, D., Thornicroft, G., & Atun, R. (2018). Estimating the true global burden of mental *illness*. *The Lancet Psychiatry*, 3(2), 171–178. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00505-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00505-2)
- Volkan, K. (2021). Schizophrenia, *Culture*, and *Culture-Bound Syndromes*. *Psychology Research and Applications*, 3(1), 1–13.
- World Health Organization. (2022). *Transforming mental health for all*.

PROFIL PENULIS



Prasita Ayu Widyaningtyas, S.KM., M.K.M.

Seorang akademisi dengan latar belakang pendidikan kesehatan masyarakat yang kuat dan saat ini bekerja sebagai dosen di Program Studi S1 Administrasi Kesehatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Indonesia Mandiri Lampung Selatan. Ia menyelesaikan pendidikan sarjana di Universitas Airlangga dengan peminatan Promosi Kesehatan, kemudian melanjutkan studi magister di Universitas Indonesia dengan peminatan Kesehatan Mental Komunitas dan Disabilitas pada Departemen Promosi Kesehatan. Minat akademiknya terfokus pada promosi kesehatan, pemberdayaan masyarakat, serta isu-isu disabilitas yang relevan dengan tantangan kesehatan publik kontemporer. Selain itu, ia juga memegang sertifikasi Public Speaking dan Ahli K3 Umum untuk memperkuat kompetensi yang telah ia miliki dalam bidang komunikasi kesehatan dan keselamatan kerja. Pengalaman profesional yang dimiliki sebagai tenaga promosi kesehatan di berbagai puskesmas, peneliti, serta keterlibatan aktif dalam organisasi profesi. Ia juga produktif menulis di jurnal nasional maupun internasional, menunjukkan komitmen terhadap pengembangan ilmu pengetahuan. Saat ini, ia bertekad untuk terus mengembangkan diri sebagai pendidik dan praktisi kesehatan, dengan tujuan memberikan kontribusi nyata bagi peningkatan kualitas pendidikan dan pelayanan kesehatan masyarakat. Email Penulis: ayuprasita23@gmail.com



BAB 16
KEBIJAKAN KESEHATAN
DAN IMPLIKASINYA
TERHADAP
MASYARAKAT

Dr. Deaf Wahyuni Ramadhani, S.H., M.H.
Universitas Bung Hatta



Pendahuluan

Kebijakan kesehatan merupakan salah satu bentuk kebijakan publik yang memiliki peran strategis dalam menentukan tingkat kesehatan masyarakat. Kebijakan ini tidak hanya mengatur penyediaan layanan kesehatan, pembiayaan, dan tata kelola sistem kesehatan, tetapi juga mencerminkan komitmen negara terhadap pemenuhan hak dasar warga negara di bidang kesehatan. Dalam konteks ini, kesehatan dipahami bukan semata-mata sebagai persoalan medis, melainkan sebagai fenomena sosial yang dipengaruhi oleh struktur sosial, kondisi ekonomi, dan konteks budaya masyarakat (World Health Organization [WHO], 2010).

Dalam praktiknya, kebijakan kesehatan selalu berhadapan dengan realitas ketimpangan sosial. Perbedaan kelas sosial, wilayah geografis, tingkat pendidikan, serta akses terhadap sumber daya ekonomi berpengaruh signifikan terhadap kemampuan masyarakat dalam memperoleh layanan kesehatan yang layak. Oleh karena itu, kebijakan kesehatan tidak dapat dilepaskan dari isu keadilan sosial, karena distribusi layanan dan manfaat kesehatan sering kali mencerminkan struktur ketimpangan yang sudah ada dalam masyarakat. Kebijakan yang dirancang tanpa mempertimbangkan faktor-faktor sosial tersebut berpotensi memperlebar kesenjangan kesehatan antar kelompok masyarakat.

Dalam konteks Indonesia, kebijakan kesehatan seperti Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dirancang untuk mewujudkan pemerataan akses layanan kesehatan bagi seluruh penduduk. Namun, berbagai kajian menunjukkan bahwa meskipun cakupan kepesertaan terus meningkat, tantangan ketimpangan akses dan kualitas layanan masih terjadi, terutama bagi masyarakat miskin dan masyarakat di wilayah terpencil (Agustina et al., 2019; Thabrany, 2015). Hal ini menunjukkan bahwa kebijakan kesehatan tidak hanya perlu dinilai dari aspek normatif dan administratif, tetapi juga dari implikasi sosialnya dalam kehidupan masyarakat.

Berdasarkan uraian tersebut, bab ini membahas kebijakan kesehatan dan implikasinya terhadap masyarakat dengan menggunakan perspektif sosiologi dan antropologi kesehatan. Fokus

pembahasan diarahkan pada isu keadilan sosial, ketimpangan dan pemerataan layanan kesehatan, serta pentingnya pendekatan inklusif dan sensitif budaya dalam perumusan dan implementasi kebijakan kesehatan.

Konsep dan Landasan Kebijakan Kesehatan

Kebijakan kesehatan merupakan serangkaian keputusan dan tindakan yang diambil oleh negara bersama aktor terkait untuk mengatur penyelenggaraan sistem kesehatan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Kebijakan ini mencakup pengaturan pembiayaan, penyediaan layanan, pengelolaan sumber daya kesehatan, serta hubungan antara pemerintah, penyedia layanan, dan masyarakat sebagai pengguna layanan. Dalam kerangka tersebut, kebijakan kesehatan berfungsi sebagai instrumen strategis untuk menjamin akses layanan kesehatan yang adil, bermutu, dan berkelanjutan bagi seluruh penduduk (World Health Organization [WHO], 2010).

Tujuan utama kebijakan kesehatan tidak hanya berorientasi pada peningkatan status kesehatan masyarakat secara agregat, tetapi juga pada pengurangan ketimpangan kesehatan antar kelompok sosial. Kebijakan kesehatan diarahkan untuk melindungi masyarakat dari risiko finansial akibat biaya kesehatan serta menciptakan kondisi sosial yang mendukung tercapainya derajat kesehatan yang optimal. Dalam konteks Indonesia, kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional dirancang untuk mewujudkan tujuan tersebut, meskipun dalam praktiknya masih menghadapi tantangan ketimpangan akses dan kualitas layanan kesehatan di berbagai wilayah dan kelompok sosial (Agustina et al., 2019; Thabrany, 2015).

Dari perspektif sosiologi kesehatan, kebijakan kesehatan dipahami sebagai hasil interaksi antara negara, aktor kebijakan, dan masyarakat dalam suatu proses politik yang sarat kepentingan. Walt dan Gilson (1994) menegaskan bahwa kebijakan kesehatan tidak pernah bersifat netral, melainkan dipengaruhi oleh konteks sosial, aktor yang terlibat, serta proses perumusan dan implementasinya. Pandangan ini diperkuat oleh Buse et al. (2012), yang melihat

Daftar Pustaka

- Agustina, R., Dartanto, T., Sitompul, R., Susiloretni, K. A., Achadi, E. L., Taher, A., ... Thabrany, H. (2019). *Universal health coverage in Indonesia: Concept, progress, and challenges*. *The Lancet*, 393(10166), 75–102. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31647-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31647-7)
- Buse, K., Mays, N., & Walt, G. (2012). *Making health policy* (2nd ed.). Maidenhead: Open University Press.
- Helman, C. G. (2007). *Culture, health, and illness* (5th ed.). London: Routledge.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Republik Indonesia. (2023). Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.
- Thabrany, H. (2015). *Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: RajaGrafindo Persada.
- Walt, G., & Gilson, L. (1994). Reforming the health sector in developing countries: The central role of policy analysis. *Health Policy and Planning*, 9(4), 353–370. <https://academic.oup.com/heapol/article/9/4/353/609922>
- World Health Organization. (2010). *The world health report 2010: Health systems financing—The path to universal coverage*. Geneva: WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564021>

PROFIL PENULIS




Dr. Deaf Wahyuni Ramadhani, S.H., M.H.

Penulis merupakan anak kedua dari tiga bersaudara berdarah Minangkabau dan lahir pada tanggal 30 Agustus 1979. Karier profesional penulis dimulai di bidang kepelabuhanan pada tahun 2002. Pada tahun 2004, penulis memperoleh sertifikasi kompetensi sebagai ahli kepabeanaan. Selanjutnya, pada tahun 2009, penulis kembali ke almamater untuk mengabdikan diri sebagai dosen di Fakultas Hukum Universitas Bung Hatta. Di samping aktivitas akademik tersebut, penulis tetap menjalankan usaha di bidang forwarding hingga saat ini. Selain sebagai dosen, penulis juga berkiprah sebagai konsultan hukum dan mediator.

Minat penulis terhadap ilmu hukum telah berkembang sejak tahun 1997. Hal ini tercermin dari latar belakang pendidikan yang ditempuh, yaitu pendidikan Sarjana (S1) yang diselesaikan pada tahun 2001 di Fakultas Hukum Universitas Bung Hatta, pendidikan Magister (S2) pada tahun 2007 melalui Program Studi Magister Ilmu Hukum Universitas Andalas, serta pendidikan Doktor (S3) pada tahun 2019 pada Program Studi Doktor Ilmu Hukum Universitas Sebelas Maret. Selain menekuni Ilmu Hukum, penulis juga memiliki ketertarikan pada bidang Psikologi, yang saat ini sedang ditempuh melalui Program Magister Psikologi di UPI Y.A.I. Jakarta.

Penulis memiliki keahlian di bidang hukum pidana, khususnya hukum pidana ekonomi. Dalam karier akademiknya, penulis secara konsisten melakukan penelitian sesuai bidang keahliannya, baik melalui pendanaan internal perguruan tinggi maupun Kementerian Riset dan Teknologi. Selain itu, penulis aktif mempublikasikan karya ilmiah pada jurnal nasional dan internasional, terutama yang membahas Tindak Pidana Kepabeanaan, serta berperan sebagai reviewer dan editor pada beberapa jurnal nasional.

Email Penulis: deafwahyuni@bunghatta.ac.id



BAB 17
PROMOSI KESEHATAN
BERBASIS KOMUNITAS:
PENDEKATAN SOSIOLOGIS,
ANTROPOLOGIS, DAN
PERILAKU

Ayu Mardian, S.KM,, M. Kes.
Poltekkes Kemenkes Padang



Pendahuluan

Promosi kesehatan berbasis komunitas (*Community-Based Health Promotion/CBHP*) merupakan pendekatan strategis dalam pembangunan kesehatan masyarakat yang menempatkan komunitas sebagai subjek utama, bukan sekadar objek intervensi kesehatan. Pendekatan ini berkembang sebagai respons terhadap keterbatasan model promosi kesehatan konvensional yang cenderung berfokus pada individu dan perubahan perilaku semata, tanpa mempertimbangkan konteks sosial, budaya, dan struktural yang membentuk kondisi kesehatan masyarakat. Dalam CBHP, kesehatan dipahami sebagai hasil interaksi kompleks antara individu, lingkungan sosial, nilai budaya, serta kebijakan dan sistem yang melingkupinya.

Urgensi promosi kesehatan berbasis komunitas semakin menguat seiring dengan meningkatnya ketimpangan kesehatan (*health disparities*) antar kelompok sosial, wilayah, dan tingkat sosial ekonomi. Berbagai masalah kesehatan, baik penyakit menular maupun tidak menular, terbukti tidak hanya dipengaruhi oleh faktor biologis atau pilihan individu, tetapi juga oleh determinan sosial kesehatan seperti kemiskinan, pendidikan, lingkungan tempat tinggal, relasi kekuasaan, serta akses terhadap sumber daya kesehatan. Oleh karena itu, upaya promosi kesehatan yang tidak melibatkan komunitas secara aktif berisiko gagal menjawab akar permasalahan kesehatan yang bersifat struktural dan kontekstual.

CBHP hadir sebagai pendekatan yang menekankan pentingnya keterlibatan masyarakat dalam seluruh proses promosi kesehatan, mulai dari identifikasi masalah, perencanaan, pelaksanaan, hingga evaluasi program. Melalui pendekatan ini, komunitas tidak hanya menjadi penerima manfaat, tetapi juga berperan sebagai mitra yang memiliki pengetahuan, pengalaman, dan kapasitas untuk menentukan kebutuhan serta solusi kesehatan yang relevan dengan konteks lokal mereka. Dengan demikian, CBHP berkontribusi pada terciptanya rasa memiliki (*sense of ownership*) dan keberlanjutan program kesehatan di tingkat komunitas.

Dalam praktiknya, promosi kesehatan berbasis komunitas tidak dapat dilepaskan dari integrasi berbagai perspektif keilmuan, khususnya sosiologi, antropologi, dan ilmu perilaku. Perspektif sosiologis memberikan kerangka untuk memahami bagaimana struktur sosial, jejaring sosial, norma, serta institusi memengaruhi pola kesehatan dan akses terhadap layanan kesehatan. Pendekatan ini menyoroti pentingnya lingkungan sosial yang mendukung (*supportive environments*) serta kolaborasi multipihak dalam menciptakan komunitas yang sehat (*healthy community*).

Sementara itu, perspektif antropologis berperan penting dalam memahami kesehatan sebagai fenomena yang sarat dengan makna budaya. Setiap komunitas memiliki cara pandang tersendiri mengenai konsep sehat dan sakit, praktik perawatan kesehatan, serta sistem kepercayaan yang memengaruhi perilaku kesehatan. Tanpa pemahaman yang mendalam terhadap konteks budaya dan pengalaman hidup masyarakat, intervensi promosi kesehatan berpotensi tidak diterima atau bahkan ditolak oleh komunitas sasaran. Oleh karena itu, pendekatan antropologis menekankan pentingnya kontekstualisasi budaya, penelitian formatif, serta penghargaan terhadap pengetahuan lokal dalam perancangan program CBHP.

Di sisi lain, perspektif perilaku berfokus pada upaya memberdayakan individu dan komunitas agar mampu mengendalikan faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan mereka. Pendekatan ini mencakup pendidikan kesehatan, penguatan keterampilan hidup (*life skills*), peningkatan efikasi diri, serta penciptaan kondisi sosial yang mendukung perubahan perilaku sehat. Namun, dalam konteks CBHP, perubahan perilaku tidak dipandang sebagai tanggung jawab individu semata, melainkan sebagai hasil dari proses kolektif yang dipengaruhi oleh lingkungan sosial dan budaya komunitas.

Integrasi ketiga perspektif tersebut menjadikan CBHP sebagai pendekatan yang holistik dan komprehensif. CBHP tidak hanya bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan atau mengubah perilaku kesehatan, tetapi juga untuk memperkuat kapasitas komunitas, membangun kohesi sosial, serta mendorong keadilan dan keberlanjutan dalam pembangunan kesehatan. Dengan

Daftar Pustaka

- Campbell, M. K., Hudson, M. A., Resnicow, K., Blakeney, N., Paxton, A., & Baskin, M. (2007). Church-based health promotion interventions: Evidence and lessons learned. *Annual Review of Public Health, 28*, 213–234.
<https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144016>
- Elbarazi, I., Al-Balushi, J., Al-Dhaheri, A., Meeran, M., Peyroteo, M., Paulo, M. S., & Grivna, M. (2024). Public Health Ambassadors: A Novel Participatory Community Health Awareness Program in Abu Dhabi. *Inquiry (United States), 61*.
<https://doi.org/10.1177/00469580241241268>
- Epstein, R. N. E., Bluethenthal, A., Visser, D., Pinsky, C., & Minkler, M. (2021). Leveraging Arts for Justice, Equity, and Public Health: The Skywatchers Program and Its Implications for Community-Based Health Promotion Practice and Research. *Health Promotion Practice, 22*(1_suppl), 91S–100S.
<https://doi.org/10.1177/1524839921996066>
- Hindhede, A. L., & Aagaard-Hansen, J. (2017). Using Social Network Analysis as a Method to Assess and Strengthen Participation in Health Promotion Programs in Vulnerable Areas. *Health Promotion Practice, 18*(2), 175–183.
<https://doi.org/10.1177/1524839916686029>
- Owusu-Addo, E., Edusah, S. E., & Sarfo-Mensah, P. (2015). The utility of stakeholder involvement in the evaluation of community-based health promotion programs. *International Journal of Health Promotion and Education, 53*(6), 291–302.
<https://doi.org/10.1080/14635240.2015.1030033>
- Paat, Y.-F., Dorado, A. V., Garcia Tovar, D., Myers, N. W., Ruiz, S. L., Perez, D. A., Ramirez Vara, B. L., Camacho, E., Núñez-Mchiri, G. G., Zamora, H., Singh, K. C., & Polanco, R. A. (2025). Toward a Sustainable Future: Advancing Health Promotion in Underserved Populations Through Collaborative Engagement. *Sustainability (Switzerland), 17*(16). <https://doi.org/10.3390/su17167507>
- Peters, L. E. R., Kelman, I., Shannon, G., & Tan, D. (2022). Synthesizing

- the shifting terminology of community health: A critique review of agent-based approaches. *Global Public Health*, 17(8), 1492–1506. <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1938169>
- Raymond, I. J., Burke, K. J., Agnew, K. J., & Kelly, D. M. (2023). Wellbeing-responsive community: a growth target for intentional mental health promotion. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1271954>
- Schlicht, W., Bucksch, J., Kohlmann, C.-W., Renner, B., Steinacker, J., & Walling, F. (2022). “Healthy community” in the light of “great transformations”—a socioecological-based outcome of community health promotion. *Pravention Und Gesundheitsforderung*, 17(3), 266–274. <https://doi.org/10.1007/s11553-021-00889-y>
- Spain, D., Stewart, V., Betts, H., & Wheeler, A. J. (2021). Wheel of Wellbeing (WoW) health promotion program: Australian participants report on their experiences and impacts. *BMC Public Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12076-x>
- Termansen, T., Bloch, P., Tørslev, M. K., & Vardinghus-Nielsen, H. (2023). Tingbjerg Changing Diabetes: experiencing and navigating complexity in a community-based health promotion initiative in a disadvantaged neighborhood in Copenhagen, Denmark. *BMC Public Health*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15291-w>

PROFIL PENULIS



Ayu Mardian, S.KM, M.Kes.

Penulis lahir di Payakumbuh pada 30 September 1982. Bekerja sebagai Dosen Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang di Jurusan Kesehatan Gigi, mengajar dalam area ilmu promosi kesehatan dan ilmu perilaku, menempuh jenjang pendidikan Diploma 3 Kesehatan Gigi Poltekkes Kemenkes Jakarta 1, S1 Promosi Kesehatan Universitas Fort de Kock, S2 Ilmu

Kedokteran Gigi Komunitas FKG Universitas Indonesia, dan saat ini sedang menempuh Pendidikan Strata 3 di FKM Universitas Indonesia dengan peminatan di bidang community health development.

Email: ayumardian5@gmail.com

SOSIOLOGI DAN ANTROPOLOGI KESEHATAN

Mengapa angka kematian ibu melahirkan masih tinggi di daerah terpencil meskipun fasilitas puskesmas sudah tersedia? Mengapa pasien TB paru sering putus berobat padahal obatnya gratis? Jawabannya tidak selalu tentang akses atau biaya, tetapi seringkali tentang keyakinan, budaya, dan struktur sosial. Buku Sosiologi dan Antropologi Kesehatan ini mengupas tuntas akar permasalahan tersebut. Dengan pendekatan interdisipliner, buku ini menyajikan analisis tajam tentang bagaimana faktor-faktor non-medis menjadi determinan utama kesehatan masyarakat. Sosiologi dan Antropologi Kesehatan adalah sebuah bidang kajian interdisipliner yang mempelajari kesehatan, penyakit, dan sistem pelayanan kesehatan dari perspektif sosial dan budaya. Bidang ini lahir dari kesadaran bahwa masalah kesehatan tidak dapat dipahami hanya melalui kacamata medis-biologis semata, karena manusia adalah makhluk sosial yang hidup dalam komunitas dengan nilai, norma, dan struktur yang kompleks. Buku ini membahas secara komprehensif berbagai aspek penting dalam Sosiologi dan Antropologi Kesehatan, dimulai dari:

1. Sejarah Perkembangan Ilmu Sosiologi dan Antropologi Kesehatan
2. Konsep Dasar Kesehatan dalam Perspektif Sosial dan Budaya
3. Teori-teori Sosiologi Kesehatan
4. Teori-teori Antropologi Kesehatan
5. Budaya dan Persepsi Masyarakat tentang Sehat dan Sakit
6. Struktur Sosial dan Determinan Kesehatan
7. Keluarga sebagai Unit Sosial dalam Kesehatan
8. Gender, Peran Sosial, dan Kesehatan
9. Kemiskinan, Kesenjangan Sosial, dan Dampaknya terhadap Kesehatan
10. Kesehatan dalam Perspektif Agama dan Kepercayaan Lokal
11. Sistem Pengobatan Tradisional dan Modern
12. Interaksi Dokter, Pasien, dan Tenaga Kesehatan dalam Konteks Sosial
13. Komunikasi Kesehatan dan Penyebaran Informasi
14. Perilaku Kesehatan dan Faktor Sosial Budaya
15. Kesehatan Mental dalam Perspektif Sosial dan Budaya
16. Kebijakan Kesehatan dan Implikasinya terhadap Masyarakat
17. Promosi Kesehatan Berbasis Komunitas: Pendekatan Sosiologis, Antropologis, dan Perilaku