

## *summary*

The *introduction* presents the three prepositions for this study:

1. Medical work, especially in developing countries, has an important anthropological aspect. The progress of health programmes based on sound medical considerations, sometimes encountered unexpected difficulties or even ended in failure because one had not taken into account the culture or the people assisted.
2. Integrated rural health is the most useful form of medical work in developing countries. This has a twofold meaning. In the health programme there must be a balance between basic research, curative and preventive care, health education and environmental sanitation. Moreover such a project can only be successful if the expansion of the medical work keeps pace with the administrative, political, economic and educational development.
3. For a sound evaluation of a health project, one has to consider, besides the favourable results, the motives for starting, the expansion and changing the programme, the shortcomings and failures of the health work and the relationship between medical activities and general developmental schemes.

The case study of this book is a health project in the Asmat region in West New Guinea. It has two features which form a unique combination in the world: from the very start the programme was aimed at an integrated health project. Secondly, until 1954 the head-hunting Asmat people, served by the health work, lived in a stone age region, untouched by the western world.

*Chapter one* describes the historical contacts of medical and social science with today's developing countries, resulting in a new inter-discipline between cultural anthropology and medicine: medical anthropology. The review of the literature on medical anthropology first presents case studies, then general theoretical viewpoints. The task of the social scientists in the health setting is described.

*Chapter two* depicts the Asmat region and its peoples as the geographical and ethnological setting of the case study. Sago as the staple food and the head-hunting ritual represent important values in the Asmat culture. The hygienic and medical conceptions are considered in their cultural contexts.

*Chapter three* describes the contacts of the outside world with the Asmat region and the Asmat people. Political and economic consideration often outweighed the interests of the population. The chapter concludes with an outline of the administrative framework of the health project.

*Chapter four* is the case study of the introduction of integrated rural health in the Asmat region. From 1954 until 1956 basic medical surveys supplied the necessary information which enabled a plan to be devised for the future health work. Much attention was paid to preventive medical work. The attitude of the administration towards the population was balancing between a negative and a positive approach. Between 1956 and 1958 a mass campaign for the control of yaws curtailed the major health problem of the region, whilst a small curative service was organised in addition.

Between 1958 and 1962 the Asmat was an independent medical district and the medical activities were carried out to their fullest extent as integrated rural health. The first year the work met with a varying measure of success due to points of difference between the policies of the administration and the health workers. During the last three years the health work expanded most favourably in close relation to the general development projects. Examples are given according to this last mentioned context.

In the *social-economic development* a better housing programme was of interest for a future malaria control campaign. The targets set could not be reached through lack of sufficient control, whereas medical disadvantages: a greater risk of bronchial infections, gradually became clear.

Experiences in establishing village health centres illustrate the difference between the conceptions held by the administration and the health authorities about medical work. Although the nutritional condition of the Asmat people was fairly good, the members of some villages or age groups suffered some shortage of food as a result of the new conditions. As a consequence of the social-economic development, much attention was paid to diseases which originally did not prevail in the Asmat.

The *pacification*, the opposition to head-hunting customs, implicated *mental health problems*. The consequences of intervention by the administration after a head-hunting raid are described. In another instance many adult men could not find a girl to marry. The undermining of the established authorities as a result of the new conditions sharply outlined the question what approaches western medicine had to make towards the Asmat medical practices. Ambiguity in the attitude of the western incomers, had many bearings as a mental health problem.

For the *medical-technical development* the policy in the building programme of a new hospital demonstrates the attempt to place the health work as much as possible in the midst of the Asmat people. A proposal to introduce payments for curative help for educational reasons, could not be realised. The outcome of six years of yaws campaigns suggests that good results can be reached only when such preventive work is done in harmony with the over-all development. Mother and child health care was launched before enough information had been collected concerning this subject. After four years the results were rather disappointing. The health education work tried to find new ways. A mere didactic approach did not meet with great success, quite simple techniques gave promise of better results.

An over-all example of a whooping-cough epidemic illustrates the fact how apart from medical and cultural arguments, motivations from the field of general development contributed to the decision not to start an immunization campaign. Finally the chapter summarizes the medical situation in 1962.

*Chapter five* assesses the health work described in chapter four. Both the western and the Asmat points of view have to be considered.

For the evaluation from the western point of view a medical-technical and a medical-anthropological approach are used. The last method tries to find out how far Asmat cultural values were considered in the western health work.

In the medical-technical approach both the cost and the speed of the Asmat programme

were rather unusual factors. Many examples from various countries suggest that midwifery can be performed best by autochthonous healers at home. This might well have been a better guideline for the Asmat project than the motives for the work actually carried out. Political arguments for the organisation of a yaws campaign are rather disapproved. The pyramid system for curative and preventive health work is a type of organization much appreciated all over the world. In the Asmat this system proved to be most useful too. Major attention is paid to preventive medicine, this is the most positive point in the medical technical evaluation. Preventive medicine is also looked upon as an attempt to prevent the importation of diseases which originally did not prevail in the region.

From a medical-anthropological point of view the absence of adequate cultural studies before and during the implementation of the health work was an important negative factor in the evaluation. In the better housing programme attention was not paid to the semi-nomadic way of life of the Asmat people. Failure of the payment scheme could be attributed to negligence in not ascertaining the Asmat conceptions concerning the position of the western incomers.

Some arithmetical yardsticks are proposed to measure evaluations from the Asmat people's point of view. This method however proved to be rather unsatisfactory. Our search for the opinions and feelings of the Asmat people concerning the western health work did not reveal enough information for an allround evaluation. Probably the Asmat people had rather ambiguous views about it.

An example is offered to show how cultural factors explain the ambivalent attitude of the Asmat people towards injections. The treatment of some patients who had been diagnosed as suffering from black magic can be accredited as a positive appreciation of the western health work by the Asmat people.

*Chapter six* offers some reflections about medical anthropology. For practical field purposes a short list enumerates the friction points and pitfalls in the health projects reviewed.

A memorandum may enable one to detect some of the cultural factors in non-western countries, which have a direct bearing on western health work. For future theoretical research in medical anthropology, a method is proposed for analysing the cultural intake of both the western medical practitioner and his patient at their meeting. Part of the doctor's intake can be formulated according to the classical six divisions of

anamnesis, examination, diagnosis, prognosis, treatment and epicrisis. It is the task of the western doctor to trace his culturally determined elements in accordance with these six stages. Based on this theoretical concept, a more rational approach may be possible in the future in the meeting of western doctor and non-western culture. It is even suggested that a similar theoretical approach may enable an analysis of culturally determined elements to be made in the field of preventive medicine.

*Chapter seven* gives some theoretical reflections about health programmes in developing countries. Paternalistic trends are diagnosed and placed opposite the requirements of free choice by the people.

Intercultural assisting programmes ultimately do not depend on medical, political, economic or even cultural factors; it is Man himself in his totality who has to take the responsibility and make decisions. Ethical considerations are the main decisive factors. Intercultural health programmes are true inter-human meetings.

## *samenvatting*

De drie uitgangspunten voor deze studie worden in de *inleiding* uiteengezet.

1. Het medische werk in ontwikkelingslanden heeft een belangrijk antropologisch aspect. Sommige gezondheidsprogramma's resulteerden niet in het verwachte succes omdat onvoldoende rekening was gehouden met de cultuur van de betreffende bevolking.
2. Het medische werk in ontwikkelingslanden komt het beste tot zijn recht indien het uitgevoerd wordt als geïntegreerde gezondheidszorg. In het medische vlak dienen curatieve en preventieve geneeskunde, gezondheidsopvoeding, opleiding en algemene hygienische maatregelen in een harmonische verhouding tot elkaar te staan. Daarnaast zal het geneeskundige werk gelijke tred moeten houden met de economische, culturele en politieke ontwikkeling.
3. Voor een juist inzicht in het effect van medisch werk in ontwikkelingslanden kan men niet alleen afgaan op de eindresultaten, maar dient men ook de motieven te verdisconteren welke ten grondslag lagen aan de opzet, de ontplooiing en de wijzigingen in het gezondheidsprogramma. Bovendien is het nuttig, indien fouten in het medische werk geanalyseerd worden en de samenhang van de geneeskundige activiteiten met de algemene ontwikkelingsprojecten duidelijk gemaakt wordt.

Het gezondheidsprogramma in het Asmat-gebied op voormalig Nederlands Nieuw-Guinea, het huidige Indonesische Irian Barat, had twee kenmerken waarvan de com-

binatie uniek bleek op de wereld en daardoor de beschrijving ervan rechtvaardigde: het was van het begin af aan opgezet als een geïntegreerd gezondheidsproject en het diende een bevolkingsgroep die tot 1954 praktisch nog geen aanraking had gehad met de buitenwereld. De koppensnellende Asmatters leefden tot dan toe praktisch nog geheel in het stenen tijdperk.

*Hoofdstuk een* beschrijft de geschiedenis van het contact van de medische en de sociale wetenschap met de huidige ontwikkelingslanden. Hieruit ontstond een jonge discipline: medische anthropologie, welke de geneeskunde beschouwt als deel van een cultuur. Een literatuuroverzicht illustreert deze conceptie met voorbeelden van gezondheidsprojecten in ontwikkelingslanden waar de moeilijkheden hun oorsprong vonden in verwaarlozing van culturele factoren. Vanuit dezelfde conceptie worden enige theoretische gezichtspunten belicht. De rol, die de beoefenaar van de sociale wetenschappen, de cultureel anthropoloog in het bijzonder, kan vervullen bij de uitvoering van medische programma's wordt nader aangeduid.

*Hoofdstuk twee* beschrijft het Asmat-gebied en zijn bewoners als geographisch en ethnologisch decor van de eigen veld studie. De rol van de sago als hoofdvoedsel en het koppensnellenritueel zijn belangrijke cultuurelementen van de semi-nomadische Asmat bevolking. De relatie van de hygiënische en medische opvattingen hiermede wordt uitgewerkt.

*Hoofdstuk drie* vermeldt de historische contacten van de westerse wereld met het Asmat gebied. Politieke en economische interessen domineerden vaak over een directe belangstelling voor de bevolking. De administratieve constellatie, waarin het gezondheidswerk zich na 1954 ging afspelen, wordt in hoofdlijnen geschetst.

*Hoofdstuk vier* beschrijft de motieven voor- en het feitelijke proces van de introductie van geïntegreerde gezondheidszorg in het Asmat gebied.

Van 1954 tot 1956 werden er elementaire medische verkenningen verricht, resulterend in een werkprogram waarin de nadruk werd gelegd op de preventieve geneeskunde. De bestuurlijke bevolkingspolitiek was wisselend negatief en positief ingesteld.

Tussen 1956 en 1958 drongen framboesiacampagnes de belangrijkste volksziekte sterk terug en werd begonnen met een eenvoudige curatieve hulpverlening. Van 1958 tot 1962 kan pas goed gesproken worden van een geïntegreerde gezondheidszorg, omdat het Asmatgebied nu een zelfstandige medische eenheid was geworden. Het eerste jaar waren de resultaten wisselend door een diversiteit tussen bestuurspolitiek en medisch beleid. Tussen de jaren 1959 en 1962 neemt het gezondheidswerk in nauwe samenhang met de algemene ontwikkelingsactiviteiten zijn grote vlucht. Gebaseerd op deze relatie worden medische voorbeelden besproken.

Als onderdeel van de *sociaal-economische ontwikkeling* was een huizenverbeteringsprogram van belang voor een toekomstig malaria bestrijdingsproject. Het gestelde doel werd niet bereikt door gebrek aan toezicht, terwijl medische nadelen, met name grotere kans op luchtweginfecties, geleidelijk aan duidelijk werden. De ervaringen bij het oprichten van buitenpoliklinieken illustreren het verschil tussen bestuursvisie en medische visie op het gezondheidswerk. Alhoewel de voedingstoestand van de Asmatters in het algemeen goed was, leverde de nieuwe ontwikkelingspolitiek voedingsproblemen op voor bepaalde dorpen of leeftijdsgroepen. De sociaal-economische ontwikkeling bracht met zich mee, dat veel aandacht besteed diende te worden aan oorspronkelijk niet in de Asmat vóórkomende ziekten.

De problematiek van de *geestelijke gezondheidszorg* in relatie met de *pacificatie* wordt verduidelijkt met een beschrijving van de gevolgen van plotseling bestuursingrijpen na een snelpartij. De pacificatie verminderde de huwelijkskansen van de mannen in enkele kleinere dorpen. De autoriteitscrisis als gevolg van de nieuwe tijd had consequenties voor de samenwerking tussen de westerse arts en de Asmatgeneeskundigen. Tweeslachtigheid in de houding van de westerse wereld in de Asmat was als geestelijk gezondheidsprobleem op tal van plaatsen van invloed op het medische werk.

In de *medisch-technische ontwikkeling* is de bouwpolitiek van het ziekenhuis een voorbeeld van verschil in inzicht omtrent de vraag hoe het best aansluiting gezocht kon worden bij de leefwijze van de bevolking. Een voorstel om betaling in te voeren voor geneeskundige hulp als educatieve factor voor het verwerven van appreciatie voor de westerse geneeskunde, kon niet gerealiseerd worden. In de sector van de preventieve geneeskunde suggereren de cijfers van zes jaar framboesibestrijding dat goede resultaten alleen bereikt kunnen worden indien dit werk geschiedt in nauwe samenhang met de algemene ontwikkelingstendenzen. De zorg voor moeder en kind werd gepropageerd zonder dat voldoende basisgegevens voorhanden waren.

De resultaten na vier jaar waren teleurstellend. Gezondheidsvoorlichting zocht naar voor het gebied geëigende wegen. Een docerende methodiek werd een mislukking, zeer eenvoudige technieken gaven meer hoopvolle resultaten.

Tot slot wordt een voorbeeld gegeven hoe bij een kinkhoest-epidemie argumenten van medisch-technische, culturele en beleidspolitieke aard er voor pleitten géén vaccinatiecampagne te entameren.

Het hoofdstuk eindigt met een overzicht van de bereikte toestand in 1962.

*Hoofdstuk vijf* geeft een oordeel over het gezondheidswerk in de Asmat, zoals beschreven in hoofdstuk vier. Hierbij dient én het westerse én het Asmat standpunt tot zijn recht te komen.

Het westerse standpunt kan niet alleen medisch-technisch zijn, maar dient ook medisch-anthropologische maatstaven aan te leggen, dat wil zeggen, de vraag onder ogen te zien hoe het medische werk de Asmatcultuur waardeerde.

Voor de medisch-technische beoordeling zijn de snelheid en de rijkdom van het medische werk ongebruikelijke factoren. De zorg voor moeder en kind blijkt op veel plaatsen ter wereld het beste door autochthone geneeskundigen gedaan te kunnen worden. Dit had voor de Asmat een betere richtlijn kunnen zijn, dan de motieven voor het in feite gevoerde beleid. Politieke redenen voor het organiseren van een framboesiacampagne worden niet hoog gewaardeerd. Het pyramidesysteem voor curatieve en preventieve gezondheidszorg wordt mondiaal gunstig gewaardeerd en voldeed ook in de Asmat goed. De nadruk die gelegd werd op de preventieve geneeskunde, dit tevens gezien als preventie van de import van voor het gebied vreemde ziekten, is de meest positieve waardering in de medisch-technische beoordeling.

Vanuit medisch-anthropologisch standpunt bezien is het ontbreken van voldoende cultureel-gericht onderzoek vóór en tijdens de realisatie van het gezondheidsprogramma de belangrijkste negatieve factor in het waardeoordeel. Het huizenverbeteringsprogramma hield geen rekening met de Asmat voorkeur voor een seminomadische levenswijze. Het mislukken van het betalingsstelsel voor curatieve hulp berustte grotendeels op het niet herkennen van de Asmatvisie op de komst van de westerse immigranten.

Voor een waardeoordeel van de Asmatbevolking over het westerse gezondheidswerk worden enige nieuwe rekenkundige benaderingen aangegeven, maar als geheel is

deze methodiek onbevredigend. Een peiling in de gedachtenwereld van de Asmaters levert onvoldoende gegevens op voor een afgerond beeld.

Waarschijnlijk ondervond het westerse gezondheidswerk vaak slechts een tweeslachtige waardering. Het voorbeeld van de ambivalente houding van de bevolking ten opzichte van injecties traceert hiervoor argumenten uit de Asmat cultuur. Slechts de behandeling van patienten met de *diagnose zwarte toverij* kan vrij zeker als een positief punt aangemerkt worden voor de westerse geneeskunde in de ogen van de bewoners van de Asmat.

*Hoofdstuk zes* bevat beschouwingen over de ontwikkeling van de medische antropologie.

Voor praktisch gebruik wordt een samenvatting gegeven van al die punten uit beschreven gezondheidsprojecten, welke in het verleden moeilijkheden opleverden. Een memorandum werd gecompileerd voor het opsporen van cultuurelementen, welke direct van invloed zijn voor het gezondheidswerk in niet-westerse culturen.

Voor een theoretische fundering van de medische antropologie wordt voorgesteld de cultureel-bepaalde inbreng van arts en patient in hun ontmoeting te analyseren. Een gedeelte van de inbreng van de westerse arts kan geformuleerd worden in de klassieke zes-deling: anamnese, onderzoek, diagnose, prognose, behandeling en nabesouwing. Het is de taak van de westerse arts in deze zes stadia de cultureel-bepaalde praeposities op te sporen. Op deze theoretische basis kan in toekomstige situaties een rationelere benadering van de problemen in de ontmoeting westerse arts – niet westerse cultuur nagestreefd worden. Een suggestie wordt gegeven, dat deze theoretische benaderingswijze ook van nut zou kunnen zijn voor een bestudering van de cultureel bepaalde elementen op het terrein der preventieve geneeskunde.

*Hoofdstuk zeven* beschouwt enkele fundamentele problemen van gezondheidsprogramma's in ontwikkelingslanden.

Paternalistische tendenzen worden opgespoord en geplaatst tegenover de voorwaarde van de vrije keuze van de bevolking. Gesteld wordt dat interculturele gezondheidsprogramma's uiteindelijk niet bepaald worden door medische, politieke, financiële of zelfs culturele factoren, maar dat het de mens zelf in zijn totaliteit is die de verantwoordelijkheid moet nemen en dragen. Ethische problemen geven de doorslag. Interculturele gezondheidsprogramma's zijn echte intermenselijke ontmoetingen.

Didalam *pendahuluan* dikupas tiga pokok uraian ini.

1. Pekerdjaan kedokteran *dinegara-negara berkembang* mempunyai sudut antropologis yang penting. Beberapa rentjana akan memelihara kesehatan tidak membawa hasil baik yang diharap sebab peradaban rakjat yang berkepentingan kurang diperhatikan.
2. Pekerdjaan kedokteran dinegara-negara berkembang membawa kepada hasil yang terbaik djika pekerdjaan itu diusahakan sebagai pemeliharaan kesehatan yang tiada terpisah dari usaha yang lain.  
Dilingkungan pekerdjaan kedokteran maka ilmu kesehatan akan menjembuhkan orang (pemeliharaan kesehatan aktif) dan ilmu kesehatan akan mentjegahkan penjakit (pemeliharaan kesehatan pentjegahan), pendidikan untuk memelihara kesehatan, pendidikan umum dan tindakan umum akan memelihara kebersihan harus seimbangan satu dengan yang lain.  
Disamping itu usaha pemeliharaan kesehatan harus dilaksanakan bersama-sama dengan segala kemajuan dilingkungan ekonomi, kebudayaan dan politik.
3. Untuk mendapat penglihatan benar dari dajaguna usaha pemeliharaan kesehatan dinegara-negara berkembang djangan orang hanja tindjau hasilnja melainkan harus memperhitungkan pula segala alasan yang berdasarkan rentjana, madjunja pelaksanaan dan segala perubahan rentjana pemeliharaan kesehatan itu.  
Lagi pula ada gunanja djika segala kesalahan dalam pekerdjaan pemeliharaan kesehatan dikupas dan perhubungan diantara segala usaha kesehatan ini dan segala pembangunan unum diterangkan.

Rentjana pemeliharaan kesehatan di daerah Asmat di Nederlands Nieuw-Guinea yang dulu, sekarang Irian Barat Indonesia, mempunyai dua tanda yang kombinasinya tidak ada bandingnya di dunia dan sebab itu baiklah diuraikan disini:

dari permulaannya rentjana tersebut dimaksud sebagai suatu rentjana yang harus dikerdjakan bersama-sama dengan segala usaha lain dan rentjana ini bertujuan kepentingan suatu golongan rakyat yang sampai pada tahun 1954 hampir belum ada hubungan dengan dunia luar. Sampai pada waktu itu pengajau Asmat sedang hidup dimasa batu.

*Bab yang pertama* menggambarkan permulaan dan seterusnya perhubungan ilmu kedokteran dan ilmu sosial dengan negara-negara berkembang yang sekarang ini. Dari perhubungan ini timbul suatu ketertiban baru: Antropologi – kedokteran (ilmu bangsa-kedokteran), yang memandang ilmu kedokteran sebagai suatu bagian dari kebudayaan atau peradaban rakyat. Suatu daftar kepustakaan menerangkan pemandangan ini dengan tjontoh<sup>2</sup> berbagai rentjana memelihara kesehatan dinegara-negara berkembang dimana terdjadi kesukaran<sup>2</sup> oleh karena orang kurang memperhatikan faktor-faktor peradaban.

Dari pemandangan inipun diterangkan beberapa mata pandangan teoretis. Pun diterangkan apa yang dapat dikerdjakan oleh yang berkerdja dibidang ilmu sosial, terutama seorang antropolog kebudayaan (ahli ilmu bangsa kebudayaan), yang ikut berkerdja dalam rentjana pemeliharaan kesehatan.

*Bab kedua* menggambarkan daerah Asmat dan penduduknya yang berupa dekor setjara geografis dan etnologis dibidang peladjaran seorang dokter dalam praktek. Sago sebagai makanan yang terpenting dan upatjara mengajau memegang peranan yang besar dalam peradaban orang Asmat yang biasanya berpindah-pindah tempat. Diterangkan lebih lanjut perhubungan diantara peradaban ini dan anggapan keber-sihannya dan kedokterannya.

*Bab ketiga* menerangkan sedjarah perhubungan dunia barat dengan daerah Asmat. Atjap kali lebih dari pada perhatian untuk kebutuhan rakyat maka kepentingan politik dan perekonomian diutamakan. Dalam garis besar digambarkan susunan dan kedudukan pemerintahan dalam lingkungan mana pekerdjaan kedokteran dapat dilaksanakan sesudah tahun 1954.

*Bab keempat* menggambarkan segala alasan untuk menjelenggerakan usaha memelihara kesehatan sebagai suatu usaha yang tiada terpisah dari usaha yang lain. Pun menggambarkan permulaan atau pembukaan usaha tersebut di daerah Asmat. Dari tahun 1954 sampai dengan tahun 1956 telah diadakan pemeriksaan<sup>2</sup> kedokteran pendahuluan. Atas dasar hasil pemeriksaan ini disusun suatu rentjana kerdja dalam rentjana mana usaha pemeliharaan kesehatan akan mentjegahkan penyakit diutamakan. Politik pemerintahan berganti-gantian dalam hal ini berupa nafi dan isbat.

Diantara tahun 1956 dan 1958 didjalankan beberapa usaha mentjegahkan penyakit rakyat yang utama, ialah penyakit framboesia (penyakit patek) dan pada waktu itu dilaksanakan pula usaha sederhana untuk menjembuhkan orang.

Baru mulai dari pada tahun 1958 sampai dengan tahun 1962 boleh dikata telah dilaksanakan pemeliharaan kesehatan yang tiada terpisah suatu dari yang lain sebab daerah Asmat sudah mendjadi kesatuan kedokteran tersendiri.

Tahun pertama tertjapailah hasil berganti-gantian oleh sebab politik pemerintahan bertentangan dengan kebidjaksanaan kedokteran. Diantara tahun 1959 dan tahun 1962 pemeliharaan kesehatan amat diperluaskan seimbang dan berhubungan dengan usaha pembangunan umum. Atas dasar hubungan ini dikupas berbagai tjontoh kedokteran.

Dalam lapangan pembangunan sosial-ekonomis disusun rentjana untuk memperbaiki perumahan. Tujuan usaha ini tidak tertjapai sebab kurang pengawasan – lagi pula lama kelamaan timbul kerugian kedokteran seperti kemungkinan akan pendjangkitan kerongkongan. Apa yang terdjadi waktu didirikan poliklinik<sup>2</sup> diluar kota menggambarkan pendirian pemerintah dan pendirian kedokteran (dinas kesehatan) berhubung dengan usaha pemeliharaan kesehatan.

Meskipun adanya makanan untuk orang Asmat biasanya tjukup, politik pembangunan baru membawa kesukaran makanan bagi beberapa kampung yang tertentu atau beberapa golongan umur yang tertentu.

Berhubung dengan kemajuan sosial-ekonomis pun harus diberikan perhatian besar akan segala penyakit yang pada mulanya tidak terdapat di daerah Asmat.

Segala kesukaran akan pemeliharaan kesehatan djiwa berhubung dengan usaha perdamaian tjara pembangunan diterangkan pula dengan suatu tjontoh yang menguraikan tindakan pemerintah sesudah terdjadi pengajauan. Usaha perdamaian dari pihak pemerintah mengurangkan kemungkinan akan nikah bagi pemuda<sup>2</sup> di beberapa kampung ketjil. Akibat djaman baru timbullah kesukaran dibidang kekuasaan dan kesu-

karan itu terdjadi pula dilapangan kerdjasama diantara dokter barat dan dukun Asmat.

Keadaan bertentangan pada fihak kuasa barat didaerah Asmat membawa kesukaran kesehatan djiwa dibanjak tempat dan dari sendirinja membawa pengaruhnja dalam usaha kedokteran.

Dilapangan perkembangan teknik kedokteran politik membangun rumah sakit berupa suatu tjontoh dari pendirian jang bertentangan, ialah mengenai tjara bagaimana sebaik mungkin bisa mendapat hubungan (landjutan) dengan tjara hidup rakjat. Suatu andjuran supaja rakjat membajar pertolongan jang diberikan kepadanya, dengan maksud supaja mereka menghargai bantuan ilmu kedokteran barat, tidak dapat dilaksanakan.

Dilingkungan pemeliharaan kesehatan untuk mentjegahkan penjakit patek maka angka<sup>2</sup> mengenai usaha pemeliharaan itu selama enam tahun mengandjurkan bahwa usaha itu hanja membawa hasil baik djika usaha tersebut dapat dilaksanakan dalam hubungan erat dengan tudjuan perkembangan umum.

Pemeliharaan ibu dan anak dimadjukan sebelum dikumpul tjukup keterangan jang perlu. Sehabis empat tahun hasil mengetjewan orang. Djawatan penerangan kesehatan didaerah tersebut memeriksa djalan mana dapat dipakai. Suatu pelaksanaan setjara mengadjar gagal. Tjontoh<sup>2</sup> jang amat sederhana membawa hasil jang tambah pengharapan. Pada penghabisan diberi tjontoh bahwa pada suatu waba penjakit batuk redjan tidak dilakukan penjuntikan atas dasar alasan<sup>2</sup> teknik kedokteran, peradaban rakjat dan kebidjaksanaan pemerintah.

Bab ini pada penghabisannja memuat tindjauan keadaan jang tertjapai dalam tahun 1962.

*Bab kelima* memberi ichtiar atas usaha pemeliharaan kesehatan didaerah Asmat jang diuraikan dalam bab 4. Dalam hal ini pendirian barat pun pendirian Asmat diperhatikan.

Tidak patut pendirian barat hanja mementingkan sudut teknik kedokteran melainkan harus menghargakan pula kadar ilmu bangsa kedokteran (Antropologi kedokteran), artinya bagaimana peradaban orang Asmat dihargainja.

Ketjepatan dan nilai usaha kedokteran adalah faktor<sup>2</sup> jang tidak biasa dibilang dalam hal ichtiar teknik kedokteran.

Dimana-mana didunia terbukti bahwa usaha pemeliharaan ibu dan anak dapat diselenggarakan sebaik-baiknya oleh ahli-ahli sebangsa.

Pedoman ini untuk Asmatpun lebih baik daripada alasan jang dipakainja tadi. Alasan politik untuk melaksanakan usaha pemberantasan penjakit patek tidak dihargai.

Sistim limas jang dipakai dalam usaha pemeliharaan kesehatan aktif dan usaha pemeliharaan kesehatan pentjegahan dihargai diseluruh dunia, begitupun didaerah Asmat.

Bahwa usaha pemeliharaan kesehatan pentjegahan diutamakan, pun sebagai pentjegahan pemasukan penjakit<sup>2</sup> baru jang belum dikenal didaerah tersebut, berupa penghargaan jang paling positif dalam hal pertimbangan teknik kedokteran. Kalau dipandang dari sudut antropologi kedokteran, faktor jang paling negatif dalam hal penjelenggaraan rentjana pemeliharaan kesehatan adalah bahwa peradaban rakjat kurang diperiksa sebelum dan sewaktu rentjana itu dijalankan.

Dalam hal rentjana pembikinan rumah baru kebiasaan pengembara orang Asmat kurang diperhatikan. Pun rentjana untuk minta pembajaran atas pertolongan dokter gagal sebab pandangan orang Asmat atas kedatangan orang asing kurang dimengerti.

Dimadjukan tjara berhitung akan menetapkan pendirian orang Asmat akan tetapi tjara berhitung tersebut tidak memuaskan. Keterangan<sup>2</sup> jang terdapat mengenai perasaan dan pendirian orang Asmat terhadap usaha pemeliharaan kesehatan tjara barat tidak tjukup untuk mendapat pandangan tentang pendirian mereka setjukupnja. Kebanyakan pendirian orang Asmat jang satu bertentangan dengan pen dirian jang lain. Sebagai tjontoh dimadjukan pendirian orang Asmat mengenai suntik-menjuntik, pendirian mana rupanja berdasar peradaban mereka. Hanja pertolongan tjara barat atas diagnosa "guna-guna" dihargai oleh orang Asmat.

*Bab keenam* berisi pemandangan<sup>2</sup> mengenai antropologi kedokteran. Sebuah ringkasan segala kesukaran jang dialami dalam praktek dimuat pula.

Selanjutnja terdapat sebuah daftar pertanjaan jang dapat dipakai untuk mentjahari segala anasir kebudayaan dan peradaban jang berpengaruh usaha pemeliharaan kesehatan tjara barat.

Untuk menetapkan dasar teoretis antropologi kedokteran dimadjukan tjara bekerdja supaja dapat ditimbang anasir<sup>2</sup> kebudayaan dan peradaban baik dari dokter barat maupun dari si-sakit.

Sebagian anasir<sup>2</sup> jang dibawa oleh dokter barat adalah tjara bekerdjanja, ialah: memeriksa sedjarah penjakit atau perkembangan penjakit, pemeriksaan lebih landjut, diagnosa, prognosa, pengobatan dan pandangan iring.

Adalah tugas dokter barat untuk mentjahari anasir<sup>2</sup> peradabannja dalam enam tingkat bekerdja ini. Atas dasar teoretis ini dapat dilaksanakan pekerdjaan sama jang lebih berguna diantara dokter barat dan peradaban tidak barat dikemudian hari.

Pun diandjurkan bahwa tjara bekerdja ini berguna pula untuk mengupas anasir<sup>2</sup> peradaban dilapangan pemeliharaan kesehatan akan mentjegahkan penjakit.

Dalam *bab ketudjuh* dikupas beberapa masalah pokok dinegara<sup>2</sup> berkembang. Perlakuan tjara bapak diuraikan dan dimadjukan dihadapan sjarat pilihan bebas dari fihak rakjat. Hasil rentjana<sup>2</sup> pemeliharaan kesehatan jang saling beradaban pada achimja tidak tergantung dari pada hal<sup>2</sup> kedokteran, politik, ekonomi maupun kebudayaan atau peradaban, melainkan seorang manusia sendiri harus insjaf akan pertanggungannja dan harus mengambil keputusannja. Masalah<sup>2</sup> kemanusiaan berupa para masalah jang terpenting dan rentjana<sup>2</sup> pemeliharaan kesehatan jang saling beradaban sungguh<sup>2</sup> adalah para pertemuan diantara manusia dan manusia.

## *appendices*

### I. GENERAL POPULATION FIGURES 190

1. villages and census 190
2. cultural groups and census 192
3. population diagram 195
4. vital statistics 196

### II. EFFORTS OF THE DISTRICT HEALTH CENTRE 197

1. curative services 197
2. preventive services 198
3. patrol report 200
4. expenditure 200

### III. THE GEOPATHOLOGICAL PATTERN 201

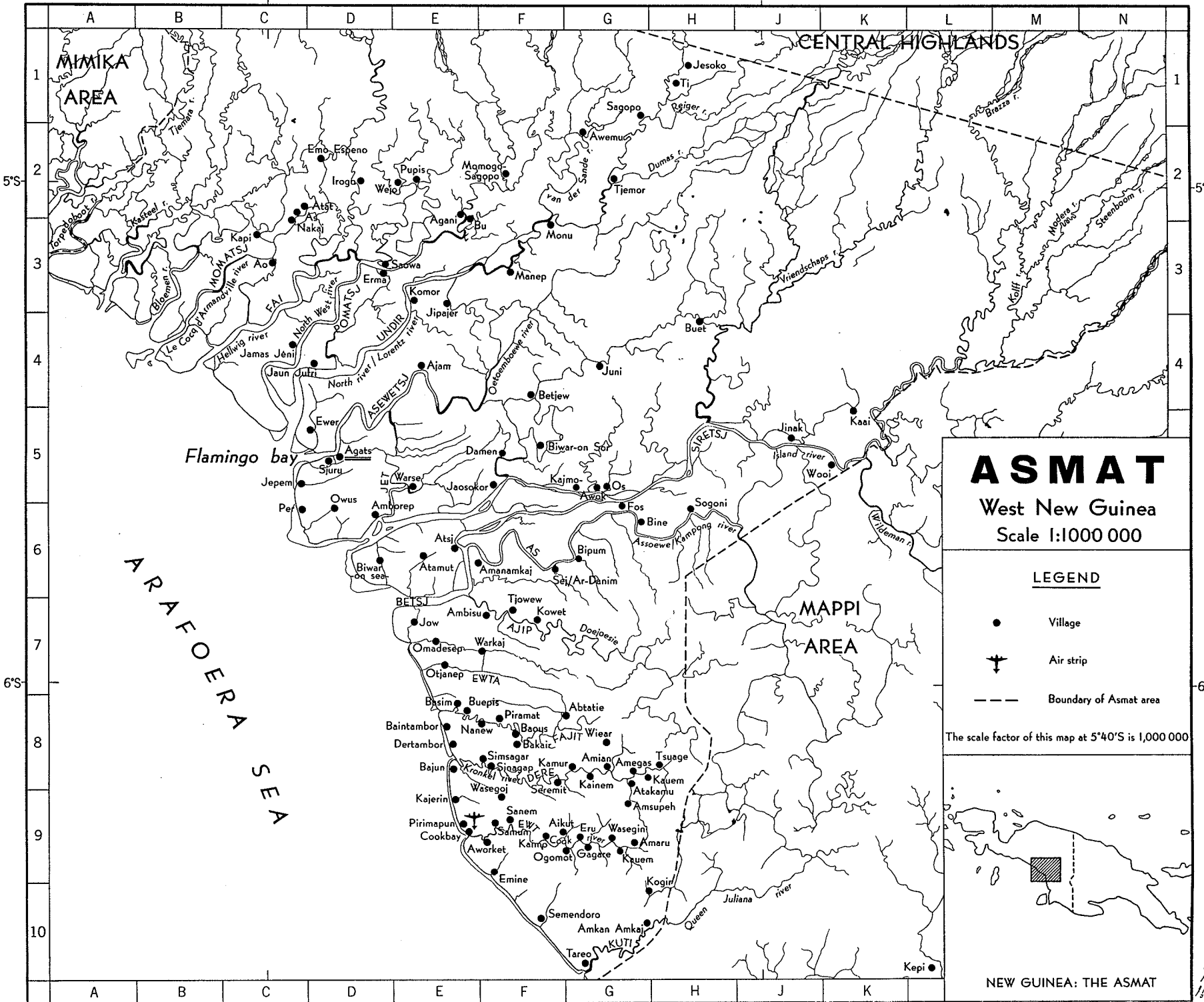
1. malaria 201
2. yaws 202
3. tuberculosis 204
4. miscellaneous: intestinal parasites-blood groups-antibodies 206

### IV. MISCELLANEOUS 207

1. catholic and protestant missions 207
2. economy 208
3. civil administration staff 208
4. medical staff 208

138°E

139°E



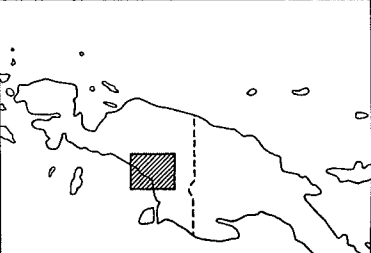
# ASMAT

West New Guinea  
Scale 1:1,000,000

## LEGEND

- Village
- ✈ Air strip
- Boundary of Asmat area

The scale factor of this map at 5°40'S is 1,000,000



NEW GUINEA: THE ASMAT

1/3.5