

PENDIDIKAN MEDIS EKSTRAMURAL

Oleh: A. Adi Sukadana

Bagian Anatomi Fakultas Kedokteran Gigi
Universitas Airlangga, Surabaya

Mengapa pendidikan medis "ekstramural"?

Konsep kesehatan dan penyakit sudah beberapa puluh tahun meninggalkan landasan yang berpusat pada individu dan pada penyebab tunggal sesuatu penyakit atau kelainan. Menurut konsep kuno kita harus puas dengan perumusan seperti: penyakit tbc disebabkan oleh karena kuman tbc, atau penyakit gondok disebabkan oleh karena kekurangan zat yodium, dsb., dan bila seseorang terkena penyakit atau kelainan tertentu, cukuplah dengan mengobati pasien itu saja.

Secara berangsur-angsur dunia medis bertambah sadar bahwa "sebab-sebab" tunggal yang dapat ditunjuk tidak selalu membawa akibat penyakit atau kelainan. Ada berbagai faktor lain yang turut berperan dan menentukan apakah individu tertentu akan memperlihatkan gejala sesuatu penyakit/kelainan atau tidak. Selain itu, bila si pasien saja yang diperhatikan dan diobati, maka sebenarnya masalah kesehatan si penderita itu belum selesai. Lingkungan hidup dan cara hidup tertentu dapat menyebabkan penyakit si penderita timbul kembali, atau sebaliknya si penderita sendiri dapat merupakan suatu bahaya untuk lingkungannya. Belum lagi masalah sampingan sosio-ekonomik dan sosio-psikologik akibat keadaan si penderita yang non-produktif dan yang memerlukan biaya dan waktu untuk perawatannya. "Stress" factor ini dapat meningkatkan "risk of disease" (WHO, 1971).

Pendekatan kesehatan atau penyakit secara ekologi, sosial-ekonomik dan multikausal juga tercermin pada riset medis. Misalnya dalam hal karies gigi atau kanker, para peneliti rajin-rajin mencari satu sebab. Dewasa ini pendekatan meliputi penelitian mikroorganisme, "food-intake", kebiasaan, lingkungan hidup, sampai juga "trace elements", genetika, dsb.

Dalam hal menghadapi pengobatan atau pelayanan kesehatan, telah berkembang suatu integrasi ilmu-ilmu klinik, ilmu-ilmu kesehatan masyarakat dan ilmu-ilmu perilaku, yang berwujud sebagai apa yang dikenal sebagai "community me-

dicine" (Harjono, 1972:21).

Keganjilan yang timbul dalam perkembangan konseptual medis ini ialah bahwa penghayatannya serta pelaksanaannya dalam praktek tidak sesuai. Jurang yang sebenarnya sudah mulai tampak pada tahun 1950-an bertambah lebar sesudah tahun 1960: apa yang dihasilkan lembaga-lembaga pendidikan medis tidak atau kurang sesuai dengan realitas atau kebutuhan masyarakat, baik dari segi "demands" maupun dari segi "needs". Keluhan serta kritik mengenai hasil pendidikan medis dan pelayanan kesehatan pada umumnya bertambah banyak dan meluas melalui macam-macam media massa. Gejala ini tidak terbatas pada negara-negara yang sedang berkembang, tetapi juga menyangkut negara-negara yang "maju" seperti Amerika Serikat. Dengan perbandingan 1 dokter untuk 650 orang (tahun 1971), perbandingan dokter umum : dokter spesialis sebesar 1 : 7 dan perawatan medis dengan ilmu pengetahuan dan teknologi mutakhir pada beratus rumah sakit yang modern dan serba lengkap, tampaknya Amerika Serikat berada di garis depan perawatan medis dan pelayanan kesehatan. Di belakang layar kenyataannya ialah bahwa beratus kota (di 4 negara bagian sudah ada lebih dari 800 kota) tidak mempunyai dokter sama sekali, berpuluh juta orang tidak dapat memperoleh perawatan medis yang layak (90% pasien sebenarnya memerlukan dokter umum, sedangkan 87% dokter merupakan spesialis), dan biaya perawatan amat tinggi yang tidak ditutup penuh oleh berbagai asuransi kesehatan (Sukadana, 1977: 1-20).

Untuk mengatasi keganjilan yang telah dikemukakan di atas bermacam-macam usaha telah muncul menjelang tahun 1970 sampai sekarang. Usaha-usaha ini mulai dari taraf internasional sampai ke taraf lokal. Banyak sekali perhatian dicurahkan kepada pendidikan medis, supaya apa yang diberikan di dalam ruang kuliah, klinik dan rumah sakit sesuai dengan kebutuhan masyarakat (Moch, 1971; Harjono, 1972; WHO, 1972, 1973, 1974; Gallagher, 1976; Jacob, 1976; Miller 1977; Coggeshall, 1978). Sekalipun demikian, hasil yang nyata masih jauh dari memuaskan (WHO, 1977; Engel, 1977; *US News & World Rep.*, 1977; *Science*, 1979). Kesulitan utama adalah bahwa pendidikan yang diharapkan sesuai dengan kenyataan masyarakat diatur dan disajikan oleh "decision makers" yang terasing dari kenyataan di luar kampus, rumah sakit dan lingkungan kamar praktek pribadi. Sebagai usaha untuk menghayati realitas masyarakat, telah diusahakan pendidikan "ekstramural" —di luar lingkungan kampus— supaya baik mahasiswa maupun staf pengajar berada di tengah-tengah lingkungan yang amat memerlukan perhatian dan pelayanan medis yang wajar.

Karena kebanyakan pusat pendidikan berada di daerah urban yang dari segi teknologi dan fasilitas cukup berkembang, maka "ekstramural" itu banyak diasosiasikan dengan suatu lokasi rural. Sebenarnya tidak perlu demikian. Hal ini ter-

gantung pada di lingkungan apa —urban atau rural— masyarakat yang paling membutuhkan perhatian dan pelayanan medis berada. Bila kita memperhatikan jumlah penduduk urban dan rural di berbagai regio di dunia, maka jelaslah bahwa lokasi baik "ekstramural" di satu regio belum tentu sama baiknya di regio lain. Tabel berikut ini dapat menjelaskan hal itu: Populasi urban dalam kota-kota dengan penduduk minimal 20 000 jiwa sebagai proporsi terhadap populasi total (Herbert, 1973:28, TABEL 1).

TABEL 1.- Populasi urban dalam kota-kota dengan penduduk > 20 000

	1920	1940	1960	1980	(estimate)
Eropa	32	37	41	50	
Amerika Utara	38	45	57	61	
Oseania	34	38	50	50	
Rusia	10	24	36	46	
Asia Timur	7	13	20	28	
Asia Selatan	6	8	14	21	
Afrika	5	7	13	18	
Amerika Selatan	14	19	32	41	
Dunia keseluruhan	14	19	25	32	

Untuk daerah seperti Eropa, Amerika Utara, Oseania dan Rusia lokasi "ekstramural" perlu meliputi baik lingkungan urban maupun rural, sedangkan untuk Asia Selatan dan Afrika, sudah jelas bahwa prioritas lokasi berada di lingkungan rural.

Apa perbedaan antara "urban" dan "rural"

Walaupun istilah "urban" dan "rural" banyak dipakai di kalangan medis, sering tidak tampak bahwa istilah-istilah itu digunakan secara jelas. Perlu dibedakan beberapa pengertian "urban" dan "rural" itu menurut pendekatan yang berlainan. Beberapa pendekatan utama akan dikemukakan berikut ini.

1. Pengertian sosiologi "urban-rural" adalah "a way of life" yang bersangkutan dengan hubungan keluarga, hubungan lingkungan kerja, cara mencari nafkah, cara pembagian kerja, kesibukan adat-istiadat, dsb. Secara umum sejumlah ciri-ciri sosiologik pokok dapat disimpulkan sebagai berikut:

Hal	Urban	Rural
- Hubungan keluarga inti	kurang erat	erat sekali
- Hubungan "extended family"	praktis tidak ada	erat sekali
- Hubungan dengan teman-teman sepekerjaan	"zakeljik"	"afektif" atau "personal"
- "Social control"	secukupnya sampai tidak ada	amat besar
- Lingkungan hidup sosial	mudah pindah-pindah	amat stasioner
- Perkumpulan	profesional, nasional, internasional	keluarga dan lingkungan lokal (RT - RW)
- Kelompok ethnics	heterogin	homogin

2. Pengertian geografik-ekologik

Ciri-ciri pokok dari segi geografik-ekologik ini dapat disimpulkan sebagai berikut:

Hal	Urban	Rural
- Perumahan	padat	renggang
- Pencarian	non-agraris	agraris
- Hubungan intern	jalur-jalan yang kompleks	jalur-jalan yang sederhana
- Hubungan extern	dengan daerah urban lain	hubungan dengan satu "settlement" yang lebih besar atau terpencil
- Bahan pokok enersi/kebutuhan	tidak tergantung dari tanah areal di sekitarnya, bahan pokok dapat di "import" dari jauh	praktis otonom dapat berdirinya sendiri
- Ketergantungan terhadap alam	hampir tidak ada	amat tergantung dari keadaan alam

3. Pengertian hukum

Berbagai "settlement" mempunyai status kota atau desa atas dasar ketentuan hukum. Hal ini biasanya tidak menyangkut batas-batasnya saja, tetapi juga jenis administrasi dan sistem ekonominya, khususnya dalam hal keuangan dan anggaran serta pajak-pajak. Status hukum ini sering tidak ada hubungan dengan keadaan fisik "kota" atau "desa" itu. Sebagai contoh: hampir semua kota besar, ramai dan penting di Amerika Serikat bukan ibu kota negara-bagian; di Indonesia hal itu kebalik-

annya: boleh dikatakan semua kota besar, ramai dan penting merupakan ibu-kota provinsi atau kabupaten.

Status "hutan-pelindung", "hutan-produksi", "perkebunan", "tanah-adat", dsb. banyak mempengaruhi ciri-ciri rural sesuatu daerah, yang perlu diperhatikan dengan kenyataan. Misalnya di daerah "hukum" margasatwa Baluran terdapat banyak "desa" yang status legalnya tidak demikian. Sebaliknya ada yang berstatus "desa", tetapi dalam kenyataan sebagian besar hutan rimba, atau daerah non-agraris.

4. Ada pula pembagian urban-rural menurut:

- Penggunaan tanah untuk transport, produksi, pelayanan, perdagangan, permukiman, kegiatan sosio-budaya, kesehatan dan kesejahteraan (Northam, 1975).
- Konsentrasi kependudukan dan waktu yang dibutuhkan untuk mencapai sentrum dari pinggiran (Blumenfeld, 1969).

Meninjau kepustakaan lain, jelaslah bahwa ciri-ciri urban-rural beraneka ragam dan tidak ada banyak kesepakatan (Sjoberg, 1964; Weber, 1969; Wirth, 1969; Bourne, 1971; Berry, 1974). Yang jelas pula ialah bahwa pengertian urban-rural dari daerah atau negara industri tidak dapat dipakai untuk daerah atau negara agraris, terutama di Asia dan Afrika atau Amerika Selatan (Breese, 1966). Pengertian serta ciri-ciri "kota" di Indonesia juga amat khusus (Wertheim, 1958; Milone, 1964; Geertz, 1965; Meier, 1976).

Berhubung dengan pendidikan medis "ekstramural" di Indonesia, yang pengarahannya terutama ke masyarakat desa, tampak sekali bahwa tidak jelas jenis "rural" apa yang dimaksudkan atau diinginkan sebagai lokasi sasaran pendidikan itu. Tidak mengherankan bahwa lokasi sasaran "ekstramural" itu di USU, UNPAD, UI, UGM, UNAIR, dsb. beraneka macam baik dari segi kualitas lingkungan maupun dari lokasinya terhadap kampus dan kegiatan yang dilakukan di situ.

Pengertian "urban" dan "rural" di Indonesia

Untuk mengerti masalah "urban" dan "rural" di Indonesia, perlu kita pahami terlebih dahulu, bahwa:

- Indonesia terdiri dari sekitar 30 gugusan (arsipel) pulau yang keseluruhannya meliputi 13 500 pulau lebih.
- Dari 13 500 pulau itu sekitar 6 000 yang ada penduduknya.
- P. Jawa adalah 7% dari areal daratan Indonesia, tetapi menampung 2/3 dari sekitar 130 juta populasi Indonesia.
- P. Jawa juga mempunyai 7 dari 10 kota terbesar di Indonesia. Yang lain (3

kota besar) terdapat di Sumatera (2 kota) dan di Sulawesi (1 kota).

Hutan masih menutup 1 217 746 km² dari areal daratan total sebesar 1 904 345 km², dengan kata lain: 2/3 daratan total Indonesia masih tertutup hutan. Distribusinya: TABEL 2 (Dept. of Int. Rep. Indon. 1970).

TABEL 2.- Distribusi hutan

	% Hutan Total	% Penutupan Areal Total Indonesia
P. Jawa & Madura	2,5 %	1,5 %
Sumatera	23,3 %	14,9 %
Kalimantan	34,0 %	21,8 %
Sulawesi	8,1 %	5,2 %
Maluku & Irian Barat	30,8 %	19,7 %
Nusa Tenggara	1,3 %	0,7 %
	<u>100 %</u>	<u>63,9 %</u>

85,4% atau sekitar 87 juta penduduk Indonesia bertempat tinggal di luar kota, dan dari jumlah tersebut yang ada di P. Jawa, Madura, Bali, Lombok, dan beberapa lokasi di Sumatera Utara dan Barat, daerah pantai Kalimantan dan daerah Makasar, Menado dan beberapa bagian pulau lain mengenal sistem pertanian sawah.

Di 89% areal Indonesia penduduk masih dalam taraf pertanian jenis "shifting culture" (Koentjaraningrat, 1967). Khususnya di zone pantai dan pulau kecil penduduk dapat berpindah-pindah dari pertanian ke perikanan menurut musim.

Ciri-ciri urban-rural tertentu dapat dilihat pada TABEL 3.

Beberapa kesimpulan yang dapat ditarik atas dasar TABEL ini adalah:

Daerah Jakarta lain sendiri, oleh karena kepadatan penduduk dan derajat urban yang tertinggi (TABEL 3, kolom 4, 5) dan itu dalam areal yang terkecil (TABEL 3, kolom 2). Walaupun demikian populasinya mewakili 3,69% dari masyarakat Indonesia, yaitu lebih banyak daripada D. I. Yogyakarta, Riau, Jambi, Sumatera Barat, Aceh, Kalimantan Barat, Tengah, Selatan dan Timur, juga Sulawesi Utara dan Tengah, Bali, Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur.

Daerah Bali juga amat khusus dengan kepadatan penduduk yang sangat tinggi (TABEL 3, kolom 4), tetapi derajat urban yang rendah. Daerah Bali, bersama Aceh, Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur, merupakan daerah In-

donesia yang paling "rural" (terkecuali Irian Jaya), tetapi oleh karena itu tidak representatif untuk keadaan "rural" Indonesia pada umumnya.

- Daerah Kalimantan Timur juga amat khusus karena merupakan daerah yang paling urban dengan kepadatan penduduk yang paling rendah (TABEL 3, kolom 4, 5) yang hanya mewakili 0,59% dari penduduk Indonesia, tanpa kota yang besar (TABEL 3, kolom 6). Selain itu Kalimantan Timur merupakan daerah dengan areal terbesar sesudah Irian Jaya (TABEL 3, kolom 1).

TABEL 3.- Ciri-ciri urban-rural

Daerah	% Areal Total Indonesia	% Populasi Total Indonesia	Kepadatan Penduduk per/km ²	Derajat Urban ¹⁾	% Penduduk Daerah yang Ada di Kota 100 000	% Pertanian Rakyat dari Indonesia
DKI Jakarta	0,03	3,69	7874,2	87,20	100	0,2
Jawa Barat	2,43	17,57	477,9	11,93	6,4	17,6
Jawa Tengah	1,80	17,76	660,0	10,20	5,2	21,6
D. I. Yogyakarta	0,17	2,02	805,51	16,36	14,0	2,7
Jawa Timur	2,52	20,72	542,2	12,85	7,5	22,8
Sumatera Selatan	8,30	5,47	35,0	18,63	12,6	5,4
Riau	4,97	1,33	18,4	9,73	-	1,4
Jambi	2,36	0,82	23,7	31,57	15,2	0,8
Sumatera Barat	2,63	2,27	58,2	14,15	9,0	2,6
Sumatera Utara	3,72	5,38	97,7	16,94	12,0	5,7
Aceh	2,91	1,63	38,3	7,69	-	2,1
Kalimantan Barat	7,71	1,64	14,6	13,18	9,5	1,8
Kalimantan Tenggara	8,01	0,57	4,9	14,11	-	0,6
Kalimantan Selatan	1,98	1,38	49,0	22,67	14,5	1,6
Kalimantan Timur	10,63	0,59	3,9	32,76	-	0,4
Sulawesi Utara/Tengah	4,65	2,14	53,9	14,95	6,5	2,1
Sulawesi Selatan/Tenggara	5,28	4,79	50,5	15,92	7,6	4,2
Bali	0,29	1,72	391,0	8,79	-	2,2
Nusa Tenggara Barat	1,06	1,79	112,6	5,62	-	2,0
Nusa Tenggara Timur ²⁾	2,51	1,86	49,8	5,36	-	2,1
Maluku	3,91	0,88	15,8	20,70	-	-
Irian Jaya	22,16	0,12	2,3	-	-	-

	(MvVey, 1963)	(Biro Pus. Stat. 1976) Keadaan Sen- sus 1971	(Biro Pus. Stat. 1976) Keadaan Akhir 1973	(Milone, 1963) Atas Dasar Sensus 1961	(Biro Stat. 1976) Dasar Sensus Pertanian
--	------------------	---	--	--	---

1) Nilai rural adalah kebalikan derajat urban.

2) Tidak termasuk daerah Propinsi Timor Timur karena berdirinya propinsi ke-27 itu setelah data statistik 1976 diolah oleh Biro Pusat Statistik.

- Dari kelompok yang mewakili pertanian terbanyak dan dengan kepadatan penduduk tertinggi dengan derajat urban paling rendah adalah Jawa Tengah, kemudian disusul dengan Jawa Barat dan Jawa Timur.
- Dari kelompok di luar P. Jawa yang dekat dengan angka rata-rata derajat urban (atau rural) dan juga dengan nilai rata-rata % pertanian rakyat Indonesia adalah: Sumatera Barat, Sulawesi Utara dan Tengah.

Klasifikasi Indonesia sebagai negara agraris dapat diperoleh antara lain dari perbandingan persentase produk domestik bruto yang berdistribusi sebagai berikut:

TABEL 4.- Distribusi produk domestik bruto

Negara		Persentase Jenis Kegiatan Ekonomi		
		Pertanian	Industri	Lain
Indonesia	1973	40	18	42
Malaysia	1971	31	22	47
Filipina	1973	28	20	52
Singapura	1973	2	27	71
Muang Thai	1973	31	20	49
India	1970	44	14	45
Pakistan	1971	34	16	50
Jepang	1973	8	26	66
Amerika Serikat	1973	4	29	67
Inggris (UK)	1972	3	31	66
Perancis	1972	6	36	58
Jerman Barat	1973	3	44	53

Sumber: *United Nations Yearbook (1974)*, dalam Biro Statistik Jakarta (1976).

Dari TABEL 4 juga dapat ditarik kesimpulan bahwa corak agrarisnya Indonesia boleh dikatakan berdiri sendiri, tidak dapat disamakan dengan keadaan agraris negara-negara tetangganya.

Yang menarik perhatian ialah bahwa Indonesia sebagai negara kepulauan dalam hal perikanan tidak menonjol (periksalah TABEL 5).

TABEL 5.- Produksi perikanan dalam 1000 ton (1973)¹⁾

Indonesia	1300,0	Amerika Serikat	2669,9
India	1958,0	Jepang	10701,9
Muang Thai	1692,3	Inggris (UK)	1144,4
Filipina	1248,5	Denmark	1464,7

1) Biro Pus. Stat. 1976.

Setelah meninjau sepintas lalu beberapa ciri "urban" dan "rural" di kawasan Indonesia, perlu juga pengertian "kota" diuraikan sedikit.

Kota-kota Indonesia terutama merupakan suatu pengertian hukum atau status, sehingga tidak berkorelasi sama sekali dengan keadaan fisik "settlement" yang bersangkutan. Selain itu, kota-kota yang sudah bersifat metropolis seperti Jakarta dan Surabaya tetap masih memiliki unsur agraris-ruralnya. Sebagai contohnya:

- Jakarta pada sensus pertanian 1963, memiliki 23 140 unit pertanian rakyat yang meliputi luas areal 14 915 ha dengan sejumlah petani yang mewakili 0,2% masyarakat petani Indonesia.

Pada tahun 1974 D.K.I. Jakarta berproduksi:

padi sawah dan ladang	27 702	ton
ketela pohon	7 194	ton
ketela rambat	1 014	ton
jagung	114	ton
kacang tanah	140	ton

(Biro Pus. Stat. 1976)

- Surabaya pada tahun 1970 menghasilkan luas panen sebesar:

padi sawah	11 521	ha
padi gogo	122	ha
jagung	2 019	ha
ketela pohon	1 510	ha
ketela rambat	316	ha
kacang tanah	242	ha

Selain itu pada tahun 1974 Walikota Surabaya masih memerlukan memberi 22 ekor bibit sapi dan 30 ekor bibit kambing kepada "desa-desa" di dalam kota. Memang 34% areal metropolis Surabaya berupa tanah sawah dan 21% areal lagi dapat dibuat pertanian, dan sekitar 10% penduduk Surabaya masih bekerja sebagai petani di berbagai "enclave" pertanian yang terkurung di dalam batas-batas kota (Kantor Sensus Jatim, 1972; *Tempo*, 1974, 13 Juni; Pakiding, 1975). Cukup jelas ada corak agraris, yang berarti wilayah seluruh metropolis Indonesia merupakan pola yang berlainan dengan pola metropolis model Barat (Hauser, 1957; Meier, 1976). Oleh karena itu apa yang dicantumkan mengenai kota-kota besar di Eropa dan Amerika dalam *textbook* tidak boleh diterapkan begitu saja di Asia dan khususnya di Indonesia.

Juga perlu diperhatikan bahwa patokan "urban" telah berbeda-beda pada berbagai sensus atau penyusunan statistik. Misalnya, pada sensus 1930 daerah urban adalah daerah dengan konsentrasi penduduk sebesar 50.000 orang atau

lebih, pada sensus 1961 patokannya adalah 20 000 jiwa atau lebih. (Brand, 1969).

Masalah pelaksanaan pendidikan medis ektramural

Faktor yang paling sulit dalam pelaksanaan pendidikan medis ektramural adalah staf pengajar yang mengerti masalah medis kemasyarakatan dari segi psiko-sosial dan kebudayaan (Engel, 1977). Hal ini dapat dimengerti, sebab staf pengajar yang ada di mana-mana adalah produk pendidikan intramural tradisional. Sulit sekali untuk keluar dari lingkungan suasana intramural dan kampus itu dan menemukan suatu "new medical model" yang bersifat "biopsychosocial" seperti yang dimaksudkan Engel itu.

Di negara yang maju seperti Amerika Serikat "gap" antara apa yang menjadi "policy" di dalam lembaga pendidikan medis dewasa ini sudah mulai terasa. Dalam *Science* 203 (1979) telah dilaporkan keadaan krisis di Stanford Medical School dengan problem-problim yang "are representative of issues that face major medical centers nation-wide" (di USA). Di samping masalah keuangan, masalah ideologi atau "policy" ternyata merupakan sebab utama krisis itu. Antara lain ternyata bahwa pelayanan "community" itu tidak memuaskan. Pemikiran yang dipegang oleh para pengurus dan pendidik tidak sesuai dengan keadaan "community" sebenarnya.

Memang ironis sekali bahwa justru dalam hal kemasyarakatan ini para "policy-makers" dan "pendidik" lebih senang berpegangan pada ide-ide stereotip yang dibayangkan sendiri tanpa analisa ilmiah yang kukuh, daripada berani melihat kenyataan dunia luar melalui data riset yang nyata. Sikap ini ternyata juga tampak pada pelaksanaan "Swine Flu Campaign" 1976-1977 yang gagal secara "nation-wide" (Wade, 1973). Analisa kegagalan itu menunjukkan 7 hal :

- Overconfidence by specialists in theories spun from meager evidence.
- Conviction fueled by a conjunction of some preexisting personal agendas.
- Zeal by health professionals to make their lay superiors do right.
- Premature commitment to deciding more than had to be decided.
- Failure to address uncertainties in such a way as to prepare for reconsideration.
- Insufficient questioning of scientific logic and of implementation prospects.
- Insensitivity to media relations and the long term credibility of institutions.

Juga tampak bahwa masalahnya tidak terlokalisasi pada pendidikan di perguruan tinggi saja, sebab petugas-petugas medis di lapangan adalah hasil pendidikan medis tradisional itu sendiri yang menghambat mereka berfungsi secara realistik (Miller, 1977).

Marilah kita meninjau sejenak mengenai objektif-objektif pendidikan medis yang dirumuskan dalam rapat kerja WHO di Colombo tahun 1972, dan kenyataannya 7 tahun kemudian:

Objektif Pendidikan Medis Untuk Masyarakat	Kenyataannya
- dapat mengerti masyarakat yang dilayaninya untuk dapat menggunakan sumber-sumber yang bermanfaat untuk peningkatan kesehatan dan keadaan sosial.	- lulusan tidak siap untuk itu karena fraksi dan bobot ilmu-ilmu perilaku amat minimal; lulusan belajar semua ini dengan "trial & error" setelah bertugas.
- dapat menentukan diagnosa masalah kesehatan masyarakat dan mengatasi keadaan itu.	- dapat diragukan, karena tidak pernah di "expose" terhadap masalah masyarakat selama pendidikan; hanya pasien individual yang membawa persoalan "baru" sesuai dengan individu yang bersangkutan, sedangkan bila ada tempat latihan ektramural, masyarakat itu-itu saja yang dipelajari, sehingga tiap generasi mahasiswa dapat menjiplak masalah dari generasi sebelumnya.
- dapat melaksanakan perawatan medis dengan keadaan, peralatan yang terbatas.	- tidak banyak pengalaman dalam hal ini karena dididik dalam lingkungan yang serba ada.
- dapat mengkoordinasi dan mengatur team kesihatan.	- selama pendidikan tidak ada kesempatan untuk itu, si mahasiswalah yang selalu diatur dan disuruh, kemudian setelah lulus diharapkan mendadak pandai memimpin.

Bukan maksudnya mengupas semua "points" hasil rapat WHO itu. Perlu dipertimbangkan apakah setelah 7 tahun itu sudah tidak waktunya menganalisa dan mempelajari data "feedback" yang sudah terkumpul melalui berbagai proyek di berbagai perguruan tinggi di Indonesia. Merupakan suatu ironi bahwa berbagai usaha perubahan, perbaikan kurikulum dilaksanakan tanpa suatu studi dan analisa data "feedback" ini secara serius, sehingga produksi sarjana kedokteran jalan terus lepas dari dunia realistik (Mboi, Suharto, Rivai & Alibazah, 1975).

Pokok-pokok pendidikan medis ektramural yang perlu diperhatikan

1. Walaupun 84%, atau lebih dari 100 juta, penduduk Indonesia hidup di lingkungan rural, kita tidak boleh lupa bahwa penduduk daerah urban:
 - mempunyai "demand" pelayanan kesehatan yang lebih besar daripada masyarakat rural.
 - mempunyai "demand" pelayanan kesehatan yang lebih "sophisticated" dari pada masyarakat rural.

- hidup dalam suatu lingkungan yang secara ekologi tidak sehat, bila dibandingkan dengan lingkungan rural pada umumnya (akibat polusi, kepadatan permukiman, dan sebagainya).
- lebih terbuka terhadap transmisi penyakit-penyakit dari luar daerahnya karena pusat-pusat urban juga merupakan pusat pertemuan perdagangan, kongres, masuknya turis-turis, dan sebagainya.

Dengan demikian perlu sekali masalah pendidikan medis ektramural dan juga intramural, ditempatkan dalam proporsi yang wajar atas dasar data kesehatan, ekologi, demografi dan geografi.

2. Dalam penentuan program pendidikan ektramural itu perlu dipertimbangkan pengetahuan dan kegiatan apa yang betul-betul menunjang pekerjaan medikus itu di lapangan dan memungkinkan si medikus itu menangani masalah-masalah masyarakat secara efektif. Biasanya terlalu banyak tekanan diberikan kepada kegiatan "aktif", yaitu memberi pelayanan dan mengumpulkan data. Terlalu sedikit perhatian diberikan kepada kegiatan "pasif", yaitu mengobservasi, menganalisa dan memberi interpretasi kepada situasi atau laporan yang sudah ada.
3. Perlu diingat bahwa tingkatan "undergraduate" adalah suatu angkatan yang segera diperlukan, sehingga berbagai pengetahuan, ketrampilan, dsb. yang lebih luas atau spesialisasi dapat digeser ke pendidikan "postgraduate" atau program "continuing study" lain.
4. Perlu diperhatikan masalah lingkungan kerja di lapangan, kualitas dan kuantitas petugas-petugas serta juga fasilitas yang tersedia di sesuatu lokasi tertentu. Berhubung dengan gejala situasional dan kondisional yang berbeda-beda di berbagai daerah rural, ada baiknya staf pengajar, baik yang dalam pendidikan intramural, maupun yang ektramural di "expose" terhadap berbagai keadaan di daerah. Program yang dijalankan di Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga dapat diambil sebagai contoh. Secara bergilir para ahli (dari yang senior/guru besar, sampai yang junior) bekerja di tengah-tengah teman-teman sejawat di berbagai kabupaten di dalam lingkungan yang serba lain dan terbatas fasilitasnya.

Dengan partisipasi itu, persiapan bahan perkuliahan lebih efektif untuk lingkungan di luar tembok-tembok universitas dan "teaching hospital" universitas. Di samping ilmu dan teknik mutakhir, para mahasiswa juga memperoleh alternatif-alternatif lain yang lebih realistik, tetapi yang tetap masih dapat dipertanggungjawabkan. Tanpa pemberian alternatif-alternatif itu, para lulusan hanya berbekal yang serba muluk dan mengalami frustrasi dalam menghadapi kenyataan. Perasaannya adalah seolah-olah mereka dipaksakan oleh keadaan untuk mengkhianati ilmu yang telah diberikan, padahal alternatif-alternatif tindakan medis juga ilmiah dan baik, tetapi mempunyai *rank order* yang lebih rendah. Melalui TABEL 6 di bawah ini dalam hubungannya dengan tabel-

tabel sebelumnya, dapat dilihat betapa berbedanya berbagai daerah.

TABEL 6.- Distribusi tenaga dan fasilitas medis

Daerah	Dokter Umum	Dokter Gigi	Apotheker	Pengatur Rawat Gigi	RSU Pem. & Swasta	Balai Pengobatan Gigi	Jumlah Penduduk
DKI Jakarta	1 225	281	179	46	27	36	4 846 492
Jawa Barat	591	103	142	16	43	60	21 620 950
Jawa Tengah	501	65	43	15	48	74	21 865 263
D. I. Yogyakarta	226	36	138	5	12	7	2 488 544
Jawa Timur	953	102	19	23	69	89	25 908 387
Sumatera Selatan	239	30	38	14	40	29	6 733 072
Riau	49	7	6	5	17	4	1 641 074
Jambi	45	2	4	5	6	5	1 005 658
Sumatera Barat	181	2	13	7	14	10	2 792 211
Sumatera Utara	429	19	21	10	91	19	6 620 811
Aceh	49	7	5	4	20	15	2 008 341
Kalimantan Barat	45	4	—	3	25	7	2 019 924
Kalimantan Tengah	15	3	3	—	9	3	701 936
Kalimantan Selatan	46	7	6	1	17	12	1 699 105
Kalimantan Timur	68	11	2	1	13	9	731 606
Sulawesi Utara/Tengah	138	10	13	9	24	12	2 631 333
Sulawesi Selatan/Tenggara	190	3	3	41	43	13	5 894 031
Bali	100	6	3	14	10	12	2 120 091
Nusa Tenggara Barat	26	3	2	8	8	7	2 203 435
Nusa Tenggara Timur	17	3	2	4	28	6	2 295 279
Maluku	3 535	1	2	4	11	4	1 089 511
Irian Jaya	54	—	1	22	33	8	150 786

Kedadaan 1972 (Dep. Kes.)

Kedadaan
1974

Sensus
1971

Kedadaan 1972 (Biro Pusat Statistik 1976)

Departemen Kesehatan

- Mengingat kebanyakan mahasiswa adalah unsur masyarakat urban, maka untuk pendidikan medis ektramural perlu sekali mereka disiapakan mentalnya untuk bekerja di lingkungan rural, atau urban yang asing untuk mereka.
- Lokasi pendidikan ektramural perlu ditentukan sesuai dengan jenis "rural" atau "urban" apa yang diinginkan, apakah dasarnya ciri-ciri sosio-budaya, geografik atau status hukum, dsb. yang diutamakan. Lokasi ini harus pula realistis terhadap anggaran dan kemampuan tenaga pengajar untuk mengawasi pelaksanaannya. Untuk itu diperlukan suatu analisa data geografik, demografik dan statistik pendidikan yang matang.
- Sudah sedari permulaan perlu ditentukan sistem "kontrol" dan "feedback" pro-

gram ektramural itu, sehingga dapat dievaluasi atas dasar materi yang nyata (seperti pada setiap unsur pendidikan intramural lain). Misalnya sebelum berangkat, baik sebagai perorangan maupun sebagai regu, mahasiswa dapat diberi tugas perencanaan, pelaksanaan serta mengevaluasi suatu masalah yang mereka diagnosa sendiri atas dasar informasi preliminer yang diberikan kepada mereka sebelum berangkat ke lokasi pendidikan ektramural. Untuk *design* kegiatan serta hasil dapat diadakan penilaian tersendiri. Penilaian itu dapat diperoleh konfrontasi atau prosentasi hasil dari instruktur di lapangan dan dari masyarakat setempat juga diperlukan *monitoring* terhadap masalah kesehatan/sosial masyarakat.

8. Dengan tidak mengurangi segi rutin ektramural, program itu perlu cukup fleksibel untuk menangani masalah aktual masyarakat, sebab justru dari masalah spontan atau situasional itu daya "problem solving" dapat dikembangkan bila dimanfaatkan sedapat-dapatnya oleh pihak para instruktur.

Kepustakaan

- Anon. 1974a Desa-desa di dalam kota. *Tempo* 4(19):17-8.
 ——— 1974b Ayo bercocok tanam. *Tempo* 4(19).
 ——— 1974c Sumatera Barat: Painan. *Tempo* 4(34).
 ——— 1977 America's doctors, a profession in trouble. *U. S. News & World Rep.* 17:50-58.
 ——— 1979 Stanford medical school suffers-fiscal ideological crises. *Science* 203:148-51.
 Audy, J. R., & Dunn, F. L. 1974 Community health, dalam F. Sargent II (ed.): *Human Ecology*, pp. 345-63. North-Holland Publ. Co., Amsterdam.
 Bell, G. (ed.) 1976 *Strategies for Human Settlements, Habitat and Environment*. University Press of Hawaii, Honolulu.
 Berry, B. J. L., et al. 1974 Land use, urban form and environment quality. *Univ. Chicago Dept. Geogr. Res. Pap.* 155.
 Biro Pusat Statistik 1976 *Statistik Indonesia 1975*. Biro Pusat: Statistik, Jakarta.
 Blumenfeld, H. 1969 *The Modern Metropolis*, Alfred A. Knopf, New York.
 Bourne, L. S. (ed.) 1971 *Internal Structure of the City. Reading on Space and Environment*. Oxford University Press, New York.
 Brand, W. 1969 Some statistical data on Indonesia. *Bijdr. Taal, Land- & Volkenk.* 125(3): 305-327.
 Breese, G. 1966 *Urbanization in Newly Developing Countries*. Prentice Hall Inc., Englewood Cliffs, N. J.
 Callagher, J. 1976 Educational planning and health. *WHO Chron.* 30:70-71.
 Cary, L. J. (ed.) 1970 *Community Development as a Process*. University of Missouri Press, Columbia, Miss.

- Coggeshall, P. E., *et al.* 1978 Changing post-doctoral career pattern for biomedical scientists. *Science* 202(3):487-93.
- Cox, F. M., *et al.* (eds) 1970 *Strategies of Community Organizations*. F. E. Peacock Publ. Inc., Ithaca, III.
- Department of Information Republic of Indonesia 1970 *Indonesia, Past and Present*. Jakarta.
- 1977 *Indonesia Handbook 1977*. Jakarta.
- Dever, A. G. E. 1976 *An Epidemiological Model for Health Policy Analysis*. Reidel Publ. Co., Dordrecht.
- Engel, G. L. 1977 The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 196:129-36.
- Geertz, C. 1965 *The Social History of an Indonesian Town*. M. I. T. Press, Cambridge, Mass.
- Harjono, M. 1972 *Community medicine dalam kurikulum pendidikan kedokteran*. *M. Ked. Gigi Surabaya* 5(4):20-29.
- Hartono, Bambang 1977 Satu model pelaksanaan peranan petugas-petugas Puskesmas dalam pembangunan masyarakat desa. *M. Kes.* 59:32-6.
- Hauser, P. (ed.) 1957 *Urbanization in Asia and the Far East. Proc. Joint U. N./UNESCO Seminar*, Bangkok.
- Herbert, D. 1973 *Urban Geography. A Social Perspective*. Praeger Publ., New York.
- Hermawan, Poedjosanjoto Notodipoero 1975 *Sedikit Tentang Pokok-Pokok Pemerintahan Desa*. Team Bimas Fakultas Hukum Universitas Airlangga, Surabaya.
- Jacob, T. 1976 Pendidikan kedokteran dan pelayanan kesehatan. *B. I. Ked.* 8(4):169-73.
- Kantor Sensus & Statistik 1972 *Jawa Timur Dalam Angka Tahun 1971*. Kantor Sensus & Statistik, Surabaya.
- Koentjaraningrat 1967 *Villages in Indonesia*. Cornell University Press, Ithaca, N. Y.
- Mboi, Ben, Rivai, Erni, & Alibazah, Partomo M. 1975 Apa yang diperlukan rakyat? *Tempo*, 30 Agustus, pp. 44.
- Meier, R. L. 1976 A stable urban ecosystem. *Science* 192:962-8.
- Mileue, P. D. 1964 Urbanization in Indonesia. *Asian Surv.* (8):1001-1012.
- Miller, C. A. 1977 *New Demands for Health Education*. University of Texas, Houston.
- Miller, G. E., & Tülops, T. (eds.) 1974 *Educational Strategies for the Health Professions*. WHO, Geneva.
- Möch, E. M. 1971 *Some Educational Implications of Selected Social and Organizational Issues in the Functioning of the Community Health Team*. WHO, Jakarta.
- Nitisastro, W. 1970 *Population Trends in Indonesia*. Cornell University Press, Ithaca, N. Y.
- Northham, R. N. 1975 *Urban Geography*. John Wiley & Sons, Inc., New York.
- Pakiding, M. D. 1975 Kota Surabaya, dalam *Pemerintahan Daerah Surabaya* (ed.): *Hari Jadi Surabaya*. Surabaya.
- Park, R. E. 1952 *Human Communities. The City and Human Ecology*. Free Press, Glencoe, II
- Redaksi *M. Kes.* 1977 Laporan Rakerkesnas. *M. Kes.* 58:9-11.

- Reemer, M. J. 1972 *Evaluation of Community Health Centers*. Publ. WHO, Geneva.
- Sjoberg, G. 1964 The rural—urban dimension in preindustrial, transitional and industrial societies, dalam R. E. L. Farris (ed.): *Handbook of Modern Sociology*, pp. 127-59. Rand McNally & Co., Chicago.
- Speed, F. W. 1971 The village in Indonesia. *Hemisphere* 13(3):25-8.
- Sukadana, A. A. 1979 Industri pelayanan kesehatan. *M. Ked. Gigi Surabaya* 12(1):1-20.
- Toda, Yoshiaki, Mori, Hindeki, Sabdoadi, Hoepoediono, Koento, Soedarjo, Kartini, & Lolong L. A. 1970 Observation of health and daily life in Surabaya city in Indonesia. *Kobe J. Med. Sci.* 16(4):119-30.
- United Nations 1974 *Human Settlements: The Environmental Challenge*. U. N. Department of Economics & Social Affairs, Stockholm.
- Wade, N. 1976 Swine flu campaign faulted. *Science* 202:849-52.
- Weber, M. 1969 *The Nature of the City*. Appleton-Century-Crofts, Meredith Co., New York.
- Wertheim, W. F., et al (eds) 1958 *The Indonesian Town*. W. v. Hoeve, Ltd., Bandung.
- Wileden, A. F. 1970 *Community Development, The Dynamics of Planned Change*. Bedminster Press, New York.
- Wirth, L. 1969 Rural—urban differences, dalam R. Sennet (ed.): *Classic Essays on the Culture of Cities*. pp. 165-9. Appleton-Century-Crofts, Meredith Co., New York.
- WHO 1971 Society, stress and disease. *WHO Chron.* 25(4):68-78.
- 1972 The teaching of community medicine in undergraduate medical education. *SEA Med. Educ.* 189. New Delhi.
- 1973 Development of educational programmes for the health professions. *Publ. Hlth Pap.* 52.
- 1977 *Handbook of Resolutions and Decisions of the World Health Assembly and the Executive Board*, vol. 2, 1973-1976. Geneva.
-