

## EKSPANSI REZIM MEDIS, MEDIKALISASI KEHIDUPAN, DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

Heru Nugrobo \*

### Abstract

Medicalization of life as applied in a depoliticized society would be extremely dangerous since it tends to create potential medical malpractice in the part of medical doctors towards their patients. To avoid this, repolitization of the society should be created to raise community's critical awareness in understanding the political economy of the medical world in the society. In order to provide equal access to health care, repolitization is a prerequisite in response to medical industrialization and privatization of health care services.

### Pendahuluan

Bidang kedokteran merupakan salah satu lembaga yang telah lama berkembang dan menempati posisi strategis dalam kehidupan sosial saat ini. Posisi sosial strategis yang dimiliki oleh lembaga tersebut bukan merupakan suatu hal yang kebetulan, melainkan merupakan konsekuensi dari peran sentral yang dijalankan, yaitu sebagai "media penyembuh" orang-orang sakit atau untuk mengobati mereka yang mengalami gangguan kesehatan. Telah berabad-abad lembaga ini dikonstruksikan oleh para pendahulu sehingga eksistensinya tidak lagi dipertanyakan oleh generasi sesudahnya. Sebagai orang awam kita menerima warisan lembaga ini secara *taken for granted*, dan sebagai generasi penerus kita mendapat beban untuk mengembangkan lembaga itu. Apalagi setelah diketemukannya berbagai teknik modern dan ultramodern dalam bidang

medis, keberadaannya dalam masyarakat menjadi semakin kokoh. Lembaga ini bahkan mampu merealisasikan berbagai inipian para ahk masa lampau menjadi kenyataan pada masa ini, seperti penemuan dan penerapan teknologi rekayasa genetik, alat-alat monitor biologis yang canggih, teknik transplantasi organ, dll. Kenyataan itu membuat harapan-harapan yang semakin membubung dari pihak orang awam, yaitu bagaimana supaya mereka dapat terhindar atau sembuh dari penyakit dan kalau mungkin dapat memperpanjang umur hingga beribu-ribu tahun lagi.

Dengan menyatunya ilmu pengetahuan medis dan teknologi ultra modern, lembaga medis semakin memiliki legitimasi untuk membedakan, menentukan, atau bahkan memprediksi mereka yang tergolong "sebat" atau "sakit". Bahkan pada situasi tertentu

---

\* Heru Nugroho, Ph.D adalah staf peneliti pada Pusat Penelitian Kependudukan Universitas Gadjah Mada dan staf pengajar pada Jurusan Sosiologi Fakultas Isipol Universitas Gadjah Mada.

lembaga ini mempunyai otoritas yang tinggi untuk menentukan apakah sebaiknya seorang pasien yang parah tetap dibiarkan hidup atau dimatikan. Karena orang yang dianggap normal dalam masyarakat adalah orang yang sehat, tentu saja sebagian besar orang ingin sehat. Mereka beramai-ramai menyerabkan otoritasnya kepada lembaga medis untuk memperoleh *label* atau legitimasi sehat sehingga dapat hidup secara normal dalam masyarakat. Meskipun demikian, penyerahan otoritas itu tampak menjadi "tidak wajar" ketika sebagian besar orang mengalami ketergantungan secara total terhadap lembaga medis. Para kritisi sering menyebut kondisi ini sebagai medikalisasi kehidupan sosial. Pada saat lembaga medis memiliki posisi yang sangat strategis dengan berbagai otoritasnya sehingga menjadi lembaga dominan dalam masyarakat, sejumlah orang-orang yang berpikiran "nakal" mulai mempertanyakan dan menggugat eksistensinya. Mereka meliputi individu-individu yang bekerja dalam lembaga itu sendiri (meskipun jumlahnya sangat kecil), para filosof, ilmuwan sosial, dan kritisi masyarakat. Secara umum yang dipersoalkan mereka adalah dasar-dasar legitimasi dari lembaga medis yang cenderung menciptakan hubungan yang tidak seimbang (antara pasien dan dokter), otoritas yang berlebihan sehingga bersifat dominatif, dan munculnya ketidakberdayaan (*depowering*) pasien bila berhadapan dengan lembaga ini. Tulisan ini berupaya mendiskusikan persoalan-persoalan itu dari perspektif sosiologi kritis dengan tidak menutup kemungkinan mencari solusi-solusi praktis.

### Sosiologi Kritis sebagai Pendekatan

Barangkali banyak pihak telah menuduh bahwa bidang sosiologi sangat ekspansif karena memiliki berbagai koloni objek studi, dari persoalan sosial, budaya, politik, ekonomi, pembangunan hingga ke problema medis. Orang sering dibingungkan dengan kenyataan itu sehingga mempertanyakan batas-batas wilayah dan arah gerak disiplin ini. Para sosiolog biasanya akan mengelak dari tuduhan ini dan selalu menjawab dengan klise, bahwa yang sedang mereka lakukan adalah memahami dan menganalisis suatu masalah dipandang dari sudut sosiologis (interaksi, struktur, dan perubahannya). Pernyataan ini dapat salah karena disalahkan dan benar karena dibenarkan, tentunya dengan legitimasi tertentu. Pernyataan itu salah karena memang secara logis persoalan-persoalan budaya, pembangunan, medis, kekuasaan tidak dapat mengelak dari dimensi sosiologis; sedang pernyataan itu dapat benar karena ideologi kepentingan dari para sosiolog cenderung mencari kawasan baru sebagai "kapling bisnisnya", ibarat seorang pemborong *real estate* yang sedang melirik tanah-tanah kosong di pantai utara Jakarta untuk dijadikan kapling-kapling perumahan.

Sosiologi merupakan disiplin yang relatif masih muda, kurang lebih berkembang dalam dua abad sejak Comte, tetapi akhir-akhir ini menjadi ilmu yang mulai diminati oleh banyak orang. Sebagai disiplin ilmu, sosiologi masih berkembang hingga kini dengan melahirkan berbagai perspektif atau aliran-aliran pemikiran, yang kadang aliran ini saling bertentangan baik dari

segi logika ataupun ideologinya. Hingga saat ini para sosiolog sering berselisih satu dengan lainnya dan saling mengklaim bahwa perspektifnya paling benar. Perseksihan itu diibaratkan oleh Berger dan Kellner\* seperti pertengkaran antarpasien dari sebuah rumah sakit jiwa ketika mereka saling meyakinkan bahwa sebetulnya mereka masih tinggal di rumah sakit jiwa. Meskipun perselisihan para sosiolog mirip perselisihan orang-orang sakit jiwa yang kadang membingungkan orang awam, kenyataannya mereka memproduksi berbagai teori atau cara pandang yang kadang-kadang bermanfaat untuk memahami keadaan di luar rumah sakit itu. Teori-teori yang dihasilkan meliputi fungsionalisme-struktural, konflik, interaksionisme simbolis, fenomenahisme, dan kritis (*critical sociology*). Pendekatan yang terakhir memang belum begitu populer di Indonesia,\*\* namun kita akan mencoba memanfaatkan sebagai pisau analisis dalam upaya memahami eksistensi lembaga medis saat ini.

Pendekatan kritis dalam tradisi ilmu-ilmu sosial pada dasarnya telah berkembang sejak masa Perang Dunia II, yaitu sebagai antitesa terhadap faham positivisme\*\*\* dan pragmatisme. Kedua faham ini menjelma dalam berbagai tindakan instrumental (*instrumental action*) yang merasuki berbagai bidang kehidupan sosial. Perwujudan tertinggi dari faham tersebut adalah lahirnya masyarakat industri yang sangat totaliter dan dominatif dan mengakibatkan terwujudnya "manusia satu dimensi"\*\*\*\* yang terjebak dalam "sangkar besi" birokrasi. Dihadapkan pada realitas itu manusia menjadi tidak berdaya karena mereka tidak ubahnya hanya sebagai objek-objek birokrasi yang dapat dimanipulasi dan dikendalikan sesuai dengan kemauan pemilik legitimasi dalam birokrasi itu. Sistem masyarakat industrial seperti ini oleh Habermas dicurigai menyembunyikan kepentingan teknis, yaitu suatu kepentingan untuk melakukan rekayasa sosial (*social engineering*) demi terwujudnya masyarakat yang rasional.+

- 
- \* Peter L. Berger & Hansfried Kellner, *Sosiologi Ditafsirkan Kembali*, Jakarta: LP3ES, 1985.
- \*\* Ini merupakan salah satu akibat dari de-politisasi dan de-ideologisasi, dimana kehijauan pemhangunan mendominasi kehidupan akademik. Lihat: Sofian Effendi & Heru Nugroho, "Pemhangunan Berkelanjutan dan Tantangan Penelitian Sosial", makalah untuk seminar Dwidawasarsa P3PK dan PPK UGM, 23-25 Agustus 1993.
- \*\*\* Kritik politik yang disampaikan secara filosofis tentang tragedi-tragedi masyarakat rasional dapat dilacak dalam Theodor W. Adorno & Max Horkheimer, *Dialectic of Enlightenment*, London: Verso, 1992.
- \*\*\*\* Lihat: Herbert Marcuse, *One Dimensional Man: Studies in the Ideology of Advanced Society*, Boston: Beacon Press, 1966.
- + Rasional dalam pengertian instrumental oleh Weher disebut *Zweckrational* atau rasionalitas bertujuan. Lihat: Max Weber, *Economy and Society*, Chicago: University of Chicago Press, 1978, hlm. 85.

Rekayasa menjadi problematik ketika komunikasi antara pemilik legitimasi politik dan yang mendelegasikan kekuasaannya menjadi distortif<sup>\*</sup> sehingga tindakan instrumental yang akan muncul dari pihak pemilik legitimasi disertai dengan tekanan politis demi terwujudnya target-target rekayasa sosial. Situasi seperti ini jelas merugikan masyarakat sipil karena aspirasi mereka tidak tersalur sebab rekayasa sosial lebih mencerminkan aspirasi pemilik legitimasi kekuasaan. Akibatnya yang muncul adalah gejala ketidakberdayaan atau *depowering*, reifikasi, dan alienasi sosial. Dalam kasus ini rasionalitas nilai (*Wertrationalitat*) cenderung ditenggelamkan oleh rasionalitas instrumen (*Zweckrationalitat*) sehingga banyak mereka pemilik akses politik saja yang dapat bertindak secara instrumental<sup>\*\*</sup>, sedang yang tidak memiliki akses menjadi korbannya. Rekayasa seperti ini tidak saja melibatkan bidang ekonomi, politik, sosial, dan budaya, tetapi juga bidang medis.

Dalam bidang medis, para dokter dianggap sebagai individu-individu yang memiliki legitimasi medis untuk mendefinisikan apakah seseorang

menderita "sakit" atau "sehat", sedang pasien adalah individu yang mendelegasikan pemeriksaan kesehatannya kepada dokter. Karena positivisme juga merupakan bagian dari ilmu kedokteran Barat itu sendiri, kadang-kadang secara tidak disadari lembaga ini bersifat teknokratis.<sup>\*\*\*</sup> Moto teknokratis dalam dunia medis ini adalah percayakan saja pada ahlinya tanpa banyak bertanya maka penyakit anda akan sembuh. Akibatnya para pasien menjadi tidak berdaya di hadapan lembaga medis dan lembaga ini cenderung dominatif. Komunikasi antara kedua pihak cenderung distortif sehingga yang berhak bertindak secara instrumental adalah orang-orang yang bekerja pada lembaga medis. Dalam kasus ini, pasien pada khususnya dan masyarakat pada umumnya menjadi tidak berdaya dan seolah-olah kehilangan hak bila mereka menderita sakit.

Untuk itu teori kritis<sup>\*\*\*\*</sup> berupaya mempertanyakan kembali legitimasi yang selama ini dimiliki oleh lembaga medis dengan cara pemahaman reflektif atas aspek-aspek politik atau ekonomi politik yang menyertai lembaga medis. Teori kritis juga berupaya menyingkap *bidden structure* yang bersifat eksploitatif terhadap sekelompok orang

\* Distorsi komunikasi merupakan istilah yang diciptakan oleh Habermas. Lihat: Jurgen Habermas, *The Theory of Communicative Action, Reason and the Rationalization of Society*, Boston: Beacon, 1984.

\*\* Ini merupakan interpretasi penulis atas berbagai fikiran Habermas. Lihat: Jurgen Habermas, *Zur Rekonstruktion des Historischen Materialismus*, Frankfurt a.m.: Suhrkamp, 1976.

\*\*\* Ada asumsi bahwa ilmu kedokteran seperti ilmu fisika, yaitu ada pemisahan yang tegas antara dokter dan pasien, seperti fisikawan dengan objek studinya. Dalam hal ini pasien dianggap objek studi yang perlu disembuhkan. Lihat: Lesley Doyal, *The Political Economy of Health*, London: Pluto Press, 1981, hlm. 12.

\*\*\*\* Hearn telah melakukan resume teori-teori kritis dalam disiplin Sosiologi. Lihat: Frank Hearn, *Reason and Freedom in Sociological Thought*, Boston: Allen & Unwin, 1985.

tertentu. Tujuannya adalah meningkatkan kesadaran kritis sehingga masyarakat sadar akan posisinya dan terdorong melakukan emansipasi dengan cara melenyapkan sifat dominatif dari lembaga medis, yang akbirnya posisi tawar-menawar (*bargaining position*) antara pasien dan lembaga medis (dalam hal ini dokter) menjadi seimbang. Salah satu manifestasi kongkret dari sikap kritis tersebut adalah mempertanyakan konsep sehat dari berbagai dimensi sehingga dapat dilacak pihak-pihak mana saja yang seharusnya berhak mendefinisikannya.

### Ekspansi Rezim Medis dan Medikalisasi Kehidupan

Manajemen normalitas\* selalu berupaya menciptakan suatu kondisi sosial yang harus dipertahankan dalam hal kenormalannya. Normal berarti mayoritas sehingga minoritas dianggap tidak normal dan perlu dibantu untuk menjadi normal kembali. Justru upaya untuk menormalkan situasi yang tidak normal itu berimplikasi terhadap tindakan politis yang kadang-kadang tidak disadari. Sebagai contoh kalau mayoritas orang sehat maka yang sakit harus ditolong agar menjadi sehat. Kadang-kadang pertolongan terhadap orang sakit justru mendatangkan kondisi ketergantungan pasien terhadap dokter.

Ketergantungan ini tidak disadari oleh kedua pihak sehingga situasi dominatif sering timbul. Dalam hal ini manajemen normalitas menyembunyikan proses dominatif sehingga upaya menolong untuk menjadi normal cenderung bersifat pura-pura.

Setiap orang sadar bahwa hidup dalam suatu masyarakat akan bersifat saling tergantung. Apabila salah satu individu sakit, *balance of dependency* antarindividu berubah menjadi *total dependency*. Tentunya yang sakit akan menjadi lebih tergantung pada penyembuhnya.\*\* Untuk itu, konsep *division of labor* dari Comte perlu diinterpretasikan kembali. Pada awalnya konsep ini kurang melihat aspek politik karena hanya mendiskripsikan kompleksitas masyarakat yang akan mendorong spesialisasi-spesialisasi dalam hal pekerjaan-pekerjaan profesional. Aspek ketergantungan kurang dilihat sehingga ketika profesi keahlian menciptakan situasi ketergantungan, paradigma harus berubah. Pembagian kerja menjadi politis kalau *balance of dependency* terganggu dan memunculkan kondisi ketergantungan. Organisasi rumah sakit dalam konteks ini dapat diinterpretasikan tidak saja sebagai organisasi yang menolong orang sakit, tetapi juga mempunyai sisi lain menciptakan ketergantungan demi kelangsungan ekonomi lembaga itu sendiri.\*\*\*

\* Istilah ini berasal dari de Swaan, yang mendapat inspirasi dari fase equilibrium sistem sosial. Lihat: Abram de Swaan, *The Management of Normality*, London: Routledge, 1990.

\*\* Menurut Elias Sosiologi menitikberatkan pada *homo clausus*, yaitu untuk mengerti ketergantungan dari dimensi keterkaitan antarindividu. Lihat: Norbet Elias, *What is Sociology*, London: Hutchinson.

\*\*\* Ini merupakan "sangkar besi" masyarakat kapitalis. Agar lembaga medis dapat *survive* secara ekonomis maka perlu menciptakan pasien dan membuat tergantung. Hubungan dokter pasien mirip hubungan penjual pembeli.

Dalam perspektif medis, hilangnya fungsi-fungsi fisik atau sakit (*the loss of bodily functions*) dapat dibandingkan dalam perspektif sosiologi, yaitu sama dengan hilangnya fungsi-fungsi sosial (*the loss of socially function*). Orang yang kehilangan fungsi-fungsi sosialnya akan membutuhkan pertolongan orang lain. Atau orang yang sakit akan membutuhkan bantuan orang yang ahli dalam kesehatan dan akan tergantung kepadanya. Hubungan semacam ini dinamakan *medical nexus*. Orang yang sakit akan diberi label oleh dokter dan juga oleh masyarakat sebagai orang yang tidak normal dan perlu perawatan untuk menjadi normal kembali (*the sick role*).<sup>\*</sup> Penormalan kembali tersebut tidak jarang berakibat pada ketergantungan si sakit pada rezim medis.<sup>\*\*</sup>

Keluhan-keluhan seorang pasien merupakan informasi untuk menentukan diagnosis dari penyakit yang dideritanya. Kalau seseorang berusaha menjadi normal atau sehat, tetapi tidak mampu maka proses pencarian sakitnya dimulai. Pertama sekali dia datang ke dokter dan apabila dokter tidak menemukan sakit biologisnya maka dia akan dikirim ke psikolog atau psikiater. Sakit dikategorikan menjadi dua, yaitu sakit fisik dan sakit psikis. Sakit psikis dapat berpengaruh terhadap kondisi

fisik dan dapat menjadi sakit fisik. Sakit psikis dapat merupakan akibat dari lingkungan sosial yang tidak sehat. Label "sakit" yang secara sosial dikonstruksikan melalui ideologi medikalisasi kehidupan sosial (*medicalization of life*) semakin meningkatkan kewaspadaan orang akan suatu penyakit sehingga keluhan fisik sedikit saja yang dialami seseorang dan ditambah provokasi dari masyarakat akan persepsi sakit yang berakibat pada peran sosial si sakit, akan mempercepat orang tersebut datang ke rezim medis dan menggantungkannya.<sup>\*\*\*</sup> Ada kecenderungan orang menjadi enggan sakit karena enggan kehilangan fungsi sosialnya.

Orang yang jatuh sakit akan mendapat perawatan dari rezim medis sehingga terjadi pola hubungan sosial antara keduanya, baik rawat jalan atau rawat menginap dalam rumah sakit. Advis dari dokter dapat diinterpretasikan sebagai perintah untuk pasiennya. Si sakit menyerahkan secara total otoritas fisik dan jiwanya dalam upaya menentukan dan membuat dia jadi sehat kembali. Definisi sehat yang menentukan bukan lagi pasien, tetapi rezim medis dengan cara melakukan berbagai proses pengujian-pengujian medis (laboratorium, uji klinis, *check-up*, dll). Ini merupakan legitimasi

\* Konsep *the sick role* diciptakan oleh Parson. Dia berpendapat bahwa orang yang sakit memiliki peran tertentu dalam masyarakat. Untuk menjadi sehat harus melalui prosedur yang telah ditetapkan oleh lembaga medis. Lihat: Talcott Parson, *The Social System*, London: Routledge & Kegan Paul, 1951.

\*\* Istilah rezim medis berasal dari de Swaan untuk melukiskan betapa berkuasanya lembaga medis hingga sifat dominatifnya kadang-kadang melebihi lembaga politik.

\*\*\* Masyarakat yang memprovokasi individu sebagai akibat pelembagaan ideologi medikalisasi kehidupan sosial justru merupakan kondisi masyarakat yang sakit. Oleh Illich kondisi ini dinamakan *iatrogenic epidemic* atau wabah penyakit. Lihat: Ivan Illich, *Medical Nemesis: the Expropriation of Health*, New York: Patheon Books, 1975.

mereka untuk bertindak.\* Karena ketergantungan semakin meningkat, hubungan menjadi dominatif dan pasien menjadi tidak berdaya di hadapan rezim medis. Dari perspektif kapitalis sebagai sistem, ketergantungan ini memang sebagai kondisi yang tidak dapat dielakkan dan secara sosiologis diciptakan supaya problema *medical industrial complex* mendapat saluran pemecahannya.

Pada tahap perkembangan lebih lanjut rezim medis ini tidak hanya mengontrol orang sakit, tetapi orang sehat pun dikontrolnya. Melalui pelembagaan ideologi *medicalization of life* seperti bagaimana hidup sehat (pengetahuan nutrisi, gizi, sanitasi), atau seperti yang sering diiklankan sebagai gaya hidup baru, ketaatan masyarakat dituntut pula. Supaya sehat semua orang harus mengikuti garis perintah medis. Implikasi politik secara makro adalah kehidupan sosial yang didominasi oleh lembaga medis dan menempatkan rezim medis sebagai penguasa yang paling tinggi, bahkan kekuasaannya pun kadang-kadang melebihi penguasa politik. Rezim medis menciptakan suatu opini medis dalam masyarakat yang akhirnya menjebak masyarakat untuk tetap tergantung pada rezim ini. Barangkali maksud diciptakannya opini itu baik secara normatif, tetapi dalam pengertian *pbronesis*,\*\*\* yaitu agar masyarakat sebat secara biologis atau terhindar dari penyakit. Akan tetapi,

justro opini itu menjadikan masyarakat sakit karena semua orang panik ingin menjadi sehat. Setiap orang yang terlanda ideologi medikalisasi menjadi cenderung sakit, dan ini menjadi wabah baru dalam masyarakat kapitalis, meskipun yang sakit serius adalah orang yang memiliki kondisi lebih buruk.

Kebiasaan hidup yang higienis merupakan gaya hidup yang dikonstruksikan oleh rezim medis. Sebagai contoh hidup secara "bersih" dan "kotor" merupakan garis demarkasi antara apa yang disebut "sebat" dan "tidak sehat". Kehiasaan makan juga mendasarkan diri pada advis dokter, misalnya bagaimana mengatur menu yang sehat. Bagi orang yang tidak ingin gemuk atau orang yang sudah gemuk melakukan diet juga berdasarkan berbagai pertimbangan medis atau dinamakan rasionalisasi medis. Pendek kata dari urusan berat badan, kebugaran jasmani, nutrisi, gizi hingga cara hidup yang sehat sehari-hari memerlukan rekomendasi dari dokter atau rezim medis. Medikalisasi ini merupakan proses yang dilembagakan atau dibudayakan melalui berbagai cara, yang akibatnya seperti tesis di atas, "kita (baik sakit atau sehat) hidup di bawah kontrol rezim medis."

Dengan digunakannya teknologi tinggi dalam dunia medis maka secara sosiologis rezim medis semakin mempunyai legitimasi untuk menentukan lebih dini apakah seseorang sakit

\* Legitimasi ini dilakukan melalui prosedur medis. Legitimasi jenis ini bersifat formal. Lihat: Niklas Luhmann, *Legitimation durch Verfahren*, Frankfurt a. m.: Suhrkamp, 1989.

\*\* Joe Eyer, "Capitalism, Health, and Illness" dalam John B. McKinlay (ed.) *Issues in the Political Economy of Health Care*, New York: Tavistock, 1984, hlm. 23-59.

\*\*\* Istilah *pbronesis* berasal dari tradisi filsafat politik Yunani, yang menunjuk pada hal baik dan buruk dalam pengertian moral masyarakat. Lihat: Thomas McCarthy, *The Critical Theory of Juergen Habermas*, London: Polity, 1984, hlm. 3

atau tidak. Alat modern itu gunanya untuk memonitor lebih dini datangnya penyakit. Maksudnya jelas baik secara moral, yaitu untuk menghindarkan supaya seseorang tidak terlanjur jatuh sakit. Namun aspek sosiologisnya adalah justru kekuasaan rezim medis semakin dominan. Bahkan muncul pasien baru yang disebut *proto-patients*<sup>\*</sup>, yaitu pasien yang belum jatuh sakit benar, tetapi potensial untuk sakit. Argumen yang selalu didengungkan oleh rezim medis adalah bahwa kami sedang melakukan kampanye untuk mencegah penyakit atau merupakan juga "antisipasi perawatan kesehatan". Dengan demikian, penemuan teknik baru justru menciptakan jenis ketergantungan baru antara *proto-patient* dan rezim medis. Kesukatan akan timbul untuk meyakinkan bahwa *proto-patient* tersebut secara potensial sakit karena mereka biasanya tanpa keluhan-keluhan tertentu. Dokter akan meyakinkan dengan berbagai legitimasi medisnya bahwa mereka sakit dan memerlukan juga perawatan. Saat itulah *proto-patients* tidak punya pilihan lain lagi kecuali harus tunduk dan taat pada segala advis atau perintah yang diberikan oleh dokter.

Berdasarkan uraian di atas, dalam profesionalisasi masyarakat modern terselip di belakangnya suatu ideologi dominasi. Mendominasi pengetahuan berarti mendominasi sumber legitimasi kekuasaan dan mendominasi sumber legitimasi kekuasaan berarti memiliki kekuasaan itu sendiri. De Swaan menyebut sebagai memiliki *power surplus*.<sup>\*\*</sup> Hal ini seperti yang terjadi

dalam dunia kedokteran, yaitu ada monopoli pengetahuan yang disahkan secara formal, dan yang berhak melakukan terapi medis hanya orang yang memiliki ijazah kedokteran. Kalau memiliki *power surplus* maka mempunyai kekuasaan untuk mendominasi orang lain. Bahkan kadang-kadang dalam situasi tertentu dokter bisa menentukan apakah orang sakit parah itu sebaiknya dimatikan atau tidak. Otoritas yang tinggi itu membuat totalitas kekuasaan ada di pihak rezim medis, atau *balance of dependency* berubah menjadi *total dependency*. Dalam dunia kedokteran atau rezim medis sendiri ada hierarki kekuasaan, ideologi dan *world-view*. Pendek kalimat, salah satu indikasi meningkatnya ekspansi rezim medis dalam masyarakat adalah bahwa baik pasien riil maupun pasien potensial semakin tergantung terhadap rezim ini.

#### Menuju Demedikalisasi Masyarakat

Apa yang sedang kita perbincangkan ini bukanlah semata-mata menyalahkan praktik-praktik kesehatan yang dilakukan oleh lembaga kesehatan modern, tetapi meninjaunya secara kritis dari aspek-aspek nonmedis (dalam hal ini aspek sosiologis) yang menyertai praktik tersebut. Barangkali semua orang akan setuju bahwa hakikat diselenggarakannya lembaga medis adalah untuk menyembuhkan orang sakit dengan tiang fondasi praktiknya etika kedokteran yang bersifat *pbronesis*. Akan tetapi, maksud baik yang didasarkan pada moral semata-mata adalah kurang bijaksana tanpa

\* Abram de Swaan, *op cit*, hlm. 60.

\*\* Abram de Swaan, *op cit*, hlm. 65-71.



melihat sistem sosial dan politik secara luas. Maksud baik yang dilaksanakan dengan kebijakan politik ekonomi tertentu dapat mendatangkan dampak keadaan yang tidak baik karena sistem sosial yang berlaku justru mengeksploitasi maksud baik tersebut. Maksud baik dari para dokter yang dilaksanakan dalam masyarakat kapitalis, yang orientasi produksinya adalah maksimisasi dalam rangka memperoleh keuntungan ekonomi (*profit oriented*) cenderung mengalami distorsi dan menghasilkan berbagai bentuk ketergantungan. Kondisi ini dikonstruksikan secara sadar semu atau *false consciousness*, baik oleh produser (rezim medis) atau konsumen (pasien).

Maksud baik dengan tujuan menyetatkan masyarakat dari perspektif medis yang diimplementasikan melalui *capitalist mode of production* yang didukung oleh kekuatan politis ironisnya justru menciptakan penyakit-penyakit baru. Provokasi dari masyarakat terhadap individu sebagai akibat samping dari anjuran lembaga medis untuk hidup sehat justru merupakan penyakit baru. Banyak ahli yang menyalahkan bahwa sistem kapitalislah sebagai biang keladi yang membuat orang-orang menjadi sakit. Dengan demikian, pengertian sakit yang digunakan dalam diskusi ini tidak lagi menunjuk pada pengertian biologis semata-mata, tetapi mengacu pengertian yang lebih luas.

Kesalahan terjadinya sifat eksploitatif itu bukan hanya pada sistem kapitalis itu sendiri, melainkan juga pada ilmu

kedokteran modern. Ilmu medis modern pada dasarnya hanya melihat apa yang terjadi dengan konsep sakit dikaitkan dengan *morbidity* dan *mortality* dan tidak melihat persoalan kesehatan secara luas. Illich melihat bahwa kehidupan modern telah dikontrol oleh rezim medis sehingga justru dari lembaga itulah wabah penyakit muncul. Dalam konteks ini Illich membentuk tiga kategori penyakit. Pertama, *clinical iatrogenic*, yaitu penyakit biologis yang harus dibuktikan secara klinis dan dalam hal ini dokter mempunyai peran untuk menyembuhkan. Kedua, *social iatrogenic*, yaitu kondisi masyarakat yang kecanduan perlakuan medis dalam rangka memecahkan problem kesehatannya. Ketiga, *structural iatrogenic*, yang meliputi destruksi otonomi pasien di hadapan rezim medis, atau meningkatnya kontrol dokter terhadap pasien yang disertai dengan menurunnya otonomi pasien terhadap dokter. Penyakit tipe pertama adalah urusan orang-orang medis, tetapi penyakit tipe kedua dan ketiga adalah urusan para ilmuwan sosial.

Barangkali munculnya penyakit sosial (*social iatrogenic*) dan penyakit struktural (*structural iatrogenic*) merupakan perwujudan dari apa yang oleh Weber telah diramalkan beberapa dekade lalu sebagai hasil dari "sangkar besi" masyarakat kapitalis. Untuk itu, yang diperlukan adalah melarikan diri dari jebakan sangkar besi tersebut atau *fleeing from the iron cage*.<sup>\*\*</sup> Illich mengusulkan bahwa apabila kita ingin

\* Ivan Illich (1976), *op cit*, hlm. 39-43

\*\* Istilah ini digunakan oleh Schaff. Lihat: Lawrence Schaff, *Fleeing the Iron Cage: Culture Politics, and Modernity in the Thought of Max Weber*, Berkeley: University of California Press, 1989, hlm. 17-24.

lari dari sangkar besi tersebut diperlukan perubahan cara-cara produksi dalam masyarakat, yaitu dari cara produksi kapitalis (*capitalist mode of production*) ke cara produksi otonom (*an "autonomous" mode of production*).<sup>\*</sup> Cara produksi masyarakat yang otonom ini membalik logika neo-klasik, bahwa pasar tidak bersifat deterministik terhadap individu, tetapi sebaliknya individu yang berkreasi menentukan jalannya pasar. Kalau kebijakan negara lebih bias ke *wealth* daripada *bealth* maka masyarakat kapitalis yang cenderung eksploitatif akan eksis, namun apabila sebaliknya maka masyarakat egalitarian yang akan muncul.<sup>\*\*</sup> Pembangunan dengan penekanan pada *bealth* dalam pengertian luas dan meletakkan *wealth* di belakangnya akan menciptakan situasi egaliter di segala bidang sehingga dampak spesifiknya adalah komunikasi antara pasien dan dokter tidak mengalami distorsi. Dengan kata lain, otonomi keduanya menjadi seimbang dan pada tingkat makro pelayanan kesehatan dapat memihak pada masyarakat luas dan bukan hanya untuk orang kaya saja.

Agar masyarakat yang sehat dalam arti sebenarnya dapat terwujud maka kesepakatan Alma Alta (1978) tentang pengertian sehat dapat dipakai sebagai referensi. Sehat dalam kaitan ini adalah sehat berdasarkan pengertian positif (biologis dan nonbiologis), yaitu dengan

terwujudnya kesamaan otonomi, adanya pemberdayaan masyarakat, menurunnya tingkat ketidakberdayaan (*depowering*) masyarakat terhadap lembaga medis, dan sehat dalam pengertian lingkungan. Dalam konteks Alma Ata, menjadi sehat tidak hanya untuk lapisan yang sehat dalam pengertian ekonomi, tetapi sehat untuk semuanya tanpa kecuali. Apahila hanya orang-orang yang sehat sosial-ekonomi yang dapat merebut fasilitas kesehatan medis, maka yang tercipta adalah "Darwinisme sosial".<sup>\*\*\*</sup> Artinya siapa yang paling sehat secara ekonomi dan politik maka dialah yang akan menjadi lebih sehat secara biologis dan mampu melangsungkan hidupnya.

#### Pemberdayaan sebagai Pilihan Ideologi dan Strategi

Langkah kongkret yang dapat dilakukan untuk memberdayakan masyarakat dalam rangka menghadapi ekspansi rezim medis dan medikalisasi kehidupan dalam sistem masyarakat kapitalis (dalam hal ini menyongsong swastanisasi dan industrialisasi kesehatan) adalah dengan meningkatkan kesadaran kritis (*critical consciousness*) warga masyarakat dalam hal kesehatan. Ini merupakan upaya merealisasi seruan Alma Alta (1978) bahwa seyogianya layanan kesehatan bukan semata-mata untuk lapisan yang sehat secara struktural tetapi untuk semua lapisan masyarakat. Langkah-

\* Argumen Illich ini diinterpretasikan oleh Lesley Doyal dalam *Understanding Medicine and Health*, London: Pluto, 1981, hlm. 19.

\*\* Lihat: "Editorial" dari *Health Education Research*, 8.2. (93).

\*\*\* B.K. Tones, "Health Education and the Ideology of health Promotion: A Review of Alternative Approach" dalam *Health Education Research, Theory and Practice*, vol. 1, no. 1, 1986, hlm. 8.

langkah penyadaran ini dapat terlaksana apabila terjadi komunikasi yang dialogis antara perumus kebijakan kesehatan dan masyarakat sipil. Ada empat langkah yang dapat ditempuh yaitu pendidikan, promosi, *lobbying*, dan pembelaan (*advocacy*).

Pertama, tujuan utama dari pendidikan kesehatan adalah meningkatkan kemampuan kesadaran kritis atau *self-empowerment* baik bagi orang awam atau pekerja medis sehingga mereka dapat membedakan sakit dalam pengertian biologis dan sakit dalam pengertian lingkungan sebagai akibat samping dari adanya *medical industrial complex* itu sendiri. Kedua, promosi kesehatan memerlukan partisipasi penuh dari masyarakat yang bertujuan untuk menyadarkan bahwa *total environment* perlu diwaspadai karena itu juga menjadi sumber-sumber penyakit biologis dan sosial. Promosi ini juga diarahkan pada seluruh penduduk dan bukan hanya pada kelompok yang berisiko sakit. Dengan promosi masyarakat diharapkan mengerti apa arti sehat secara positif (sehat biologis, psikis, dan lingkungan/sistem). Ketiga, *lobbying* bertujuan mengoreksi kebijakan kesehatan agar tidak terlalu merugikan masyarakat lapisan bawah, dalam hal ini bisa dilakukan oleh partai politik atau LSM. Langkah ini dapat diartikan sebagai upaya membujuk pembuat kebijakan untuk mengambil langkah-langkah menyangatkan masyarakat dalam pengertian sehat positif. Keempat, langkah pembelaan dilakukan apabila korban telah terjadi. Pembelaan dapat dilakukan oleh lembaga-lembaga penegak hukum atau

LSM dalam rangka membela pihak-pihak lemah sehingga hubungan antara lembaga medis dan pasien-pasienya tidak dominatif.

Kalau keempat langkah itu dapat dilaksanakan tanpa hambatan politis, sebetulnya program-program kesehatan dilakukan dengan cara 3D, yaitu *Dialogue-Determination-Doing* demi terwujudnya kesadaran kritis masyarakat tentang sehat dalam pengertian positif. Apabila *self-empowerment* telah muncul di kalangan penduduk sipil, kebijakan swastanisasi dan industrialisasi medis dapat diantisipasi sehingga kebijakan itu dapat melayani semua lapisan, bahkan tidak justru menimbulkan penyakit baru (penyakit sosial dan struktural).

\* B.K. Tones (1986), *op cit*, hlm. 3-2.