

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Pengobatan Alternatif**

##### **2.1.1. Pengertian Pengobatan Alternatif**

Menurut WHO yang dikutip oleh Saputra (2005) pengobatan alternatif disamakan dengan pengobatan tradisional yaitu ilmu dan seni pengobatan berdasarkan himpunan pengetahuan dan pengalaman praktek, baik yang dapat diterangkan secara ilmiah ataupun tidak dalam melakukan diagnosis, prevensi dan pengobatan terhadap ketidakseimbangan fisik, mental ataupun sosial. Menurut Turana (2009) pengobatan alternatif merupakan bentuk pelayanan pengobatan yang menggunakan cara, alat atau bahan yang tidak termasuk dalam standar pengobatan kedokteran (pelayanan kedokteran standar) dan dipergunakan sebagai alternatif atau pelengkap pengobatan kedokteran tersebut.

Menurut Depkes RI, dua definisi untuk pengobatan tradisional, yaitu :

1. Ilmu dan seni pengobatan yang dilakukan oleh pengobatan tradisional Indonesia dengan cara yang tidak bertentangan dengan kepercayaan kepada Tuhan Yang Maha Esa sebagai upaya penyembuhan, pencegahan penyakit, pemulihan dan peningkatan kesehatan jasmani, rohani dan sosial masyarakat.
2. Usaha yang dilakukan untuk mencapai kesembuhan, pemeliharaan dan peningkatan taraf kesehatan masyarakat yang berlandaskan cara berfikir, kaidah-kaidah atau ilmu di luar pengobatan kedokteran modern, diwariskan secara turun-temurun atau diperoleh secara pribadi dan dilakukan dengan cara-cara yang tidak lazim dipergunakan dalam ilmu kedokteran (Dinkes Sumut, 2007).

### 2.1.2. Jenis Pengobatan Alternatif

Menurut ensiklopedia pengobatan alternatif yang dikutip oleh Turana (2009), pengobatan alternatif dibagi dalam 3 kelompok besar yaitu :

1. Terapi energi yang meliputi : akupunktur, akupresur, *shiatsu*, *do-in*, *shaolin*, *qigong*, *t'ai chi ch'uan*, yoga, meditasi, terapi polaritas, *refleksiology*, *metamorphic technique*, *reiki*, *metode bowen*, *ayurveda* dan terapi tumpangan tangan.
2. Terapi fisik yang meliputi : *masase*, aromaterapi, osteopati, *chiropractic*, *kinesiology*, *rolfing*, *hellework*, *feldenkrais method*, teknik *alexander*, *trager work*, *zero balancing*, teknik relaksasi, hidroterapi, *flotation therapy* dan metode *bates* .
3. Terapi pikiran dan spiritual yang meliputi : psikoterapi, psikoanalitik, terapi kognitif, terapi humanistik, terapi keluarga, terapi kelompok, terapi autogenik, *biofeedback*, visualisasi, hipnoterapi, *dreamwork*, terapi *dance movement*, terapi musik, terapi suara, terapi seni, terapi cahaya, *biorhythms* dan terapi warna .

Menurut Depkes RI, pengobatan alternatif terdiri dari 4 (empat) jenis, yaitu:

1. Pengobatan alternatif dengan ramuan obat :
  - a. Pengobatan alternatif dengan ramuan asli Indonesia
  - b. Pengobatan alternatif dengan ramuan obat Cina
  - c. Pengobatan alternatif dengan ramuan obat India
2. Pengobatan alternatif spiritual/kebatihan :
  - a. Pengobatan alternatif atas dasar kepercayaan
  - b. Pengobatan alternatif atas dasar agama
  - c. Pengobatan alternatif atas dasar getaran magnetis

3. Pengobatan alternatif dengan memakai peralatan/perangsangan :
  - a. Akupunktur
  - b. Pengobatan alternatif urut pijat
  - c. Pengobatan alternatif patah tulang
  - d. Pengobatan tradisional dengan peralatan (tajam/keras)
  - e. Pengobatan alternatif dengan peralatan benda tajam
4. Pengobatan alternatif yang telah mendapatkan pengarahan dan pengaturan pemerintah
  - a. Dukun beranak
  - b. Tukang gigi (Dinkes Sumut, 2007).

## **2.2. Akupunktur**

### **2.2.1. Pengertian Akupunktur**

Kata akupunktur berasal dari bahasa Yunani, yaitu *acus* yang berarti jarum dan *puncture* yang berarti menusuk, didalam bahasa Inggris menjadi *to puncture* sedangkan kata asal dari bahasa Cina adalah *cen ciu*. Kata tersebut kemudian diadaptasikan ke dalam Bahasa Indonesia menjadi akupunktur atau tusuk jarum. Istilah akupunktur lebih dikenal dan berkembang luas di dunia internasional daripada kata aslinya *cen ciu* karena orang di luar Cina banyak mempelajari ilmu akupunktur dari buku-buku yang diterbitkan dalam bahasa selain Cina, terutama bahasa Inggris. Sebagai suatu pengobatan, akupunktur merupakan pengobatan yang dilakukan dengan cara menusukkan jarum di titik-titik tertentu pada tubuh pasien dengan

maksud mengembalikan sistem keseimbangan tubuh sehingga pasien sehat kembali (Dharmojono, 2001).

Akupunktur adalah salah satu teknik pengobatan yang berasal dari Cina. Pengobatan akupunktur adalah suatu teknik penyembuhan dengan menusukkan jarum pada titik-titik tertentu di tubuh pasien, yang kemudian dikenal dengan nama titik meridian, dengan tujuan untuk menyeimbangkan unsur dingin (*yin*) dan panas (*yang*) dalam tubuh pasien, sehingga pasien akan menjadi sehat kembali. Prinsip pengobatan akupunktur adalah keseimbangan antara kekuatan *yin* dan *yang*, karena semua bagian tubuh manusia berada di bawah pengaruh aspek *yin* dan *yang* (Sim, 1997).

### **2.2.2. Perkembangan Akupunktur di Indonesia**

Perkembangan akupunktur di Indonesia dimulai dengan masuknya perantau Cina ke Indonesia. Hanya saja pada saat itu masih berkembang di lingkungan mereka dan sekitarnya. Pada Tahun 1963, Depkes dalam rangka melakukan penelitian dan pengembangan cara pengobatan timur termasuk akupunktur, atas instruksi Menteri Kesehatan yang pada waktu itu Prof. Dr. Satrio, membentuk tim riset ilmu pengobatan tradisional timur. Sejak saat itu praktek akupunktur diadakan secara resmi di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo (RSCM). Pada Tahun 1975, makin bermunculan organisasi-organisasi seperti akupunktur untuk mengembangkan pengobatan tersebut. Pada Tahun 1990 muncul Surat Keputusan Bersama (SKB) 2 Direktorat Jendral (Dirjen), yaitu Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat (Binkesmas) Depkes RI dengan Dirjen Pendidikan Luar Sekolah Pemuda dan Olah Raga (Diklusepora) RI No.365/Binkesmas/DJ/III/90 dan No.Kep.17/E/L/1990, di mana

Dirjen Diklusepora akan mencetak tenaga akupunkturisnya sedangkan Dirjen Binkesmas Depkes RI akan menampung para lulusannya (Saputra, 2005).

Pada Tahun 1990, di Jawa Timur muncul suatu bentuk kelembagaan atas kerja sama antara pusat penelitian dan pengembangan kesehatan Depkes RI dengan Dewan Pimpinan Daerah (DPD) Jawa Timur yang bernama Laboratorium Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Akupunktur (LP3A), tepatnya pada tanggal 7 April 1990. Terbentuknya LP3A merupakan awal bersinarnya cahaya ilmu akupunktur di Jawa Timur khususnya dan Indonesia umumnya. Pada Tahun 1992 LP3A mengikuti pameran riset dan teknologi nasional di Jakarta dengan membawa misi memperkenalkan ilmu akupunktur pada khalayak ilmiah sebagai suatu ilmu. Melalui pameran ini akupunktur dikenal oleh khalayak ilmiah, sehingga LP3A banyak menjalin kerjasama dengan berbagai instansi perguruan tinggi dan organisasi (Saputra, 2005).

Tahun 1996 pemerintah mengeluarkan suatu Permenkes No.1186/Menkes/Per/XI/1996 tentang pemanfaatan akupunktur di sarana pelayanan kesehatan. Sejak dikeluarkannya Permenkes tersebut puskesmas dan rumah sakit (RS) boleh mengadakan pelayanan akupunktur untuk pengobatan dan pencegahan penyakit. Dunia akupunktur dicerahkan kembali dengan adanya pengakuan secara ilmiah ilmu akupunktur di dunia pendidikan kedokteran dengan lulusnya seorang putra Indonesia dari Lembaga Pusat Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan Depkes RI sebagai Doktor Akupunktur pertama di Indonesia Tahun 1999 yaitu Dr. dr. Koosnadi Saputra, SpR (Saputra, 2005).

Pada Tahun 2003 muktamar Ikatan Dokter Indonesia (IDI) menyatakan keahlian akupunktur disetarakan dengan spesialisasi kedokteran lain, kemudian Tahun 2006 hal tersebut diperkuat kembali dengan ketetapan dari Dirjen Pelayanan Medik Depkes RI melalui Majelis Kolegium Kedokteran Indonesia (MKKI) yang menetapkan dokter yang mengikuti pendidikan akupunktur sebagai dokter spesialis akupunktur dengan gelar SpAK. Dalam perkembangannya, tuntutan masyarakat terhadap pelayanan akupunkturpun semakin meningkat, sehingga terbentuk pendidikan akupunktur untuk jenjang Diploma Tiga (DIII) berdasarkan Kepmenkes RI No.1277/Menkes/SK/VIII/2003 tentang tenaga akupunktur lulusan DIII sebagai salah satu tenaga kesehatan yang masuk dalam kelompok keterampilan fisik (Saputra, 2005).

### **2.2.3. Proses Pengobatan Akupunktur**

#### **2.2.3.1. Pemeriksaan Penyakit**

Pemeriksaan penyakit melalui akupunktur terbagi dalam empat cara, yaitu:

1. Pemeriksaan pengamatan/penglihatan, terbagi : pemeriksaan semangat (*sen*) dan pemeriksaan lidah

Pemeriksaan semangat penderita dinilai dari ekspresi wajah, sinar mata, serta gerak dan sikap pasien dalam keadaan diam, bergerak maupun bicara. Ekspresi muka yang “bercahaya”, bersemangat serta lincah dalam berbicara dan gerak menyatakan keadaan yang baik, demikian sebaliknya. Melalui ekspresi muka dapat dinilai kelainan-kelainan yang berhubungan dengan fungsi organ tubuh. Posisi gerak-gerik pasien dapat memberikan gambaran tentang keadaan penyakit

atau letak kelainan organ tubuh. Pemeriksaan lidah tertuju pada otot dan pergerakan lidah serta selaput lidah yang terdapat diatas permukaan lidah. lidah adalah akar jantung, karena itu keadaan otot dan pergerakan lidah memperlihatkan fungsi jantung terutama terhadap vitalitas, spirit, fitnes dan darah.

2. Pemeriksaan pendengaran dan penciuman

Pemeriksaan cara ini bertujuan untuk mengumpulkan data yang diperdengarkan dan dipancarkan dari tubuh penderita. Suara bicara yang nyaring, keras, kasar, kuat dan lancar mengalir merupakan gejala *yang*. Suara bicara yang lemah, perlahan, lembut, halus dan sedikit bicara merupakan gejala *yin*. Sedangkan dari penciuman dapat ditangkap bau yang terpancar dari tubuh pasien, yang berasal dari mulut, keringat, urine, darah atau tinja. Bau yang menyengat hidung seperti bau busuk, anyir, asam atau tengik bersifat *yang*, demikian sebaliknya.

3. Pemeriksaan *anamnesa*, yakni menelusuri riwayat orang sakit dan penyakitnya di masa lampau.

Sebelum pasien diperiksa lebih lanjut, diajukan beberapa pertanyaan secara lisan atau tertulis untuk mengumpulkan data-data lengkap pasien.

4. Pemeriksaan rabaan, terbagi : pemeriksaan lokal (pada daerah keluhan atau kelainan) dan pemeriksaan nadi.

Pemeriksaan lokal tertuju pada adanya nyeri tekanan, jenis nyeri, besarnya kelainan, letak kelainan dan organ yang bersangkutan. Nyeri yang “menyukai” penekanan (jika ditekan nyeri berkurang) bersifat *yin* dan nyeri yang “menolak” penekanan (jika ditekan bertambah nyeri) bersifat *yang*. Pemeriksaan nadi

merupakan bagian penting dan sulit dari seluruh cara pemeriksaan. Untuk menilai sesuatu yang bersifat patologis maka dibutuhkan pengetahuan batas-batas normalitas nadi. Setiap nadi (daerah nadi) memiliki denyut yang bersifat khusus terhadap kelainan organ (*yin-yang*) dalam tubuh penderita. Setelah dilakukan pemeriksaan penyakit maka dapat dilakukan penanganan pengobatan penyakit pasien melalui akupunktur (Hadikusumo, 1996).

#### **2.2.3.2. Cara Pengobatan.**

Tubuh pasien ditusuk dengan menggunakan jarum pada titik-titik meridian. Murni hanya jarum tanpa ada bahan lain atau obat pada jarumnya. Fungsi jarum tersebut membantu membenahi sistem energi tubuh yang bermasalah, karena itulah tusukan pada titik-titik tersebut disesuaikan dengan jenis penyakit yang diderita pasien. Jarum yang digunakan adalah jarum yang halus, telah disterilakan dan terbuat dari berbagai bahan logam seperti jarum silver atau perak, jarum *cooper* atau tembaga dan jarum emas (Saputra, 2002).

Jarum yang ditusukkan hanya akan menimbulkan sedikit rasa sakit dan bila jarum ditusukkan lebih dalam mungkin akan terasa seperti di setrum, sebab jarum yang digunakan sangat tajam, padat dan jauh lebih halus dibandingkan dengan jarum suntik. Panjang jarum berkisar antara 12mm – 10cm dan dapat ditusukkan sedalam 6mm – 7.5cm, tergantung kurus gemuknya pasien, lokasi titik pengobatan dan gangguan (di dalam atau dipermukaan). Jarum dapat dibiarkan tertancap selama beberapa detik sampai satu jam, tetapi umumnya 20 menit. Bagi yang menghadapi penyakit yang agak kronis perawatan dijalankan sebanyak sekali atau dua kali



seminggu. Sebaliknya perawatan ringan diberikan bagi penyakit yang tidak terlalu kritis (Saputra, 2002).

Dalam pengobatannya, pasien perlu membuka sebagian pakaiannya, agar jarum dapat ditusukkan pada titik-titik yang perlu sementara pasien berbaring. Umumnya titik-titik pengobatan terdapat di lengan bawah dan tangan, tungkai bawah dan kaki, walaupun titik-titik akupunktur terdapat diseluruh tubuh. Titik penusukan tergantung pada lokasi gangguan. Titik ini tidak harus langsung berhubungan dengan keluhan pasien, misalnya pengobatan untuk gangguan kepala dapat saja diambil titik pengobatan pada kaki yang terletak pada titik yang bersangkutan (Saputra, 2002).

#### **2.2.4. Indikasi dan Kontra Indikasi Pengobatan Akupunktur**

Menurut Hadikusumo (1996), yang mengutip dari buku *An Outline of Chinese Acupuncture*, menggolongkan penyakit yang dapat diobati dengan menggunakan akupunktur yaitu :

1. Penyakit medis, yang terdiri dari: selesma, *influenza*, *bronkhitis*, bengkak atau mengi, sakit di daerah perut atau lambung, radang hati, radang usus akut, dysentri, penyakit pada jantung, tekanan darah tinggi dan radang selaput sendi.
2. Penyakit yang dapat dioperasi, terdiri dari : usus buntu, wasir atau ambeien dan nyeri pinggang.
3. Penyakit *gynekologis* atau kebidanan, yang terdiri dari : menstruasi tidak teratur, berhenti haid, tersembulnya rahim, persalinan mundur atau tertunda dan kekurangan laktasi atau air susu sulit keluar.

4. Penyakit pada anak-anak, terdiri dari : batuk kering atau rejan, kekurangan gizi, sawan anak akut dan sawan anak kronis.
5. Penyakit indrawi, yang terdiri dari : radang selaput mata akut, rabun dekat, amandel, radang hulu kerongkongan, radang selaput lender hidung atau radang hidung kronis dan sakit gigi.
6. Penyakit saraf dan mental, terdiri dari : lemah saraf, penyakit ayan, penyakit pitam dan sakit kepala.
7. Penyakit saluran kemih atau kelamin : mengompol, sulit kencing, besar mani (mimpi basah) dan impotensi.

Selain itu terdapat juga penyakit yang tidak dapat diobati dengan akupunktur diantaranya :

1. Penyakit yang tergolong penyakit menular
2. Penyakit borok lambung, borok usus dua belas jari, *haemophilia*, *purpura*, *aneurysme*, tumor dan kanker.
3. Pengobatan secara langsung patah tulang (fraktura)
4. Penyakit jantung, ginjal dan paru-paru yang sudah kronis.

Menurut WHO Tahun 1991 dalam dokumen "*Proposed Standart International Acupuncture Nomenclature*" menyebutkan bahwa indikasi pengobatan akupunktur adalah :

1. Saluran napas, yakni berbagai radang yang ditujukan untuk mengatasi kondisi alergi dan meningkatkan daya tahan tubuh.
2. Mata, kelainan mata yang bersifat radang dan fungsional otot serta refraksi
3. Mulut, untuk penanggulangan nyeri pada pencabutan gigi dan peradangan kronis

4. Saluran makanan dan lambung, berbagai kelainan fungsional yaitu otot, ekskresi, asam lambung, nyeri dan peradangan
5. Saraf, otot dan tulang, yaitu problem nyeri, kelemahan, kelumpuhan dan peradangan persendian

Sedangkan kontra indikasi pengobatan akupunktur :

1. Penderita dalam keadaan hamil
2. Penderita yang memakai pacu jantung
3. Menusuk di dekat daerah tumor ganas
4. Menusuk pada kulit yang sedang meradang (Saputra, 2005).

#### **2.2.5. Dasar Hukum dan Peraturan Akupunktur**

Dasar hukum menurut WHO untuk akupunktur, yaitu :

1. Nomenklatur tentang indikasi dan kontra indikasi penggunaan akupunktur
  - a. *Standardized by The WHO Western Pacific Regional Consultation Meeting 1984.*
  - b. Diperbaharui di Geneva Tahun 1991 sebagai *Report of a WHO Scientific Group* yang disebut: “*Proposed Standart International Acupuncture Nomenclature*”.
2. *Guidelines on Basic Training and Savety in Acupuncture*  
WHO/EDM/TRM/99.1 *World Health Organization*, 1999 tentang tata cara pendidikan dan pelatihan akupunktur yang dipertanggungjawabkan profesionalitasnya

Dasar hukum dan perundangan di Indonesia yang berhubungan dengan akupunktur, yaitu :

1. Surat keputusan menteri kesehatan RI No. 037/Birhub/1973 tentang Wajib Daftar Akupunktur
2. Undang-undang No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan pasal 47
3. Surat keputusan menteri kesehatan RI No. 0854/Permenkes/VIII/1994 tentang Sentra Pengembangan dan Penerapan Pengobatan Tradisional
4. Peraturan menteri kesehatan RI No. 1186/Menkes/Per/VI/1996 tentang Pelayanan Akupunktur dalam Sistem Pelayanan Kesehatan Formal
5. Surat keputusan menteri kesehatan RI No. 1076/Menkes/SK/VII/2003 tentang Penyelenggaraan Pengobatan Tradisional
6. Surat keputusan menteri kesehatan RI No. 1277/Menkes/SK/VIII/2003 tentang Tenaga Akupunktur lulusan DIII merupakan salah satu tenaga yang masuk dalam kelompok keterampilan fisik (Saputra, 2005).

#### **2.2.6. Aplikasi Dasar Hukum dan Perundangan Akupunktur di Indonesia**

Menurut Saputra (2005), untuk lebih memahami aplikasi dasar hukum dan perundangan akupunktur di Indonesia, perlu diketahui beberapa hal di antaranya :

1. Sumber daya manusia akupunktur

Pada saat ini, akupunkturis terdiri dari dokter dan non dokter. Apabila tenaga medik/dokter akan menjalankan pelayanan akupunktur tidak memerlukan izin praktek khusus terlebih dahulu, karena pelayanan akupunktur dianggap merupakan salah satu ragam pelayanan. Izin praktek dokter secara langsung sudah

termasuk izin praktek akupunkturisnya, namun tenaga medik/dokter tetap harus memiliki sertifikat yang menunjukkan telah mengikuti dan lulus dari pendidikan akupunktur yang memiliki izin kursus dari departemen pendidikan. Akupunktur yang telah dinyatakan lulus dari pendidikan akupunktur akan mendapat ijazah lokal. Selanjutnya mereka harus lulus dari ujian nasional akupunktur yang diselenggarakan oleh Depdikbud, baik teori maupun praktek. Sumber daya akupunktur di Indonesia terdiri dari:

- a. Dokter, dihasilkan dari :
    - 1) Pendidikan nonformal dalam bentuk kursus atau belajar dari luar Indonesia
    - 2) Pendidikan formal (misalnya dari RSCM)
  - b. Paramedis, sampai Tahun 2005 dihasilkan oleh kursus dan pada Tahun 2006-2007 sudah ada produk akademi akupunktur Surabaya
  - c. Non medis/Non paramedis, dihasilkan oleh kursus baik di Indonesia maupun dari Luar Indonesia.
2. Sarana pelayanan akupunktur di Indonesia
    - a. Rumah Sakit : pemerintah maupun swasta
    - b. Puskesmas
    - c. Klinik pemerintah maupun swasta
    - d. Praktik Perorangan
  3. Pelayanan akupunktur yang dibentuk oleh badan swasta sebagai anak dari badan asing, baik legal maupun illegal.

Dasar hukum sumber daya manusia akupunktur diawali oleh SKB Dirjen Binkesmas RI No.365/Binkesmas/DJ/III/1990 dan Dirjen Diklusepora RI Kep.17/E/L/1990 tentang pembinaan pendidikan luar sekolah yang diselenggarakan masyarakat dan pemanfaatan tenaga yang dihasilkan. Disini dijelaskan bahwa kursus akupunktur sebagai pendidikan luar sekolah untuk menghasilkan tenaga praktisi akupunktur dan pemanfaatan oleh Depkes RI sebagai bagian pelayanan untuk masyarakat. Sebelumnya diterbitkan SKB 3 Departemen (Depdagri, Depdikbud dan Depkes) No. 263/E.2/U/86 tentang peleburan organisasi profesi akupunktur dalam satu wadah Persatuan Akupunktur Seluruh Indonesia (PAKSI) yang memenuhi UU No. 8 Tahun 1985 tentang organisasi kemasyarakatan (Saputra, 2005).

Tenaga Akupunktur mulai Tahun 1990 sampai Tahun 1995 masih sangat terbatas dimanfaatkan pelayanan kesehatan formal dan sebagian masih berupa praktik perorangan dengan pembinaan PAKSI sebagai Dikmas Depdikbud dan Dinas Kesehatan Daerah. Setelah disahkan oleh UU No.23 tentang kesehatan Pasal 27 dan diperkuat oleh Garis-garis Besar Haluan Negara (GBHN) Tahun 1993 tentang pemanfaatan pengobatan tradisional, maka dirasakan perlu membentuk Sentra Pengembangan dan Penerapan Pengobatan Tradisional (SP3PT) dengan dasar SK Menkes No. 0584/Menkes/SK/VI/1995. Setelah era Tahun 1994 Depkes melakukan tindakan serius dengan diterbitkannya Permenkes RI No. 1186/Menkes/Per/VI/1996 tentang pelayanan akupunktur dalam sistem pelayanan kesehatan formal (Saputra, 2005).

Ternyata dengan krisis ekonomi tahun 1997-1998, makin nyata kebutuhan akupunktur dalam pelayanan kesehatan formal. Kemajuan penelitian akupunktur

menyebabkan akupunktur bermitra dengan kedokteran konvensional sehingga mulai masuk tenaga akupunktur asing ke Indonesia secara illegal dan Indonesia belum mempunyai aturan. Oleh karena itu Depkes membuat kebijakan untuk menjamin keselamatan masyarakat dengan diterbitkannya SK Menkes RI No. 1076/Menkes/SK/VII/2003 tentang penyelenggaraan pengobatan tradisional, di mana akupunktur merupakan satu-satunya pengobatan tradisional yang mempunyai Surat Izin Pratik Tradisional (SIPT) sekaligus aturan untuk memfilter tenaga asing yang masuk ke Indonesia (Saputra, 2005).

Kebutuhan akupunkturis yang professional semakin meningkat. Oleh karena itu Depkes menerbitkan SK Menkes RI No.277/Menkes/SK/VIII/2003 tentang akupunkturis lulusan D3 merupakan salah satu tenaga kesehatan yang masuk ke dalam kelompok keterampilan fisik dan bersama Depdiknas mendirikan izin penyelenggaraan program D3 Akupunktur (Saputra, 2005).

Untuk menghadapi masalah di lapangan, Depkes telah menegaskan beberapa hal di antaranya :

1. Sarana akupunktur telah diatur sesuai dengan Kepmenkes RI No.277/Menkes/SK/VIII/2003 dan UU No. 29 tahun 2004 tentang praktik kedokteran
2. Tenaga Akupunkturis yang memenuhi persyaratan yang diakui :
  - a. Dokter, sampai Tahun 2005 berasal dari RSCM Jakarta
  - b. Ujian Nasional Akupunktur mulai Tahun 1990
  - c. Ujian Kompetensi Profesi Akupunktur setelah Tahun 2003

- d. Ijazah dari Luar negeri yang sudah melalui penelitian dan ujian profesi di Indonesia
3. Sarana pendidikan Akupunktur
- a. RSCM atau Fakultas Kedokteran
  - b. Akademi Akupunktur
  - c. Kursus akupunktur yang mempunyai izin penyelenggaraan dari Depdiknas
4. Mitra pembinaan profesi adalah PAKSI untuk melakukan tinjauan sarana praktik akupunktur. Oleh karena itu referensi dari PAKSI sangat penting untuk menerbitkan SIPT akupunktur (Saputra, 2005).

#### **2.2.7. Bentuk Pelayanan Akupunktur**

Bentuk pelayanan akupunktur menurut Dharmojono (2001), terbagi menjadi lima yaitu:

1. Bentuk pelayanan/praktek perorangan (praktek mandiri)

Untuk penyelenggaraan akupunktur di klinik perorangan hendaknya diperhatikan tentang hal-hal berikut:

e. Tempat praktek; memenuhi persyaratan sarana yaitu:

- 1) Ruang pelayanan yang lebih dari satu tempat tidur
- 2) Ruang konsultasi
- 3) Penunjang dan pencatatan
- 4) Peralatan akupunktur

f. Tenaga, akupunktur mempunyai kompetensi yang diakui dan dapat dipertanggungjawabkan keabsahannya yaitu:



- 1) Ijazah nasional akupunktur
  - 2) Sertifikat kompetensi profesi
  - 3) Ijazah pendidikan khusus dokter dan paramedik (Saputra, 2005)
2. Bentuk praktek berkelompok
  3. Bentuk praktek bersama
  4. Bentuk praktek di puskesmas

Akupunktur di puskesmas dilakukan dalam 2 model, untuk puskesmas besar yakni yang memiliki program dokter spesialis khusus, pelayanan akupunktur dilakukan dalam klinik tersendiri dan untuk puskesmas kecil yakni puskesmas yang tidak memiliki program dokter spesialis ataupun puskesmas pembantu pelayanan akupunktur menyatu dalam pengobatan klinik lain.

Tenaga akupunktur tidak selalu ada di puskesmas untuk itu dapat ditempuh jalan dengan mengirim dokter puskesmas untuk belajar akupunktur di pusat pendidikan akupunktur (kursus), ataupun masuk program DIII akupunktur selain itu dengan merekrut tenaga akupunktur yang mempunyai standar kompetensi yang sudah diakui sebagai mitra kerja dilingkup puskesmas di bawah tanggung jawab dokter puskesmas, tentu dengan pengamanan dan pembatasan yang sesuai dengan kode etik pelayanan di puskesmas (Saputra,2005).

5. Bentuk praktek akupunktur di rumah sakit

Akupunktur dalam pelayanan kesehatan tingkat rumah sakit dibagi menjadi dua model pelaksanaan, yaitu :

- a. Pelayanan akupunktur dalam poliklinik tersendiri

Pelayanan ini dapat dilaksanakan dengan berbagai macam pelayanan kesehatan (promotif, preventif, protektir, kuratif dan bahkan rehabilitatif). Untuk kegiatan promotif dan rehabilitatif, tampaknya akupunktur harus bekerjasama dengan bidang lain dan sangat diharapkan dapat berfungsi suportif. Pelayanan akupunktur tersendiri yaitu kuratif menjadi model pelayanan dengan disiplin tersendiri dengan ketentuan : (1) menguntungkan, apabila dapat bekerjasama sebagai model pengobatan alternatif maupun tersendiri (2) merugikan, apabila menjadi eksklusif dan tidak dikenal atau dikenal oleh bagian lain, sehingga kehadiran akupunktur dianggap tidak memberikan manfaat. Tentunya jika diinginkan akupunktur menjadi model pelayanan kesehatan tersendiri, dibutuhkan pengelola program yang luwes yang dapat mempromosikan dan menjual manfaat akupunktur.

b. Pelayanan akupunktur yang terintegrasi dalam bidang-bidang lain

Dalam model ini akupunktur dapat memberikan manfaat dengan pemaparan semua skenario pelayanan kesehatan, karena tidak berdiri sendiri. Akupunktur selanjutnya menjadi bagian tindakan medis yang dapat dimanfaatkan dalam disiplin kedokteran secara tepat guna.

2) Keuntungan:

- a) Akupunktur sebagai tindakan medis dapat diterima dan dilaksanakan oleh tenaga medis maupun paramedis
- b) Akibat tidak eksklusif maka dapat dikenal secara merata dan diterima untuk dimanfaatkan baik secara sportif maupun secara alternatif

c) Dapat diterima sebagai pelajaran pilihan dalam pendidikan tenaga kesehatan untuk pencetakan sumber daya manusia.

3) Kerugian

Membutuhkan waktu lama untuk menjadi disiplin ilmu tersendiri karena sudah menjadi bagian tindakan medis.

### **2.3. Konsep Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan**

Menurut *Department of Health Education and Welfare, USA (1997)* yang dikutip oleh Damhar (2002), faktor-faktor yang memengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah:

1. Faktor *regional* dan *residence*

*Regional* misalnya Jakarta, Jawa Tengah dan lain lain.

*Residence* misalnya rural dan urban.

2. Faktor dari sistem pelayanan kesehatan yang bersangkutan

a. Tipe dari organisasi, misalnya rumah sakit, puskesmas dan fasilitas lainnya.

b. Kelengkapan program kesehatan.

c. Tersedianya tenaga dan fasilitas medis.

d. Teraturnya pelayanan.

e. Hubungan antara dokter/tenaga kesehatan lainnya dengan masyarakat.

f. Adanya asuransi kesehatan.

3. Faktor adanya fasilitas kesehatan lain.

4. Faktor-faktor dari konsumen yang menggunakan pelayanan kesehatan

- a. Faktor sosiodemografi yang meliputi: umur, jenis kelamin, status perkawinan, besarnya famili, kebangsaan dan suku bangsa serta agama.
- b. Faktor sosiopsikologi yang meliputi sikap/persepsi terhadap pelayanan kesehatan secara umum, pengetahuan, sumber informasi dari pelayanan kesehatan dan tabiat terhadap pelaksanaan kesehatan sebelumnya.
- c. Faktor ekonomi, meliputi status ekonomi (pendidikan, pekerjaan dan penghasilan).
- d. Dapat digunakannya pelayanan kesehatan yang meliputi jarak antara rumah penderita.

Menurut Cumming dkk yang dikutip oleh Damhar (2002), mengemukakan suatu set kategori variabel utama yang muncul dari analisis terhadap model-model yang terdahulu bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh:

1. Hal-hal yang menyangkut kemudahan memperoleh pelayanan kesehatan, seperti kemampuan individu membayar biaya pelayanan dan pemeliharaan kesehatan, kesadaran mereka untuk menggunakan pelayanan kesehatan dan tersedianya fasilitas pelayanan kesehatan.
2. Hal-hal yang menyangkut individu terhadap pelayanan kesehatan, seperti kepercayaan terhadap manfaat pengobatan dan kepercayaan terhadap kualitas pelayanan kesehatan yang tersedia
3. Hal-hal yang menyangkut ancaman penyakit seperti persepsi individu terhadap gejala-gejala penyakit dan kepercayaan terhadap gangguan serta akibat penyakit tersebut.
4. Hal-hal yang berkaitan dengan pengetahuan tentang penyakit

5. Hal-hal yang berkaitan dengan interaksi sosial individu, norma sosial dan struktur sosial
6. Hal-hal yang berkaitan dengan karakteristik demografi (status sosial, penghasilan dan pendidikan).

Menurut Lapau yang dikutip oleh Muslem (2006), ada beberapa faktor yang memengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan :

1. Faktor sistem pelayanan kesehatan seperti kelengkapan program, tersedianya tenaga dan fasilitas medis, teraturnya pelayanan dan hubungan antara dokter/tenaga kesehatan lainnya dengan penderita.
2. Faktor dari konsumen yang menggunakan pelayanan kesehatan meliputi status sosioekonomi, seperti : pendidikan, pengetahuan, pekerjaan dan pendapatan.

Menurut Donabedian yang dikutip oleh Dever (1984), ada beberapa faktor-faktor yang dapat memengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan, yaitu:

1. Faktor Sosiokultural
  - a. Teknologi

Kemajuan teknologi dapat memengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan, di mana kemajuan dibidang teknologi disatu sisi dapat meningkatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan seperti transplantasi organ, penemuan organ-organ artifisial, serta kemajuan dibidang radiologi. Sedangkan disisi lain kemajuan teknologi dapat menurunkan pemanfaatan pelayanan kesehatan, sebagai contoh dengan ditemukannya berbagai vaksin untuk pencegahan penyakit menular akan mengurangi pemanfaatan pelayanan kesehatan.

- b. Norma dan nilai yang ada di masyarakat.

Norma, nilai sosial dan keyakinan yang ada di masyarakat akan memengaruhi seseorang dalam bertindak, termasuk dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan.

## 2. Faktor Organisasional

- a. Ketersediaan Sumber Daya

Suatu sumber daya tersedia apabila sumber daya itu ada atau bisa didapat, tanpa mempertimbangkan sulit ataupun mudahnya penggunaannya. Suatu pelayanan hanya bisa digunakan apabila jasa tersebut tersedia.

- b. Akses Geografis

Akses geografis dimaksudkan pada faktor-faktor yang berhubungan dengan tempat yang memfasilitasinya atau menghambat pemanfaatan, yakni yang berhubungan dengan lokasi penyedia pelayanan dan lokasi konsumen/pemakai jasa pelayanan, yang dapat diukur dengan jarak waktu tempuh atau biaya tempuh. Hubungan antara akses geografis dan volume dari pelayanan bergantung dari jenis pelayanan dan jenis sumber daya yang ada. Peningkatan akses yang dipengaruhi oleh berkurangnya jarak, waktu tempuh ataupun biaya tempuh mungkin mengakibatkan peningkatan pelayanan.

Hal ini menunjukkan, pemakaian pelayanan preventif lebih banyak dihubungkan dengan akses geografis dari pada pemakaian pelayanan kuratif sebagaimana pemanfaatan pelayanan umum bila dibandingkan dengan pelayanan spesialis. Semakin hebat suatu penyakit atau keluhan dan semakin

canggih atau semakin khusus sumber daya dari pelayanan, semakin berkurang pentingnya atau berkurang kuatnya hubungan antara akses geografis dan volume pemanfaatan pelayanan.

c. Akses Sosial

Akses sosial terdiri atas dua dimensi yaitu dapat diterima dan terjangkau. Dapat diterima mengarah kepada faktor psikologis, sosial dan faktor budaya, sedangkan terjangkau mengarah kepada faktor ekonomi. Konsumen memperhitungkan sikap dan karakteristik yang ada pada penyedia pelayanan kesehatan seperti etnis, jenis kelamin, umur, ras dan hubungan keagamaan.

d. Karakteristik dari struktur perawatan dan proses

Bentuk-bentuk praktek pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, praktek dokter tunggal, praktek dokter bersama, grup praktek dokter spesialis atau yang lainnya membuat pola pemanfaatan yang berbeda.

3. Faktor yang berhubungan dengan konsumen

Pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah interaksi antara konsumen dengan penyedia pelayanan kesehatan (*provider*). Tingkat kesakitan atau kebutuhan yang dirasakan oleh konsumen berhubungan langsung dengan penggunaan atau permintaan terhadap pelayanan kesehatan. Kebutuhan terdiri atas kebutuhan yang dirasakan (*perceived need*) dan diagnosa klinis (*evaluated need*). Kebutuhan yang dirasakan (*perceived need*) ini di pengaruhi oleh:

a. Faktor sosiodemografi yang terdiri dari umur, jenis kelamin, ras, suku bangsa, status perkawinan, jumlah keluarga dan status sosial ekonomi

(pendidikan, pekerjaan dan penghasilan).

- b. Faktor sosiopsikologi terdiri dari persepsi dan kepercayaan terhadap pelayanan medis atau dokter.
4. Faktor yang berhubungan dengan produsen.

Dalam hal ini konsumen tidak sepenuhnya memiliki referensi yang cukup akan pelayanan yang akan diterima, sehingga mereka menyerahkan hal ini sepenuhnya ketangan penyedia pelayanan kesehatan. Karakteristik penyedia pelayanan kesehatan yaitu tipe pelayanan kesehatan, sikap petugas, serta fasilitas yang dimiliki oleh pelayanan kesehatan yang bersangkutan.

### **2.3.1. Faktor yang Berhubungan dengan Konsumen dalam Memanfaatkan Pelayanan Kesehatan**

#### **2.3.1.1. Faktor Sosiodemografi**

Menurut Donabedian yang dikutip oleh Dever (1984), faktor yang berhubungan dengan konsumen didalam pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah faktor sosiodemografi dan faktor sosiopsikologi. Faktor sosiodemografi yang terdiri dari umur, jenis kelamin, ras, bangsa, status perkawinan, jumlah keluarga dan status sosial ekonomi (pendidikan, pekerjaan, penghasilan atau pendapatan).

##### **1. Pendidikan**

Menurut Damhar (2002), pendidikan merupakan suatu proses atau kegiatan untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan individu atau masyarakat. Hal ini berarti bahwa pendidikan adalah suatu usaha pembentukan watak yaitu nilai dan sikap disertai dengan kemampuan dalam bentuk kecerdasan, pengetahuan dan keterampilan.



Menurut Notoatmodjo (2003), orang dengan pendidikan formal yang lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih tinggi dibanding orang dengan tingkat pendidikan formal yang lebih rendah, karena akan lebih mampu dan mudah memahami arti dan pentingnya kesehatan serta pemanfaatan pelayanan kesehatan. Menurut penelitian yang dilakukan Sibarani (1996), seseorang yang berpendidikan lebih tinggi cenderung bertindak lebih baik.

## 2. Pekerjaan

Pekerjaan adalah suatu kegiatan/aktifitas yang dilakukan seseorang untuk memperoleh imbalan guna memenuhi kebutuhan hidupnya sehari-hari (Sibarani, 1996). Menurut Notoatmodjo (2003), pekerjaan merupakan bagian dari struktur sosial yang menentukan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan.

## 3. Penghasilan

Penghasilan sangat memengaruhi status ekonomi keluarga. Status ekonomi yang lebih tinggi cenderung memberi kemudahan bagi seseorang dalam melakukan tindakan yang lebih baik dalam kesehatan, seperti kemudahan mendapatkan pelayanan kesehatan. Masyarakat dengan tingkat penghasilan yang tinggi pada umumnya lebih memerhatikan masalah kesehatannya, sehingga bila menderita penyakit ringan saja sudah berupaya mencari pertolongan ketempat pelayanan kesehatan yang bermutu (Sibarani, 1996).

### **2.3.1.2. Faktor Sosiopsikologi**

#### **2.3.1.2.1. Persepsi dan Kepercayaan**

Menurut Donabedian yang dikutip oleh Dever (1984), faktor yang berhubungan dengan konsumen dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan selain faktor sosiodemografi juga terdapat faktor sosiopsikologi yang terdiri dari persepsi dan kepercayaan terhadap pelayanan kesehatan. Beberapa individu mungkin akan bertindak untuk mencari pengobatan atas rangkaian gejala yang mereka alami sementara yang lainnya mungkin memilih secara total untuk tidak melakukan tindakan.

##### **1. Persepsi**

Menurut Koentjaraningrat yang dikutip oleh Damhar (2002) mengemukakan persepsi adalah proses akal manusia yang sadar (*conscious*) yang meliputi proses fisik. Fisiologi dan psikologi yang menyebabkan berbagai macam impuls, diolah menjadi suatu penggambaran lingkungan. Persepsi merupakan perlakuan yang melibatkan penafsiran melalui proses pemikiran tentang apa yang dilihat, dengar, alami atau dibaca, sehingga persepsi sering memengaruhi tingkah laku, percakapan serta perasaan seseorang.

Persepsi merupakan pengalaman tentang objek, peristiwa atau hubungan yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan menafsirkan pesan. Proses terbentuknya persepsi melalui tiga tahap yakni fisik, fisiologik dan psikologik. Adanya objek yang menimbulkan stimulus dan stimulus mengenai alat indera. Stimulus kemudian diterima alat indera dilanjutkan alat sensoris ke otak sehingga

terjadi suatu proses di otak yang mengakibatkan individu menyadari apa yang ia terima. Proses ini disebut proses pengamatan, setelah proses pengamatan akan terbentuklah persepsi tentang objek yang baru diamati (Ahmadi, 1992).

Menurut Notoatmodjo (2003), persepsi adalah mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil. Pengetahuan dan sikap individu akan membentuk suatu persepsi, karena persepsi merupakan bagian dari tindakan tingkat pertama.

Proses pembentukan persepsi antar satu individu dengan individu lain berbeda-beda. Pembentukan persepsi tergantung pada berbagai faktor yang memengaruhinya, baik faktor internal seperti : pengalaman, keinginan, proses belajar, pengetahuan, motivasi dan pendidikan maupun faktor eksternal seperti lingkungan keluarga, masyarakat, sekolah, faktor sosial budaya, lingkungan fisik dan hayati di mana seseorang itu bertempat tinggal (Thoha, 2003).

Persepsi terhadap pelayanan harus dimulai dari kebutuhan pelanggan dan berakhir pada persepsi pelanggan. Citra kualitas yang baik bukanlah berdasarkan sudut pandang atau persepsi pihak penyedia jasa pelayanan, melainkan sudut pandang atau persepsi pelanggan jasa pelayanan itu sendiri. Penilaian tentang mutu pelayanan sangatlah subjektif, hal ini tergantung dari persepsi para pelanggannya, yang dipengaruhi oleh latar belakang sosial, pendidikan, ekonomi, budaya dan faktor-faktor lainnya (Kotler, 2000).

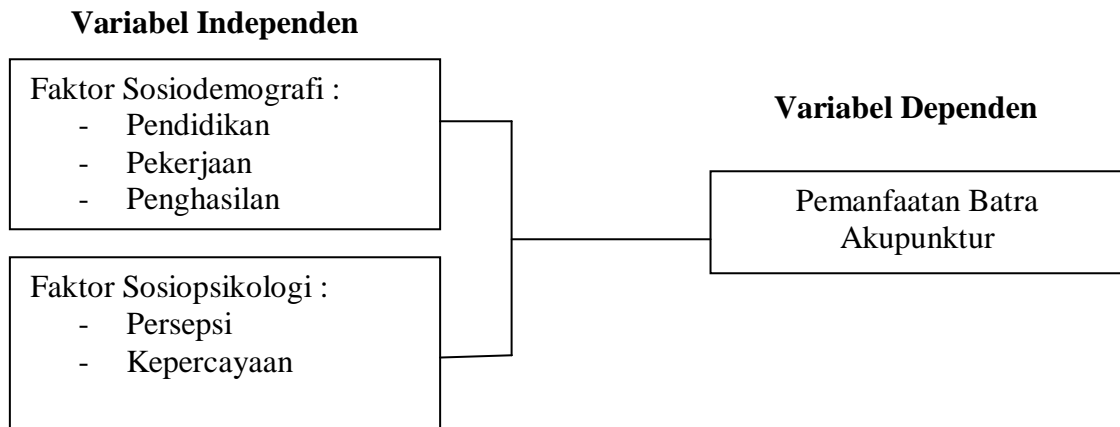
## 2. Kepercayaan

Menurut Maran yang dikutip oleh Muslem (2006), kepercayaan berkaitan dengan pandangan tentang bagaimana dunia ini beroperasi, kepercayaan itu bisa berupa pandangan atau interpretasi tentang masa lampau, masa sekarang, prediksi masa depan bisa juga berdasarkan akal sehat, kebijaksanaan yang dimiliki suatu bangsa, agama, ilmu pengetahuan atau kombinasi semua hal tersebut. Aspek tersebut merupakan acuan bagi seseorang untuk menentukan persepsi terhadap objek.

Masyarakat mulai menghubungkan sarana kesehatan sesuai dengan pengalaman atau informasi yang diperoleh dari orang lain tentang tersedianya jenis-jenis pelayanan kesehatan. Pilihan terhadap sarana pelayanan kesehatan tersebut dengan sendirinya didasari atas kepercayaan atau keyakinan akan kemajuan sarana tersebut (Notoatmodjo, 2003).

### **2.4. Kerangka Konsep**

Berdasarkan konsep Donabedian yang dikutip oleh Dever (1984), peneliti memfokuskan penelitian ini pada faktor yang berhubungan dengan konsumen di dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan yaitu faktor sosiodemografi (meliputi pendidikan, pekerjaan dan penghasilan) dan faktor sosiopsikologi (persepsi dan kepercayaan). Sesuai dengan tujuan penelitian dan tinjauan kepustakaan maka kerangka konsep dapat digambarkan sebagai berikut :



**Gambar 2.1. Kerangka Konsep Penelitian**

Berdasarkan kerangka konsep dapat didefinisikan konsep-konsep yang digunakan pada penelitian ini sebagai berikut :

1. Faktor sosiodemografi adalah segala sesuatu yang berhubungan dengan unsur-unsur yang terdapat dalam diri pasien yang meliputi : pendidikan, pekerjaan dan penghasilan.
2. Faktor sosiopsikologi adalah segala sesuatu yang melatarbelakangi pasien sehingga menggunakan/memanfaatkan batra akupunktur untuk mengobati penyakitnya yakni meliputi : persepsi dan kepercayaan.
3. Pemanfaatan batra akupunktur adalah jumlah kunjungan pasien ke batra akupunktur.

### **2.5. Hipotesis Penelitian**

1. Ada pengaruh variabel faktor sosiodemografi (meliputi pendidikan, pekerjaan dan penghasilan) pasien terhadap pemanfaatan batra akupunktur.
2. Ada pengaruh variabel faktor sosiopsikologi (meliputi persepsi dan kepercayaan) pasien terhadap pemanfaatan batra akupunktur.