



Etnomedicine Dalam Pendidikan Kedokteran Komunitas: Kerangka Konseptual Dan Implikasinya Bagi Praktik Klinis Di Indonesia

I Komang Wirajaya

Fakultas Kedokteran, Universitas Mahasarawati Denpasar, Bali, Indonesia

*Penulis Korespondensi: komangwirajaya@unmas.ac.id

Received: 04/08/2026 | Accepted: 07/09/2026 | Publication: 05/10/2026

Abstract: Indonesia exhibits a high degree of medical pluralism: the majority of its population uses more than one healing system concurrently, whether biomedical or traditional. Despite this, ethnomedicine competence has not become a core component of medical education curricula in most institutions. This article aims to construct a conceptual framework of ethnomedicine for community medicine education in Indonesia and to formulate its implications for clinical practice. A narrative review method was employed, drawing on scientific literature, regulations, and policy documents published predominantly between 2013 and 2025, with emphasis on Scopus/PubMed-indexed publications and official Indonesian regulations. The review identifies four interrelated conceptual pillars: (1) the theoretical framework of explanatory models of illness and the three-sector model of medical pluralism; (2) the diversity of Indonesian ethnomedical systems, which remain empirically and extensively utilized, including among populations with chronic disease; (3) models of biomedical-traditional interaction spanning an integration-parallel-conflict spectrum, with a consistently identified policy implementation gap; and (4) cultural competence, which bridges patients' explanatory models with physicians' biomedical approaches. Social determinants of health further explain why ethnomedicine functions as a structural adaptive response rather than merely a cultural preference, particularly in regions with high access disparities. This article recommends the longitudinal integration of ethnomedicine into community medicine curricula, supported by experiential field-based learning models and structured cultural-competence assessment, as a strategic step to strengthen the readiness of Indonesian physicians to engage with the plurality of health systems their patients hold.

Keywords: Ethnomedicine; Community Medicine; Cultural Competence; Medical Pluralism; Medical Education.



Copyright © 2026, The Author(s).

This is an open-access article under the CC-BY-SA license.

How to Cite:

PENDAHULUAN

Indonesia merupakan negara dengan lebih dari 300 kelompok etnis dan 730 kelompok bahasa yang tersebar di 17.744 pulau, sebuah keragaman geografis dan kultural yang menghadirkan tantangan tersendiri bagi sistem kesehatan nasional (Agustina et al., 2019). Di tengah keragaman tersebut, praktik pengobatan tradisional tetap menjadi bagian substansial perilaku kesehatan masyarakat. Data survei nasional berbasis Indonesia Family Life Survey menunjukkan bahwa 24,4% responden pernah menggunakan praktisi dan/atau pengobatan tradisional dalam empat minggu terakhir (Pengpid & Peltzer, 2018), sementara studi pada populasi pasien penyakit kronis

menemukan 27,1% di antaranya tetap menggunakan pengobatan tradisional bersamaan dengan terapi biomedis, dengan proporsi tertinggi pada pasien kanker (43,9%) dan gangguan hati (38,3%) (Pradipta et al., 2023). Fenomena ini dikenal sebagai pluralisme medis—penggunaan lebih dari satu sistem pengobatan secara simultan atau sekuensial oleh individu maupun rumah tangga yang sama.

Realitas pluralisme medis ini berimplikasi langsung pada praktik klinis. Dokter yang tidak memahami kerangka penjelasan penyakit yang dianut pasiennya berisiko menghadapi ketidakpatuhan terapi, keterlambatan pencarian pertolongan medis, atau komunikasi klinis yang gagal membangun kepercayaan (Kleinman et al., 1978). Meskipun demikian, kajian atas kurikulum kedokteran di berbagai negara berkembang, termasuk Indonesia, secara konsisten menunjukkan bahwa kompetensi etnomedicine dan kompetensi budaya belum menjadi bagian inti pendidikan kedokteran, melainkan cenderung diposisikan sebagai materi tambahan yang terpisah dari kompetensi klinis utama (Nasri et al., 2025).

Kesenjangan ini menghadirkan urgensi akademik yang jelas: diperlukan kerangka konseptual yang dapat menyatukan pemahaman lintas disiplin—antropologi medis, farmakologi, kebijakan kesehatan, dan etika klinis—ke dalam satu kerangka yang aplikatif bagi pendidikan dan praktik kedokteran komunitas. Sejumlah kajian telah membahas dimensi tunggal etnomedicine secara terpisah, misalnya kajian etnobotani tanaman obat Indonesia (Rahmat et al., 2021), kajian regulasi pelayanan kesehatan tradisional (Peraturan Pemerintah Nomor 103 Tahun 2014), atau kajian kompetensi budaya dalam pendidikan kedokteran secara umum (Betancourt et al., 2003). Namun, integrasi menyeluruh antara dimensi teoretis, empiris, regulatif, dan pendidikan ke dalam satu kerangka konseptual yang koheren bagi konteks Indonesia masih jarang ditemukan dalam literatur.

Berdasarkan kesenjangan tersebut, artikel ini bertujuan (1) menyusun kerangka konseptual etnomedicine yang mengintegrasikan dimensi teoretis, empiris, regulatif, dan pendidikan bagi konteks kedokteran komunitas Indonesia, dan (2) merumuskan implikasinya bagi praktik klinis dan pengembangan kurikulum pendidikan kedokteran. Artikel ini diharapkan memberikan kontribusi konseptual bagi pengembangan materi ajar, penelitian lanjutan, dan perumusan kebijakan pendidikan kedokteran yang lebih responsif terhadap realitas pluralisme medis di Indonesia.

METODE

Artikel ini disusun menggunakan metode tinjauan naratif (narrative review), yang dipilih karena tujuan artikel adalah menyintesis literatur lintas disiplin (antropologi medis, farmakologi, kebijakan kesehatan, pendidikan kedokteran) ke dalam kerangka konseptual yang koheren, alih-alih menjawab satu pertanyaan penelitian tunggal yang lebih sesuai didekati melalui tinjauan sistematis. Penelusuran literatur dilakukan melalui basis data Scopus, PubMed, dan Google Scholar, menggunakan kombinasi kata kunci "ethnomedicine", "medical pluralism", "explanatory model of illness", "cultural competence", "traditional medicine Indonesia", dan padanan istilah dalam Bahasa Indonesia. Penelusuran regulasi dilakukan melalui basis data resmi peraturan perundang-undangan Indonesia (Peraturan.bpk.go.id, JDIH Kementerian Kesehatan) serta situs resmi Organisasi Kesehatan Dunia (World Health Organization).

Kriteria inklusi mencakup: (1) artikel jurnal terindeks Scopus/PubMed atau publikasi resmi organisasi internasional/pemerintah; (2) diterbitkan terutama pada rentang 2013-2025, dengan pengecualian bagi teori klasik yang menjadi rujukan seminal (mis. Kleinman, 1980; Fabrega, 1975); dan (3) relevan langsung dengan salah satu dari empat pilar konseptual yang menjadi fokus artikel ini (teori antropologi medis, sistem etnomedis Indonesia, model interaksi biomedis-tradisional, dan kompetensi budaya/pendidikan kedokteran). Kriteria eksklusi mencakup sumber tanpa proses tinjauan sejawat yang jelas dan sumber yang detail bibliografinya tidak dapat diverifikasi. Sintesis literatur dilakukan secara tematik, mengorganisasikan temuan ke dalam empat pilar konseptual yang

saling berkaitan, sebagaimana diuraikan pada bagian Hasil dan Pembahasan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Konsep dan Ruang Lingkup Etnomedicine

Etnomedicine, sebagaimana diajukan pertama kali secara konseptual oleh Fabrega (1975), merujuk pada kajian sistematis mengenai keyakinan, pengetahuan, dan praktik kesehatan yang berkembang di dalam suatu komunitas, mencakup cara komunitas tersebut mengklasifikasikan penyakit, menjelaskan penyebabnya, dan menentukan cara penanganannya. Definisi ini penting dibedakan dari istilah yang sering dipertukarkan secara keliru: pengobatan tradisional merujuk pada praktik dan produk kesehatan yang diwariskan turun-temurun (World Health Organization, 2025b), sedangkan etnomedicine adalah bidang kajian yang mempelajari pengobatan tradisional tersebut beserta konteks kognitif dan sosialnya. Dengan kata lain, etnomedicine berkedudukan sebagai kerangka analitis, bukan sekadar sinonim bagi "pengobatan alternatif".

Ruang lingkup etnomedicine mencakup empat aras kajian yang saling berkaitan: aras kognitif (bagaimana penyebab penyakit dikonseptualisasikan), aras praktik (tindakan konkret yang diambil ketika sakit), aras institusional (struktur sosial peran penyembuh), dan aras kebijakan (regulasi dan integrasi ke sistem kesehatan formal). Keempat aras ini menjadi fondasi bagi pilar-pilar konseptual berikutnya yang diuraikan pada bagian selanjutnya.

Kerangka Teoretis: Model Penjelasan Penyakit dan Pluralisme Medis

Kontribusi teoretis paling berpengaruh dalam kajian etnomedicine berasal dari konsep model penjelasan penyakit (explanatory model of illness) yang dirumuskan Kleinman, Eisenberg, dan Good (1978). Model ini menjelaskan bahwa setiap pihak yang terlibat dalam episode sakit—pasien, keluarga, maupun tenaga kesehatan—memiliki kerangka pemahaman tersendiri mengenai etiologi, waktu dan cara munculnya gejala, patofisiologi, perjalanan penyakit, serta pengobatan yang dianggap sesuai. Ketegangan klinis yang sering muncul dalam konsultasi medis dapat dipahami sebagai pertemuan antara model penjelasan biomedis dokter dan model penjelasan etnomedis pasien. Secara historis, sistem etnomedis cenderung menggabungkan dua orientasi kausal: naturalistik, yang menekankan ketidakseimbangan unsur alamiah tubuh, dan personalistik, yang menempatkan agen manusia atau kekuatan gaib sebagai penyebab penderitaan (Foster & Anderson, 1978).

Untuk memetakan pluralisme medis secara operasional, Kleinman (1980) mengajukan model tiga sektor sistem kesehatan: sektor populer (perawatan diri/keluarga), sektor folk (penyembuh non-profesional yang diakui komunitas), dan sektor profesional (praktisi yang terorganisasi formal, mencakup biomedis maupun sistem tradisional terprofesionalisasi). Ketiga sektor ini tidak berdiri terpisah; pasien bergerak aktif di antara ketiganya sepanjang episode sakit, sebuah pola yang secara konsisten teramati pada tinjauan naratif perilaku mencari pengobatan di Indonesia (Widayanti et al., 2020). Kajian tersebut menemukan bahwa jalur pencarian pertolongan kesehatan masyarakat Indonesia jarang bersifat langsung menuju fasilitas biomedis formal, melainkan melibatkan tahapan bertahap yang dapat dijelaskan Model Perilaku Andersen—kombinasi faktor predisposisi (keyakinan, budaya), faktor pemungkin (akses, biaya, jaminan kesehatan), dan faktor kebutuhan (Andersen, 1995).

Sistem Etnomedis Nusantara: Keragaman dan Pemanfaatan Empiris

Indonesia memiliki keragaman sistem etnomedis yang terdokumentasi secara akademik pada berbagai kelompok etnis. Di Bali, sistem usuda—terekam dalam sekitar sembilan puluh empat naskah lontar—memadukan penjelasan berbasis kuasa sekala (alamiah) dan niskala (gaib), dipraktikkan oleh balian dengan beberapa jalur perolehan keahlian (Muderawan et al., 2020). Di kalangan masyarakat Batak, datu berperan ganda sebagai tabib dan pemimpin spiritual, dengan pengetahuan yang secara historis diwariskan melalui naskah pustaha (Rahmadani et al., 2025). Di Kalimantan

Tengah, battra dan peramu suku Dayak Bakumpai dan Ngaju memanfaatkan sekitar enam puluh spesies tumbuhan obat, meski menghadapi tantangan regenerasi pengetahuan pada generasi muda (Lestariningsih et al., 2023). Tinjauan meta-etnografi terhadap lima belas studi kualitatif lintas-etnis di Indonesia mengonfirmasi pola bersama ini, mengidentifikasi tiga metafora utama konsep sakit—"tidak mampu bergerak seperti biasa", "akibat hal gaib", dan "karena melanggar pantangan"—yang secara langsung mencerminkan dualitas naturalistik-personalistik (Laksono et al., 2020).

Signifikansi etnomedicine bagi praktik klinis tidak semata bersifat historis-kultural, melainkan memiliki relevansi epidemiologis nyata. Sebagaimana disinggung pada bagian Pendahuluan, proporsi penggunaan pengobatan tradisional pendamping justru tertinggi pada kondisi kronis yang paling sering ditangani layanan primer (Pradipta et al., 2023), menegaskan bahwa anamnesis komprehensif yang menggali riwayat penggunaan pengobatan tradisional—dan bukan sekadar riwayat pengobatan biomedis—merupakan kebutuhan klinis, bukan sekadar wawasan budaya pelengkap.

Model Interaksi Biomedis-Pengobatan Tradisional

Interaksi antara sistem biomedis dan pengobatan tradisional dapat dipetakan pada spektrum tiga model generik: integrasi (kedua sistem bekerja sama terkoordinasi), paralel (kedua sistem berjalan berdampingan tanpa koordinasi maupun konflik terbuka), dan konflik (kedua sistem saling menegasikan, berisiko merugikan keselamatan pasien). Kerangka konseptual terbaru Organisasi Kesehatan Dunia memperinci spektrum ini menjadi empat model berdasarkan dua dimensi—sentralisasi dan unifikasi kelembagaan: people-led, practitioner-led, coordinated, dan blended (World Health Organization, 2025a).

Preseden empiris di Indonesia menunjukkan bahwa model integrasi bertahap cenderung lebih berhasil dibandingkan pendekatan pelarangan total. Kajian historis kebijakan kemitraan bidan-dukun bayi menunjukkan bahwa pendekatan penggantian total yang pernah diupayakan pemerintah kolonial tidak berhasil, sementara kemitraan bertahap sejak program bidan di desa (1989) terbukti lebih berkelanjutan (Janti, 2021). Sebaliknya, studi kasus implementasi layanan akupunktur medik di Indonesia menemukan bahwa dari 203 dokter yang dilatih pemerintah pada periode 2013-2018, hanya 35% yang berhasil membuka layanan pascapelatihan, akibat hambatan pembiayaan, birokrasi kredensial, dan keterbatasan pengembangan kompetensi berkelanjutan (Aprilla, 2020)—sebuah ilustrasi bahwa kebijakan integrasi yang baik di atas kertas tidak serta-merta terimplementasi tanpa dukungan sistemik pada tingkat fasilitas kesehatan.

Pada sisi lain spektrum, model konflik dapat menimbulkan konsekuensi kesehatan masyarakat yang serius. Kasus fatwa vaksin campak-rubela (MR) di Indonesia pada 2018, ketika interpretasi lokal terhadap fatwa kehalalan vaksin menurunkan cakupan imunisasi dari 95% menjadi 68% antarfase kampanye (Rochmyaningsih, 2018), mengilustrasikan bahwa otoritas normatif-religius dapat menjadi determinan kuat keputusan kesehatan kolektif, menuntut pelibatan tokoh agama sejak tahap perencanaan program kesehatan masyarakat, bukan sebagai respons reaktif.

Kompetensi Budaya sebagai Jembatan Klinis

Kompetensi budaya (cultural competence), sebagaimana dirumuskan Betancourt, Green, Carrillo, dan Ananeh-Firempong (2003), adalah kemampuan sistem kesehatan menyediakan layanan yang responsif terhadap kebutuhan budaya dan bahasa pasien pada tiga tingkatan: organisasional, struktural, dan klinis. Konsep ini kemudian dikoreksi dan dilengkapi oleh gagasan kerendahan hati budaya (cultural humility) dari Tervalon dan Murray-García (1998), yang menekankan bahwa penguasaan pengetahuan budaya tidak boleh menyiratkan titik akhir yang telah "tuntas dikuasai", melainkan komitmen refleksi diri kritis yang berlangsung seumur hidup. Sintesis kedua konsep ini—kompetensi budaya yang rendah hati—menuntut dokter membekali diri dengan pengetahuan struktural mengenai pola budaya umum, sekaligus menerapkannya dengan sikap yang menempatkan pasien individual sebagai sumber informasi utama mengenai keyakinannya sendiri.



Penerapan konkret kompetensi budaya dalam konteks Indonesia perlu memperhitungkan sejumlah elemen khas, termasuk nilai gotong royong sebagai sumber dukungan kolektif, keterlibatan keluarga besar dalam pengambilan keputusan kesehatan, dan integrasi nilai spiritual-religius (Cipta et al., 2024). Instrumen praktis yang dapat digunakan mencakup delapan pertanyaan terstruktur Kleinman untuk menggali model penjelasan penyakit pasien secara sistematis (Kleinman et al., 1978), serta kerangka komunikasi klinis lintas budaya empat tahap—eksplorasi, pemahaman, penjelasan, negosiasi—yang menyeimbangkan penghormatan preferensi budaya pasien dengan keselamatan klinis.

Determinan Sosial Kesehatan dan Kesenjangan Struktural

Kerangka determinan sosial kesehatan Komisi WHO (Solar & Irwin, 2010) membedakan determinan struktural (posisi sosioekonomi) dari determinan antara (kondisi material, sistem kesehatan) yang menjadi jalur nyata memengaruhi pilihan pengobatan. Kerangka ini penting untuk menghindari kekeliruan menafsirkan tingginya pemanfaatan etnomedicine di suatu wilayah semata sebagai preferensi budaya. Tinjauan sistem kesehatan Indonesia menunjukkan disparitas nyata distribusi tenaga kesehatan terlatih antarwilayah—misalnya jumlah bidan terlatih yang jauh lebih rendah di Papua dibandingkan Bali dan Jawa, berkorelasi dengan cakupan kunjungan antenatal yang lebih rendah (Agustina et al., 2019)—sementara kajian kondisi fasilitas primer di wilayah tertinggal menemukan kombinasi masalah struktural: akses jalan buruk, jam operasional terbatas, dan kekurangan tenaga kesehatan (Soewondo et al., 2019).

Dalam konteks kesenjangan struktural semacam ini, etnomedicine berfungsi sebagai respons adaptif rasional, bukan penolakan terhadap biomedis. Battrra dan peramu tumbuhan obat mengisi kekosongan layanan kesehatan primer yang riil di wilayah dengan akses biomedis terbatas, dan tingginya angka persalinan yang secara historis ditangani dukun bayi sebagian besar dijelaskan oleh ketiadaan bidan yang dapat diakses tepat waktu, bukan semata penolakan biomedis (Janti, 2021). Implikasinya, intervensi kesehatan masyarakat yang semata berfokus mengubah "keyakinan budaya" tanpa disertai perbaikan determinan struktural—infrastruktur, distribusi tenaga kesehatan, pembiayaan rujukan darurat—berisiko gagal mengubah pola perilaku kesehatan secara substansial.

Kerangka Regulasi dan Implikasi bagi Pendidikan Kedokteran

Kerangka regulasi Indonesia mengenai pelayanan kesehatan tradisional bergerak dari Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan sebagai payung hukum, diturunkan melalui Peraturan Pemerintah Nomor 103 Tahun 2014 yang menetapkan tiga jenis pelayanan kesehatan tradisional (empiris, komplementer, integrasi), serta dijabarkan lebih rinci melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 15 Tahun 2018 dan Nomor 37 Tahun 2017. Standardisasi mutu produk obat tradisional diatur terpisah melalui Peraturan BPOM Nomor 32 Tahun 2019 yang diperbarui Peraturan BPOM Nomor 29 Tahun 2023. Kerangka nasional ini secara struktural sejalan dengan arah WHO Global Traditional Medicine Strategy 2025-2034 (Wong et al., 2025; World Health Organization, 2025b), namun sebagaimana diuraikan pada bagian sebelumnya, implementasinya di lapangan konsisten menghadapi kesenjangan yang signifikan antara desain kebijakan dan realitas pelaksanaan.

Momentum kebijakan terkini memperkuat urgensi integrasi etnomedicine ke pendidikan kedokteran. Pengakuan UNESCO atas Budaya Sehat Jamu sebagai Warisan Budaya Takbenda Dunia pada 2023 (UNESCO, 2023) dan adopsi WIPO Treaty on Intellectual Property, Genetic Resources and Associated Traditional Knowledge pada 2024—yang telah ditandatangani Indonesia dan mewajibkan pengungkapan asal sumber daya genetik/pengetahuan tradisional dalam permohonan paten (World Intellectual Property Organization, 2024)—menegaskan bahwa etnomedicine kini memperoleh pengakuan formal baik sebagai warisan budaya maupun kekayaan intelektual yang dilindungi hukum.

Berdasarkan sintesis keempat pilar konseptual di atas, artikel ini merumuskan tiga implikasi

utama bagi pendidikan kedokteran komunitas di Indonesia. Pertama, integrasi longitudinal: kompetensi etnomedicine perlu ditunen secara konsisten sepanjang jenjang pendidikan—preklinik awal (fondasi konseptual), blok kedokteran komunitas (metodologi pengkajian komunitas), dan kepaniteraan klinik (aplikasi reflektif dalam anamnesis)—alih-alih diposisikan sebagai modul tersendiri yang terpisah dari kompetensi klinis inti. Kedua, pembelajaran berbasis pengalaman lapangan: model seperti Ethnographic Learning Circle, yang mentransformasikan pengalaman lapangan mahasiswa menjadi aset kurikuler melalui refleksi kolektif terstruktur, terbukti meningkatkan keterlibatan dan kebermaknaan belajar dibandingkan pendekatan kuliah konvensional semata (Nasri et al., 2025). Ketiga, asesmen kompetensi budaya yang terstruktur: mengingat kompetensi reflektif dan budaya secara inheren lebih sulit diukur dibandingkan kompetensi biomedis konvensional, portofolio refleksi, OSCE dengan skenario lintas budaya, dan penilaian berbasis proyek kolaboratif dengan komunitas merupakan instrumen asesmen yang lebih sesuai dibandingkan ujian pilihan ganda konvensional.

KESIMPULAN

Artikel ini menyusun kerangka konseptual etnomedicine bagi pendidikan kedokteran komunitas di Indonesia melalui sintesis empat pilar yang saling berkaitan: kerangka teoretis model penjelasan penyakit dan pluralisme medis tiga sektor; keragaman sistem etnomedis Nusantara yang secara empiris tetap dimanfaatkan luas, termasuk pada populasi penyakit kronis; model interaksi biomedis-tradisional yang bergerak pada spektrum integrasi-paralel-konflik dengan kesenjangan implementasi kebijakan yang konsisten teridentifikasi; serta kompetensi budaya yang menjembatani model penjelasan pasien dengan pendekatan biomedis dokter. Determinan sosial kesehatan menjelaskan bahwa pemanfaatan etnomedicine, khususnya di wilayah dengan kesenjangan akses tinggi, lebih tepat dipahami sebagai respons adaptif struktural dibandingkan semata preferensi budaya—sebuah pembacaan yang penting bagi perancangan intervensi kesehatan masyarakat yang tepat sasaran.

Implikasi utama bagi pendidikan kedokteran adalah kebutuhan integrasi etnomedicine secara longitudinal ke dalam kurikulum, didukung model pembelajaran berbasis pengalaman lapangan dan instrumen asesmen kompetensi budaya yang terstruktur. Penelitian lanjutan diperlukan untuk mengevaluasi secara empiris efektivitas berbagai model integrasi kurikulum tersebut pada konteks institusi pendidikan kedokteran Indonesia yang beragam, serta untuk memperkuat basis bukti klinis bagi tanaman obat dan sistem etnomedis Nusantara yang hingga kini masih didominasi bukti tingkat praklinik. Keterbatasan artikel ini, sebagai tinjauan naratif, adalah tidak diterapkannya protokol pencarian dan penilaian kualitas literatur sistematis tinjauan sistematis; penelitian selanjutnya yang berminat memperdalam salah satu pilar konseptual secara spesifik disarankan mempertimbangkan pendekatan tinjauan sistematis atau meta-sintesis kualitatif.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, R., Dartanto, T., Sitompul, R., Susiloretni, K. A., Suparmi, Achadi, E. L., Taher, A., Wirawan, F., Sungkar, S., Sudarmono, P., Shankar, A. H., & Thabrany, H. (2019). Universal health coverage in Indonesia: Concept, progress, and challenges. *The Lancet*, 393(10166), 75–102. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31647-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31647-7)
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1–10.
- Aprilla, G. G. (2020). Studi kasus pengembangan pelayanan kesehatan akupuntur di RSUD Tebet Provinsi DKI Jakarta pasca pelatihan. *Jurnal JUMANTIK*, 5(2), 158–174.
- Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Ananeh-Firempong, O. (2003). Defining cultural



- competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports*, 118(4), 293–302.
- Cipta, D. A., Andoko, D., Theja, A., Utama, A. V. E., Hendrik, H., William, D. G., Reina, N., Handoko, M. T., & Lumbuun, N. (2024). Culturally sensitive patient-centered healthcare: A focus on health behavior modification in low and middle-income nations—insights from Indonesia. *Frontiers in Medicine*, 11, Article 1353037. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1353037>
- Fabrega, H., Jr. (1975). The need for an ethnomedical science. *Science*, 189(4207), 969–975. <https://doi.org/10.1126/science.1220008>
- Foster, G. M., & Anderson, B. G. (1978). *Medical anthropology*. John Wiley & Sons.
- Janti, N. (2021). Midwives and Dukun Beranak, the choices for handling childbirth. *Lembaran Sejarah*. <https://doi.org/10.22146/lembaran-sejarah.66957>
- Kleinman, A. (1980). Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. University of California Press.
- Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (1978). Culture, illness, and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 88(2), 251–258. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-88-2-251>
- Laksono, A. D., et al. (2020). The concept of illness among ethnic groups in Indonesia: A meta-ethnographic study. *Systematic Reviews in Pharmacy*, 11(9), 590–596.
- Lestariningsih, N., Jalil, M., Ayatusa'adah, & Nirmalasari, R. (2023). Ethnomedicine exploration of medicinal plants in Dayak Bakumpai and Ngaju tribes, Central Kalimantan, Indonesia. *Biodiversitas*, 24(2), 1163–1174. <https://doi.org/10.13057/biodiv/d240257>
- Muderawan, I. M., Budiawan, I. M., Giri, M. K. W., & Atmaja, I. N. B. (2020). Usada: The ethnomedicine of Balinese society. *International Journal of Ayurvedic and Herbal Medicine*, 10(6), 3893–3905. <https://doi.org/10.31142/ijahm/v10i6.04>
- Nasri, N., Jamaludin, K. A., & Nasri, N. M. (2025). Using Ethnographic Learning Circle (ELC) to transform Funds of Knowledge (FoK) into curricular assets in medical education. *Perspectives on Medical Education*. <https://doi.org/10.5334/pme.2073>
- Pengpid, S., & Peltzer, K. (2018). Utilization of traditional and complementary medicine in Indonesia: Results of a national survey in 2014–15. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 33, 156–163. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.10.006>
- Peraturan Badan Pengawas Obat dan Makanan Nomor 29 Tahun 2023 tentang Persyaratan Keamanan dan Mutu Obat Bahan Alam.
- Peraturan Badan Pengawas Obat dan Makanan Nomor 32 Tahun 2019 tentang Persyaratan Keamanan dan Mutu Obat Tradisional.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2018 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Tradisional.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 37 Tahun 2017 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional Integrasi.
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 103 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional.
- Pradipta, I. S., Aprilio, K., Febriyanti, R. M., Ningsih, Y. F., Pratama, M. A. A., Indradi, R. B., Gatera, V. A., Alfian, S. D., Iskandarsyah, A., & Abdulah, R. (2023). Traditional medicine users in a treated chronic disease population: A cross-sectional study in Indonesia. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 23, Article 120. <https://doi.org/10.1186/s12906-023-03947-4>
- Rahmadani, D., Harianti, C., Hasanah, N., Arsyah, D. E. S., Zahrah, N., Puspitawati, N. K. A., Sari, K. S., Joshevina, I., Filicia, H. A., Asia, N. D., Brigita, V., & Ahmad, I. (2025). Ethnomedicine study on the use of medicinal plants in Batak ethnic communities. *Jurnal Riseta Soshum*, 2(1), 7–17.

- <https://doi.org/10.70392/jrs.v2i1.0717>
- Rahmat, E., Lee, J., & Kang, Y. (2021). Javanese turmeric (*Curcuma xanthorrhiza* Roxb.): Ethnobotany, phytochemistry, biotechnology, and pharmacological activities. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2021, Article 9960813. <https://doi.org/10.1155/2021/9960813>
- Rochmyaningsih, D. (2018). Indonesian fatwa causes immunization rates to drop. *Science*, 362(6415), 628–629. <https://doi.org/10.1126/science.362.6415.628>
- Soewondo, P., Johar, M., Pujisubekti, R., Halimah, H., & Irawati, D. O. (2019). Kondisi kesehatan masyarakat yang bermukim di daerah tertinggal: Kasus dari Bengkulu, Sulawesi Selatan, dan Nusa Tenggara Timur. *Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*, 29.
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health (Social Determinants of Health Discussion Paper 2). World Health Organization.
- Tervalon, M., & Murray-García, J. (1998). Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 9(2), 117–125. <https://doi.org/10.1353/hpu.2010.0233>
- UNESCO. (2023). Jamu wellness culture. Intangible Cultural Heritage Lists. <https://ich.unesco.org/en/RL/jamu-wellness-culture-01972>
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.
- Widayanti, A. W., Green, J. A., Heydon, S., & Norris, P. (2020). Health-seeking behavior of people in Indonesia: A narrative review. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 10(1), 6–15. <https://doi.org/10.2991/jegh.k.200102.001>
- Wong, Y. M. A., Ahn, S., Bana, A., Dua, P. K., Eggers, R., Kuruvilla, S., Li, Y., Liu, Q., Shen, Y., & Kim, S. (2025). Policy implications of WHO's Global traditional medicine strategy 2025–2034. *Bulletin of the World Health Organization*. <https://doi.org/10.2471/BLT.25.293414>
- World Health Organization. (2025a). Integration of traditional, complementary and integrative medicine into health systems: Conceptual framework. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110397>
- World Health Organization. (2025b). WHO global traditional medicine strategy 2025–2034. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240113176>
- World Intellectual Property Organization (WIPO). (2024). WIPO Treaty on Intellectual Property, Genetic Resources and Associated Traditional Knowledge. Adopted at Geneva on May 24, 2024. <https://www.wipo.int/wipolex/en/text/593055>