

JAWABAN TUGAS 2

Rhiza S. Sadjad

NIM 045276176

Fakultas : **FHISIP/Fakultas Hukum, Ilmu Sosial dan Ilmu Politik**
Kode/Nama MK : **SOSI4410.1/Sosiologi Kesehatan 1**
Tugas : **2**

Pertanyaan 1/3:

Dalam Modul 4, Kegiatan Belajar 1, telah dijelaskan tentang Hubungan Gaya Hidup, Kelas Sosial, dan Gender dengan Kesehatan. Jelaskan hubungan antara:

- *Gaya Hidup dan Kesehatan*
- *Kelas Sosial dan Kesehatan*
- *Gender dan Kesehatan*

Berikan contoh konkret untuk masing-masing hubungan tersebut! (Skor 40)

Jawaban 1/3:

Hubungan antara *gaya hidup*, *kelas sosial* dan *gender* dengan kesehatan dibahas dalam (Ref. [1], Modul 04, hal. 4.4 – 4.16). Secara umum, dapatlah dikatakan bahwa ketiga faktor sosial tersebut sangat erat hubungannya dengan kesehatan, tidak hanya secara biologis, tapi juga secara sosiologis (Ref. [2 (a)]).

Sebagai contoh yang terkait dengan *gaya hidup* misalnya gaya hidup orang Indonesia dalam memasak makanan pokoknya, yaitu nasi. Satu-dua generasi yang lalu, kebanyakan rumah-tangga di Indonesia memasak nasi dengan salah-satu dari 2 (dua) cara, yaitu dengan cara “meliwet” menggunakan panci khusus, atau dengan menggunakan “dandang” dan kerucut bambu. Sekarang, dengan gaya hidup baru, kedua cara tradisional tersebut sudah semakin jarang dilakukan, sebagian besar orang Indonesia generasi sekarang menggunakan *rice-cooker* elektrik untuk memasak nasi. Perubahan gaya hidup ini, pernah diteliti ternyata berpengaruh pada peningkatan yang signifikan dari jumlah penderita *diabetes mellitus* (DM). Kemungkinan besar cara memasak nasi tradisional mengurangi risiko DM, karena prosesnya sangat mengurangi kandungan karbohidrat dalam beras, dibandingkan dengan menggunakan *rice-cooker* elektrik. *Gaya hidup* yang dimaksud adalah berbagai perilaku yang menjadi kebiasaan, yang secara rutin dilakukan oleh individu atau sekelompok warga dalam masyarakat, seperti misalnya kebiasaan merokok, minum minuman keras, ber-olahraga rutin, ber-”*dugem*”, dan lain sebagainya, yang secara signifikan mempengaruhi kesehatan, baik yang bersangkutan, mau pun orang di sekelilingnya (seperti para perokok “pasif”, yang tidak merokok, tapi terpapar asap rokok dari orang-orang terdekatnya yang merokok). Dari sisi biologis-nya, banyak gaya hidup ini yang mempengaruhi kesehatan, terutama terkait dengan berbagai penyakit kronis dan degeneratif, seperti kanker, penyakit jantung, paru-paru, DM, dan lain-lain. Secara sosiologis, gaya hidup bukanlah sekedar pilihan individual, tapi juga terbentuk oleh norma budaya, tingkat pendidikan, dan faktor-faktor sosial lainnya.

Gaya hidup berkaitan langsung dengan *kelas sosial* (Ref. [2 (b)]). Tentu saja *gaya hidup* masyarakat kelas menengah ke bawah, berbeda dengan *gaya hidup* masyarakat kelas menengah ke atas. Untuk cara memasak nasi, misalnya, masyarakat kelas bawah yang tidak memiliki akses ke pasokan listrik, tidak mungkin memasak nasi dengan *rice-cooker*, sementara masyarakat kelas atas tidak mungkin “meliwet” dengan kayu-bakar. Jadi risiko terkena DM lebih besar pada masyarakat kelas atas, dibandingkan dengan masyarakat kelas bawah. Masyarakat kelas atas juga sering punya kebiasaan makan yang berlebihan, serta biasa ber-”*dugem*”, sehingga lebih ber-risiko mengalami obesitas (kegemukan), yang merupakan cikal-bakal berbagai penyakit kronis dan degeneratif. Sebaliknya, masyarakat kelas bawah, justru sering mengalami mal-nutrisi (kekurangan gizi) dan *stunting*, serta kurang berat badan karena banyak melakukan kerja fisik tanpa istirahat yang cukup. Kebanyakan masyarakat kelas bawah hidup di pemukiman-pemukiman kumuh (*slum*), yang tidak memiliki akses untuk mendapatkan air bersih, sistem sanitasi yang tidak sehat, serta terpapar polusi udara, sehingga rentan terkena berbagai penyakit viral dan bakterial. Karena *kelas sosial* menunjukkan posisi ekonomis, maka dengan sendirinya akses ke fasilitas kesehatan pun terpengaruh, misalnya kelas atas akan mampu membayar asuransi kesehatan yang lebih baik daripada kelas bawah yang tidak mampu, sehingga fasilitas kesehatan yang dapat mereka akses pun berbeda.

Faktor sosial lainnya yang berpengaruh pada kesehatan adalah masalah gender, yaitu perlakuan sosial-budaya yang berbasis atau dikait-kaitkan dengan apakah seseorang itu perempuan atau laki-laki (Ref. [2 (c)]). Pandangan umum masyarakat menganggap laki-laki lebih kuat secara fisik dibandingkan perempuan yang dianggap makhluk yang lemah. Tapi kenyataannya, statistik menunjukkan bahwa harapan hidup (*life-expectancy*) perempuan lebih panjang daripada laki-laki. Lansia di-dominasi oleh perempuan, demikian juga jika diperhatikan di berbagai fasilitas kesehatan yang menangani penyakit-penyakit kronis, seperti poliklinik Penyakit Dalam dan poliklinik Jantung & Pembuluh Darah, pasien yang datang untuk *check-up & control* secara rutin kebanyakan adalah lansia perempuan. Lansia laki-laki kebanyakan segan untuk berobat, atau sebagian besar dari mereka sudah mendahului. Kemungkinan besar juga umumnya laki-laki kesehatannya lebih buruk daripada umumnya perempuan karena pekerjaan sehari-harinya lebih cenderung untuk membuat “*stress*” dibandingkan dengan pekerjaan umumnya perempuan, atau *gaya-hidup*-nya yang lebih tidak sehat dibandingkan pada umumnya perempuan.

Pertanyaan 2/3:

Parsons mengidentifikasi empat harapan institusi yang terkait dengan peran sakit. Jelaskan keempat harapan tersebut dan berikan contoh konkret dari setiap harapan! (Skor 30)

Jawaban 2/3:

Talcott Parsons [1902-1979] adalah sosiolog berkebangsaan Amerika Serikat yang mengembangkan teori-teori struktural-fungsionalisme dalam sosiologi, antara lain dengan mengkaji peranan penyakit dan orang sakit dalam kehidupan sosial kemasyarakatan. Dalam bukunya yang terkenal (Ref. [2 (d)]), Parsons menengarai ada 4 (empat) harapan institusional dari orang sakit, yaitu (Ref. [2 (e)], Tutorial *On-Line* Universitas Terbuka m.k. **SOSI4410.1 Sosiologi Kesehatan 1, Sesi 4, Diskusi 4**),:

1. Orang yang sakit memiliki hak untuk tidak menjalankan peran dan tanggung-jawab sosial yang ketika tidak sakit biasa dilaksanakannya. Misalnya seorang karyawan perusahaan, berhak untuk mengajukan cuti – tidak masuk kerja - ketika sedang sakit. Surat keterangan sakit dari dokter, misalnya, dapat dijadikan dasar untuk seorang siswa sekolah tidak mengikuti pelajaran olahraga.
2. Keadaan sakit umumnya tidak dapat diatasi sendiri, karena itu orang sakit seyogyanya meminta bantuan penanganan medis dari orang lain, utamanya dari tenaga profesional dalam bidang kesehatan, seperti dokter, perawat, dan lain-lain, minimal dengan konsultasi. Contohnya ketika seseorang mengalami demam tinggi, maka harus segera memeriksakan darah ke laboratorium klinik yang dirujuk oleh dokter untuk mendapatkan diagnosa yang tepat dari penyakitnya.
3. Orang yang sakit wajib punya keinginan untuk sembuh. Keadaan sakit berada di luar kehendak orang tersebut, bukan pilihan yang diambil, sehingga bukan merupakan tanggung-jawabnya sendiri.. Tidak ada orang yang ingin dirinya sakit, dan ketika jatuh sakit, akan menjadi beban bagi orang lain, karena tidak mampu berperan sosial secara normal. Contohnya ketika orang mengalami *stroke* sehingga mengalami kesulitan untuk bergerak secara mandiri, maka ia bergantung pada orang lain. Orang tersebut harus berusaha untuk sembuh, supaya tidak selamanya bergantung pada orang lain.
4. Orang sakit diharapkan, bahkan diwajibkan, untuk berusaha mencari dan memperoleh penanganan medis dari lembaga yang menyediakan fasilitas kesehatan, seperti klinik, rumah sakit, tempat praktek dokter pusat-pusat kesehatan, dan lain-lain, sehingga dapat segera ditangani oleh tenaga medis yang kompeten. Misalnya terjadi kecelakaan sehingga mengalami patah tulang, maka harus segera mencari fasilitas radiologi untuk di-foto Roentgen untuk memastikan kondisi tulang yang patah, dan seterusnya dilakukan penanganan lanjutan, seperti physiotherapy atau bedah tulang oleh dokter spesialis yang kompeten.

Salah satu kritik kepada keempat harapan institusional orang sakit yang di-identifikasi oleh **Parsons** adalah karena asumsinya semua penyakit bersifat sementara. Padahal ada penyakit yang

bersifat kronik dan permanen, seperti yang saya alami secara pribadi, yaitu diabetes mellitus (DM) dan jantung koroner. Tentu saja saya selalu punya keinginan untuk sembuh (*point #3*) dari penyakit saya, tapi saya juga harus memahami bahwa penyakit saya adalah penyakit degeneratif dari organ tubuh saya, yaitu kerusakan pada pankreas dan ancaman serangan pada jantung - berupa penyumbatan pembuluh darah - yang bisa terjadi setiap saat, sebagaimana pernah terjadi tahun 2017, ketika gula darah dan tekanan darah saya naik bersamaan, sehingga terjadi penyumbatan 100% di satu titik pada jantung saya. Tentu saja untuk penyakit seperti ini saya tidak bisa melakukan tindakan medis sendiri (*point #2*), saya harus secara rutin dan berkala konsultasi dengan dokter (*point #4*), khususnya dokter spesialis Penyakit Dalam (SpPD) untuk penyakit DM saya dan dokter spesialis Jantung & Pembuluh Darah (SpJ&PD). Pertama yang harus saya jaga adalah kadar gula darah, yaitu dengan suntikan insulin setiap sebelum makan dan sebelum tidur. DM adalah "induk" dari semua penyakit degeneratif, karena kadar gula darah yang tinggi akan merusak organ-organ vital tubuh, utamanya ginjal, hati, jantung, otak dan paru-paru. Kulit dan mata juga dapat dirusak oleh kadar gula tinggi dalam darah. Selain kadar gula darah, untuk memelihara jantung saya agar bersih dari sumbatan, maka saya harus menjaga semua parameter kondisi terkait darah, seperti tekanan darah, keenceran darah, kolesterol, oksigen dalam darah, serta stamina jantung saya - khususnya E.F.-nya, atau *ejection fraction*-nya - agar selalu dalam batas-batas normal, yaitu dengan meng-konsumsi obat-obatan yang di-resep-kan dokter setiap bulan, serta menjaga makanan saya. Dengan demikian, walau pun saya punya hak untuk tidak menjalankan sepenuhnya peran yang biasanya dilakukan sebagai orang sehat (*point #1*), sampai saat ini, saya tidak perlu menggunakan hak saya sebagai orang sakit tersebut. Alhamdulillah.

Pertanyaan 3/3:

Jelaskan bagaimana pengaruh lingkungan sosial ekonomi terhadap hubungan dokter dan pasien! Berikan contoh konkret yang mendukung penjelasan Anda! (Skor 30)

Jawaban 3/3:

Dalam (Ref. [1], Modul 05, hal. 5.5 – 5.38) dibahas tentang hubungan antara dokter dan pasien, baik berdasarkan pendekatan sistem dan konsensus yang berlaku, mau pun dalam kaitannya dengan tenaga medis lainnya. Kemudian dalam (Ref. [1], Modul 06, hal. 6.3 – 6.34) diuraikan tentang hubungan kesehatan dengan lingkungan, baik lingkungan fisik mau pun lingkungan sosial. Karena hubungan antara kesehatan dan lingkungan sosial ini, maka lingkungan sosial-ekonomi memang pada dasarnya mempengaruhi secara signifikan bagaimana hubungan antara dokter dan pasien (Ref. [2 (f)], [2 (g)]).

Pada umumnya dokter memiliki latar-belakang sosial ekonomi yang berbeda dengan pada umumnya pasien. Kebanyakan dokter berasal dari keluarga kelas menengah ke atas yang latar

belakang sosial-ekonominya relatif berkecukupan, sementara kebanyakan pasien justru sebaliknya, yaitu berasal dari kelas menengah ke bawah, yang secara sosial-ekonomi kekurangan, atau berlatar-belakang pendidikan yang jauh lebih rendah dari dokter, yang sudah pasti berlatar-belakang pendidikan tinggi. Kesenjangan sosial-ekonomi ini besar kemungkinannya menimbulkan hambatan dalam komunikasi antara dokter dengan pasien, sehingga dapat mengakibatkan mis-komunikasi yang bisa fatal. Yang terjadi adalah dominasi dokter dalam percakapan, sehingga tidak semua keluhan pasien bisa terungkap. Contohnya seorang pekerja di pabrik berlatar-belakang pendidikan SD, tentu sulit mengkomunikasikan keluhan-keluhan kesehatannya kepada seorang dokter spesialis, sehingga bisa menimbulkan salah paham, yang mengarah ke salah-diagnosa atau bahkan mal-praktek.

Pelayanan kesehatan dengan BPJS, misalnya, biasanya mem-bludak pasiennya dari kalangan kelas menengah ke bawah, sehingga waktu pelayanan dokter untuk masing-masing pasien sangat terbatas, sehingga hubungan antara dokter dan pasien juga tidak bisa intensif, karena antrian yang panjang. Berbeda dengan pelayanan dokter di ruang praktek pribadi, yang karena biaya yang cukup mahal, pasiennya pasti berlatar-belakang sosial-ekonomi dari kalangan menengah ke atas. Dokter cenderung memberikan pelayanan yang lebih baik dan lebih teliti kepada pasien di ruang praktek pribadi-nya daripada di poliklinik yang melayani pasien dengan BPJS.

Pasien dari kalangan menengah ke bawah sering mendapat perlakuan yang berbeda dengan pasien dari kalangan menengah ke atas, walau pun misalnya menderita penyakit yang sama. Dokter cenderung menyalahkan pasien dari kalangan menengah ke bawah karena gaya hidupnya sehingga mereka sakit-sakitan, misalnya, tapi cenderung “memahami” ketika ada pasien dari kalangan menengah ke atas yang sebenarnya bergaya-hidup yang sama. Jika ada pasien yang berpakaian perlente dan kelihatan dari kalangan atas mengeluhkan kelelahan, maka dokter akan memeriksa kondisi pasien dengan teliti, bahkan mungkin dirujuk untuk GCU (*general check-up*) ke laboratorium klinis, sementara pasien yang tampaknya dari kelas pekerja biasa, mungkin hanya disuruh untuk banyak istirahat dan minum vitamin.

Beberapa kajian menunjukkan bahwa latar-belakang sosial-ekonomi pasien memang berpengaruh secara signifikan kepada hubungan dokter dan pasien, terkait dengan hambatan komunikasi karena kesenjangan tingkat pendidikan pasien, kemampuan ekonomi pasien untuk membiayai pelayanan kesehatan dan persepsi dokter kepada gaya hidup pasien.

REFERENSI

- [1] **Sunarto, Kamanto**, “*Sosiologi Kesehatan*”, **Modul 1 – 9 SOSI4205**, Edisi 3 Cetakan Keempat [Mei 2024], Penerbit Universitas Terbuka, Jakarta

[2] **Google Search**, Dari Aplikasi Penelusuran, <https://www.google.com/>, diperoleh referensi rujukan sebagai berikut:

- (a) **Cockerham, William C.**, [2021], "*Social Causes of Health and Disease*", 3rd ed., various articles on "*Health Lifestyles Theory*".
- (b) **Graham, Hilary**, [2009], "*Understanding Health Inequalities*".
- (c) **Annandale, Ellen & Kate Hunt**, [2000], "*Gender Inequalities in Health*".
- (d) **Parsons, Talcott**, [1951], "*The Social System*".
- (e) <https://elearning.ut.ac.id/mod/forum/view.php?id=6329993>, diakses tgl. 24/05/2025, jam 16:09 WIB
- (f) **Street, Richard L., et.al.**, [2005], "*Understanding Concordance in Patient-Physician Relationships*".
- (g) **Pilnick, Alison & Robert Dingwall**, [2011], "*On the Remarkable Persistence of Asymmetry in Doctor/Patient Interaction*".