

“Sosiologi Informasi Pengobatan Tradisional Religius” Kajian di Masyarakat Perdesaan Jawa Barat

Mohammad Taufiq Rahman^a Ahmad Agus Sulthonie^a Solihin^a

^a UIN Sunan Gunung Djati, Bandung, Indonesia
¹ asulthonie@uinsgd.ac.id*

ARTICLE INFO

Article history:

Received : 2017-12-07

Revised : 2017-12-16

Accepted : 2018-02-15

Keywords:

Healing

Traditional

Health

ABSTRACT

The process of information sociology is an activity of how people create, acquire, change, and store information related to traditional healing practices. This study is aimed at finding information about the treatment on religious traditional healing in certain social groups, in this case the people of West Java. This research is also aimed at examining in how people respond the public policy on traditional healing. The method used in the study is qualitative method using data collecting techniques through observation, interview, documentation and literature studies. The study reveals that there were local information sociology activities in the West Java community. This is characterized by traditional activities, patients, government regulations and sociological information activities leading to care of traditional healing services. Although it is still traditional, sociological information activities can help people to preserve the culture of traditional healing. This research can contribute to the development of communication and information sciences as well as guidelines to search the local culture of traditional healing.

Copyright © 2018 IAIN Palangka Raya.

All rights reserved.

I. Pendahuluan

Masyarakat memiliki keperluan utama untuk memenuhi informasi dalam rangka menunjang berbagai aktivitas keseharian maupun tuntutan-tuntutan yang lain. Kepentingan mengenai informasi dirasakan akan semakin meningkat bagi seseorang setiap saat, disebabkan keinginannya untuk mengetahui sesuatu. Begitu pula, rasa ingin tahu akan muncul ketika seseorang ingin menambah koleksi khazanah informasinya. Keperluan informasi memang didorong oleh *a problematic situation* dimana seseorang merasa harus memperoleh masukan dari sumber-sumber di luar dirinya (27). Inilah yang disebut sebagai *anomalous state of knowledge*, seseorang merasa bahwa tingkat pengetahuan informasinya belum mampu menghadapi kondisi tertentu (7).

Masyarakat memiliki struktur dan lapisan (*layer*) yang bermacam-macam, lapisan masyarakat dan ragam struktur tergantung pada kompleksitas masyarakat itu sendiri. Semakin kompleks suatu masyarakat, maka

struktur masyarakat itu semakin rumit pula. Kompleksitas masyarakat juga ditentukan oleh ragam budaya dan proses-proses yang dihasilkan. Semakin masyarakat itu kaya dengan kebudayaannya, maka semakin rumit proses-proses sosial yang dihasilkan. Oleh karena itu, Ilmu Informasi yang merupakan ilmu yang mapan di bidang tukar-menukar informasi, dapat digabungkan dengan Sosiologi, yang juga telah mapan, tentang struktur dan dinamika masyarakat dalam mengapresiasi dan menjalani kehidupan dengan memakai informasi sebagai sandaran keputusan sehari-hari.

Kemudian, hubungan antara Sosiologi dengan Ilmu Informasi adalah keduanya membahas masyarakat dalam suatu jaringan interaktif yang melibatkan pertukaran informasi. Ketika informasi ini sudah diumumkan, maka yang terlibat adalah masyarakat massa (*mass society*). Masyarakat massa adalah satu unit sosio-politik yang besar dan modern, seperti satu negara, yang muncul akibat perubahan teknologi, perindustrian dan modernisasi, dan dicirikan

dengan perilaku massa dan kebudayaan massa.

Meningkatnya keinginan masyarakat dalam pemanfaatan pengobatan tradisional menyebabkan informasi-informasi ilmiah yang berkaitan dengan pengobatan tradisional memiliki kedudukan penting, baik untuk menjadi landasan ilmiah pemanfaatan pengobatan tradisional oleh masyarakat dan perusahaan maupun sebagai rujukan "*state of the art*" penelitian pengobatan tradisional, termasuk pengobatan tradisional religius bagi kaum ilmuwan. Dalam konteks pemanfaatan, pelayanan kesehatan adalah interaksi antara konsumen dengan pemberi pelayanan. Beberapa faktor yang memengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan yaitu faktor yang berhubungan dengan pemberi pelayanan, penerima layanan, organisasi dan faktor sosial kultural.

Kondisi sosial kultural merupakan salah satu indikator yang harus dipertimbangkan dalam upaya memanfaatkan pelayanan kesehatan, terdiri atas tingkat kepedulian dan persepsi masyarakat terhadap kesehatan sebagai faktor yang dapat mempengaruhi kinerja pelayanan kesehatan secara keseluruhan (5). Dalam konteks ini, juga mempertimbangkan kearifan lokal termasuk aturan dan keyakinan yang ada di masyarakat. Hal ini akan mempengaruhi seseorang dalam bertindak termasuk dalam upaya memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Dalam hal kearifan lokal ini, masyarakat hingga sekarang masih meyakini akan pengobatan tradisional, termasuk pengobatan spiritual atau religius. Mengiringi keperluan masyarakat akan pengobatan tradisional ini, ada regulasi-regulasi pemerintah yang mengatur dan mengawasi perkembangan pengobatan tradisional dengan tujuan untuk melindungi masyarakat dari berbagai dampak-dampak yang membahayakan dari praktik-praktik pengobatan tradisional, termasuk pengobatan tradisional religius. Di sinilah, kemudian terekam adanya *political will* dari pemerintah.

Sudah banyak penelitian mengenai mutu layanan kesehatan pemerintah. Misalnya, penelitian Muntahaza di Sleman menemukan bahwa kelompok menengah ke atas tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas karena pelayanan kesehatan yang

diberikan dianggap kurang berkualitas (25). Kemudian, penelitian Saharuddin di Bengkulu Selatan menemukan bahwa selain persepsi tentang mutu pelayanan kurang berkualitas, minat memanfaatkan pelayanan Puskesmas dipengaruhi oleh lingkungan yaitu dorongan dari keluarga dan tokoh masyarakat (18). Sementara itu, penelitian Saimi di Kabupaten Lombok Tengah menemukan bahwa persepsi tentang mutu pelayanan Puskesmas masih rendah (19).

Sedangkan dalam penelitian Karno terdapat pengaruh Implementasi Kebijakan Standar Pelayanan Minimal terhadap Kualitas Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Kedawung sebesar 0,37 (8). Adanya pengaruh tersebut menunjukkan bahwa di antara Implementasi Kebijakan Standar Pelayanan Minimal dengan Kualitas Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Kedawung terjalin suatu hubungan kausalitas yang bermakna: apabila Implementasi Kebijakan Standar Pelayanan Minimal ditingkatkan atau meningkat maka peningkatan tersebut secara stimulan diikuti dengan peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Kedawung.

Persamaan dan perbedaan di antara hasil penelitian Karno dan para peneliti di atas dengan yang penulis laksanakan adalah sama-sama menjadikan pelayanan publik di bidang kesehatan sebagai obyek penelitian. Perbedaannya terletak pada metode penelitian. Karno dan para peneliti di atas menggabungkan pendekatan penelitian kuantitatif dan pendekatan penelitian kualitatif untuk menggali dan membahas obyek penelitian tersebut. Penulis hanya menggunakan pendekatan penelitian kualitatif untuk mengungkap dan membahas obyek penelitian karena yang dicari adalah *setting* sosial dan pemaknaan masyarakat atas peristiwa-peristiwa.

Nampaknya metode kualitatif memang metode yang tepat untuk penelitian tentang pengobatan tradisional. Dengan metode tersebut dapat ditemukan kekhasan-kekhasan lokal yang menjadi pengetahuan yang berharga bagi para penduduknya. Demikian karena pengetahuan lokal tersebut berdasarkan pada kondisi dan kekayaan alami yang bisa jadi sangat lokal. Tanaman dan daun-daunan tertentu hanya terdapat di satu

daerah, namun tidak di daerah lain. Dari kekhasan-kekhasan lokal itulah kajian-kajian tentang pengobatan tradisional bermunculan. Kajian Sembiring dan Sismudjito menunjukkan hal itu (20). Kepercayaan akan kemujaraban pengobatan tradisional itu bahkan berkembang pula di lingkungan perkotaan (26). Kajian lain bahkan menambahkan adanya dimensi kepercayaan tertentu yang mengikat masyarakat kepada masyarakat tentang pengetahuan dan praktik pengobatan tradisional (16). Hal ini mengarah pada adanya pengobatan tradisional yang berdimensi religius.

Menanggapi kebijakan politik pemerintah terhadap perkembangan pengobatan tradisional ini, masyarakat, terutama penyedia layanan pengobatan tradisional, mau tidak mau harus memperhatikan informasi-informasi yang bersifat politis dari pemerintah, sehingga tidak bertabrakan dengan regulasi-regulasi pemerintah. Di sinilah pentingnya sosiologi informasi dalam hal pengobatan tradisional, termasuk pengobatan tradisional religius. Demikian sehingga, dengan Sosiologi informasi ini dapat ditemukan bahwa terdapat kesadaran organik mengenai pengobatan tradisional religius yang membuat jenis pengobatan ini tetap hidup di masyarakat.

II. Metode Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan menggunakan pendekatan studi kasus. Pemilihan studi kasus sebagai pendekatan penelitian karena penelitian ini berangkat dari fenomena kontemporer yang terdapat di lapangan yaitu masyarakat yang berada di tengah-tengah berbagai macam informasi mengenai pengobatan tradisional, yang juga telah disikapi oleh pihak pemerintah dengan adanya regulasi-regulasi. Selanjutnya penelitian ini dilakukan untuk menjawab pertanyaan penelitian, bagaimana kegiatan sosiologi informasi tentang pengobatan tradisional. Hal tersebut senada dengan penjelasan Yin bahwa pendekatan studi kasus cocok digunakan untuk penelitian yang berkenaan dengan pertanyaan penelitian bagaimana (*how*) dan mengapa (*why*) serta penelitian melihat fenomena yang kontemporer (28).

Unit analisis dari penelitian ini adalah aktor-aktor sosial, yakni Pemerintah yang ada di lingkungan Provinsi Jawa Barat dalam menangani masalah kesehatan; juga para pelaku pengobatan tradisional; dan para pelanggan pengobatan tradisional religius serta pengamat masalah sosial. Adapun objek penelitiannya adalah difusi informasi aktor-aktor sosial tersebut baik dari segi identifikasi, pengenalan, perekaman, pendokumentasi, penyimpanan (*storage*), pendistribusian (*transfer*), dan diseminasi informasi tentang pengobatan tradisional religius.

Teknik yang digunakan dalam proses pengumpulan data dilakukan dengan dua cara. Pertama, untuk data yang bersifat pokok (*primer*) digunakan teknik angket. Sementara itu, data yang bersifat sekunder dilakukan dengan cara observasi dan wawancara. Melalui studi kasus, pemaparan yang akan dikemukakan dalam hasil penelitian ini tidak lain merupakan fakta-fakta yang ditemukan selama penelitian dilakukan dan pemaparan hasil penelitian akan dilakukan secara deskriptif berdasarkan data kualitatif yang ada.

III. Hasil dan Pembahasan

a. Pengobatan Komplementer

Kesehatan menjadi keperluan utama bagi manusia baik secara individu, keluarga, maupun kelompok masyarakat yang harus diberikan perhatian khusus melalui berbagai upaya kesehatan. Dalam mewujudkan upaya tersebut diperlukan Sistem Kesehatan Nasional (SKN) yang menjadi dasar dari sistem ketahanan nasional (17) sebagaimana diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 yang menyatakan bahwa pengelolaan kesehatan diselenggarakan oleh semua komponen bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Desentralisasi di bidang kesehatan merupakan salah satu upaya dari pemerintah pusat yang bertujuan untuk mempercepat pencapaian derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Salah satu bentuk upaya tersebut adalah dengan mendekatkan pelayanan kesehatan masyarakat melalui upaya-upaya program yang efektif, efisien dan tepat sasaran (10).

Guna melancarkan pembangunan bidang kesehatan secara efektif tentu diperlukan bantuan sumber daya kesehatan sebagaimana maklumat Pasal 1 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Sumber daya di bidang kesehatan adalah segala bentuk biaya, tenaga kerja, perbekalan kesehatan, sediaan farmasi, alat kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan serta teknologi yang dimanfaatkan untuk melangsungkan upaya kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, pemerintahan desa, dan masyarakat (24).

Dukungan di bidang kesehatan tersebut sangat diperlukan dalam penyelenggaraan pemerintahan daerah. Sebagaimana tujuan penyelenggaraan pemerintahan daerah yang diatur dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah adalah mewujudkan kesejahteraan masyarakat. Oleh karena itu, dukungan sumber daya bidang kesehatan tersebut sangat diperlukan dalam mewujudkan kesejahteraan masyarakat, karena kesehatan merupakan salah satu komponen kesejahteraan individu, keluarga dan kelompok masyarakat. Kesehatan yang dimaksud tentu tidak terbatas hanya dalam pengertian kesehatan fisik saja, namun mencakup juga kesehatan mental dan kesehatan lingkungan. Dengan derajat kesehatan yang tinggi, seseorang tidak hanya merasa bahagia, tetapi juga dapat meningkatkan produktivitas untuk meningkatkan pemenuhan keperluan kesejahteraan yang bersifat dinamis.

Penurunan derajat kesehatan antara lain tampak dari perilaku hidup yang kurang sehat, rendahnya kesadaran untuk memelihara kebersihan dan kesehatan lingkungan, menurunnya kesehatan individu dan keluarga, gizi buruk, dan berjangkitnya penyakit-penyakit menular. Dampak dari rendahnya derajat kesehatan tentu tidak terbatas hanya pada kehidupan individu dan keluarga. Kehidupan sosial masyarakat pun bisa terdampak dari menurunnya derajat kesehatan. Oleh sebab itu, diperlukan berbagai pendekatan pembangunan kesehatan untuk melakukan upaya kesehatan. Tujuan upaya kesehatan sebagaimana dinyatakan dengan Pasal 3 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat

yang optimal melalui pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit.

Peningkatan derajat kesehatan masyarakat antara lain dicapai dengan menyelenggarakan pelayanan kesehatan masyarakat. Untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan masyarakat yang efektif, Pemerintah telah menerbitkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741/MENKES/PER/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan. Pasal 2 ayat (2) Permenkes menyatakan: "Jenis pelayanan bidang kesehatan mencakup: pelayanan kesehatan dasar (kunjungan ibu hamil, komplikasi kebidanan, pertolongan persalinan, nifas, neonatus, imunisasi anak, anak balita, makanan pendamping ASI, balita gizi buruk, kesehatan siswa, peserta KB, pelayanan masyarakat miskin), pelayanan kesehatan rujukan (pasien masyarakat miskin dan gawat darurat level 1), epidemiologi dan penanggulangan KLB, serta promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat)".

Kualitas pelayanan kesehatan tersebut sangat ditentukan oleh tenaga dan sistem pelayanan. Permasalahan yang muncul dalam tingkatan operasional mikro seringkali menimbulkan persepsi rendahnya kualitas pelayanan kesehatan. Pemahaman terhadap realita yang ditemukan di lapangan sangat penting untuk mengkaji kembali landasan aturan, kebijakan dan standar untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan (15). Oleh karena itu, upaya kesehatan masyarakat yang diselenggarakan oleh Pemerintah Daerah merupakan pelaksanaan Pasal 12 ayat (1) Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah. Ayat tersebut menyatakan bahwa urusan wajib pemerintahan yang berkaitan dengan pelayanan dasar antara lain pelayanan kesehatan. Terkait dengan kebijakan ini, Pemerintah telah mengaturnya melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Dalam konteks inilah, maka kualitas pelayanan kesehatan dasar menjadi penting sekali dalam mendukung terwujudnya kesejahteraan masyarakat.

Kendati standar pelayanan minimal di bidang kesehatan sudah diterbitkan, namun bukan berarti tujuan pembangunan bidang

kesehatan sebagaimana dinyatakan dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dapat tercapai secara optimal. Demikian itu karena upaya kesehatan tidak hanya menjadi tanggungjawab pemerintah saja, tetapi sekaligus juga menjadi tanggungjawab individu, keluarga dan masyarakat. Karenanya upaya kesehatan perlu dilaksanakan secara menyeluruh dan terpadu agar kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat di kalangan warga masyarakat, terutama warga masyarakat miskin semakin meningkat.

Di Provinsi Jawa Barat terdapat 317 Rumah Sakit yang tersebar di 18 daerah kabupaten dan 9 daerah kota. Disamping itu, ada 1.050 Puskesmas, 50.604 Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu), 1.800 Klinik/Balai Pengobatan, dan 1.284 Poliklinik Desa (Polindes). Fasilitas kesehatan masyarakat ini tersebar di 626 kecamatan, 3.291 desa dan 2.672 kelurahan. Dengan jumlah penduduk yang mencapai 46.409.569 jiwa, terdiri atas 23.680.927 laki-laki dan 23.028.642 perempuan, dan luas wilayah yang mencapai 35.377,76 Km², maka jumlah fasilitas kesehatan yang tersedia agaknya dianggap belum optimal untuk menjangkau seluruh sasaran. Selain itu, terbatasnya jumlah rumah bersalin yang hanya mencapai 110 buah di seluruh daerah kabupaten/kota menunjukkan bahwa sebaran fasilitas persalinan serta kinerja pelayanan kesehatan ibu dan bayi di Provinsi Jawa Barat masih belum optimal. Keterbatasan penyediaan fasilitas Rumah Bersalin di Provinsi Jawa Barat tentu dapat menimbulkan dampak yang luas. Misalnya: "Pada tahun 2017, jumlah bayi lahir hidup adalah 988.356 dengan 21.422 bayi lahir dengan berat badan rendah (2,17%). Sedangkan jumlah balita adalah 4.383.332 dan ditemukan 2.979 balita gizi buruk (0,07%). Persalinan oleh dokter, bidan atau tenaga medis lain relatif lebih aman dibandingkan oleh dukun atau tenaga nonmedis lainnya. Di tahun 2017, jumlah ibu hamil di Jawa Barat 979.472 orang. Sedangkan jumlah ibu bersalin 934.950 dan hanya 917.293 orang yang bersalin dengan menggunakan tenaga kesehatan."(6).

Bila dari aspek fasilitas kesehatan saja kondisi sumber daya kesehatan di Provinsi Jawa Barat masih belum optimal, lantas

bagaimana bila kondisi sumber daya kesehatan tersebut dinilai dari aspek tenaga kesehatan, yang berperan menentukan dalam proses pelayanan kesehatan. Dari segi ketenagaan, di Provinsi Jawa Barat terdapat 3.680 tenaga medis yang terdiri atas dokter umum, dokter gigi dan dokter spesialis. Selain itu terdapat 15.599 tenaga keperawatan dan 25.786 tenaga kebidanan. Bila jumlah bidan ini dikorelasikan dengan jumlah ibu bersalin di Provinsi Jawa Barat pada tahun 2017 yang mencapai 934.950 orang; dan hanya 917.293 orang yang bersalin dengan menggunakan tenaga kesehatan, maka dapat dikemukakan bahwa secara kuantitas pelayanan kesehatan ibu dan bayi di Provinsi Jawa Barat masih belum optimal (6).

Disebabkan masih belum terpenuhinya layanan kesehatan medis yang cukup, didukung oleh kebiasaan masyarakat, keberadaan pengobatan tradisional, termasuk yang religius di Provinsi Jawa Barat sudah begitu mengakar di masyarakat. Hal ini terlihat dari banyaknya sentra-sentra pengobatan tradisional juga adanya pelaku-pelaku pengobatan tradisional, termasuk yang religius.

Sistem pelayanan kesehatan merupakan bagian penting dalam meningkatkan derajat kesehatan. Dengan adanya sistem kesehatan ini tujuan pembangunan dapat tercapai efektif, efisien, dan tepat sasaran. Keberhasilan sistem pelayanan kesehatan bergantung pada berbagai komponen yang ada baik dana, fasilitas penunjang maupun sumber daya manusia yang ada, dalam hal ini perawat, dokter, ahli radiologi, ahli fisioterapi, ahli gizi, dan tim kesehatan lain. Seluruh bidang pelayanan kesehatan sedang mengalami perubahan, terutama bidang perawatan. Pelayanan yang diberikan adalah upaya mencapai derajat kesehatan semaksimal mungkin sesuai dengan potensi yang dimiliki dalam menjalankan kegiatan di bidang promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif dengan menggunakan proses keperawatan. Kepmenkes RI No. 128/Menkes/SK/II/2004 Puskesmas UPTD kesehatan kabupaten yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembekalan kesehatan di suatu wilayah kerja (13).

Pusat Kesehatan Masyarakat, disingkat Puskesmas, merupakan organisasi

fungsional yang menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat menyeluruh, terpadu, merata, dapat diterima dan terjangkau oleh masyarakat, dengan peran serta aktif masyarakat dan menggunakan hasil pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi tepat guna, dengan biaya yang dapat dipikul oleh pemerintah dan masyarakat. Dapat dikatakan mereka harus memberikan pelayanan preventif, promotif, kuratif sampai dengan rehabilitatif baik melalui upaya kesehatan perorangan (UKP) atau upaya kesehatan masyarakat (UKM). Puskesmas pun ada yang dapat memberikan pelayanan rawat inap selain pelayanan rawat jalan. Hal ini disepakati oleh Puskesmas dan Dinas Kesehatan yang bersangkutan. Sesuai dengan kebijakan Menteri Kesehatan Republik Indonesia program pokok Puskesmas merupakan program pelayanan kesehatan yang wajib dilaksanakan karena mempunyai daya ungkit yang besar terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (22).

Di antara langkah sosialisasi informasi pemerintah di Provinsi Jawa Barat kepada masyarakat adalah melalui jalur media konvensional, seperti koran ataupun radio; melalui komunikasi formal, yaitu kepada para pemimpin formal seperti kepada para pegawai pemerintah sampai ke tingkat bawah; melalui komunikasi tradisional, yaitu pihak pemerintah mendekati para pemimpin masyarakat juga para pemimpin informal, seperti para pemimpin organisasi masyarakat, tokoh agama, dll.; melalui website www.dinkes.jabarprov.go.id di mana di dalamnya terdapat portal terbuka bagi masyarakat untuk berkomunikasi langsung dengan pemerintah; melalui jalur komunikasi personal seperti handphone, sms; dan melalui jalur media sosial seperti facebook, WhatsApp, dll (14).

Program Pengembangan Pelayanan Kesehatan (Puskesmas) adalah beberapa upaya kesehatan pengembangan yang ditetapkan Puskesmas dan Dinas Kesehatan kabupaten/kota sesuai dengan permasalahan, keperluan dan kemampuan puskesmas. Dalam struktur organisasi puskesmas program pengembangan ini biasa disebut program spesifik lokal. Di antara program pemerintah untuk pengobatan tradisional adalah program

pembinaan terhadap pelayanan pengobatan tradisional, pengobat tradisional dan cara pengobatan tradisional. Dalam hal ini dijelaskan pula bahwa yang dimaksud pengobatan tradisional adalah pengobatan yang dilakukan secara turun temurun, baik yang menggunakan herbal (jamu), alat (tusuk jarum, juru sunat) maupun keterampilan (pijat) (13).

Pada masyarakat yang sudah maju, ilmu pengetahuan dipelajari melalui jalur pendidikan, baik yang bersifat formal maupun nonformal. Dalam masyarakat tradisional ilmu pengetahuan lebih banyak diperoleh dengan cara mewarisinya secara turun-temurun. Dengan demikian, sebagai warga masyarakat yang mengalami proses sosialisasi dan interaksi dalam arena pergaulan sehari-hari, serta lingkungan kehidupan masyarakat yang terbuka memungkinkan terjadinya tukar-menukar informasi dan pengalaman sebagai warisan dari generasi pendahulunya. Penelitian ini lebih memfokuskan perhatian pada upaya mendeskripsikan pemanfaatan sistem pengobatan tradisional religius, dan faktor-faktor yang mempengaruhi serta keefektifan dari sistem pengobatan tradisional religius yang berkembang di masyarakat.

Alden dkk. membuat model perilaku tentang “pilihan berobat”, di mana adaptasi lintas budaya yang terdapat dalam model kepercayaan kesehatan (*health belief model*) digunakan untuk menjelaskan pengambilan keputusan tentang pengobatan yang meliputi 4 unsur utama, yakni: *Pertama*, “daya tarik” (*gravity*), yaitu tingkat keparahan yang dirasakan oleh kelompok referensi individu (anggapan bahwa hal itu ada sebelum jatuh sakit, yakni kesamaan pendapat dalam kelompok tentang berat ringannya tingkat keparahan dari berbagai jenis penyakit); *Kedua*, informasi tentang cara-cara penyembuhan populer (*home remedy*), yang bersumber pada sistem rujukan awan (yaitu jika pengobatan tidak diketahui, atau setelah dicoba ternyata tidak efektif, maka individu akan beralih pada sistem rujukan profesional); *Ketiga*, “kepercayaan” (*faith*) atau tingkat kepercayaan terhadap keberhasilan dari berbagai pilihan pengobatan (terutama dari penyembuhan tradisional); dan *Keempat*, “kemudahan” (*accessibility*), meliputi biaya

dan tersedianya fasilitas pelayanan kesehatan (3).

Keefektifan dari pengobatan tradisional religius yang dirasakan oleh responden yaitu: penyakit yang diderita oleh pasien sembuh (23). Demikian juga, pasien cocok dengan teknik pengobatan yang dilakukan di pengobatan tradisional dan juga cocok mengkonsumsi obat yang diberikan, misalkan saja cocok dengan herbalnya dan doa-doanya (11). Keefektifan yang dirasakan responden ini dibuktikan dengan rata-rata responden menggunakan pengobatan tradisional religius mereka sudah hampir lebih dari satu tahun. Hal ini diakui responden, karena responden cocok menggunakan pengobatan tradisional religius, sehingga penyakitnya sembuh.

Selain itu, nampak bahwa pengobatan sekarang sudah bukan hanya masalah kesehatan. Tetapi juga bisa berbentuk *leisure time*. Dalam hal ini masyarakat pergi ke tempat kesehatan bukan semata-mata untuk menyehatkan dari sakit, tetapi bersifat melanggengkan kesehatan. Terbukti dengan ramainya orang pergi ke spa, shiatsu, pijaturut, dll. Yang bersifat perawatan, bukan pengobatan. Dalam hal pengobatan tradisional religius, orang pergi ke tokoh atau pusat pengobatan tradisional religius terkadang hanya untuk menghilangkan stress sehari-hari, dengan cara sedikit tamasya ke luar kota sekaligus dibekali dengan doa-doa kesembuhan dari pelaku pengobatan tradisional religius.

Sosiologi informasi pengobatan tradisional religius di Provinsi Jawa Barat telah cukup sukses masuk ke kesadaran masyarakat. Hal itu terlihat dari pengakuan para pengguna pengobatan tradisional religius yang mendapatkan informasi dari banyak tempat dan media, termasuk media sosial (11). Dari segi adaptasi kebijakan publik, masyarakat Provinsi Jawa Barat kebanyakannya menyambut baik kebijakan-kebijakan yang mengatur pengobatan tradisional, agar semua pihak menjadi hati-hati. Para pelaku pengobatan tradisional pun sangat taat mengikuti apa yang menjadi regulasi pemerintah. Walaupun memang, diakui oleh pihak pemerintah sendiri, petunjuk pelaksanaan (juklak) dan petunjuk teknis (juknis)-nya masih diperbincangkan antara pemerintah provinsi Jawa Barat dan pemerintah kabupaten/kota (13).

Dari segi perubahan informasi di masyarakat, Provinsi Jawa Barat telah menyaksikan adanya berbagai kemajuan peraturan tentang pengobatan, yang dapat mengakibatkan terjadinya perubahan-perubahan dari aspek sosial, budaya, bahkan teknologi kesehatan. Namun masyarakatnya tetap banyak yang masih menggunakan pengobatan tradisional dengan alasan harganya yang lebih murah (9).

Dari segi distribusi informasi, semua responden mengetahui tentang pengobatan tradisional, termasuk yang religius. Mereka rata-rata mengetahui pengobatan tradisional yaitu dari saudara dan teman, tetapi ada juga yang mengetahui dari media massa dan internet. Responden juga mengetahui tentang jenis-jenis pengobatan tradisional di mana yang paling poplarnya adalah pengobatan alternatif (akupunktur, pijat, herbal) dan terapi energi, dan pendapat terbanyak menurut responden tentang pengertian pengobatan tradisional adalah pengobatan yang obatnya berasal dari tumbuhan, hewan, dan bahan mineral (21).

Pemanfaatan pengobatan tradisional religius yang dilakukan oleh masyarakat adalah untuk berobat dan untuk terapi. Jenis pengobatan yang sering dilakukan oleh masyarakat yaitu herbal teknik pengobatan dengan cara meminum jamu sesuai dengan jenis penyakit yang dideritanya. Jenis penyakit yang diperiksa mulai dari jenis penyakit ringan sampai penyakit yang berat, yaitu jenis penyakit flu, rematik, diabetes, kanker, gagal ginjal, *down syndrome*, gizi buruk, obesitas, kolesterol, penyempitan syaraf, lambat berbicara, gagal prostrate, usus mepet, dan tumbuh kembang otak lambat. Selanjutnya pijat, akupressure dan akupunktur adalah jenis pengobatan yang sering dilakukan oleh responden untuk menyembuhkan penyakit yang sedang dideritanya tanpa obat yang bersifat kimiawi (1). Dengan demikian, masyarakat mengikuti pengobatan tradisional, termasuk yang religius ini karena dirasakan lebih alami dan tidak ada efek samping.

b. Identifikasi Informasi

Berdasarkan pengamatan di lapangan dan wawancara dengan *key informants*, diperoleh keterangan mengenai kegiatan yang dilakukan masyarakat desa dalam

mengidentifikasi (identification) dan menciptakan informasi tentang pengobatan tradisional religius, yaitu melalui: *authority* (otoritas), *traditions* (tradisi), *common sense*, *personal experience* (pengalaman pribadi), dan *research* (penelitian).

Authority (otoritas) menunjuk pada penguasaan, kemampuan dan keahlian seseorang pada bidang tertentu. Dengan cara ini orang memandang bahwa apa yang diucapkan ataupun ditulis oleh mereka yang dinilai memiliki otoritas adalah suatu kebenaran. Begitupun dengan kegiatan identifikasi informasi tentang pengobatan tradisional religius, selama ini masyarakat selalu bertanya kepada yang sudah dianggap mumpuni seperti kyai. Itulah yang terjadi, misalnya di Kabupaten Sukabumi.

Hasil pengamatan lainnya, selain masalah otoritas, masyarakat perdesaan Jawa Barat juga dapat dikatakan selalu menggunakan tradisi sebagai cara untuk mendapatkan informasi pengobatan tradisional religius, yakni ketika mempertahankan nilai-nilai yang telah melembaga atau menjadikan peristiwa masa lalu sebagai rujukan kebenaran. Untuk mendapatkan informasi pengobatan tradisional religius, kesalahan tradisi akan selalu dikesampingkan, karena menurut mereka “*sesuatu yang dulu benar, sampai kapan juga akan tetap benar*”(4).

Cara lain pengidentifikasian informasi pengobatan tradisional religius yang biasa dilakukan masyarakat adalah dengan cara melihat para pasien. Proses memperoleh informasi masyarakat yang digunakan terutama untuk kehidupan sehari-hari, tanpa mengetahui seluk beluk yang sedalam-dalamnya dan seluas-luasnya. Masyarakat yang dulunya belum atau tidak tahu tentang pengobatan tradisional religius menjadi tahu tentang proses tersebut. Dalam bahasa lain proses yang terjadi di masyarakat itu disebut sebagai informasi yang dimiliki dengan kadar sekedar tahu (*common sense*), hanya untuk memenuhi faktor ketidaktahuannya.

Menurut NN, keterbatasan ini menjadikan masyarakat mengalami kendala dalam mendapatkan informasi berkaitan dengan pengobatan tradisional religius. Kondisi masyarakat yang berasal dari warga dengan tingkat pendidikan rendah telah menyebabkan rendahnya daya serap mereka terhadap

berbagai informasi yang tersebar di berbagai media (14).

Pengalaman pribadi (*personal experience*) masyarakat tentang pengobatan tradisional religius terkadang menjadi sumber informasi yang efektif. Namun demikian, pengalaman pribadi juga terkadang mempunyai kelemahan, di antaranya: generalisasi berlebihan, observasi selektif, dan kesimpulan yang prematur.

c. Akuisisi Informasi

Akuisisi informasi adalah pemerolehan informasi dari sumber eksternal dan internal. Masyarakat dapat memperoleh informasi dari lingkungan eksternal melalui berbagai metode, misalnya konferensi, konsultasi, standarisasi dari organisasi lain, perekrutan staf baru dan bekerja sama dengan organisasi lainnya. Sedangkan informasi internal, memperoleh informasi dari kumpulan internal berarti belajar memahami apa yang dilakukan di dalam kelompok pengobatan tradisional religius.

Informasi yang diperoleh merupakan hasil filterisasi persepsi dari informasi yang didengar dan diterima masyarakat. Informasi juga tidak hanya diperoleh secara sengaja, kadangkala suatu informasi diperoleh secara tidak sengaja.

Informasi masyarakat tentang pengobatan tradisional religius berkembang dari pengalaman sehari-hari. Dari sistem informasi ini kebudayaan mereka terus beradaptasi dan berkembang agar mampu menjawab persoalan-persoalan yang muncul. Berbagai tradisi dan tindakan sehari-hari mereka mengandung makna yang dalam atas hubungan mereka dengan lingkungannya. Pengobatan tradisional religius, yang didasari nilai-nilai dan kearifan lingkungan, terbukti mampu bertahan selama berabad-abad di lingkungan lokal. Itulah yang terjadi pada masyarakat, bahkan sesudah mereka berada di perkotaan (12).

Prinsip-prinsip konservasi informasi yang telah mengkristal dalam berbagai bentuk kearifan tradisional, telah mengakar dan berkembang pada berbagai bentuk praktek yang diterapkan masyarakat tersebut. Pengalaman-pengalaman tersebut kemudian dihimpun dan disebarluaskan kepada seluruh

anggota masyarakat untuk dijadikan pedoman.

Informasi tentang pengobatan tradisional religius yang diperoleh masyarakat masih berbentuk informasi lisan yang disimpan dalam ingatan dan bukan dalam bentuk dokumen tertulis. Penambahan informasi masih dirasa kurang oleh masyarakat. Bila ada warga yang sakit atau yang perlu pengobatan, maka warga lebih memilih datang ke tokoh masyarakat.

Proses penemuan informasi tambahan untuk memperkuat informasi yang telah dimiliki yang dilakukan oleh masyarakat yakni dengan menginventarisasi keperluan informasi yang masih dirasa kurang, menentukan lokasi tersedianya informasi, memilih strategi pencarian informasi, memilih informasi, dan menerapkan informasi yang diperoleh.

Langkah-langkah pencarian informasi ini sering dilakukan, walaupun pada tahap-tahap tertentu dilakukan secara tidak sistematis. Selain itu, proses pencarian informasi ini sering terjadi kegagalan. Artinya informasi yang ingin diperoleh tidak ditemukan walaupun proses pencarian telah dilakukan. Apabila proses pencarian ini tidak sukses masyarakat kembali melakukan pengidentifikasian informasi lagi.

Hal yang paling menonjol dalam proses pencarian informasi ini yakni masyarakat lebih suka proses ini dilakukan secara manual langsung ke sumber informasi. Artinya si pencari informasi langsung bertanya kepada sumber informasi (orang yang memiliki informasi) secara lisan. Budaya lisan yang ada di lingkungan masyarakat Jawa Barat dalam hal pengobatan tradisional religius masih sangat kental.

d. Transfer Informasi

Salah satu fungsi pengobatan adalah sebagai sarana untuk mendekatkan masyarakat kepada upaya-upaya kesehatan masyarakat. Di sini, pengobatan tradisional religius pun ikut serta dalam upaya tersebut. Untuk melestarikan fungsi tersebut, perlu adanya preservasi informasi, baik itu dengan cara saling berbagi pengalaman, dialog, mengaplikasikan metode atau mensimulasi produk dari pengetahuan yang didapatkan, serta menjadikan pengetahuan baru untuk

setiap penduduk desa menjadi pengalaman pribadi, melalui cara transfer informasi (*sharing information*), yakni dengan menggunakan empat model konversi informasi, yakni: sosialisasi, eksternalisasi, kombinasi dan internalisasi.

Dalam hal pengobatan tradisional religius, transfer informasi biasanya terjadi pada guru dan murid. Jarang sekali hanya sesama warga kemudian saling berbagi ilmu. Demikian itu karena pengetahuan pengobatan tradisional religius harus dilakukan dengan cara-cara tertentu seperti puasa dan penghafalan bacaan-bacaan khusus dengan jumlah-jumlah tertentu di waktu-waktu tertentu. Namun demikian, transfer informasi ini merupakan langkah yang biasa terjadi di masyarakat Jawa Barat. Transfer pun bukan hanya informasi. Dalam hal pengobatan tradisional religius, transfer kadang terjadi dengan media (alat) seperti tasbih, gelang, dan benda-benda lain yang dapat membantu melakukan pengobatan tradisional religius. Sering dikatakan bahwa benda-benda tersebut adalah jimat (2).

e. Perekaman dan Dokumentasi Informasi

Berdasarkan pengamatan di lapangan, proses pengubahan informasi dengan cara merekam dan mendokumentasikan informasi pengobatan tradisional religius di Jawa Barat tidak dilakukan.

Menurut NN, proses alih bentuk informasi yang berbentuk perekaman dan pendokumentasian tidak dilakukan karena, mereka merasa semua informasi tentang pengobatan tradisional religius itu sudah dilakukan secara berulang-ulang dalam bacaannya sekaligus dilakukan secara puasa. Jadi, pelaku pengobatan tradisional religius itu sudah tidak perlu lagi merekam dan mendokumentasikan, tetapi dengan hafalan di luar kepala (14).

Menurut pengamatan di lapangan, walaupun tidak terjadi proses perekaman dan pendokumentasian, mereka dapat melakukan proses inventarisasi isu kesehatan yang dikeluhkan pasien sehingga dapat mengobatinya.

f. Penyimpanan Informasi

Dalam menyimpan informasi, orang terlebih dulu harus menentukan hal-hal penting yang harus dipertahankan, dan

bagaimana cara mempertahankannya. Penyimpanan informasi meliputi teknis (catatan, data base, dan lain-lain) dan proses manusia (memori kolektif dan individu, konsensus).

Informasi yang disimpan dalam hal ini harus terstruktur dan disimpan sehingga sistem dapat menemukan dan mengirimkannya dengan cepat dan benar. Sebab informasi akan diambil oleh berbagai kelompok orang dalam tata krama berbeda. Kemudian terbagi dalam beberapa kategori seperti fakta-fakta, kebijakan, atau prosedur atas dasar keperluan belajar. Selain itu, harus terorganisasi, sehingga dapat disampaikan dengan cara yang jelas dan ringkas serta akurat, tepat waktu, dan tersedia bagi mereka yang memerlukannya.

Berdasarkan wawancara dengan NN, praktisi pengobatan tradisional religius, kegiatan penyimpanan informasi tentang pengobatan tradisional religius selama ini dikelola oleh pribadi-pribadi orang di masyarakat saja. Namun, hasil rekaman informasi yang disimpan tidak ada yang berbentuk dokumen. Mereka hanya menghafalkan wirid-wirid dan cara-cara pengobatannya (14).

g. Transfer dan Diseminasi Informasi

Dalam proses penggunaan kembali informasi tentang pengobatan tradisional religius di masyarakat Jawa Barat, para pencari ilmu biasanya mempraktikkan informasi yang didapatnya agar tidak terus lupa; sekaligus sudah bisa mengangkat murid. Menurut pengakuan YM, seorang praktisi pengobatan spiritual di Kabupaten Sukabumi, secara umum ada dua aliran ilmu pengobatan spiritual Islam di Jawa Barat, yaitu aliran Cirebon dan aliran Banten, yang keduanya berasal dari sumber orang yang sama, yaitu Sunan Gunung Djati. Sepintas aliran-aliran ini tidak tampak apa bedanya, namun hanya masalah kiblat, apakah mengikuti Cirebon atau mengikuti Banten. Demikian pula, ada aliran yang memakai media (air, daun-daunan, dsb.) dan ada aliran yang tidak memakai media, yaitu hanya doa saja. Namun demikian, itu semua banyak penganutnya, sehingga ilmu tersebut dapat diinformasikan dari generasi ke generasi (29).

Demikianlah, banyak hal yang harus dilakukan mengenai pengobatan tradisional religius. Pengobatan jenis ini tetap subur di masyarakat, walaupun sudah banyak pengobatan modern. Pihak pemerintah, dalam hal ini perlu mengapresiasi dengan melakukan pembinaan terhadap berbagai jenis pengobatan tradisional religius. Namun pemerintah pun harus melakukan penerangan kepada masyarakat agar hati-hati untuk tidak masuk ke dalam kasus-kasus penipuan.

Pihak pemerintah juga dapat memberikan bantuan kepada pihak-pihak pengobatan tradisional yang melakukan rehabilitasi sosial yang tidak komersial namun keberadaannya sangat membantu masyarakat seperti dalam penyembuhan orang-orang yang mengalami kegilaan. Hal ini misalnya terjadi di Kabupaten Garut. Di kabupaten ini terdapat beberapa lembaga pengobatan tradisional religius bagi para pasien yang mengalami gangguan jiwa. Selain melayani rehabilitasi gangguan jiwa, lembaga-lembaga ini pun menangani rehabilitasi yang terkena ketagihan narkoba (narkotika dan obat-obatan terlarang). Di sini bantuan pemerintah diperlukan karena mereka yang terjangkit penyakit jiwa dan narkoba itu terkadang bukan dari keluarga berkecukupan yang dapat membekali mereka selama penyembuhan. Sedangkan keberadaan mereka sendiri di lembaga tersebut sangat memerlukan biaya, misalnya untuk makan sehari-hari.

Alhasil, pada dasarnya pengobatan tradisional religius itu masih menjadi alternatif bagi masyarakat untuk mendapatkan kesembuhan dari penyakitnya. Pihak pemerintah hanya bisa mengawasi dan membina para pelaku pengobatan tradisional religius ini. Sementara bagi para pelanggan yang mau bertanya pihak pemerintah belum begitu siap untuk melayaninya baik melalui tatap muka, email, ataupun media lainnya, termasuk media sosial dan media tradisional.

Dari segi distribusi informasi, para pelaku pengobatan tradisional religius merasa tidak banyak melakukan iklan (*advertisement*). Namun demikian pasien terus saja bertambah. Ini menandakan bahwa keberadaan mereka diakui oleh masyarakat dan tetap didatangi, walaupun zaman sudah berubah menjadi modern, dengan sistem pengobatan modern pula.

Demikianlah, dari segi pilihan berobat, tulisan ini lebih mengukuhkan pendapat Alden dkk. Yang membuat model kepercayaan kesehatan (*health belief model*). Demikian karena argumentasi para responden cocok dengan model tersebut dari segi bahwa pengobatan tradisional religius itu terjadi karena punya daya tarik tersendiri, juga bahwa informasi tentang pengobatan tradisional religius itu cukup populer, bahwa kepercayaan terhadap keberhasilan cukup tinggi, dan bahwa pengobatan tradisional religius itu cukup mudah untuk diakses (3).

IV. Kesimpulan

Sosiologi informasi dapat dilihat dari jaringan aktor-aktor sosial yang ada dalam melakukan difusi informasi. Dari segi informasi kebijakan, difusi informasi pemerintah Provinsi Jawa Barat untuk pengobatan tradisional telah cukup sukses dijalankan. Pemerintah telah dapat menjelaskan melalui berbagai media dan forum bahwa Provinsi Jawa Barat telah terjadi kemajuan pengobatan, baik itu yang di rumah sakit ataupun puskesmas. Oleh karena itu, pengobatan modern pun pada dasarnya dapat diakses dengan mudah. Namun karena masyarakatnya masih banyak yang menggunakan pengobatan tradisional; maka pemerintah pun melakukan pengawasan dan pembinaan, terutama melalui rumah sakit, puskesmas, dan dinas kesehatan.

Dari segi resepsi, masyarakat Provinsi Jawa Barat kebanyakannya menyambut baik kebijakan-kebijakan yang mengatur pengobatan tradisional, termasuk yang sifatnya religius. Namun demikian, masyarakat tetap banyak yang melakukan pengobatan tradisional religius itu karena mereka percaya dapat menyembuhkan mereka dari penyakit. Pihak pengobatan tradisional religius sebetulnya tidak banyak melakukan literasi informasi kepada masyarakat, termasuk pasien atau pelanggan. Di sini informasi cukup berkembang dari mulut ke mulut atau, walaupun memakai media, biasanya berkembang secara personal, bukan bersifat kelompok atau massal. Dari segi tanggung jawab, kebanyakan pelaku pengobatan tradisional biasanya beralasan akan anugerah Tuhan untuk menjamin kesuksesan proses pengobatan tradisional religiusnya. Demikian sehingga pihak

pelanggan dan pemerintah pun terkadang tidak bisa apa-apa apabila terjadi kasus-kasus yang merugikan. Yang dipersalahkan biasanya adalah pelanggan itu sendiri, kenapa mereka menempuh jalur kesehatan tradisional religius, yang nyata-nyata bukan pengobatan modern yang empiris dan terukur.

Daftar Pustaka

1. **AA.** Wawancara dengan Pebatra Bekam. 2017.
2. **AB.** Wawancara dengan AB di Kota Bandung. 2017.
3. **Alden DL, Merz MY, Akashi J.** Young Adult Preferences for Physician Decision-Making Style in Japan and the United States. *Asia Pac J Public Health* 24: 173–184, 2012.
4. **AS.** Wawancara dengan praktisi pengobatan spiritual, di Garut. 2017.
5. **Asri A, Kusuma Z, Suprayogo D.** Kajian Faktor Penentu Sosio-Kultural dan Kinerja Sistem Irigasi (Studi Kasus Audit Irigasi Daerah Irigasi (DI) Molek Kepanjen Kab.Malang). *HABITAT* 25: 40–48, 2014.
6. **Badan Pusat Statistik.** Provinsi Jawa Barat Dalam Angka 2017. Bandung: BPS Jawa Barat, 2017.
7. **Belkin NJ.** *Anomalous State of Knowledge*. New Jersey: American Society for Information Science and Technology, 2005.
8. **Karno, Adi IR, Laksmono BS.** Analisis Pengaruh Faktor Organisasi dan Faktor Individu Terhadap Kualitas Pelayanan Puskesmas Studi pada Puskesmas Kecamatan Kedawung Kabupaten Sragen - Provinsi Jawa Tengah. *Jurnal Ilmu Kesejahteraan Sosial* 18, 2018.
9. **KS.** Wawancara dengan Pengantar Pasien Patah Tulang. 2017.
10. **Kusuma Wardani R.** Analisis penetapan prioritas program upaya kesehatan dasar (puskesmas) pada tingkat pemerintah daerah (studi eksploratif di kota Bogor tahun 2013). *Analysis of primary health program priority in local government (an exploratory study in Bogor city 2013)* 3, 2014.

11. **LH.** Wawancara dengan Pelanggan Herbal Tradisional. 2017.
12. **MM.** Wawancara dengan pengamat sosial, di Kota Tasikmalaya. 2017.
13. **NL.** Wawancara dengan pegawai Dinkes Jabar. 2017.
14. **NN.** Wawancara dengan praktisi pengobatan spiritual, di Banjar. 2017.
15. **Nurhayati M.** Peran Tenaga Medis dalam Pelayanan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas Pembantu Linggang Amer Kecamatan Linggang Bigung Kabupaten Kutai Barat. *eJournal Ilmu Administrasi Negara* 4: 2127–2140, 2016.
16. **Permana RCE.** Masyarakat Baduy dan pengobatan tradisional berbasis tanaman. *Wacana* 11: 81–94, 2009.
17. **Prasanti D, Fitriani D.** Membangun Ketahanan Informasi Nasional dalam Komunikasi Kesehatan bagi Kalangan Perempuan Urban di Jakarta. *Jurnal Ketahanan Nasional* 23: 338–358, 2017.
18. **Saharudin.** Minat pemanfaatan pelayanan pengobatan di Puskesmas Masat Kecamatan Pino Kabupaten Bengkulu Selatan. Universitas Gadjah Mada: 2005.
19. **Saimi.** Faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan persalinan gratis di Puskesmas Kabupaten Lombok Tengah Provinsi Nusa Tenggara Barat. Universitas Gadjah Mada: 2005.
20. **Sembiring S.** Pengetahuan dan Pemanfaatan Metode Pengobatan Tradisional pada Masyarakat Desa Suka Nalu Kecamatan Barus Jahe. *Perspektif Sosiologi* 3, 2015.
21. **SG.** Wawancara dengan Pasien Homeopati. 2017.
22. **SN.** Wawancara dengan pegawai Puskesmas Bandung Barat. 2017.
23. **ST.** Wawancara dengan Pasien Patah Tulang. 2017.
24. **Sugyati C, Sjoraida DF, Anwar RK.** Pemahaman Kebijakan Kesehatan Masyarakat Bidang Ibu dan Anak Pada Pelaksana Lapangan di Jawa Barat. *Jurnal Ilmu Pemerintahan: Kajian Ilmu Pemerintahan dan Politik Daerah* 2: 52–60, 2017.
25. **Sulistiyorini A, Purwanta.** Pemanfaatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pemerintah dan Swasta di Kabupaten Sleman. *Kesmas: National Public Health Journal* 5: 178–184, 2011.
26. **Supriadi.** Determinan Perilaku Pencarian Pelayanan Kesehatan Tradisional (Traditional Medicine) Masyarakat Urban Cengkareng, Jakarta Barat, Tahun 2014. *UIN Syarif Hidayatullah.* .
27. **Wersig G.** *Information Theory.* London: International Encyclopedia of Library and Information Science, 2003.
28. **Yin RK.** *Studi Kasus: Desain dan Metode.* Jakarta: Raja Grafindo Persada, 2004.
29. **YM.** Wawancara dengan Praktisi Pengobatan Spiritual, di Kabupaten Sukabumi. 2017.

Peraturan Perundang-undangan

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah

Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 128/MENKES/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741/MENKES/PER/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan

Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional