

Daftar Isi

Implikasi Peningkatan Keterwakilan Perempuan Bagi Pemenuhan Kepentingan Perempuan (Studi pada DPRD Provinsi DIY) Machya Astuti Dewi & Saptopo B. Ilkodar	93-100
Explaining Foreign Policy Change Vinsensio Dugis	101-104
Legislatif Rente: Persekongkolan Politik Kepala Daerah - DPRD Sebagai Dasar Penyebab KKN di Jawa Timur Aribowo.....	105-114
Orientasi Aktor dalam Perumusan Kebijakan Publik Budi Prasetyo	115-130
Pemimpin Visioner dan Kaderisasi Kepemimpinan Rahma Sugihartati.....	131-136
Tindakan Perdagangan Perempuan dalam Proses Pengiriman Buruh Migran di Madura Devi Rahayu.....	137-145
Perspektif Fenomenologi tentang Trafficking TKW Mustain Mashud	146-154
Lansia Terlantar: Strategi Membangun Harapan Hidup dan Citra Subagyo Adam.....	155-162
Industrialisasi MIGAS dan Eksistensi Masyarakat Lokal: Hasil Studi di Teluk Bintuni, Papua Bagong Suyanto	163-173
Program Pembangunan Kesehatan: Masyarakat Desa Wuwuharjo dalam Proyek Inovasi Rusyad Adi Suriyanto	174-180
Aksi Borong Kondom pada Pelajar di Kabupaten Pamekasan – Madura Yan Ariyani	181-186
Motivasi Ekoturis dalam Pariwisata Berbasis Alam (<i>Ecotourism</i>): Studi Kasus di Wana Wisata Coban Rondo, Malang Dian Yulie Reindrawati.....	187-192
Ilmu Manajemen Preskriptif Vs Deskriptif, Suatu Tinjauan dari Perspektif Filsafat Ilmu Siswanto	193-202

Program Pembangunan Kesehatan: Masyarakat Desa Wuwuharjo dalam Proyek Inovasi

Rusyad Adi Suriyanto¹

Laboratorium Bioantropologi dan Paleontropologi
Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada

ABSTRACT

One of special attentions in anthropology is the change in society and culture that is planned through development program. Culture is a medium enabling development to succeed. This paper aim is to explain how development program as new innovation in society with objective referring to adoption theories of innovation and other relevant theories. As illustration, case of rural society was shown in Wuwuharjo, the slope of Sumbing Mountain, District of Magelang. This rural society showed motive of reception and accomplishment of a new innovation that is planned by the government, through the Department of Health and government apparatus in the level of sub-districts and villages. The reception of innovation that has been modified in accordance to local social and cultural environment could become a reference material for similar programs. This modification could minimized the social and cultural shock, so that this program could be accepted by the society.

Key words: *Innovation, health development program, Wuwuharjo society, social and cultural shock.*

Salah satu diantara perhatian-perhatian khusus dalam antropologi adalah perubahan masyarakat dan kebudayaan. Satu di antara berbagai corak perubahan masyarakat dan kebudayaan yang menjadi perhatian antropologi adalah yang direncanakan melalui program pembangunan. Pembangunan dapat didefinisikan sebagai serangkaian upaya yang direncanakan dan dilaksanakan oleh pemerintah, badan-badan atau lembaga-lembaga internasional, nasional dan lokal, yang terwujud dalam bentuk-bentuk kebijakan, program, atau proyek. Perubahan terencana ini dapat merubah cara-cara hidup atau kebudayaan dari suatu masyarakat, sehingga warga masyarakat tersebut dapat hidup lebih baik atau lebih sejahtera daripada sebelum adanya pembangunan tersebut. Program-program tersebut biasanya terwujud sebagai program-program pembangunan ekonomi, ilmu pengetahuan dan teknologi; yang menyangkut program-program peningkatan kesejahteraan hidup atau mutu dalam bidang-bidang sandang, pangan, perumahan, pendidikan, kesehatan, keluarga berencana dan kependudukan, pertanian, keteraturan sosial dan politik, komunikasi dan transportasi, hiburan dan pariwisata, pandangan hidup dan keyakinan keagamaan (Suparlan, 1997).

Usaha-usaha pembangunan dapat mengabaikan kebudayaan, tetapi usaha-usaha tersebut tidak dapat mengabaikan kenyataan bahwa ternyata dapat mempengaruhi atau dipengaruhi oleh kebudayaan. Kebudayaan merupakan media yang memungkinkan pembangunan dapat berlangsung dengan sukses. *Pertama*, unsur-unsur kebudayaan mempunyai legitimasi tradisional di mata masyarakat yang menjadi sasaran program pembangunan. *Kedua*, unsur-unsur kebudayaan secara simbolis merupakan bentuk komunikasi paling berharga dari masyarakat setempat. *Ketiga*, unsur-unsur kebudayaan mempunyai aneka ragam fungsi (baik yang terwujud maupun terpendam) yang sering menjadikannya sebagai sarana paling berguna untuk perubahan dibandingkan dengan yang tampak pada permukaan jika hanya dilihat dalam kaitan dengan fungsinya yang terwujud saja (Colleta, 1987). Ketiga alasan mendasar ini memperbesar kemungkinan bahwa perubahan akan diterima, atau bahkan diprakarsai sendiri oleh penduduk setempat. Dengan demikian, kebudayaan dapat dilihat sebagai dasar bagi perubahan, dan bukan sebagai penghalang perubahan. Kebudayaan tidak hanya digunakan sebagai alat bagi pembangunan, melainkan juga mengarahkan pembangunan kebudayaan sendiri sebaik mungkin.

¹ Korespondensi: R.A. Suriyanto, Laboratorium Bioantropologi dan Paleontropologi, Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada. Jl. Medika, Sekip, Bulaksumur, Sleman, Jogjakarta (55002) P.O. Box 23 / YKBS. Telp: (0274) 552 577, Fax: (0274) 649 2547. E-mail: rusyad_suriyanto@yahoo.co.id

Antropologi kesehatan mempelajari masalah penyakit dan kesehatan baik melalui kajian bioantropologis maupun antropologi budaya (Glinka & Maria, 1992). Kebudayaan kesehatan terbentuk akibat respon-respon terhadap berbagai rintangan yang berupa penyakit, dalam upaya manusia mencapai adaptasi yang baik dalam kehidupan (Ahimsa-Putra, 2005). Kebudayaan dan lingkungan hidup suatu masyarakat dapat mempengaruhi kesehatan. Selain itu pelayanan kesehatan yang tersedia, termasuk di dalamnya para petugasnya, juga dapat mempengaruhi kesehatan (Triyoga, 1992). Perlulah diketahui pula bahwa antropologi kesehatan masih merupakan cabang disiplin ilmu yang baru (*the new kid on the block*), dan belum banyak diminati, baik di kalangan ilmuwan sosial, maupun di jajaran pelayanan kesehatan itu sendiri (Tjiong, 1999).

Puskesmas adalah pusat pembangunan kesehatan masyarakat di wilayahnya (Rachmat, 2004). Dalam rangka pemerataan pengembangan dan pembinaan kesehatan masyarakat, khususnya mereka yang berpenghasilan rendah, telah dibangun pusat-pusat kesehatan masyarakat. Sebuah puskesmas dan beberapa puskesmas pembantu terdapat di seluruh kecamatan dewasa ini. Sebagian besar puskesmas dipimpin oleh dokter, dan puskesmas pembantu dipimpin oleh seorang paramedis yang bukan dokter. Mereka bertanggungjawab terhadap kesehatan penduduk di wilayah kerjanya; dan melaksanakan pelayanan penyuluhan kesehatan, pencegahan dan pengobatan penyakit. Puskesmas bekerja sama dengan pamong setempat, dan juga melibatkan peran serta masyarakat dalam melaksanakan berbagai fungsi tersebut (Brotowasisto, 1990 dan Tjiong, 1991).

Program pembangunan kesehatan di daerah pedesaan pada hakekatnya menyangkut masalah perubahan perilaku (orientasi kebudayaan) masyarakat setempat, oleh karena itu pelbagai disiplin ilmu dilibatkan dari perencanaan sampai evaluasi. Ilmu-ilmu sosial dapat dan sepantasnya berperan dengan ilmu-ilmu kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, dan kegiatan ini berjalan dalam seluruh proses dari perencanaan sampai dengan evaluasi, bahkan sampai inovasi (Loedin, 1985). Koentjaraningrat (1985) melanjutkan dengan mengatakan bahwa upaya peningkatan pelbagai aktivitas inovasi kesehatan masyarakat harus dilakukan kerjasama di antara ilmuwan kesehatan dan ilmuwan sosial karena tingkah laku manusia ditata oleh sistem kebudayaan dan sosialnya.

Foster & Anderson (1986) mengemukakan bahwa kegunaan antropologi bagi ilmu-ilmu kesehatan terletak dalam tiga kategori utama. *Pertama*, antropologi memberikan suatu cara yang jelas dalam memandang masyarakat secara keseluruhan maupun para anggota individunya, karena menggunakan pendekatan menyeluruh yang bersifat sistem. *Kedua*, antropologi memberikan suatu model yang berguna secara operasional untuk menguraikan proses-proses perubahan sosial dan kebudayaan, dan membantu untuk memahami keadaan di mana para warga dari kelompok sasaran melakukan respon terhadap kondisi yang berubah dan adanya kesempatan baru. *Ketiga*, para ahli antropologi menawarkan kepada ilmu-ilmu kesehatan mengenai suatu metodologi penelitian yang longgar dan efektif untuk menggali serangkaian masalah teoretis dan praktis yang sangat luas, dan yang sering dihadapi dalam berbagai program kesehatan.

Komunikasi inovasi memerlukan pendekatan tersendiri dengan strategi yang disusun dari prinsip-prinsip kebudayaan kelompok partisipan beserta perhitungan akan kelemahan, atau masalah yang berasal dari birokrat dan profesional yang juga berfungsi sebagai petugas kesehatan. Prinsip-prinsip kebudayaan dari kedua belah pihak ini tidak dapat dipahami dengan hanya mengamati perilaku mereka tanpa melalui prosedur penelitian. Penelitian perlu dilaksanakan secara khusus dengan waktu yang relatif cukup. Upaya ini tidaklah mudah bagi petugas kesehatan, dan harus dilaksanakan oleh peneliti yang kompeten (Kalgie, 1999).

Rogers dan Shoemaker (1971) menyebutkan perubahan perilaku individu melalui beberapa tahap, dan perubahannya merupakan suatu proses kejiwaan yang dialami individu tersebut sejak pertama memperoleh informasi atau pengetahuan mengenai sesuatu hal yang baru sampai individu tersebut memutuskan menerima atau menolaknya. Proses ini dikenal sebagai *adoption process*, di mana proses adopsi inovasi tersebut melalui lima tahap, yaitu: mengetahui/menyadari tentang adanya ide baru itu (*awareness*), menaruh perhatian terhadap ide itu (*interest*), memberikan penilaian (*evaluation*), mencoba memakainya (*trial*), dan kalau menyukainya maka setuju untuk menerima ide atau hal baru itu (*adoption*).

Rogers dan Shoemaker (1971) menyimpulkan bahwa proses adopsi ini tidak berhenti segera setelah suatu inovasi diterima atau ditolak berdasarkan dari pengalamannya di lapangan dan penelitian mengenai penerapan teori ini. Situasi ini dapat berubah lagi sebagai akibat dari pengaruh lingkungannya kelak.

Mereka membagi lebih lanjut proses pembuatan keputusan tentang inovasi ini menjadi empat tahap utama. Mula-mula individu menerima informasi dan pengetahuan berkaitan dengan suatu ide baru (*knowledge*). Pengetahuan ini menimbulkan minatnya untuk mengenal lebih jauh tentang objek atau topik tersebut, dan fase ini dipergunakan oleh inovator untuk membujuk atau meningkatkan motivasinya guna bersedia menerima objek atau topik yang dianjurkan tersebut (*persuasion*). Tergantung kepada hasil persuasi inovator dan pertimbangan pribadi individu, maka dalam tahap *decision* dibuatlah keputusan untuk menerima atau justru menolak ide baru tersebut. Inovator harus bersikap tidak cepat merasa puas jika suatu ide telah diterima, sebab kini individu memasuki tahap penguatan (*confirmation*) di mana dia meminta dukungan dari lingkungannya atas keputusan yang telah diambilnya itu. Bila lingkungan memberikan dukungan positif maka perilaku yang baru itu atau adopsi tetap dipertahankan, sedangkan bila ada keberatan dan kritik dari lingkungan, terutama dari kelompok acuannya, maka biasanya adopsi itu tidak jadi dipertahankan dan individu kembali lagi ke perilaku yang semula. Sebaliknya, sesuatu penolakan pun dapat berubah menjadi adopsi apabila lingkungannya justru memberikan dukungan atau tekanan agar individu menerima ide baru tersebut. Rogers (1983) menambahkan tahap *implementation* di antara tahap *decision* dan *confirmation*.

Green (1980) menyebutkan bahwa kesehatan juga dipengaruhi oleh perilaku, dan perilaku ini dapat berubah oleh beberapa faktor berikut: *Pertama*, faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*) yang mencakup : sikap, nilai, kepercayaan, pengetahuan, norma sosial, tabu/pantangan dan faktor demografi. *Kedua*, faktor-faktor pendukung (*enabling factors*) yaitu tersedianya sarana atau sumber yang diperlukan dalam mendukung perilaku tersebut, dan terjangkaunya sumber tersebut oleh sasaran. *Ketiga*, faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*) yaitu petugas kesehatan dan atau petugas lain yang mempunyai tanggung jawab terhadap perubahan perilaku masyarakat. Agar perubahan-perubahan yang diintroduksikan kepada masyarakat dapat berjalan dengan baik dan mengurangi resiko sekecil mungkin, maka perubahan-perubahan tersebut harus direncanakan terlebih dulu. Brickman, *et al.* (1985) mengajukan *models of helping and coping*. *Pertama*, model moral, yaitu masyarakat bertanggung jawab bagi permasalahan dan penyelesaiannya. *Kedua*, model kompensasi, yaitu masyarakat tidak bertanggung jawab bagi permasalahan tetapi bertanggung jawab untuk penyelesaiannya. *Ketiga*,

model medik, yaitu masyarakat tidak bertanggung jawab bagi permasalahan atau pemecahannya. *Keempat*, model pencerahan, yaitu masyarakat tidak bertanggung jawab bagi pemecahannya tetapi bertanggung jawab bagi permasalahannya.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berpengaruh terhadap penerimaan, pelaksanaan dan penyebaran atas program pembangunan kesehatan di suatu masyarakat pedesaan. Suatu desa di kaki Gunung Sumbing (Kabupaten Magelang) dipakai sebagai kasus untuk melihat permasalahan program ini sebagai suatu proyek inovasi. Beberapa penelitian antropologi kesehatan dan masalah sosial kesehatan pernah dihasilkan dari wilayah ini dan sekitarnya, antara lain Rienks dan Poerwanta (1985), dan Sciortino (1995, 1999).

Keadaan, Masalah dan Upaya

Undang-undang Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 1960 tentang Pokok-pokok Kesehatan menyatakan bahwa rakyat berhak memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Hal serupa juga dicantumkan dalam satu dasar pembangunan kesehatan, yakni Sistem Kesehatan Nasional (Departemen Kesehatan R.I., 1982). Menteri Kesehatan Republik Indonesia mengeluarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 99a/Men. Kes/SK/III /1982 tentang berlakunya Sistem Kesehatan Nasional, yang meliputi Pemikiran Dasar Sistem Kesehatan Nasional, Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan, dan Bentuk Pokok Sistem Kesehatan Nasional.

Sistem Kesehatan Nasional adalah suatu tatanan yang mencerminkan upaya bangsa Indonesia untuk meningkatkan kemampuan mencapai derajat kesehatan yang optimal sebagai perwujudan kesejahteraan umum seperti dimaksudkan dalam Pembukaan UUD 1945. Oleh karena itu, Pemikiran Dasar Sistem Kesehatan Nasional pada hakekatnya menentukan arah, tujuan, dan dasar pembangunan kesehatan yang menyeluruh, terpadu serta berkesinambungan sebagai bagian dari Pembangunan Nasional (Departemen Kesehatan R.I., 1982). Dasar-dasar Pembangunan Kesehatan Nasional adalah: pertama, semua warga negara berhak memperoleh derajat kesehatan yang optimal agar dapat bekerja dan hidup layak sesuai dengan martabat manusia. Ke dua, pemerintah dan masyarakat bertanggung jawab dalam memelihara dan mempertinggi derajat kesehatan rakyat. Ke tiga, penyelenggaraan upaya kesehatan diatur oleh pemerintah dan dilakukan secara serasi dan

seimbang oleh pemerintah dan masyarakat serta dilaksanakan terutama melalui upaya peningkatan dan pencegahan yang dilakukan secara terpadu dengan upaya penyembuhan dan pemulihan yang diperlukan. Ke empat, setiap bentuk upaya kesehatan harus berasaskan kemanusiaan yang berdasarkan Ketuhanan Yang Maha Esa dengan mengutamakan kepentingan nasional, rakyat banyak, dan bukan semata-mata kepentingan golongan atau perorangan. Ke lima, sikap, suasana kekeluargaan, kegotongroyongan, serta semua potensi yang diarahkan dan dimanfaatkan sejauh mungkin untuk pembangunan di bidang kesehatan. Ke enam, sesuai dengan asas adil dan merata, hasil-hasil yang dicapai dalam pembangunan kesehatan harus dapat dinikmati secara merata oleh seluruh penduduk. Ke tujuh, semua warga negara berkedudukan sama dalam hukum dan wajib menjunjung tinggi serta mentaati segala ketentuan peraturan perundang-undangan dalam bidang kesehatan. Ke delapan, pembangunan Kesehatan Nasional harus berlandaskan pada kepercayaan akan kemampuan dan kekuatan sendiri, serta bersendikan kepribadian bangsa (Departemen Kesehatan R.I., 1982).

Undang-undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan dan Program Pembangunan Nasional (Propenas) Sektor Kesehatan dalam Undang-undang Nomor 25 Tahun 2000 tentang Program Pembangunan Nasional (Propenas) Tahun 2000-2004 menyebutkan bahwa tujuan umum program ini adalah meningkatkan pemerataan dan mutu upaya kesehatan yang berhasil guna dan berdaya guna serta terjangkau oleh segenap anggota masyarakat. Perhatian utama diberikan pada pengembangan upaya kesehatan yang mempunyai daya ungkit tinggi terhadap peningkatan derajat kesehatan sesuai masalah setempat.

Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010 (Departemen Kesehatan R.I., 1999) menyebutkan tujuan pembangunan kesehatan menuju Indonesia sehat 2010 adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal melalui terciptanya masyarakat, bangsa dan negara Indonesia yang ditandai penduduk yang hidup dengan perilaku dan dalam lingkungan sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang optimal di seluruh wilayah Republik Indonesia.

Keadaan dan masalah kesehatan senantiasa berubah dari waktu ke waktu. Upaya kesehatan

masyarakat umumnya bersifat *top-down*, bahwa kesehatan diselenggarakan pertama dan terutama oleh pemerintah (atas nama negara) sebagai kewajiban kepada penduduk, seperti dalam Pembukaan UUD 1945 dan UU Tentang Kesehatan. Masyarakat juga berperan aktif dalam upaya menerima program pembangunan kesehatan, karena mereka mempunyai nilai-nilai pertimbangan dalam menerima atau menolak dan memerlukan untuk berdiskusi, baik *intern* komunitas dan patron, maupun pribadi.

Kemajuan-kemajuan dalam kesehatan masyarakat di Indonesia telah banyak dicapai, namun harus diakui distribusinya belum merata. Mereka yang semestinya memanfaatkannya lebih banyak, masih belum dapat menikmati sepenuhnya. Untuk lebih menggalakkan usaha-usaha penyuluhan dan pencegahan penyakit dengan peran serta masyarakat setempat, maka telah dibentuk posyandu (pos pelayanan terpadu) di tingkat desa. Posyandu merupakan tempat kontak dan komunikasi antara masyarakat dengan petugas kesehatan, dan memberikan 5 jenis pelayanan sederhana, seperti kesejahteraan ibu dan anak, gizi, keluarga berencana, imunisasi dan penanggulangan diare. Hingga tahun 1990-an diperkirakan sudah terbentuk 200.000 posyandu yang tersebar di lebih dari 60.000 desa. Secara konseptual, ide ini sangat baik untuk mendekatkan pelayanan kepada masyarakat, dan merupakan terobosan bagi pemerataan pelayanan kesehatan yang lebih baik. Ide ini juga telah mendapat tanggapan positif dari berbagai organisasi internasional. Program pembangunan kesehatan ini tidak lepas dari berbagai hambatan pada pelaksanaannya, seperti *drop out* kader yang cukup tinggi, kurangnya pembinaan oleh puskesmas karena jumlah paramedis yang sangat terbatas, dan bagaimana kelanjutan dari inovasi ini apabila sudah dapat diterima masyarakat.

Desa Wuwuharjo di Kecamatan Kajoran, wilayah Kabupaten Magelang, didiami oleh 3.987 jiwa penduduk, dengan luas wilayah 7,19 km², dengan kepadatan 555 orang/km² dan 4 jiwa anggota per kepala keluarga. Mereka adalah penganut agama Islam dengan ketaatan bervariasi, namun hampir semua mengatakan penganut yang taat, dengan melaksanakan ajaran Islam dan dicerminkan juga dalam berbagai kesenian yang masih diselenggarakan dalam komunitas desa. Penduduk desa meliputi penduduk dewasa 1.373 laki-laki dan 1.430 perempuan, serta penduduk anak-anak 587 laki-laki dan 597 perempuan, dengan rasio seks 97. Sebagian besar penduduk hanya berpendidikan sekolah dasar yang meliputi 88%, dan sebagian saja yang bisa melanjutkan pendidikan ke tingkat yang lebih tinggi.

Mereka hidup dari pertanian, yaitu 12,2% petani pemilik dan penggarap, dan 70,9% merupakan buruh tani, serta sisanya hidup di luar sektor pertanian. Berdasarkan kriteria pemerintah, desa ini merupakan desa swasembada (Marzali, 1997).

Kecamatan Kajoran, termasuk di dalamnya Desa Wuwuharjo, memiliki fasilitas kesehatan pemerintah berupa 2 puskesmas dan 4 puskesmas pembantu, dengan 5 tenaga dokter, 30 perawat dan bidan desa, serta 84 dukun bayi. Desa Wuwuharjo hanya memiliki satu bidan desa dan 6 dukun bayi. Pasangan usia subur berjumlah 707 pasutri, dengan peserta keluarga berencana berjumlah 609 pasutri. Mereka menggunakan jenis kontrasepsi IUD 15 pasutri (istri), pil 131 pasutri (istri), kondom 16 pasutri (suami), MOP dan MOW masing-masing 16 pasutri, suntik 122 pasutri (istri) dan implan 228 pasutri (istri).

Inovasi baru dalam program pembangunan kesehatan yang gencar dikampanyekan oleh pemerintah (negara) melalui aparaturnya tingkat kecamatan dan desa adalah program tabulin (tabungan ibu bersalin). Jumlah anggota tabulin dalam kecamatan ini meliputi 661 anggota, dana masuk 6,610 juta rupiah dari anggota dan 2,173 juta dari donatur, bantuan dari UNICEF masing-masing 900 ribu rupiah tiap desa dan saldonya 4,538 juta rupiah. Anggota tabulin Desa Wuwuharjo berjumlah 27 anggota, dengan dana masuk 720 ribu rupiah hasil dari iuran anggota Rp. 10.000,- per anggota, dana dari donatur 50 ribu rupiah, dan tahun anggaran 1998 tanpa ada klaim dan dana keluar.

Pengalaman Desa Wuwuharjo dalam Proyek Inovasi

Sesuai dengan tahap-tahap perkembangan proses adopsi inovasi dari Rogers dan Shoemaker (1971) ini maka peran atau tugas pendidik (*inovator*) kesehatan berubah-ubah, tergantung dari tahap yang sedang dialami oleh individu. Mula-mula mereka memberikan informasi tentang suatu ide baru atau hal baru, agar masyarakat mengenalnya, misalnya program imunisasi, penyakit diare, kurang gizi dan program tabulin. Informasi ini dilanjutkan dengan kampanye dan penyuluhan lebih lanjut agar masyarakat menjadi tertarik kepada program ini. Masyarakat Desa Wuwuharjo sebagai kasus memperlihatkan bagaimana mereka memandang program yang akan diperlakukan kepada mereka dari siapa yang membawa inovasi atau program tersebut. Pengalaman di lapangan menunjukkan, pernah ada

program kerja mahasiswa dan praktek lapangan dari sebuah akademi keperawatan di Jakarta dan kuliah kerja nyata mahasiswa universitas negeri terkemuka di Jogjakarta kurun waktu 1999. Seorang perangkat desa mengatakan:

“.....ada baiknya, ini menurut atau permintaan dari orang-orang yang dihormati.....para ustadz dan kyai di sini, mereka yang ditempatkan di desa ini adalah mereka yang se-agama dengan warga, yaitu Islam”.

Green (1980) menyatakan bahwa untuk memperkenalkan suatu program baru yang utama diperlukan pada awalnya adalah faktor predisposisi (*predisposing factors*), yang dapat mencakup sikap, nilai, kepercayaan dan norma sosial. Masyarakat dalam kasus desa ini memberikan evaluasi bahwa suatu program yang dapat diterima dan dilaksanakan oleh para ustadz dan kyai (pemimpin informal agama Islam) adalah yang dapat diterima juga oleh mereka. Program kesehatan yang diintrodusir dapat menggunakan media komunikasi yang ada, misalnya dalam pengajian dan kesenian bernafas Islam seperti *barzanji*, *samroh*, dan lain-lain yang begitu rutin dilaksanakan. Mereka ini dapat digolongkan, menurut Rogers dan Shoemaker (1971) sebagai *laggard*, yang dicirikan oleh biasanya terdiri dari orang-orang yang kuat menganut tradisi, tua, atau kurang terpelajar. Sebagian besar penduduk (88%) hanya mengenyam pendidikan di sekolah dasar, dan sebagian saja yang berhasil menyelesaikannya serta merupakan para petani miskin dengan kepemilikan lahan terbatas.

Jika sudah timbul minat maka digunakan metode persuasi untuk membujuk masyarakat agar bersedia mengikuti anjuran dalam kampanye program pembangunan kesehatan yang akan dilaksanakan, misalnya program imunisasi, pengobatan diare atau program tabulin. Mereka awalnya memang sulit diajak secara langsung untuk mengikutinya, maka di sini harus melalui saluran kelompok pelopor (*inovator*) dan kelompok mayoritas awal (*early majority*), yang tidak lain adalah para pemuka agama. Ada baiknya mengutip perkataan seorang pimpinan militer setempat kepada kami:

“Awalnya saya tidak mengerti, komandan kami menugaskan kepada saya untuk mendalami agama (Islam) selama satu tahun sebelum saya ditempatkan sebagai komandan koramil di sini. Saya baru menyadari setelah benar-benar ditugaskan di sini. Saya harus turun ke desa-

desa sebagai seorang da'i dalam menyampaikan kebijakan..... Setidaknya mengutip ayat Al Qur'an atau Hadist untuk argumentasi.....yang utama harus menggunakan pendekatan religius”.

Seorang informan dan pimpinan pemerintah kecamatan setempat memberitahukan bahwa program-program pembangunan yang akan diperkenalkan kepada masyarakat hendaknya dimintakan nasehat dan masukan dari para pemuka agama setempat, karena merekalah awal suatu program akan dapat sukses.

Bujukan atau persuasi harus membuat masyarakat sasaran untuk berfikir dan mempertimbangkan untung ruginya menerima program pembangunan kesehatan bagi mereka. Dalam fase evaluasi ini, faktor-faktor yang turut dipertimbangkan adalah harga, kesanggupan mengerjakan, kesesuaian dengan nilai dan norma sosial, manfaat yang nyata, resiko, dan kesempatan untuk mencobanya sebelum memutuskan untuk menerima atau menolak ide yang ditawarkan tersebut. Pengalaman dalam pemberian makanan tambahan yang bergizi, pemberian obat diare dan kotak obat desa memperlihatkan bagaimana warga desa hanya mengharapkan pemberian dan subsidi dari program semacam ini. Program ini hanya bagi sinterklas yang memberikan hadiah dan kesenangan warga, dan warga memanfaatkan betul situasi ini.

Evaluasi program macam itu harus dilakukan, dengan memanfaatkan potensi sumber daya nabati dan hewani yang mempunyai gizi tinggi yang tersedia di lingkungan mereka, dan meningkatkan manfaat obat-obat tradisional (*etnofarmakologis*) yang telah diteliti efek farmakologisnya untuk dapat dipakai lebih lanjut bagi masyarakat. Bahan-bahan ini telah dikenal oleh mereka, dan memberikan efek sosio-psikokultural. Kecepatan penerimaan inovasi ini berbeda, di samping ciri dan kesiapan masyarakat sasaran dalam menerima perubahan yang direncanakan. Pada umumnya, perubahan yang sekedar menyangkut perubahan motorik meluas secara lebih cepat daripada perubahan yang menyangkut nilai dan norma sosial serta kepercayaan (religiusitas), misal dalam penggunaan kontrasepsi, yang mengambil waktu bertahun-tahun lamanya. Oleh sebab itu, dalam program-program kesehatan yang menyangkut perubahan nilai dan norma sosial serta kepercayaan (religiusitas), sukar dibuat tolak ukur untuk jangka waktu singkat.

Haruslah diingat bahwa pusat pembangunan sebenarnya adalah manusia, dengan kata lain manusia adalah subjek dan objek pembangunan. Kebudayaan

adalah penjelmaan manusia dalam penghadapannya dengan lingkungan alam dan sosialnya dengan ruang di mana mereka hidup, dan dalam penghadapannya dengan waktu, peluang dan pilihan, kesinambungan dan perubahan (Mahasin, 1999). Masalah yang juga haruslah memperoleh perhatian adalah para inovator dan kelompok sasaran dalam program pembangunan yang memperlihatkan dikotomi latar belakang lingkungan. Bisa saja lingkungan abiotik, biotik dan sosial budaya antara inovator dan kelompok sasaran menunjukkan kemiripan, karena mereka tinggal dalam satu lingkungan permukiman. Distansi tetaplah terjadi di antara mereka; di satu sisi ada yang telah masuk dalam lingkungan pengetahuan yang baru, namun di sisi lain masih ada yang tetap konservatif dengan *pengetahuan tradisional*, yaitu kelompok sasaran. Kearifan inovator yang terutama diwakili para aparatur di tingkat desa dan kecamatan dalam program pembangunan kesehatan desa ini haruslah memperoleh perhatian lebih besar. Mereka diharapkan mampu beradaptasi dengan bijak terhadap lingkungannya. Ortega Y Gasset berkata “*I am I and My circumstances*” (Aku adalah aku bersama dengan lingkunganku) (Daeng, 2000).

Penutup

Salah satu di antara perhatian khusus dalam antropologi adalah perubahan masyarakat dan kebudayaan. Berbagai corak perubahan masyarakat dan kebudayaan yang menjadi perhatian antropologi adalah perubahan masyarakat dan kebudayaan yang direncanakan melalui program pembangunan. Kebudayaan merupakan media yang memungkinkan pembangunan dapat berlangsung dengan sukses. Upaya-upaya ini tidak dapat mengabaikan kenyataan, bahwa hal-hal tersebut mempengaruhi kebudayaan dan atau dipengaruhi kebudayaan.

Kami telah menjelaskan pula bagaimana program pembangunan sebagai suatu inovasi baru dalam masyarakat sasaran, dan telah dirujuk pula dengan teori-teori adopsi inovasi, terutama dari Rogers dan Shoemaker, serta teori-teori yang relevan dengan tema tulisan ini. Sebagai ilustrasi diperlihatkan kasus dari masyarakat Desa Wuwuharjo di kaki Gunung Sumbing yang berada di bagian barat laut Kabupaten Magelang.

Pengalaman dari proyek atau program pembangunan kesehatan pada masyarakat Wuwuharjo dapat menunjukkan corak penerimaan dan pelaksanaan suatu inovasi baru yang direncanakan dengan kebijakan pemerintah, melalui departemen kesehatan, sampai kepada para aparatur

di tingkat bawah, yaitu aparaturnya kecamatan dan desa. Corak penerimaan inovasi yang telah dimodifikasi oleh lingkungan sosial dan kebudayaan dapat dijadikan bahan rujukan untuk program serupa, agar keguncangan sosial dan kebudayaan masyarakat setempat dapat ditekan sedemikian rendah, dan program ini dapat diterima oleh masyarakat.

Daftar Pustaka

- Ahimsa-Putra, H.S. (2005) Kesehatan dalam perspektif ilmu sosial-budaya, dalam H.S. Ahimsa-Putra (editor), *Masalah Kesehatan dalam Kajian Ilmu Sosial-Budaya*. Yogyakarta: KEPEL Press. Hal. 13-37.
- Brickman, P., Karuza, J., Cohn, E., Rabinowitz, V.C., Coates, D. & Kidder, L. (1985) Model of helping and coping. Dalam W.G. Bennis, K.D. Bennis & R. Chin (eds.) *The Planning of Change*. Fourth edition. New York: Holt, Rinehard and Winston, Inc. Hal 287-311.
- Brotowasito (1990) Pembangunan Kesehatan di Indonesia. *Prisma* (6) (XIX): 36-76.
- Coletta, N.J. (1987) Pendahuluan. Dalam: Nat J. Colleta & Umar Kayam (eds) *Kebudayaan dan Pembangunan*. Jakarta: Yayasan Obor Indonesia. Hal. 1-31.
- Daeng, Hans J. (2000) *Manusia, Kebudayaan dan Lingkungan: Tinjauan Antropologis*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Departemen Kesehatan R.I. (1982) *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta: Departemen Kesehatan R.I.
- Departemen Kesehatan R.I. (1999) *Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010*. Jakarta: Departemen Kesehatan R.I.
- Foster, G.M. & Anderson, B.E. (1986) *Antropologi Kesehatan*. Jakarta: UI-Press.
- Glinka, J. & Maria, J. (1992) Pendekatan antropologi dalam mempelajari adaptasi manusia terhadap kesehatan dan penyakit. Makalah disampaikan pada *Seminar Sehari Peranan Antropologi Kesehatan dalam Perencanaan Pembangunan Kesehatan*, 14 November 1992. Surabaya: Program Pascasarjana Universitas Airlangga.
- Green, L. (1980) *Health Education Planning*. Palo Alto: Mayfield Publishing Company.
- Kalangie, Nico S. (1999) Pelayanan kesehatan primer : suatu penilaian sosial dari sudut antropologi kesehatan. *Antropologi Indonesia* 59: 101-116.
- Koentjaraningrat (1985) Peranan ilmu-ilmu sosial dalam upaya peningkatan kesehatan. Dalam: Koentjaraningrat & A.A. Loedin (eds) *Ilmu-ilmu Sosial dalam Pembangunan Kesehatan*. Jakarta: PT Gramedia. Hal 30-41.
- Loedin, A.A. (1985) Ilmu kesehatan yang berorientasi kepada masyarakat dan manusia. Dalam: Koentjaraningrat & A.A. Loedin (eds) *Ilmu-ilmu Sosial dalam Pembangunan Kesehatan*. Jakarta: PT Gramedia. Hal. 15-29.
- Mahasin, A. (1999) Soedjatmoko dan dimensi manusia: sekapur sirih. Dalam: Soedjatmoko (ed.) *Dimensi Manusia dalam Pembangunan*. Jakarta: LP3ES. Hal. IX-XXVII.
- Marzali, A. (1997) Klasifikasi tipologi komunitas desa. Dalam: E.K.M. Masinambow (ed): *Koentjaraningrat dan Antropologi di Indonesia*. Jakarta : AAI dan Yayasan Obor Indonesia. Hal. 139-150.
- Rachmat, R.H.H. (2004) *Pembangunan Kesehatan di Indonesia: Langkah-langkah untuk Mendukung Akselerasi Pembangunan Kesehatan Nasional dan Daerah*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Republik Indonesia (1960) Undang-undang Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 1960 tentang *Pokok-pokok Kesehatan*. Jakarta: Republik Indonesia.
- Republik Indonesia (1992) Undang-undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 1992 tentang *Kesehatan*. Jakarta: Republik Indonesia.
- Republik Indonesia (2000) Undang-undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2000 tentang *Program Pembangunan Nasional Tahun 2000-2004*. Jakarta: Republik Indonesia.
- Rienks, A.S. & Poerwanta, I. (1985) Penyakit dan pengobatan di Jawa Tengah : persepsi desa kontra persepsi pemerintah. Dalam: Michael R. Dove (ed.) *Peranan Kebudayaan Indonesia dalam Modernisasi*. Jakarta : AAI dan Yayasan Obor Indonesia. Hal 31-63.
- Rogers, Everett M. (1983) *Diffusion of Innovations*, 3rd edition. New York : The Free Press A Division of Macmillan Publishing Co, Inc.
- Rogers, Everett M. & Shoemaker, F. (1971) *Communication of Innovations: A Cultural Approach*. New York: The Free Press A Division of Macmillan Publishing Co, Inc.
- Sciortino, R. (1995) *Care-Takers of Cure : An Anthropological Study of Health Centre Nurses in Rural Central Java*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Sciortino, R. (1999) *Menuju Kesehatan Madani*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Suparlan, P. (1997) Antropologi dan pembangunan. Dalam: E.K.M. Masinambow (eds) *Koentjaraningrat dan Antropologi Indonesia*. Jakarta: AAI dan Yayasan Obor Indonesia. Hal 61-67.
- Tjiong, R. (1991) *Problem Etis Upaya Kesehatan*. Jakarta: PT. Gramedia.
- Tjiong, R. (1999) Kata pengantar: Dalam: Rosalia Sciortino (ed.) *Menuju Kesehatan Madani*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar. Hal. xiii-xxxiv.
- Triyoga, R.S. (1992) Aspek antropologi kesehatan dalam kesehatan masyarakat. Makalah disampaikan pada *Seminar Sehari Peranan Antropologi Kesehatan dalam Perencanaan Pembangunan Kesehatan*, 14 November 1992. Surabaya: Program Pascasarjana Universitas Airlangga.