

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Dewasa ini, bahasa medis telah menembus masuk pada hampir seluruh aspek kehidupan manusia.¹ Jika pada beberapa dekade sebelumnya perbincangan atas masalah medis hanya dijumpai di pusat-pusat pelayanan kesehatan atau sekolah-sekolah kedokteran dan kesehatan lainnya, kini perbincangan atas masalah medis dapat dijumpai di hampir setiap tempat: di kantor, sekolah, rumah ibadah, tempat rekreasi, media sosial, dan lain sebagainya. Orang-orang yang terlibat dalam perbincangan medis ini pun tidak terbatas pada usia tua, tetapi pada hampir setiap usia: anak muda, misalnya, kini menjadi sangat tertarik memperbincangkan masalah medis, terutama yang berkaitan dengan masalah-masalah kesehatan pribadi mereka. Dalam era keberlimpahan informasi saat ini, informasi medis yang menjadi dasar perbincangan tersebut tidak saja diperoleh dari dokter atau tenaga medis lain, tetapi dapat diperoleh dari banyak sumber. Hampir seluruh *platform* - seperti televisi, radio, majalah, koran, internet dan media sosial - mempunyai berita atau program khusus terkait masalah medis.

Masuknya bahasa medis ini pun semakin tidak bisa dihindari seiring semakin meluasnya kategori sakit dan semakin kaburnya batas-batas sakit di era ini (Conrad, 2007; Dumit, 2012). Banyak masalah-masalah yang sebelumnya hanya

¹ Ivan Illich (1977) menyebut kondisi ini sebagai suatu masyarakat yang termedikalisasi (*medicalized society*). Secara umum, kondisi ini terjadi pada banyak negara di dunia, tidak saja dalam negara maju tetapi juga negara sedang berkembang termasuk Indonesia (Moynihan & Cassels, 2005)

dinilai sebagai masalah sosial atau gejala alami pertumbuhan manusia belaka, kini dikategorikan sebagai masalah medis atau sakit dalam pengertian medis, sehingga perlu diperlakukan dengan cara-cara medis. Bahkan “risiko sakit”, dalam era ini, juga semakin diperlakukan layaknya sakit itu sendiri. Akibatnya, sebagian besar orang yang berkunjung ke rumah sakit, klinik atau pusat-pusat pelayanan kesehatan lain hari-hari ini ialah mereka yang tidak benar-benar sakit tetapi hanya ingin mengetahui apakah mereka berisiko sakit.

Meskipun dinilai akan membawa dampak positif pada peningkatan kesehatan publik, faktanya banyak studi menunjukkan bahwa dampak langsung dari masuknya bahasa medis ini hanya sedikit terkait dengan peningkatan kesehatan publik (Illich, 1977; Leys, 2009). Sebaliknya, praktik ini cenderung lebih besar pengaruhnya pada peningkatan penggunaan dan pemanfaatan praktik dan produk medis yang dalam banyak studi ditemukan erat terkait dengan kepentingan akumulasi kapital industri medis (Moynihan & Cassels, 2005; Petersen, 2008; Dumit, 2012). Masuknya bahasa medis ini secara langsung menciptakan ketakutan berlebihan pada orang-orang, bukan hanya ketakutan akan penyakit tetapi juga akan risiko penyakit.² Ketakutan ini mendorong orang-orang untuk melakukan berbagai upaya pencegahan dan pengobatan. Dalam era di mana pemasaran farmasi atau *prescription drugs marketing* menembus masuk pada setiap sudut kehidupan masyarakat - mulai dari iklan-iklan di televisi, program-program kesehatan di berbagai media, majalah, koran,

² Dalam era ini, risiko sakit diperlakukan sama halnya dengan sakit itu sendiri. “Sehat” untuk sakit kronis bukanlah istilah eksistensial karena mereka tidak pernah benar-benar sehat, melainkan istilah temporal, relatif, yaitu, mereka merasa sehat hari ini. Anda akan lebih sehat jika menggunakan obat, terutama jika anda telah berusia tiga puluh tahun ke atas (Dumit, 2012, pp. 5-13).

media online, papan reklame, dan lain sebagainya - hasilnya ialah peningkatan penggunaan dan pemanfaatan medis secara berlebihan dan tidak perlu di masyarakat.

Dalam studi ini, fenomena di atas secara konseptual disebut perluasan medis. Konsep ini merujuk pada suatu suatu fenomena di mana bahasa medis menembus masuk pada seluruh aspek kehidupan manusia dan berkonsekuensi pada peningkatan penggunaan dan pemanfaatan medis, baik berupa produk medis ataupun praktik medis, secara berlebihan dan tidak perlu. Namun, bukannya menciptakan kesehatan publik, praktik ini justru menciptakan ketakutan berlebihan dalam diri manusia, bukan hanya ketakutan atas penyakit tetapi juga atas risiko penyakit. Konsekuensinya, praktik ini mendorong penggunaan dan pemanfaatan medis secara berlebihan di masyarakat. Secara akademis, konsep ini mempunyai penekanan yang sama dengan konsep-konsep seperti medikalisasi, biomedikalisasi, farmatisasi, dan *disease mongering*, yaitu penetrasi medis pada seluruh aspek kehidupan manusia.³

Dalam dekade terakhir, perluasan medis tidak saja merupakan fenomena umum di masyarakat Barat tetapi juga menjadi fenomena umum di masyarakat Timur, termasuk Indonesia. Penetrasi bahasa medis dalam seluruh aspek kehidupan masyarakat, kecenderungan peningkatan penggunaan dan pemanfaatan medis di masyarakat, serta munculnya berbagai kebijakan yang mendorong praktik-praktik itu, menjadi hal umum di masyarakat Indonesia dewasa ini.⁴ Ini misalnya dapat dilihat

³ Konsep-konsep yang disebutkan terakhir itu merupakan konsep-konsep utama dalam studi politik medis. Dalam konteks Indonesia, konsep-konsep itu sampai saat ini masih belum populer, bahkan kalangan akademisi yang tertarik pada isu sosial dan politik bidang medis.

⁴ Bahkan, praktik-praktik seperti mendefinisikan dan memperlakukan masalah sosial dan moral sebagai masalah medis; peningkatan konsumsi obat berlebihan di masyarakat, - termasuk obat tradisional - yang tidak saja dilakukan oleh orang-orang yang “sakit” tetapi juga mereka yang tidak merasa sakit, sekedar untuk mencegah penyakit, memperkuat imunitas atau memperkuat fisik;

dari tingkat kunjungan rumah sakit, klinik, puskesmas, atau praktik dokter yang semakin hari semakin meningkat. Begitu juga dengan tingkat konsumsi obat atau suplemen di masyarakat. Hal ini, misalnya, dapat dilihat dari tingkat profit industri-industri farmasi yang setiap tahunnya terus mengalami peningkatan.⁵

Meskipun demikian, dalam konteks Indonesia, isu-isu terkait perluasan medis itu tidak banyak diperbincangkan secara serius. Isu-isu itu cenderung dinilai sebagai suatu yang perlu dan diterima begitu saja (*taken for granted*). Bahkan atas dasar pertimbangan pembangunan kesehatan, pemerintah Indonesia cenderung mendukung sepenuhnya praktik-praktik yang erat terkait dengan perluasan medis. Dalam wacana pemerintah, isu-isu terkait perluasan medis dan berbagai masalah yang ditimbulkannya tidak pernah diperbincangkan secara serius atau bahkan tidak disinggung sama sekali. Sebaliknya yang banyak disinggung hanya terkait pembangunan kesehatan,⁶ yang justru jika tanpa didasarkan pada pertimbangan masalah-masalah perluasan medis tersebut hanya akan menjauhkan wilayah medis dari kepentingan kesehatan publik. Bahkan dalam dunia akademik atau wacana akademik Indonesia saat ini, sangat sulit ditemukan studi-studi serius mengenai isu perluasan medis. Hal ini tidak mengagetkan. Faktanya, sejak kebijakan liberalisasi

peningkatan kunjungan ke rumah sakit atau klinik yang tidak saja dilakukan oleh orang-orang yang “sakit” tetapi juga mereka yang tidak merasa sakit; peningkatan kecemasan masyarakat atas berbagai risiko penyakit; peningkatan jumlah obat yang diresepkan oleh dokter serta durasi waktu konsumsi obat makin lama; ini semua diterima begitu saja (*taken for granted*) di masyarakat.

⁵ Misalnya, total *market share* sektor farmasi di Indonesia mengalami peningkatan yaitu dari Rp. 65,9 triliun pada 2016 menjadi Rp. 88,36 triliun pada 2019 (Kemenperin, 2021, p. 4). Hal ini dapat pula dilihat dari tren peningkatan anggaran kesehatan baik dari pemerintah Pusat, Provinsi maupun Kabupaten/Kota (Kemenkes, 2020).

⁶ Pembangunan kesehatan dalam konteks Indonesia pada dasarnya lebih mengarah pada konsep pembangunan ala neoliberalisme dimana pengejaran kapital menjadi yang utama dan dikotomi ruang publik dan privat seakan tidak berlaku lagi.

ekonomi di Indonesia, terutama pada awal 1990-an, ada kecenderungan bahwa kebijakan bidang medis di Indonesia tidak hanya diliberalisasi tetapi juga diarahkan untuk mendorong peningkatan penggunaan dan pemanfaatan medis di masyarakat. Perluasan medis diterima begitu saja dan dianggap perlu untuk pembangunan medis. Bahkan, meskipun ada perubahan sistem politik – seperti perubahan dari sistem pemerintahan otoriter Orde Baru ke arah pemerintahan yang lebih demokratis – maupun perubahan aktor-aktor kunci dalam wilayah medis di Indonesia, perluasan atau ekspansi medis cenderung tetap menjadi paradigma utama dalam kebijakan-kebijakan medis di Indonesia sampai saat ini.

Hal itu sangat berbeda dengan konteks global. Dalam literatur global, perluasan medis menjadi isu utama dalam memperbincangkan politik medis, terutama masalah akumulasi kapital di bidang medis. Perluasan medis diyakini mengemuka bersamaan dengan bangkitnya ide neoliberalisme pada awal 1980an. Neoliberalisme tidak saja mendorong privatisasi dan mereduksi peran negara, tetapi juga mendorong semangat wirausaha dan akumulasi kapital di sektor publik, termasuk di bidang medis. Konsekuensi nyata dari ide ini ialah munculnya perluasan medis yang merupakan prasyarat penting akumulasi kapital di bidang medis. Bahkan, seluruh konsep yang terkait dengan politik medis dewasa ini – seperti medikalisasi, biomedikalisasi, farmatisasi, *disease mongering*, komersialisasi kesehatan dan *medicine* – mempunyai penekanan pada aspek perluasan medis ini.

Berdasarkan latar belakang itu, studi ini bertujuan untuk mengkaji politik perluasan medis di Indonesia. Secara lebih spesifik, studi ini mengkaji bangkitnya perluasan medis di Indonesia. Dengan kata lain, studi ini mengkaji bagaimana dan

mengapa perluasan medis, termasuk kebijakan-kebijakan terkait praktik perluasan medis itu, muncul, berkembang, dan bertahan dalam konteks Indonesia. Sebelum membahas posisi teoritis studi ini dalam mencapai tujuan itu, saya terlebih dahulu akan menguraikan alasan-alasan mengapa isu perluasan medis ini penting untuk dipelajari.

Pada tahun 1976, Ivan Illich, dalam bukunya "*Medical Nemesis: The Expropriation of Health*", mempopulerkan suatu konsep yang sangat berpengaruh dalam kajian politik medis yaitu konsep medikalisasi (*medicalization*) (Illich, 1977).⁷ Konsep ini merujuk pada proses perluasan batas-batas sakit di mana kondisi rutin manusia dan berbagai masalah sosial dan moral lain seperti *unhappiness, shyness, lazyness, boredom, bone thinning, stomach aches, baldness, hyperactive* didefinisikan dan diperlakukan sebagai masalah medis.⁸ Menurut Illich, pada paruh kedua abad kedua puluh ada kecenderungan definisi sehat dipersempit sementara definisi sakit diperluas. Akibatnya, toleransi atas suatu kondisi "tidak menyenangkan" semakin berkurang dan cenderung diserahkan pada rezim medis atau diperlakukan dengan cara-cara medis. Menariknya, menurut Illich, praktik medikalisasi ini tidaklah bebas nilai, tetapi melibatkan banyak kepentingan-kepentingan, seperti kepentingan profesi dokter dan kepentingan industri farmasi. Dengan kata lain, medikalisasi merupakan hasil upaya sistematis elit medis untuk meningkatkan kepentingan mereka (Illich, 1977).

⁷ Edisi pertama buku ini terbit 1976 dan langsung mendapat perhatian luas. Diterbitkan kembali tahun 1977. Sampai saat ini, buku ini masih terus cetak ulang dan menjadi referensi penting dalam kajian politik medis.

⁸ Untuk beberapa daftar lain terkait medikalisasi dapat dilihat misalnya dalam tulisan Conrad and Schneider (1992), Conrad (2007).

Sekitar satu dekade setelah terbitnya tulisan Illich (1977) itu, studi-studi yang tertarik mempelajari fenomena medikalisasi pun semakin luas dilakukan bukan hanya dari kalangan ilmuwan sosial dan politik tetapi juga ilmuwan yang berlatar belakang medis (Conrad & Schneider, 1992; Payer, 1992; Dumit, 2012). Hasilnya, tidak saja penjelasan tentang medikalisasi yang berlimpah tetapi juga muncul istilah atau *terms* baru untuk menggambarkan fenomena serupa, seperti *biomedicalization* (Clarke, Mamo, Fosket, Fishman, & Shim, 2010), *disease mongering* (Payer, 1992), *pharmacracy* (Szasz T. , 2001), *pharmaceutization* (Williams, Martin, & Gabe, 2011), *pharmocracy* (Rajan, 2017), *selling sickness* (Moynihan & Cassels, 2005), *bad pharma* (Goldacre, 2012). Konsep-konsep tersebut, meskipun mempunyai fokus yang berbeda-beda, secara umum seluruhnya menekankan pada aspek perluasan atau ekspansi medis pada seluruh aspek kehidupan manusia.

Satu kesimpulan umum dari studi-studi itu bahwa perluasan medis tidak terutama ditujukan untuk kepentingan kesehatan publik. Sebaliknya, mereka menekankan bahwa praktik itu erat terkait dengan kekuatan-kekuatan politik atau elit dalam wilayah medis, seperti profesi dokter dan industri farmasi. Bahkan tidak sedikit studi yang secara tegas mengungkapkan bahwa industri medis, terutama industri farmasi, mempunyai peran penting dan penentu utama atau determinan atas praktik perluasan medis (Payer, 1992; Angell M. , 2004; Moynihan & Cassels, 2005; Goldacre, 2012; Dumit, 2012; Healy, 2012). Dengan kata lain, perluasan medis itu lebih ditujukan untuk kepentingan bisnis industri farmasi daripada kebutuhan asli (*genuine need*) individu masyarakat. Menurut studi-studi itu, industri farmasi telah memanipulasi wilayah medis (*medical field*) untuk kepentingan akumulasi kapital

mereka. Dengan mengatakan bahwa seseorang sakit atau berpotensi sakit, dapat meningkatkan lebih banyak pasien dan konsekuensinya akumulasi kapital dari penjualan produk-produk medis mereka akan semakin meningkat (Goldacre, 2012).⁹ Bahkan Moynihan & Cassels mengatakan bahwa “*our ideas about sickness are being shaped in the long shadows cast by the global drug giants*” (Moynihan & Cassels, 2005, p. xiv).¹⁰

Yang cukup mengagetkan ialah bahwa tidak sedikit adanya studi yang menunjukkan bahwa perluasan medis terkait juga dengan kepentingan profesional medis, terutama dokter (Freidson, 1970; Szasz T. S., 1975; Illich, 1977; Davies, 2013). Perluasan medis dinilai sangat menguntungkan bagi profesi dokter, baik dari segi ekonomi dalam memperluas wilayah kontrol mereka atas kehidupan maupun status sosial dalam mempertahankan otonomi profesi mereka (Freidson, 1970; Conrad, 2005). Konsekuensinya, beberapa peneliti berargumen bahwa profesi dokter merupakan kekuatan pendorong penting perluasan medis. Tidak jarang ditunjukkan bahwa orientasi utama mereka bukan untuk kesehatan publik tetapi untuk

⁹ Tesis tersebut terdengar asing dan aneh bagi masyarakat kebanyakan, bahkan cenderung dinilai tidak penting dan terlalu berlebih-lebihkan. Meskipun demikian, bagi industri farmasi dan peneliti-peneliti di bidang ini, tesis tersebut sangat umum. Laporan *Router Business Insight*, misalnya, mengungkapkan bahwa salah satu strategi penjualan utama mereka ialah mengubah orang berpikir tentang kondisi atau penyakit umum masyarakat (*their common ailment*) untuk membuat proses alami kehidupan manusia menjadi kondisi medis. *Branding* suatu kondisi sebagai suatu yang membutuhkan perlakuan medis menjadi strategi penting bagi industri medis (Parry, 2003). Indikasi lain misalnya dapat dilihat dari pernyataan salah seorang pimpinan perusahaan farmasi terkemuka di dunia, Henry Gadsden, di akhir tahun 1970an. Menurutnya bahwa potensi pasar dari perusahaan farmasi terbatas hanya pada orang sakit, sehingga ia bercita-cita untuk memperluas pasar medis termasuk pada orang sehat. Moynihan & Cassels meyakini bahwa mimpi dari Henry Gadsden saat ini telah terwujud di mana di awal abad dua puluh satu pasar medis tidak terbatas hanya pada orang sakit tetapi juga pada orang sehat (Moynihan & Cassels, 2005, pp. ix-xii).

¹⁰ Ini juga sejalan dengan pernyataan Neils Wolf salah satu pimpinan industri farmasi besar dunia bernama Pharmacia. Ia mengatakan bahwa “*We want people see something in Reader’s Digest, and go to the doctor and say, ‘I have this condition’*” (Petersen, 2008, p. 16). *Reader’s Digest* merupakan salah satu majah populer di Amerika.

kepentingan profesi mereka sendiri (Freidson, 1970). Dalam kasus *mental illness* yang saat ini menjadi bagian dari wilayah medis, studi Szasz (1975) dan Davies (2013), misalnya, menunjukkan bahwa mitos *mental illness* di mana psikiater cenderung menjadikan masalah personal, sosial dan etika menjadi masalah medis, dibentuk oleh psikeater terutama untuk kepentingan profesi mereka. Meskipun demikian, tidak sedikit pula studi yang menemukan bahwa dokter hanya sekedar instrumen atau *gatekeepers* dari industri medis. Akibatnya, praktik-praktik yang dilakukan oleh para dokter terkait perluasan medis seperti kerjasama dengan industri medis untuk memberikan obat tertentu atau dengan intensitas dan jumlah tertentu, mengampanyekan suatu kondisi sebagai penyakit yang perlu perlakuan dengan cara-cara medis, dinilai tidaklah otentik dari para dokter tetapi lebih dipengaruhi oleh industri medis (Angell M. , 2004; Moynihan & Cassels, 2005; Dumit, 2012).¹¹

Di samping dokter, sejak tahun 1980an studi--studi yang ada juga mengidentifikasi beberapa kekuatan pendorong lain perluasan medis. Beberapa diantara kekuatan pendorong itu antara lain industri asuransi, industri rumah sakit, gerakan konsumen, kampanye-kampanye kesehatan oleh komunitas masyarakat (*consumer awareness campaigns*), sampai dengan lembaga-lembaga riset di universitas (Payer, 1992; Angell M. , 2004; Conrad, 2005).¹² Bahkan dalam dua dekade terakhir, beberapa studi melihat pemerintah sebagai agen penting dalam

¹¹ Industri medis dinilai menghabiskan uang yang sangat besar setiap tahunnya untuk membayar dokter yang bersedia bekerjasama dengan mereka. Bahkan nilainya merupakan yang terbesar dalam pengeluaran marketing industri farmasi. Marketing sendiri dinilai melampaui biaya yang dikeluarkan untuk *riset and development* (R & D) yang selama ini diklaim oleh sebagian besar industri farmasi menghabiskan biaya paling besar dalam industri mereka (Angell M. , 2009).

¹² Beberapa peneliti menemukan bahwa industri farmasi dan pusat riset Universitas merupakan elit medis penting sejak akhir abad 21 (Payer, 1992; Bok, 2003; Angell M. , 2004)

perluasan medis (Daemmrich, 2004; Angell M. , 2004; Davis & Abraham, 2013). Namun, dalam kaitannya dengan peran pemerintah, studi-studi yang ada cenderung melihat tindakan pemerintah terkait perluasan medis sangat erat terkait dengan kepentingan industri medis, terutama industri farmasi. Berbagai regulasi medis yang tidak sehat atau *unhealthy pharmaceutical regulation* dinilai dipengaruhi secara kuat oleh industri farmasi. Hal ini dinilai berlangsung sejak era neoliberal di mana akumulasi kapital di bidang medis dimungkinkan oleh negara (Davis & Abraham, 2013).

Di samping penuh dengan “permainan politik”, perluasan medis semakin penting dipelajari mengingat dampak buruk yang ditimbulkan dari praktik ini. Perluasan medis cenderung berdampak negatif pada banyak hal, terutama dalam bidang medis, seperti masalah biaya pelayanan medis yang harus disediakan pemerintah dan dibayar masyarakat karena penggunaan medis yang tidak tepat dan berlebihan (Law, 2006; Conrad, Mackie, & Mehrotra, 2010),¹³ menurunnya kredibilitas profesi medis akibat kerjasama yang tidak sehat,¹⁴ lahirnya produk medis secara cepat yang keamanannya kurang atau diragukan (Goldacre, 2012), bahaya konsumsi medis berlebih bagi masyarakat, semakin sulitnya masyarakat memperoleh informasi medis yang tidak dipengaruhi oleh kekuatan kapital (Payer, 1992; Angell M. , 2004; Moynihan, Doran, & Henry, 2008), sampai dengan lahirnya berbagai

¹³ Praktik ini tidak saja menyangkut masalah individu privat tetapi juga masalah publik. Dalam konteks Indonesia, anggaran publik untuk kesehatan tidak sedikit terbuang akibat praktik perluasan medis ini. Salah satu contoh nyata ialah defisit anggaran BPJS sejak pertama kali dibuka di tahun 2014 (Pramita, Sedayu, & Hermawan, 2020).

¹⁴ Moynihan & Cassels mengungkapkan bahwa “*that influence is fundamentally distorting medical science, corrupting the way medicine is practised, and corroding the public’s trust in their doctor*” (Moynihan & Cassels, 2005, p. xiii).

kebijakan medis yang tidak sehat dari relasi industri medis dengan aktor-aktor politik atau biasa disebut “*pharmacopolitics*” (Daemmrigh, 2004; Davis & Abraham, 2013).¹⁵

Mengapa isu perluasan medis ini menjadi penting dan menarik untuk dipelajari dalam konteks Indonesia saat ini? *Pertama*, perluasan medis, setidaknya sejak dekade terakhir, telah menjadi praktik umum di Indonesia. Hal ini tidak mengherankan mengingat studi-studi sebelumnya menunjukkan bahwa praktik perluasan medis cenderung merupakan fenomena global yang tidak saja terjadi di negara Barat. Dalam konteks Indonesia, bahasa medis dan perbincangan medis saat ini telah menembus masuk pada seluruh aspek kehidupan masyarakat, terutama masyarakat perkotaan. Perbincangan atas masalah medis saat ini dapat dijumpai di hampir setiap tempat: di kantor, sekolah, rumah ibadah, tempat rekreasi, televisi, media sosial, dan lain sebagainya. Praktik ini saat ini juga diikuti oleh peningkatan penggunaan dan pemanfaatan medis secara berlebihan. Hal ini misalnya dapat dilihat dari meningkatnya penggunaan produk-produk medis oleh masyarakat Indonesia bahkan produk-produk yang termasuk kategori multivitamin, minuman suplemen dan siap saji, nutrisi yang mana produk-produk ini umumnya dikonsumsi oleh masyarakat yang “tidak sakit”, sekedar untuk menjaga daya tahan tubuh. Selain itu, ini juga bersamaan dengan meningkatnya kunjungan rumah sakit yang dilakukan oleh orang-

¹⁵ Peter Conrad mengidentifikasi beberapa dampak buruk dari praktik ini antara lain: *pathologization of everything, medical definition of normality, expansion of medical social control, a narrow focus on individuals rather than social context, consumer and medical markets*. (Conrad, 2007, pp. 148-153).

orang yang “tidak sakit” hanya sekedar melakukan pengecekan kesehatan atau alasan lain.

Seperti juga halnya yang terjadi di beberapa negara lain seperti Amerika dan Inggris, praktik ini berjalan bersamaan dengan meningkatnya akumulasi kapital industri farmasi. Bahkan dalam dekade terakhir, beberapa pemilik bisnis farmasi di Indonesia masuk dalam deretan orang terkaya di Indonesia, misalnya Boenjamin Setiawan pemilik Kalbe Farma, Jahja Santoso pemilik Sanbe Farma, Djoenaedi Joesoef PT Konimex (Forbes, 2020). Menariknya, dalam konteks Indonesia, tidak hanya industri medis yang tergolong dalam biomedis yang mengalami peningkatan tetapi juga industri-industri pengobatan tradisional. Salah satunya misalnya Sidomuncul. Irwan Hidayat, pemilik Sidomuncul, sejak 2016 masuk dalam deretan orang terkaya di Indonesia versi Forbes. Peningkatan ini pula tidak lepas dari meningkatnya konsumsi masyarakat pada obat-obat tradisional seperti jamu. Utamanya produk obat tradisional untuk sekedar menjaga kesehatan. Orang-orang yang mengkonsumsi berbagai produk tersebut pada umumnya tidak merasa sakit. Mengkonsumsi ini bahkan untuk sebagian masyarakat telah menjadi gaya hidup mereka. Dari para pengusaha obat tradisional mereka mengungkapkan bahwa mereka membantu dan membuat obat untuk orang sehat agar tetap sehat (Krier, 2011).¹⁶

Kedua, studi ini merupakan respon dari adanya wacana umum di masyarakat Indonesia bahwa wilayah medis merupakan wilayah yang sama sekali bersih atau bebas dari politik, objektif, bebas nilai, sepenuhnya ditujukan untuk kebermanfaatan

¹⁶ Wacana ini cukup menarik mengingat peneliti sebelumnya hanya melihat konsep sakit sebagai bagian penting dari politik medis dalam kategori biomedis. Sebaliknya, dalam kasus pengobatan tradisional konsep sehat bisa menjadi salah satu bagian penting dari politik medis.

dan kepentingan kesehatan publik.¹⁷ Di sini, praktik-praktik terkait perluasan medis - seperti peningkatan konsumsi obat, termasuk obat tradisional, di masyarakat yang tidak saja dilakukan oleh orang-orang yang “sakit” tetapi juga mereka yang tidak merasa sakit, sekedar untuk mencegah penyakit, memperkuat imunitas, atau memperkuat fisik; peningkatan kunjungan ke rumah sakit atau klinik yang tidak saja dilakukan oleh orang-orang yang “sakit” tetapi juga mereka yang tidak merasa sakit; peningkatan jumlah obat yang diresepkan oleh dokter; peningkatan kecemasan masyarakat atas berbagai risiko penyakit - dianggap sebagai suatu kemajuan yang perlu diterima secara positif karena praktik-praktik medis cenderung dinilai bebas dari praktik dan kepentingan politik.

Pertanyaannya ialah apakah fakta atau mitos wilayah medis bebas dari politik? Studi-studi yang ada menunjukkan bahwa wilayah medis bukan merupakan wilayah yang netral dan bebas dari politik atau pertarungan politik tetapi politik melekat di dalamnya (Zola, 1975; Illich, 1977; Turner, 1987; Waitzkin, 1983; Armstrong, 1983; Moynihan & Cassels, 2005; Dumit, 2012). Pandangan klasik bahwa politik dan medis sebagai dua wilayah yang saling bertentangan – di mana di satu sisi politik dipandang sebagai suatu yang “kotor”, penuh tipu muslihat, di sisi lain medis (*medicine*) dipandang sebagai wilayah yang sama sekali bersih dari politik, suatu yang baik, mengutamakan kepentingan orang banyak dan objektif - di sini ditentang. Para ilmuwan ini sama-sama menekankan bahwa wilayah medis tidak diatur

¹⁷ Pandangan ini tidak saja umum ditemukan di masyarakat, tetapi secara terus-menerus ditampilkan dalam berbagai media di Indonesia. Di samping itu, literatur di bidang medis atau tentang dunia medis yang dituliskan oleh mereka yang berlatar belakang dokter cenderung menonjolkan dan menekankan pandangan ini.

oleh logika yang sepenuhnya objektif dan ditujukan untuk kebaikan atau kebermanfaatan masyarakat semata, melainkan sebagai wilayah yang mana pertarungan-pertarungan politik melekat di dalamnya. Aktor-aktor dalam wilayah tersebut tidak semata-mata didorong oleh motivasi altruistik - sebagaimana dalam pandangan Parsonian tentang profesi medis - tetapi kepentingan pribadi atau golongan aktornya cenderung diutamakan daripada kepentingan masyarakat (Davis & Abraham, 2013).

Setidaknya dalam dua dekade terakhir, praktik-praktik tidak sehat dalam wilayah medis di Indonesia semakin banyak terungkap. Beberapa diantaranya misalnya praktik-praktik kerjasama tidak sehat antara industri farmasi, dokter, apoteker, bahkan pemilik apotek; kerjasama tidak sehat antara klinik atau puskesmas untuk merujuk pasien ke rumah sakit tertentu yang sebelumnya telah bekerjasama dengan mereka; korupsi pengadaan obat dan alat kesehatan di berbagai daerah di Indonesia (Rosser, 2012; Prasetyo, 2013; Pramita, Sedayu, & Hermawan, 2020).

Ketiga, studi ini merupakan respons atas wacana dari industri-industri medis - seperti industri farmasi, pengobatan tradisional, asuransi kesehatan, rumah sakit-, dan dokter bahwa apa yang mereka lakukan, termasuk praktik-praktik perluasan medis, ditujukan terutama untuk kepentingan kesehatan publik. Apakah betul demikian? Sayangnya, studi-studi medis kritis yang ada umumnya menunjukkan bahwa banyak praktik dalam wilayah medis, terutama sejak tiga dekade terakhir, lebih didorong oleh tujuan akumulasi kapital industri medis daripada kesehatan publik (Payer, 1992; Moynihan & Cassels, 2005; Conrad, 2007; Dumit, 2012;

Goldacre, 2012; Angell M. , 2004).¹⁸ Beberapa peneliti melihat praktik ini dimulai bersamaan dan sangat terkait dengan bangkitnya paham neo-liberalisme. Sejak dipopulerkan dan diletakkan sebagai tatanan hegemonik oleh Tratcher dan Reagan di awal tahun 1980an, ide neoliberalisme hampir mempengaruhi seluruh kehidupan manusia di dunia (Harvey, 2009, p. 4). Prinsip-prinsip ekonomi politik seperti liberalisasi pasar, deregulasi, privatisasi, dan mengurangi peran negara, tidak hanya mempengaruhi pengorganisasian ekonomi dan politik tetapi juga telah mempengaruhi praktik (wilayah) medis (Davis & Abraham, 2013, p. 6). Salah satu dampak penting pemikiran ini dalam wilayah medis ialah tumbuh dan berkembangnya industri-industri farmasi yang tidak pernah dibayangkan sebelumnya dalam mengejar dan meningkatkan akumulasi kapital (Angell M. , 2004).

Industri-industri ini oleh banyak peneliti dipandang telah menyebabkan perubahan besar pada seluruh praktik medis (Angell M. , 2004; Moynihan & Cassels, 2005; Healy, 2012; Dumit, 2012). Dalam era ini, terjadi perluasan medis secara besar-besaran. Hampir seluruh aspek kehidupan menjadi masalah medis sehingga memerlukan cara-cara medis mengatasinya. Tingkat konsumsi obat di masyarakat semakin meningkat. Tidak hanya mereka yang sakit yang mengkonsumsi obat-obatan tetapi juga mereka yang tidak merasa sakit (Dumit, 2012, p. 182). Begitu pula dengan tingkat kunjungan ke klinik atau rumah sakit. Selain meningkat, sebagian besar dari mereka ialah orang yang “tidak sakit”. Sementara jumlah obat yang diresepkan oleh dokter semakin bertambah (Moynihan & Cassels, 2005, p. xi). Kecemasan

¹⁸ Seperti diungkapkan sebelumnya bahwa ide ini cukup aneh bagi sebagian besar masyarakat tetapi tidak untuk industri medis dan peneliti-peneliti kritis di bidang ini.

masyarakat atas berbagai risiko penyakit semakin meningkat yang menyebabkan masyarakat tidak pernah merasa sehat karena diancam oleh berbagai risiko penyakit yang semakin hari kategorinya semakin meluas. Salah satu peneliti mengatakan bahwa *“if the more we know, the more we fear; and the more we fear, the more preventive actions and medications we need to take”* (Dumit, 2012, p. 2).

Bersamaan dengan itu, industri-industri farmasi di dunia memperoleh peningkatan pendapatan secara besar-besaran (Angell M. , 2004; Moynihan, Doran, & Henry, 2008, p. xi; Healy, 2012). Akumulasi kapital yang diperoleh tidak saja berasal dari masyarakat kaya yang sebagian besar telah menjadikan konsumsi medis sebagai gaya hidup, tetapi pada hampir seluruh lapisan masyarakat termasuk masyarakat miskin (Dumit, 2012). Dalam bahasa Angell, dalam era di mana pengaruh industri farmasi sangat besar hanya terdapat dua jenis orang yaitu *“those with medical conditions that require treatment, and those who don’t know it yet”* (Angell M. , 2004, p. 130). Ini misalnya ditanamkan melalui program-program bantuan kesehatan dari negara yang mendorong masyarakat untuk mengkonsumsi produk medis secara lebih masif. Konsekuensinya, jika sebelumnya masyarakat hanya berkunjung ke klinik atau rumah sakit jika merasa sakit, dalam era ini masyarakat dipaksa untuk lebih rutin lagi berkunjung atau memanfaatkan fasilitas kesehatan lainnya karena mereka telah mengeluarkan biaya untuk itu. Masyarakat dalam era ini menjadi target atau pasar utama industri medis. Dalam konteks ini, masyarakat perlu mengeluarkan biaya lebih untuk keperluan medis, mulai dari membeli obat, mengkonsumsi suplemen, sampai dengan berkunjung ke klinik atau rumah sakit sekedar mengetahui

status kesehatan. Masyarakat secara keseluruhan dipaksa mengikuti pemikiran medis yang telah dibajak oleh paham neoliberal (Fisher & Ronald, 2008, p. 31).

Keempat, studi ini merupakan respons dari minimnya studi-studi politik medis yang mengangkat kasus Indonesia. Para peneliti umumnya tidak memandang dan mempelajari fenomena medis sebagai fenomena politis.¹⁹ Adanya pandangan umum di masyarakat Indonesia bahwa wilayah medis sebagai wilayah yang bebas dari praktik politik dinilai merupakan salah satu penyebabnya. Sementara itu, para ilmuwan sosial, terutama dari bidang sosiologi dan antropologi, sibuk mempelajari praktik pengobatan tradisional. Namun, perbincangan terkait pengobatan tradisional ini pun cenderung dilepaskan dari isu politik. Sebagian besar studi yang ada cenderung memandang pengobatan tradisional dari perspektif budaya dan perspektif medis (Afdhal & Welsch, 1991; Kasniyah, 2010; Setyoningsih & Artaria, 2016). Dari perspektif medis, pengobatan tradisional untuk dapat diterima dinilai harus mengikuti standar biomedis, dan mengikuti logika biomedis. Sementara, dari perspektif budaya pengobatan tradisional dipandang sebagai suatu warisan khas Indonesia yang perlu dilestarikan. Fokus studinya antara lain terkait alasan orang menggunakan dan memanfaatkan pengobatan tradisional, bentuk atau jenis pengobatan tradisional yang populer di suatu masyarakat, transformasi konten dan praktik pengobatan tradisional, upaya-upaya melestarikan pengobatan tradisional (Kasniyah, 2010; Setyoningsih & Artaria, 2016; Pengpid & Peltzer, 2018). Akibat praktis dari pandangan ini salah

¹⁹ Setidaknya ini berlangsung sampai dengan sebelum pandemi Covid-19 yang menghantam dunia termasuk Indonesia. Dalam konteks pandemi Covid-19 berbagai analisis sosial politik atas isu medis mulai banyak dilakukan, misalnya studi Bahar, Marijan, & Mardiyanta (2021; 2022).

satunya ialah praktik medis, termasuk politik perluasan medis di Indonesia, tidak mendapat respons kritis.

Kelima, secara teoritis studi ini merupakan respons dari kurangnya perhatian studi-studi politik medis dan perluasan medis pada aspek dan kekuatan lain di luar aktor-aktor medis, terutama kekuatan negara dibandingkan kekuatan industri medis. Berbeda dengan studi-studi yang ada, studi ini melihat kekuatan sosial politik lain, terutama negara, merupakan kekuatan penting yang tidak dapat diabaikan dalam kehidupan sosial politik Indonesia termasuk perluasan medis. Dalam banyak studi terutama era Orde baru ditemukan bahwa kekuatan bisnis di Indonesia lahir dan dibesarkan dari rahim negara (Robison, 1986). Bahkan banyak studi meyakini bahwa setelah satu dasawarsa tumbangnya rezim Orde Baru, akses dan kontrol jabatan publik serta otoritas negara masih menjadi penentu utama bagaimana kekayaan pribadi dan kekuatan sosial diakumulasi dan didistribusikan (Robison & Hadiz, 2004; Winters J. A., 2011; Hadiz & Robison, 2014).

Dengan demikian, studi ini berargumen bahwa kekuatan bisnis, terutama industri farmasi, bukanlah satu-satunya yang dapat disalahkan atas praktik perluasan medis dan berbagai dampak negatif dari praktik tersebut. Negara juga bertanggung jawab atas seluruh praktik tersebut. Dalam konteks Indonesia di mana peran negara sangat sentral dalam praktik sosial politik, praktik perluasan medis dan dampak praktik tersebut hanya mungkin ada jika mendapat persetujuan dari negara. Relasi bisnis dan negara yang tidak sehat akan semakin memperburuk dampak negatif tersebut. Artinya bahwa distribusi kekuasaan pada negara sangat menentukan berlangsungnya praktik ini. Salah satu peran penting negara dalam perluasan medis

misalnya melalui kebijakan publik. Kebijakan seperti mempermudah izin obat, melonggarkan iklan obat, mendorong masyarakat untuk meningkatkan konsumsi medis, baik mempermudah akses medis, mempermudah syarat bagi industri medis, maupun dalam bentuk asuransi kesehatan yang mendorong masyarakat untuk memanfaatkan pelayanan medis, merupakan beberapa kebijakan penting yang menentukan praktik perluasan medis.

Tidak saja pada biomedis, pemerintah juga mengesahkan banyak kebijakan terkait pengobatan tradisional. Kebijakan-kebijakan tersebut tidak saja memperkuat regulasi pengobatan tradisional tetapi juga melegitimasi dan mendorong penggunaan dan pemanfaatan pengobatan tradisional di masyarakat Indonesia.²⁰ Kasus pengobatan tradisional ini cukup menarik. Sejak lama Indonesia dikenal sebagai negara yang kaya akan warisan budaya, salah satunya di bidang pengobatan, tetapi mengapa kebijakan-kebijakan ini terutama terkait pengintegrasian pengobatan tradisional baru mengemuka saat ini. Mengapa kebijakan pengobatan tradisional integrasi di mana pengobatan tradisional dimasukkan dalam sistem pelayanan kesehatan formal baru mengemuka dalam dekade terakhir? Apakah semata-mata disebabkan oleh kemajuan ilmu pengetahuan? Sebelumnya, sistem pelayanan

²⁰ Pengobatan tradisional diintegrasikan dalam sistem pelayanan kesehatan formal. Praktik dan kebijakan pengobatan tradisional integratif ini utamanya berupaya untuk mensaintifikasi dan mensejajarkan pengobatan tradisional dengan biomedis misalnya dengan mendorong agar pengobatan tradisional distandarisasi sesuai dengan standar biomedis. Begitu pula praktisinya diwajibkan mengikuti standar-standar biomedis. Dokter-dokter yang selama ini cenderung kurang menerima pengobatan tradisional dilatih dan diminta untuk juga memberikan resep obat tradisional. Rumah sakit dan pelayanan kesehatan lain didorong untuk memanfaatkan pengobatan tradisional. Obat-obat tradisional yang diberikan perlu distandarisasi dan melewati berbagai tahap pengujian. Rumah sakit dimungkinkan untuk menggunakan pengobatan tradisional dengan mengikuti standar yang telah ditetapkan yang mana didasarkan pada prinsip biomedis. Sementara penyembuh tradisional perlu memenuhi berbagai syarat untuk dapat mempraktikkan pengobatan tradisional yang telah disesuaikan dengan standar biomedis.

kesehatan yang didominasi biomedis tidak memberi ruang bagi pengobatan tradisional, bahkan tidak jarang ditemukan praktisi biomedis yang mencemooh bentuk-bentuk pengobatan tradisional (Sciartino,1999).²¹ Sementara perbincangan tentang penggunaan pengobatan tradisional bersama-sama digunakan dengan biomedis terutama dalam sistem pelayanan kesehatan baru menjadi dominan dalam dekade terakhir di mana puncaknya ialah dengan disahkannya beberapa kebijakan yang secara langsung menyangkut pengobatan tradisional integratif di Indonesia.

Apa yang menjadi fokus perhatian yang membedakan studi ini dengan studi sebelumnya? Penjelasan saya atas pertanyaan “mengapa praktik perluasan medis ini muncul berkembang dan bertahan” bertumpu pada argumen pentingnya *discourse*, terutama melalui praktik artikulasi.²² Konsep ini diadopsi dari pemikiran Laclau dan Mouffe (1985). Menurut mereka, tatanan sosial merupakan hasil dari praktik artikulasi. Totalitas terstruktur yang dihasilkan dari praktik artikulasi, Laclau dan Mouffe menyebutnya *discourse* (Laclau & Mouffe, 1985, p. 105). Sementara itu, *discourse* merupakan medan utama pembentuk identitas subjek dan objektivitas sosial. Meskipun demikian, *discourse* itu sendiri, dalam pemikiran Laclau dan Mouffe, bersifat rapuh, tidak tetap, dan tergantung (*contingent*). Dengan demikian,

²¹Meskipun demikian, sejak awal sikap negara tidak sepenuhnya mengabaikan pengobatan tradisional. Di tahun 1980an negara banyak melakukan kerjasama dengan universitas untuk melakukan pendataan atau inventarisasi bentuk-bentuk pengobatan tradisional di Indonesia. Di tahun 1990an pengesahan beberapa kebijakan terkait pengobatan tradisional. Namun, kebijakan-kebijakan yang ada umumnya hanya fokus pada aspek pengawasan dan pengembangan pengobatan tradisional, misalnya dalam Permenkes 1995 Tentang Sentra Pengembangan dan Penerapan Pengobatan Tradisional; Permenkes 1990 tentang Izin Usaha Industri Obat Tradisional Dan Pendaftaran Obat Tradisional; Kepmenkes 2003 Tentang Penyelenggaraan Pengobatan Tradisional.

²² Konsep *discourse* ini di Indonesia sering diterjemahkan sebagai wacana. Penggunaan konsep wacana ini sendiri sering kali digunakan sebagai kata yang mempunyai arti yang kurang tepat atau bahkan “negatif” yaitu sebagai rencana atau angan-angan. Sebaliknya, wacana yang dimaksud di sini merujuk pada cara menstrukturkan realitas (Sparringa, Analisis Wacana, 2022).

setiap tatanan sosial yang ada merupakan hasil tergantung (*contingent outcome*) dari gagasan tertentu dari *discourse* yang membentuknya. Lebih lanjut lagi, mereka menekankan bahwa tatanan sosial yang ada merupakan tatanan hegemonik. Tatanan hegemonik ini tidak secara sederhana hasil dari kepentingan aktor atau kelompok aktor tertentu, tetapi hasil dari praktik artikulasi (*articulatory practice*).

Mengapa perspektif discourse Laclau dan Mouffe menjadi alat analisis utama studi ini? Setidaknya ada tiga alasan yang mendasari itu. *Pertama*, perspektif ini ditujukan untuk menantang perspektif-perspektif yang didasarkan pada asumsi-asumsi esensialisme dalam studi-studi sebelumnya. Setidaknya sejak dua dekade terakhir, asumsi esensialisme - bahwa ada kepentingan esensial dan tetap yang mendorong perluasan medis – menjadi dasar dalam studi-studi politik medis dan perluasan medis yang ada.²³ Dalam menjawab pertanyaan mengapa perluasan medis bangkit, secara umum, studi-studi yang ada fokus mempelajari kepentingan yang ada di balik bangkitnya perluasan medis. Setidaknya ada tiga jawaban yang umum diberikan, yaitu (1) Perluasan medis merupakan sumber ekonomi, terutama bagi mereka yang bergerak di bidang medis (*economic determinism*); (2) Perluasan medis dinilai sebagai sumber kekuasaan, terutama bagi profesi dokter (*profesional dominance*); (3) Perluasan medis merupakan hasil *mutual interest* antara industri medis, dokter dan pemerintah untuk mencapai kepentingan mereka sendiri.

²³ Dalam kategori medikalisasi sampai dengan awal 1990an kekuatan profesi dokter masih dinilai merupakan kekuatan penentu yang perlu diberi perhatian (Freidson, 1970; Conrad & Schneider, 1992). Namun, dalam tahun-tahun berikutnya, kekuatan industri farmasi dinilai sebagai kekuatan penentu. Moynihan (2005), misalnya, menggunakan konsep “*selling sickness*”. Ilmuan lain menggunakan konsep *pharmagedon*, *pharmacracy* (Szasz T., 2001).

Studi ini mengkritik penjelasan-penjelasan itu. Penjelasan-penjelasan itu dinilai tidak memadai dalam menjawab pertanyaan, mengapa perluasan medis bangkit dalam waktu tertentu? Bagaimana politik medis bekerja? Sebaliknya, studi ini berargumen bahwa kepentingan itu tidak bersifat esensial tetapi dikonstruksi secara diskursif. Dengan demikian, daripada mempelajari perluasan medis dari segi kepentingan, studi ini fokus pada *discourse*, terutama melalui praktik artikulasi.²⁴

Kedua, perspektif ini ditujukan untuk menentang studi-studi sebelumnya yang tanpa penjelasan memadai mengatakan bahwa politik medis dan perluasan medis bersifat elitis. Artinya bahwa hanya elit-elit medis, terutama industri medis dan dokter, yang menentukan politik medis dan perluasan medis. Sementara itu, aktor-aktor lain tidak mempunyai pengaruh dalam wilayah medis. Bahkan negara, dalam studi-studi sebelumnya, hanya dinilai sebagai instrumen dari industri medis. Dalam konteks Indonesia, argumen terakhir ini akan sulit diterima mengingat negara mempunyai peran sentral dalam berbagai praktik sosial politik di Indonesia. Di samping itu, studi-studi sebelumnya tidak memberikan jawaban tegas atas pertanyaan: apakah elitisme dalam politik medis tidak sama sekali membutuhkan legitimasi dari aktor atau kelompok kepentingan lain serta masyarakat secara luas? Apakah mereka tidak tertarik dan pasif pada isu medis dan proses politik di bidang medis?

²⁴ Hal ini semakin penting mengingat perluasan medis cenderung telah menjadi wacana hegemonik di mana hampir setiap aktor yang terlibat dalam wilayah medis bahkan masyarakat menerima begitu saja praktik perluasan medis ini (Dumit, 2012; Goldacre, 2012). Para peneliti yang ada tidak menyebut ini secara eksplisit sebagai tatanan medis hegemonik. Mereka umumnya mengidentifikasi ini sebagai fenomena baru, gejala sosial baru, praktik baru, kecenderungan medis baru.

Ketiga, secara praktis teori *discourse* memberikan suatu strategi politik penting untuk membongkar tatanan perluasan medis yang dinilai merusak wilayah medis ini. Upaya membongkar tatanan perluasan medis pada dasarnya telah banyak dilakukan dalam studi-studi sebelumnya, terutama dengan cara membongkar dan menunjukan berbagai kepentingan, terutama kepentingan industri farmasi, dalam praktik perluasan medis (Angell M. , 2004; Moynihan & Cassels, 2005). Sayangnya, upaya-upaya ini tidak banyak membawa perubahan. Pandangan bahwa praktik medis disusupi oleh kepentingan bisnis industri medis, terutama industri farmasi, sedikit meluas. Namun, biasanya yang selalu disalahkan ialah industri farmasi. Wilayah medis tetap dipandang merupakan wilayah netral dalam bebas politik. Jadi, untuk mengubah pandangan bahwa wilayah medis sangat politis saja, perspektif yang ada sebelumnya cenderung telah gagal. Apalagi membongkar dan mengubah praktik perluasan medis yang telah menjadi praktik atau tatanan hegemonik di mana hampir setiap aktor menerima logika ini. Fokus pada *discourse*, terutama melalui artikulasi diskursif, memberikan perspektif baru membongkar aspek politik dari wilayah medis, terutama perluasan medis, dengan cara membongkar *discourse* yang menyusun dan memungkinkan perluasan medis berlangsung. Dengan demikian, studi ini tidak mencari kepentingan esensial yang ada di balik perluasan medis sebagaimana dalam studi-studi sebelumnya, tetapi mencari kondisi yang memungkinkan perluasan medis itu berlangsung.

Keempat, dalam kaitannya dengan studi-studi kebijakan publik, perspektif *discourse* ini memberikan penjelasan baru atas kemunculan dan perubahan kebijakan, dalam studi ini kebijakan di bidang medis. Dengan demikian, secara teoritis,

perspektif ini tidak saja penting untuk mengkritik dan mengembangkan teori-teori tentang politik medis dan perluasan medis, tetapi penting pula mengkritik dan mengembangkan teori-teori tentang proses kemunculan dan perubahan kebijakan.²⁵

Didasarkan pada pemikiran di atas, secara khusus studi ini tidak saja bertujuan untuk mengkaji *discourse* bangkitnya perluasan medis di Indonesia,²⁶ tetapi juga untuk mengkaji bagaimana *discourse* itu mempengaruhi praktik-praktik dan kebijakan-kebijakan medis di Indonesia dewasa ini. Untuk tujuan yang disebutkan terakhir, studi ini fokus pada kasus pengobatan tradisional. Dua tujuan ini merupakan bagian penting untuk mencapai tujuan besar studi ini yaitu untuk memahami politik medis di Indonesia dewasa ini.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, studi ini bertujuan untuk mengkaji proses bangkitnya perluasan medis di Indonesia. Bagaimana proses terjadinya perluasan medis di Indonesia? Mengapa itu terjadi? Dengan kata lain, studi ini mengkaji mengapa dan bagaimana perluasan medis, termasuk kebijakan-kebijakan terkait praktik perluasan medis itu - muncul, berkembang, dan bertahan dalam konteks Indonesia. Sedangkan secara khusus, studi ini bertujuan untuk mengkaji *discourse*, terutama melalui praktik artikulasi, yang memungkinkan bangkitnya perluasan medis di Indonesia. Untuk mencapai tujuan itu, ada empat pertanyaan yang perlu dijawab dalam studi ini, yaitu:

²⁵ Studi-studi dan pendekatan-pendekatan teoritis dalam menganalisis politik dan proses kebijakan Indonesia yang umumnya cenderung didominasi oleh pendekatan kultural, *state*-sentris, ekonomi politik struktural, pluralis, dan oligarki (MacIntyre, 1991; Rosser, 2001; Pepinsky, 2014).

²⁶ Dalam bahasa Marx, studi ini tertarik mempelajari kondisi yang memungkinkan suatu tatanan atau sistem yang sangat tidak rasional dan merusak nilai-nilai kemanusiaan ini muncul, meluas dan bertahan dalam suatu negara bangsa (Hervey, 2018).

Pertama, bagaimana elemen-elemen diskursif utama perluasan medis di Indonesia antara tahun 2010-2020? Pertanyaan ini tidak saja untuk memberi jawaban deskriptif tentang elemen-elemen diskursif utama perluasan medis Indonesia dalam dekade terakhir. Sebaliknya, jawaban atas pertanyaan ini juga menjadi dasar dalam memahami perluasan medis dalam menjawab pertanyaan selanjutnya.

Kedua, bagaimana wacana aktor atau kelompok aktor penting dalam wilayah medis atas elemen-elemen diskursif utama perluasan medis itu? Ada tiga kelompok aktor yang menjadi perhatian di sini, yaitu: dokter, industri medis, dan pemerintah. Ketiga aktor ini merupakan merupakan aktor utama dalam wilayah medis di Indonesia setidaknya dalam dua dekade terakhir.

Ketiga, apa dan bagaimana logika diskursif yang memungkinkan perluasan medis itu muncul, berkembang dan bertahan dalam masyarakat Indonesia kontemporer? Fokusnya di sini ialah pada logika diskursif yang memungkinkan wacana aktor-aktor atau kelompok-kelompok aktor itu atas elemen-elemen diskursif utama perluasan medis yang ditemukan sebelumnya. Jawaban atas pertanyaan ini diperoleh dari analisis hubungan dari elemen-elemen diskursif dari wacana aktor atau kelompok aktor itu atas elemen-elemen diskursif utama perluasan medis yang ada. Analisis hubungan diskursif ini utamanya didasarkan pada teori *discourse* dari Laclau dan Mouffe yang uraikan pada bab dua.

Keempat, bagaimana logika diskursif tersebut dikonstruksi? Secara spesifik pertanyaan yang menjadi perhatian di sini yaitu: bagaimana konstruksi politik dan ideologi yang bekerja di balik logika diskursif utama yang memungkinkan perluasan medis di Indonesia? Jawaban atas pertanyaan ini diperoleh dari analisis konstruksi

politik dan ideologi yang bekerja di balik diskursif utama perluasan medis di Indonesia. Secara khusus jawaban atas pertanyaan ini didasarkan pada teori *discourse* Laclau dan Mouffe.

Di samping itu, studi ini juga bertujuan memahami pengaruh logika diskursif itu pada praktik atau kebijakan di bidang medis. Bagian ini merupakan respons atas studi-studi dan pendekatan-pendekatan teoritis dalam menganalisis politik atau kebijakan Indonesia yang umumnya cenderung didominasi oleh pendekatan kultural seperti dalam teori *bureaucratic polity*, pendekatan *state*-sentris, ekonomi politik struktural, pluralis, dan oligarki (MacIntyre, 1991; Rosser, 2001; Pepinsky, 2014). Dari pada fokus pada otonomi negara, bisnis, kekuatan struktural, kultural, pluralis dan oligarki sebagai kekuatan utama yang mendorong munculnya suatu kebijakan, studi ini fokus pada *discourse*, terutama melalui praktik artikulasi. Dengan demikian, studi ini berargumen bahwa selama *discourse* tidak berubah, meskipun rezim politik mengalami perubahan, arah kebijakan tidak akan mengalami perubahan. Perubahan rezim politik baik skala besar seperti dari Orde Baru ke reformasi maupun perubahan kepala negara atau aktor-aktor kunci di bidang medis hanya sedikit mempengaruhi suatu kebijakan selama *discourse*-nya tidak berubah. Untuk tujuan terakhir ini, studi ini fokus pada kasus pengobatan tradisional yang dinilai mempunyai relasi yang erat dengan fenomena perluasan medis. Secara spesifik pertanyaannya yaitu: Bagaimana logika diskursif itu mempengaruhi proses kebijakan pengobatan tradisional di Indonesia?

1.3. Tujuan Penelitian

Tujuan sentral studi ini ialah untuk mengeksplorasi proses bangkitnya perluasan medis di Indonesia dalam tujuan untuk memahami politik medis di Indonesia. Secara khusus, studi ini bertujuan mencapai beberapa hal, yaitu: *Pertama*, studi ini bertujuan mengidentifikasi dan mendeskripsikan elemen-elemen diskursif utama perluasan medis di Indonesia antara tahun 2010-2020. *Kedua*, studi ini bertujuan untuk memahami wacana aktor atau kelompok aktor penting dalam wilayah medis atas elemen-elemen diskursif utama perluasan medis itu. *Ketiga*, studi ini bertujuan untuk mengidentifikasi logika diskursif yang memungkinkan wacana aktor-aktor medis itu. *Keempat*, studi ini bertujuan untuk mengeksplorasi konstruksi dari logika diskursif itu. *Kelima*, studi ini bertujuan untuk mengeksplorasi pengaruh logika diskursif itu pada proses kebijakan pengobatan tradisional di Indonesia.

1.4. Manfaat Penelitian

Dari tujuan di atas, studi ini pada dasarnya tidak saja menyumbangkan pemikiran dalam kajian politik medis, terutama politik perluasan medis, tetapi juga menyumbangkan pemikiran dalam kajian atau studi politik atau proses kebijakan di Indonesia. Dalam kaitannya dengan politik medis, terdapat beberapa manfaat dari studi ini. *Pertama*, studi ini memperkaya studi-studi politik medis, terutama melalui konsep *discourse*. Konsep ini sangat penting dalam membantu para peneliti yang ingin mempelajari fenomena atau kecenderungan sosial di wilayah medis, terutama terkait kemunculan, perkembangan dan eksistensi atau keberadaannya, baik dalam konteks global, negara, maupun lokal. *Kedua*, studi ini memperkaya studi politik medis yang masih sangat terbatas jumlahnya, terutama di Indonesia. Besar harapan

melalui studi ini semakin banyak ilmuwan sosial dan politik, terutama di Indonesia, yang tertarik mempelajari isu politik wilayah medis di Indonesia. Ini sangat penting menjadi perhatian karena masih terdapat banyak isu-isu medis di Indonesia yang perlu dibongkar secara politik di tengah berbagai masalah medis di Indonesia saat ini. Di samping itu, studi ini juga menawarkan cara baru dalam melihat isu medis dalam perspektif politik. Selama ini wilayah ini cenderung dilihat terbatas pada perspektif sosiologi - terutama dalam perspektif fungsionalisme – dan perspektif antropologi.

Sementara itu, dalam kaitannya dengan studi politik atau proses kebijakan, studi ini penting dalam memperkaya studi-studi politik atau proses kebijakan di Indonesia yang selama ini kurang memberi perhatian pada isu medis. Di samping itu, studi ini memperkaya studi-studi dan pendekatan-pendekatan teoritis dalam mempelajari politik atau proses kebijakan Indonesia. Dari pada fokus pada otonomi negara, bisnis, kekuatan struktural, pluralis dan oligarki sebagai kekuatan utama yang mendorong muncul dan berubahnya kebijakan di Indonesia, studi ini fokus pada *discourse*, terutama melalui praktik artikulasi. Fokus ini sangat relevan dengan temuan-temuan dalam studi politik Indonesia pasca Orde Baru, terutama dalam perspektif struktural dan oligarki, di mana ditemukan bahwa perubahan rezim politik, aktor politik tidak merubah arah kebijakan. Di samping itu, studi ini juga merespon diskusi yang diadakan oleh pakar politik yang mempelajari Indonesia di akhir tahun 2012 yang kemudian laporannya diterbitkan dengan judul “*Beyond Oligarchy: Wealth, Power, and Contemporary Indonesian Politics*” (Ford & Pepinsky, 2014) di mana dalam laporan tersebut para peneliti mendorong dikembangkannya perspektif-perspektif teoritis lain di luar perspektif oligarki dalam analisis politik Indonesia.

Dengan fokus pada *discourse* studi ini menawarkan pendekatan baru dalam mempelajari isu politik atau kebijakan Indonesia di mana secara spesifik fokus pada kondisi yang memungkinkan suatu fenomena politik atau kebijakan muncul bukan pada aspek kepentingan. Dalam bahasa Laclau dan Mouffe pendekatan teoritis ini fokus pada level ontologis bukan pada level ontical.

Secara praktis, studi ini diharapkan dapat membongkar pandangan umum di masyarakat yang terus-menerus meyakini bahwa wilayah medis merupakan wilayah yang sama sekali bersih atau bebas dari politik, objektif, bebas nilai, sepenuhnya ditujukan untuk kebermanfaatan terutama kesehatan publik. Studi ini meyakini bahwa pandangan itu hanya akan menghalangi dan menutup pemikiran kritis atas praktik-praktik politik dalam wilayah medis yang terjadi selama ini. Di samping itu, studi ini diharapkan dapat menyadarkan kita bahwa berbagai masalah medis yang ada saat ini - seperti masalah asuransi kesehatan dan *health inequality* – tidak sekedar dilihat sebagai masalah organisasi, institusi, korupsi dan lain-lain, tetapi harus dilihat dalam kaitannya dengan politik medis, terutama perluasan medis.

Sedangkan secara politis, penggunaan teori *discourse* dari Laclau dan Mouffe tidak hanya mampu menawarkan penjelasan tentang bagaimana tatanan muncul, bertahan tetapi juga memberikan suatu strategi bagaimana perubahan sosial terjadi. Sebagaimana diketahui bahwa wacana di bidang medis sangat monoton di mana tidak terdapat wacana tandingan yang cukup berpengaruh terhadap wacana medis dominan. Ini berbeda dengan isu di bidang lain seperti lingkungan, feminis, pertambangan yang telah mampu melahirkan wacana tandingan bahkan gerakan-gerakan sosial di beberapa bidang tersebut cukup berpengaruh. Dalam konteks

Indonesia, studi ini diharapkan mampu menumbuhkan pemikiran kritis dan wacana tandingan bahkan melahirkan gerakan-gerakan sosial yang peduli pada masalah medis yang saat ini orientasinya cenderung semakin jauh dari tujuan kesehatan publik. Penyingkapan yang politik dan mengangkat kembali kekuatan yang telah dikeluarkan penting untuk mendobrak tatanan medis saat ini yang didominasi oleh nilai-nilai neoliberal dan dibajak oleh kekuatan kapital. Menurut Mouffe bahwa *“another world is possible”* bahwa selalu terdapat alternatif lain yang telah dikeluarkan dalam suatu tatanan sosial atau kebijakan dan itu dapat diaktualisasikan demi peradaan kemanusiaan yang lebih baik (Mouffe, 2013). Akhirnya, studi ini diharapkan mampu menyumbangkan pemikiran kritis yang dapat menjadi dorongan bagi pengembangan kebijakan-kebijakan, terutama di bidang medis yang tidak hanya berkeadilan tetapi juga berorientasi pada kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan.