



Dimensi Sosial Budaya Bagi Keragaman Praktik Perawatan Kesehatan Penderita Malaria Di Topoyo Provinsi Sulawesi Barat

Yahya Kadir

Departemen Antropologi FISIP Universitas Hasanuddin.

Email Corresponden: yahyaunhas@gmail.com

ARTICLE INFO

Keywords:

Sociocultural; variation; practice; health care.

How to cite:

Kadir, Y. (2018). Dimensi Sosial Budaya Bagi Keragaman Praktik Perawatan Kesehatan Penderita Malaria di Topoyo Provinsi Sulawesi Barat. *Etnosia: Jurnal Etnografi Indonesia*, 3(2), 160-183.

DOI:

10.31947/etnosia.v3i2.4154

ABSTRACT

The aim of the research was to describe and get understanding on health care practiced by community members infected or indicated infected by malaria in Topoyo District, Central Mamuju Regency, West Sulawesi Province. Using ethnographic approach, data was obtained through observation and in-depth interview. The study indicates that the community members infected or indicated infected by malaria not only to practice health care in various ways in overcoming malaria but also to mix the elements of treatment techniques derived from scientific medical tradition and local medical tradition. The variety and mixture of the health treatment is conditioned by the assumption that all types of medicines are powerful to cure illnesses. The cure of illnesses is determined by the compatibility of the drug and the blessing of God as the primary cause for the occurrence and cure of illnesses. It is also affected by different understandings, experiences, and information networks on malaria that are accessed by each actor and the attitude to respond illness.

Copyright © 2018 ETNOSIA. All rights reserved.

1. Pendahuluan

Penelitian mengenai perilaku perawatan kesehatan bagi penderita malaria telah banyak dilakukan oleh ilmuwan sosial dan ilmuwan kesehatan masyarakat. Temuan-temuannya menunjukkan bahwa warga masyarakat yang terinfeksi

atau terindikasi terinfeksi malaria¹ umumnya melakukan perawatan sendiri (*self treatment*) atau perawatan kesehatan berlangsung di rumah (*home remedy*) tanpa bantuan praktisi medis terlebih dahulu sebelum ke praktisi medis profesional. Hanya sejumlah terbatas informan yang ketika menunjukkan gejala dini terinfeksi malaria yang langsung ke tempat pelayanan kesehatan profesional untuk mendapatkan perawatan kesehatan. Ada kecenderungan warga masyarakat tidak menggunakan perawatan kesehatan profesional ketika mengalami tanda-tanda dini terinfeksi malaria. Itu terjadi dipengaruhi oleh: (1) pengetahuan dan kepercayaan mengenai simptom dan risiko penyakit malaria. Gejala dini malaria dipandang oleh penderita atau keluarga penderita hanya sebagai demam biasa atau penyakit biasa sehingga upaya penanganannya tidak perlu ke tempat pelayanan kesehatan profesional, cukup dengan beristirahat dan mengonsumsi obat penurun panas; (2) jarak tempat tinggal penderita dengan sumber atau sektor perawatan kesehatan profesional relatif jauh, dan (3) akses jalanan relatif sulit untuk menjangkau sumber perawatan kesehatan profesional. Penderita malaria atau yang terindikasi terinfeksi malaria yang bermukim di wilayah geografis yang jaraknya relatif jauh dan sulit mengakses sumber perawatan kesehatan profesional, cenderung tidak memanfaatkan sektor perawatan kesehatan profesional, baik sebagai pilihan perawatan utama maupun sebagai pilihan perawatan kedua setelah melakukan upaya perawatan sendiri (baca misalnya, Ismoyowati 1999, M. Idrus 2003, Ningsi dan Puryadi 2011, Dachlan dkk. 2012, Ester dkk. 2012, dan Suarni 2014).

Berbeda dengan hasil penelitian Esse dkk. (2008:7) di Cote d'Ivoire, Pantai Gading, Afrika Barat, yakni bahwa aspek ekonomi yang menjadi faktor determinan bagi penderita malaria dalam memilih dan memanfaatkan sumber perawatan kesehatan. Penderita malaria yang mampu membayar biaya perawatan kesehatan cenderung menggunakan sumber perawatan kesehatan profesional; sementara penderita malaria yang tidak mampu membayar biaya perawatan kesehatan profesional cenderung melakukan upaya perawatan kesehatan nonprofesional, meskipun mereka menyadari bahwa perawatan kesehatan profesional lebih manjur dalam menyembuhkan penyakit malaria dibandingkan dengan perawatan kesehatan nonprofesional.

Tampaknya hasil penelitian tersebut sesuai dengan tiga generalisasi empiris mengenai faktor determinan yang memengaruhi tindakan perawatan kesehatan. Ketiga generalisasi empiris yang dimaksud, yakni: pengetahuan berkenaan penyakit spesifik (baca: Fabrega 1975, Lipowsky dkk. 1992),

¹ Terindikasi terinfeksi malaria ialah orang-orang yang mengaku pernah dan sedang menderita sakit dengan gejala menggigil, demam, dan sakit kepala secara berkala tanpa pernah diperiksa darahnya oleh tenaga kesehatan profesional dengan menggunakan mikroskop.

ketersediaan dan aksesibilitas terhadap fasilitas perawatan kesehatan (baca: Snow dkk. 1992), dan biaya perawatan kesehatan (baca: Gould, 1957, Yoder, 1989).

Tidak dipungkiri bahwa hasil-hasil studi tersebut telah memberikan penjelasan yang memadai berkenaan dengan perilaku perawatan kesehatan. Hanya saja untuk konteks penderita penyakit malaria atau terindikasi terinfeksi malaria di Desa Tumbu dan Desa Budong-Budong, Kecamatan Topoyo, tampaknya penjelasan tersebut terlalu umum – kurang spesifik untuk menjelaskan perilaku perawatan kesehatan yang dipraktikkan oleh penderita malaria atau yang terindikasi terinfeksi malaria. Dikatakan demikian karena karakteristik masyarakat yang bermukim di kedua wilayah itu homogen dari sisi latar etnis, sosial ekonomi, dan pendidikan serta tersedia prasarana dan sarana kesehatan profesional untuk perawatan malaria yang dapat diakses secara sama oleh semua anggota masyarakat, dan bahkan tidak dipungut biaya bagi penderita malaria yang memanfaatkan perawatan kesehatan profesional. Namun, anggota masyarakat yang terindikasi terinfeksi malaria memberikan respons yang spesifik dan bervariasi dalam hal praktik perawatan kesehatan.

Fakta itu mengindikasikan bahwa kondisi sosial ekonomi, ketersediaan dan aksesibilitas terhadap sumber (*resource*) perawatan kesehatan profesional bukan merupakan faktor determinan bagi pemanfaatan sektor perawatan kesehatan. Kecuali itu, jika mengacu pada asumsi sejumlah ahli antropologi (kesehatan) bahwa setiap kebudayaan memiliki spesifikasi tersendiri dalam menanggapi penyakit (*illness*)²; dan bahwa spesifikasi tersebut tersusun dalam peta pengetahuan, kepercayaan, dan persepsi yang dibagi bersama (*sharing*) dalam menanggapi penyakit (Wellin 1977:47-50), maka mestinya warga memberikan respons yang relatif sama terhadap malaria. Tapi faktanya warga komunitas melakukan upaya perawatan malaria secara berbervariasi.

Berdasarkan atas fakta tersebut, maka penelitian ini tidak beranjak pada asumsi yang bersifat generik –hanya menggambarkan pola-pola perawatan kesehatan dengan menggunakan pendekatan sistem medis atau sistem perawatan kesehatan sebagai model konseptual untuk menjelaskan perilaku perawatan kesehatan– tetapi berorientasi bagi mengungkap dan menjelaskan perilaku

² Dalam kepustakaan antropologi kesehatan dibedakan antara konsep *illness*, *disease*, dan *sickness*. *Illness* ialah pengalaman tentang simptom dan respons orang awam berkenaan dengan gangguan kesehatan yang dialaminya, khususnya bagaimana mereka menginterpretasikan asal usul dan signifikansi kejadian penyakit, bagaimana efek perilakunya, hubungannya dengan orang lain, dan langkah-langkah yang mereka lakukan untuk menanggulangi situasi tersebut. *Disease* merupakan reinterpretasi terhadap simptom sebagai *pathophysiology* sebagaimana dipahami dari kerangka para praktisi medis profesional. *Sickness* ialah pemahaman tentang simptom dan patologi pada level populasi dalam konteks masyarakat yang lebih luas (Helman, 1986: 65-69).

perawatan kesehatan sebagaimana yang dipraktikkan oleh anggota masyarakat dalam merespons penyakit malaria.

2. Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan etnografi yang berorientasi topik, berfokus pada praktik perawatan kesehatan bagi penderita malaria dan dimensi sosiobudaya yang melatarinya. Penelitian dilakukan di Desa Budong-Budong dan Desa Tumbu di Kecamatan Topoyo, Kabupaten Mamuju Tengah, Propinsi Sulawesi Barat atas dua pertimbangan: pertama, tahun 2012 angka kasus malaria tertinggi di Kabupaten Mamuju Tengah berada di wilayah Kecamatan Topoyo, yaitu sebanyak 99 kasus (BPS Kabupaten Mamuju Tengah 2013); kedua Desa Budong-Budong dan Desa Tumbu selain umumnya dihuni oleh etnik Mamuju dan merupakan penghuni paling awal di Kecamatan Topoyo, juga memiliki latar kehidupan sosial ekonomi, sosial budaya, dan akses yang relatif sama terhadap sumber pelayanan kesehatan profesional. Atas dasar kondisi tersebut maka diasumsikan bahwa warga akan memberikan respon yang sama terhadap malaria. Namun faktanya warga memberikan respon yang bervariasi dalam hal perawatan malaria.

Informan penelitian meliputi: (1) warga atau anggota keluarga warga yang pernah atau sedang menderita penyakit malaria atau terindikasi terinfeksi malaria³, dan (2) Informan dari kalangan warga yang pernah atau sedang menderita malaria yang melakukan perawatan sendiri dan yang menggunakan jasa praktisi medis tradisional ditentukan melalui teknik bola salju (*snowball*). Teknik itu digunakan karena yang bersangkutan tidak memiliki catatan medis (*medical record*) sebagaimana halnya penderita malaria yang mendapatkan perawatan kesehatan di sektor pelayanan kesehatan profesional, sehingga tidak diketahui sebelumnya tentang siapa-siapa di antara warga yang pernah atau sedang menderita penyakit yang terindikasi terinfeksi malaria dan melakukan perawatan sendiri serta menggunakan jasa praktisi medis tradisional. Berbeda halnya dengan informan dari kalangan pasien atau keluarga pasien yang pernah atau sedang menderita penyakit malaria yang mendapatkan perawatan di sektor pelayanan kesehatan profesional ditentukan secara sengaja (*purposive*). Prosesnya dimulai dengan meminta kepada petugas kesehatan di Poskesdes dan Puskesmas mengenai identitas pasien, termasuk asal desa tempat tinggal pasien, yang pernah mendapatkan perawatan dan yang sedang mendapatkan perawatan kesehatan, terutama yang rawat jalan, di institusinya

³ Terindikasi terinfeksi malaria ialah orang-orang yang mengaku pernah dan sedang menderita sakit dengan gejala menggigil, demam, dan sakit kepala secara berkala tanpa pernah diperiksa darahnya oleh tenaga kesehatan dengan menggunakan RDT atau mikroskop. Perawatan penyakitnya dilakukan sendiri oleh penderita atau ditangani oleh praktisi medis tradisional.

karena menderita penyakit malaria. Nama-nama pasien berikut alamatnya dicatat dan jika mereka bermukim di desa Tumbu dan Desa Budong-Budong), maka yang bersangkutan dijadikan sebagai informan.

Data primer dikumpulkan dengan menggunakan metode pengamatan berpartisipatif (*participant observation*) dengan derajat partisipasi moderat dan kadang-kadang pasif serta wawancara mendalam (*indepth interview*). Data atau informasi yang dikumpul dengan menggunakan metode pengamatan berpartisipatif meliputi: keadaan lingkungan fisik di wilayah pemukiman penduduk untuk mendapatkan gambaran tentang tempat-tempat yang potensial bagi berkembangbiaknya vektor malaria, termasuk tempat beristirahat nyamuk; keadaan perumahan untuk melihat sejauhmana kerentanan penghuni rumah digigit oleh nyamuk *anopheles*; keadaan prasarana dan sarana transportasi yang berpengaruh bagi aksesibilitas warga terhadap pemanfaatan sektor pelayanan kesehatan; tempat dan aktivitas pelayanan kesehatan; ketersediaan obat yang digunakan oleh pasien untuk mengobati malaria; praktik pencegahan dan pengobatan malaria serta bahan yang digunakan untuk pengobatan malaria.

Data yang dikumpulkan dengan menggunakan teknik wawancara mendalam mencakup: (1) Pengetahuan dan kepercayaan mengenai gejala malaria, etiologi malaria, proses transmisi malaria, dan risiko malaria; (2) Pengetahuan mengenai tindakan yang perlu dilakukan untuk mencegah dan mengobati penyakit malaria; (3) konsepsi mengenai parah dan ringan dan implikasinya bagi pemanfaatan sektor perawatan kesehatan bagi penderita malaria; (4) pengetahuan mengenai jenis-jenis obat lokal dan obat modern yang dapat digunakan untuk mencegah dan mengobati malaria; konsepsi tentang kesembuhan dan ketidaksembuhan serta implikasinya bagi perawatan; (5) masalah-masalah yang dirasakan selama mendapatkan perawatan kesehatan, baik di sektor perawatan kesehatan nonprofesional maupun di sektor perawatan kesehatan profesional; dan (6) bentuk pelayanan kesehatan yang mereka harapkan di sektor perawatan kesehatan profesional.

3. Hasil Penelitian dan Pembahasan

• Sektor-Sektor Perawatan Kesehatan

Sumber atau sektor perawatan kesehatan yang tersedia di Kecamatan Topoyo serupa dengan yang dikemukakan oleh Kleinman (1980), yakni: (1) sektor perawatan umum (*the populer sector*); (2) sektor perawatan kedukunan (*the folk sector*); dan (3) sektor perawatan profesional (*the professional sector*).

Sektor perawatan kesehatan umum. Sektor ini merupakan sistem perawatan kesehatan awam, non-profesional, non-spesialis, ranahnya masyarakat dan di situlah sakit (*ill*) pertama kali diakui, didefinisikan, dan kegiatan perawatan kesehatan dimulai. Sektor ini mencakup seluruh opsi terapeutik yang orang-orang gunakan tanpa berkonsultasi, baik pada penyembuh pribumi (*folk healers*) maupun pada praktisi medis profesional. Di antara opsi yang dimaksud meliputi: perawatan diri sendiri (*self treatment* atau *self medication*); perawatan yang diberikan oleh keluarga dan orang awam lainnya yang memiliki pengalaman spesifik tentang gangguan kesehatan tertentu dengan menggunakan terapi tertentu, seperti: mengonsumsi makanan khusus, memanfaatkan tumbuhan obat atau ramuan, beristirahat, pijat, vitamin suplemen dan obat-obat kimia yang dibeli di toko obat tanpa resep dokter. Arena utama bagi berlangsungnya perawatan kesehatan di sektor ini ialah rumah tangga (*home remedy*) (lihat juga Helman 1985:43-44; Kalangie 1994:29).

Sektor perawatan kedukunan. Perawatan kesehatan di sektor ini dilakukan oleh individu tertentu yang memiliki kemampuan baik yang bersifat sakral (*sacred*) maupun sekuler (*secular*) atau profan atau gabungan di antara keduanya. Individu-individu yang memiliki kemampuan pengobatan tersebut bukan merupakan bagian dari sistem medis resmi atau profesional. Tipe penyembuh yang termasuk dalam kategori profane dilabeli oleh orang Mamuju di Kecamatan Topoyo sebagai *sando*; sedangkan individu yang memiliki kemampuan pengobatan dengan mengandalkan pada kekuatan adikodrati dilabeli sebagai *tomanarang*.

Sektor perawatan profesional. Sektor ini terdiri atas berbagai profesi perawatan yang terorganisasi dalam pranata-pranata pelayanan kesehatan formal sebagaimana dalam kedokteran ilmiah di Barat. Mereka yang tergolong dalam profesi itu bukan hanya dokter dengan berbagai tipe dan spesialisasi tertentu, melainkan juga paramedis seperti perawat, bidan, dan ahli fisioterapi. Selain sektor perawatan kesehatan yang didasarkan pada ilmu kedokteran, sistem perawatan kesehatan yang berkembang dalam peradaban Cina, sistem perawatan Ayuverda yang berkembang di India, dan sistem Galenic yang berkembang di sejumlah negara Arab termasuk pula dalam sektor ini. Sebab, ketiga sistem medis nonkedokteran modern tersebut mengembangkan proses profesionalisme seperti yang terjadi dalam profesionalisme kedokteran modern (lihat Helman 1985:51-52; Kalangie 1994:32).

Kleinman (1980) memandang bahwa ketiga sektor perawatan kesehatan tersebut sebagai suatu kesatuan sistem. Sementara Leslie (1977) dan Kalangie (1994) menganggap masing-masing sektor perawatan kesehatan sebagai sistem

tersendiri. Interaksi antara satu sistem dengan sistem lainnya merupakan perwujudan dari kejamakan atau pluralisme sistem-sistem medis.

Keberadaan ketiga sumber atau sektor perawatan kesehatan tersebut dimanfaatkan oleh penderita malaria atau yang terindikasi terinfeksi malaria di Desa Budong-Budong dan Desa Tumbu secara terpisah atau tersendiri, secara hierarkis dan secara simultan. Dalam perkataan lain, terdapat penderita malaria yang melakukan pengobatan sendiri hingga merasa sembuh, atau berobat ke penyembuh lokal dan merasa sembuh, dan ke praktisi medis profesional hingga sembuh; dan terpadapt pula penderita yang terlebih dahulu melakukan pengobatan sendiri lalu ke praktisi medis local atau ke praktisi medis professional, serta terdapat mependerita malaria memanfaatkan sumber atau sektor-sektor perawatan tersebut secara bersmaan untuk satu episode perawatan kesehatan.

- **Dimensi Psikososiobudaya bagi Keragaman Praktik Perawatan Kesehatan**

Keragaman perilaku perawatan kesehatan yang dipraktikkan oleh penderita malaria atau yang terindikasi terinfeksi malaria di Desa Budong-Budong dan Desa Tumbu, Kecamatan Topoyo, dipengaruhi oleh latar sosial budaya dan psikologis pelaku yang mengambil keputusan dalam hal pemanfaatan sumber perawatan kesehatan, termasuk teknik pengobatan. Latar psikososiobudaya yang dimaksud, meliputi pengalaman sakit dan perawatan, intensitas penyakit, jaringan sosial dan pertukaran informasi, dan sikap hidup yang beragam

- *Pengalaman sakit dan tindakan pengobatan*

Pengalaman sakit dan tindakan pengobatan yang telah dilakukan sebelumnya turut dijadikan sebagai dasar pertimbangan bagi penderita malaria atau yang terindikasi terinfeksi malaria dalam memilih sektor perawatan dan tindakan pengobatan yang akan digunakan untuk memperoleh kesembuhan. Pengalaman dalam konteks ini tidak hanya bersangkut paut dengan jenis obat dan kesembuhan, tetapi juga berkaitan dengan biaya dan 'kenyamanan'⁴ penderita dan keluarga yang merawatnya atau mendampingiya selama dalam proses perawatan.

⁴ Sesungguhnya tidak seorang pun yang merasa nyaman apabila mengalami gangguan kesehatan atau ada anggota keluarganya yang mengalami gangguan kesehatan. Namun dalam hal pemanfaatan sektor-sektor perawatan kesehatan terdapat sektor perawatan tertentu yang dirasakan lebih nyaman oleh pasien dan keluarga yang merawatnya dibandingkan dengan sektor perawatan lainnya.

Di Desa Budong-Budong dan Desa Tumbu, Kecamatan Topoyo, keputusan untuk memanfaatkan sumber atau sektor perawatan kesehatan tertentu bagi penderita malaria yang masih berada pada stadium awal cenderung didasarkan atas pertimbangan kesembuhan dan 'kenyamanan' selama dalam proses perawatan. Sementara biaya perawatan tidak termasuk dalam dan sebagai bagian dari pertimbangan mereka dalam menentukan sektor perawatan yang akan didayagunakan oleh dan untuk kesembuhan penderita malaria. Itu terjadi karena semua pasien penderita malaria yang mendapatkan perawatan di sektor perawatan kesehatan profesional dibebaskan dari biaya perawatan.

Oleh karena sektor perawatan populer/umum dipandang dan dirasakan lebih nyaman oleh penderita bila dibandingkan dengan sektor perawatan profesional dan tradisional serta dapat memberikan kesembuhan, terutama penyakit malaria yang masih berada dalam stadium awal, maka sektor perawatan populer/umum itu cenderung dijadikan sebagai pilihan perawatan utama bagi umumnya penderita atau keluarga penderita malaria.

Pengalaman Sultan (nama samaran) misalnya, menggambarkan kondisi yang tidak nyaman yang ia rasakan ketika diopname di Puskesmas Topoyo karena positif terinfeksi malaria. Selain menempati kamar yang ukurannya relatif sempit, ia juga sekamar dengan empat orang pasien sehingga merasa tidak nyaman. Ketika hendak tidur, pasien di sebelahnya mengerang kesakitan dan akibatnya ia sulit tertidur pulas.

Atas dasar pengalamannya tersebut, sehingga sewaktu adik kandungnya sakit dengan gejala terindikasi terinfeksi malaria (menggigil dan demam) ia tidak langsung membawanya ke Puskesmas. Ia mengupayakan pengobatan di rumah (*home remedy*) dengan memberinya obat *klorokuin* bersama dengan air rebusan *balayan kurita* (brotowali). Menuturnya, adiknya sembuh setelah tiga hari mengonsumsi obat tersebut.

Dengan mengacu pada pengalamannya diopname di Puskesmas dan pengalaman adiknya yang sembuh dengan mengonsumsi klorokuin dan *balayan kurita*, maka apabila ia sakit atau ada anggota keluarganya yang sakit dengan gejala dingin hingga menggigil dan demam tinggi, ia menyarankan mengonsumsi obat tersebut, dan tidak perlu ke Puskesmas. Kecuali kalau dengan berobat sendiri tidak sembuh baru ke Puskesmas.

Sungguhpun demikian, terdapat pula sejumlah terbatas individu yang memilih mendayagunakan sektor perawatan kesehatan profesional sebagai pilihan perawatan kesehatan yang pertama dan utama ketika mengalami gangguan kesehatan dengan indikasi terinfeksi malaria. Ibu Aminah

misalnya, sewaktu anak sulungnya yang berusia 14 tahun menderita sakit dengan gejala menggigil dan demam tinggi, ia langsung membawanya ke Pustu Tumbu dan kemudian dirujuk ke Puskesmas Topoyo. Hal itu ia lakukan karena pengalaman sebelumnya, dimana anaknya yang berumur 10 tahun menderita sakit dengan gejala menggigil dan demam dan diobati sendiri di rumah dengan menggunakan parasetamol, ramuan daun papaya, bagore dan kulit buah langsung, namun tidak sembuh-sembuh. Anaknya itu baru sembuh setelah berobat di Puskesmas Topoyo.

Dengan berdasar pada pengalamannya tersebut sehingga ibu Aminah menganggap bahwa berobat sendiri di rumah lebih susah dibandingkan dengan berobat di Puskesmas. Sebab, selain waktu perawatan relatif lama, juga tidak ada jaminan mendapatkan kesembuhan. Berbeda dengan perawatan di Puskesmas setelah diminum obatnya gejala penyakitnya (dingin dan demam) tidak timbul lagi.

Sementara itu, berkenaan dengan jenis obat yang dipilih dan dimanfaatkan oleh penderita malaria yang berobat sendiri di rumah didasarkan atas pengalaman perawatan yang telah ia lakukan sebelumnya dan membuatnya sembuh atau merasa sembuh dari penyakit yang dideritanya. Fakta mengenai hal itu tampak pada beberapa kasus penderita malaria atau yang terindikasi terinfeksi malaria sebagaimana yang telah diuraikan pada bab VII, dimana pengalaman sakit dan perawatan yang telah mereka jalani sebelumnya dan sembuh - setidaknya menurut persepsi mereka - yang mereka jadikan rujukan dalam melakukan tindakan perawatan.

Aslan misalnya, sewaktu mengalami gangguan kesehatan dengan gejala dingin hingga menggigil dan demam tinggi yang disertai dengan sakit kepala, ia berobat sendiri dengan menggunakan ramuan obat berupa bagore (*Caesalpinia crista*) dan brotowali (*Tinospora crispa*). Dengan ramuan itu ia merasa sembuh. Atas dasar itu, apabila ia mengalami gangguan kesehatan yang gejalanya dingin dan demam secara berkala maka ia lebih memilih melakukan pengobatan sendiri dengan mengonsumsi ramuan tersebut ketimbang ke tempat perawatan kesehatan profesional untuk mendapatkan perawatan kesehatan. Kecuali kalau dengan pengobatan yang ia lakukan sendiri tidak menunjukkan tanda-tanda kesembuhan barulah ke tempat pelayanan kesehatan profesional. Tetapi pengalamannya selama ini, dengan ramuan tersebut ia merasa sembuh dari penyakit yang gejalanya terindikasi terinfeksi malaria yang dideritanya.

Berbeda halnya dengan Muzakkir (nama samaran), pengalamannya sewaktu terinfeksi malaria ia memulai upaya perawatan sendiri dengan menggunakan ramuan tertentu. Namun karena tidak sembuh dengan

ramuan obat tersebut, ia kemudian memutuskan untuk berobat di Pustu. Di Pustu tersebut darahnya diambil lalu diperiksa dengan menggunakan alat yang dapat mengidentifikasi parasite dalam darah secara cepat (*Rapid Diagnostic Test [RDT]*) dan positif terinfeksi malaria; dan karena itu ia dirujuk ke Puskesmas Topoyo untuk mendapatkan perawatan hingga sembuh. Hanya saja beberapa waktu berselang penyakitnya kembali kambuh. Kala itu ia mendapatkan informasi bahwa empedu ular piton sangat manjur untuk menyembuhkan malaria. Dengan informasi tersebut, ia kemudian mengonsumsi empedu ular piton dan ia pun merasa sembuh serta tidak pernah kambuh lagi penyakitnya. Atas dasar pengalamannya itu, sehingga apabila ada orang (keluarga, teman dan lain-lain) yang sakit dengan gejala terindikasi terinfeksi malaria, ia memberikan obat tersebut.

Dengan demikian individu yang memiliki pengalaman terinfeksi malaria cenderung melakukan tindakan perawatan berdasarkan atas pengalaman sebelumnya yang menghasilkan kesembuhan. Perbedaan pengalaman itulah di antaranya yang menyebabkan adanya perbedaan respons penderita malaria dalam hal pemanfaatan sumber atau sektor perawatan kesehatan dan tindakan pengobatan, termasuk jenis obat yang digunakan untuk memperoleh kesembuhan.

— *Intensitas penyakit*

Intensitas penyakit yang dimaksud dalam uraian ini tidak hanya berhubungan dengan lama tidaknya penyakit diderita oleh seseorang, tetapi juga berkaitan dengan konsepsi penderita atau keluarga penderita mengenai parah atau ringannya penyakit.

Penyakit yang gejalanya baru muncul atau baru dirasakan oleh seseorang, biasanya direspon dengan cara beristirahat atau mengurangi aktivitasnya dan melakukan pengobatan sendiri dengan mengonsumsi obat-obat tertentu yang mereka anggap dapat menyembuhkan penyakitnya, seperti *bodreks*, *bodrex*, *paramex* dan *parasetamol*. Tindakan yang sama akan dilakukan oleh umumnya informan manakala gangguan kesehatan yang dialaminya dipersepsikan sebagai penyakit ringan.

Sekaitan dengan penyakit malaria yang gejalanya berupa dingin hingga menggigil lalu demam tinggi cenderung dipandang oleh umumnya informan sebagai penyakit biasa dan ringan. Oleh karena itu tindakan perawatan yang mereka lakukan ialah perawatan diri sendiri dengan mengonsumsi obat-obat tertentu yang mereka anggap ampuh untuk menyembuhkan penyakitnya. Di antara obat yang dimaksud: *Kloroquin*, *Mexaquin*, air rebusan daun dan akar pepaya, dan lainnya. Tetapi jika

dengan pengobatan sendiri atau pengobatan yang berlangsung di rumah tanpa supervisi praktisi medis lokal dan praktisi medis profesional selama beberapa hari tidak menunjukkan tanda-tanda kesembuhan, maka persepsi mengenai penyakitnya bergeser menjadi bukan lagi sekadar penyakit biasa dan ringan melainkan menjadi agak parah. Terlebih lagi apabila penyakitnya telah disertai dengan gejala lainnya, seperti muntah-muntah, diare dan kehilangan kesadaran, maka penyakitnya sudah dipersepsikan sebagai sangat parah. Tindakan pengobatan yang mereka lakukan pun tidak lagi di sektor populer/umum tetapi akan memanfaatkan sektor-sektor perawatan lainnya, tradisional dan profesional. Sektor perawatan itu dimanfaatkan secara sendiri-sendiri atau secara hierarkis dan bahkan dimanfaatkan secara simultan untuk satu episode perawatan kesehatan.

Wati, misalnya, ketika mulai merasa sakit dengan gejala menggigil lalu demam tinggi dan sakit kepala ia melakukan perawatan sendiri terlebih dahulu dengan mengonsumsi bodreks dan parasetamol. Namun karena tidak sembuh dengan obat itu, ia kemudian mengonsumsi ramuan obat tujuh rupa (*alibe pitungrupa*) yang diracik oleh *sando* (praktisi medis tradisional) yang mengobatinya. Berhari-hari obat itu ia konsumsi, namun penyakitnya tidak kunjung sembuh, dan bahkan semakin bertambah parah. Gejala penyakitnya, tidak lagi sekadar menggigil dan demam tinggi, tetapi juga disertai dengan mual dan muntah-muntah dengan frekuensi tinggi. Wati kemudian ke tempat pelayanan kesehatan profesional. Hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa ia positif terinfeksi parasite plasmodium, penyebab malaria, dan ia diopname hingga dinyatakan sembuh dari penyakit yang dideritanya itu.

Ramli, sewaktu mulai menunjukkan gejala terinfeksi malaria ia hanya beristirahat tanpa mengonsumsi obat. Oleh karena penyakitnya dirasakan semakin mengganguya, orang tuanya kemudian membuat ramuan obat (Bagore dan rebusan kulit batang langsung) dan dikonsumsi selama beberapa hari. Dengan obat tersebut, ia tak kunjung sembuh dan bahkan penyakitnya bertambah parah - demam tinggi disertai dengan kejang-kejang. Ramli kemudian memanfaatkan pelayanan kesehatan profesional hingga dinyatakan sembuh - ditandai oleh tidak adanya parasit plasmodium dalam darahnya berdasarkan atas pemeriksaan mikroskopis.

Meskipun Ramli telah dinyatakan sembuh berdasarkan pemeriksaan mikroskopis di Puskesmas Topoyo, namun perilakunya berbeda dengan sebelum sakit. Sewaktu sebelum sakit, ia periang dan sering berkumpul bersama dengan teman-temannya, namun setelah sakit lebih sering berdiam diri dan enggan lagi berkumpul dengan teman-temannya. Orang tuanya

menganggap bahwa perubahan perilaku anaknya tersebut sebagai tanda bahwa anaknya belumlah sembuh - masih sakit. Oleh karena itu orang tuanya masih senantiasa mengupayakan pengobatan demi kesembuhan anaknya pada praktisi medis lokal (*sando atau tomanarang*).

Dua contoh kasus yang dikemukakan di atas menunjukkan bahwa intensitas penyakit yang dialami oleh seseorang turut memengaruhi perbedaan opsi perawatan kesehatan yang didayagunakan oleh penderita malaria untuk sembuh dari penyakit yang dideritanya.

— Jaringan sosial dan pertukaran informasi

Jaringan social dan Pertukaran Informasi. Jaringan sosial yang terbangun karena ikatan kekerabatan, pertemanan, ketetanggaan dan lainnya ikut memengaruhi keputusan seseorang, baik secara langsung maupun tidak langsung, dalam mendayagunakan sektor-sektor perawatan dan tindakan pengobatan yang akan dilakukan ketika mengalami gangguan kesehatan atau ada anggota keluarganya yang mengalami gangguan kesehatan. Pengaruh langsung yang dimaksud antara lain ialah tidak memberikan pilihan lain kepada penderita kecuali ke sektor perawatan profesional atau ke sektor perawatan tradisional untuk mendapatkan perawatan kesehatan.

Pengaruh langsung tersebut terjadi pada seseorang yang mempunyai jaringan kekerabatan dan pertemanan dengan praktisi medis profesional (dokter dan tenaga kesehatan), dimana ia cenderung mendayagunakan sektor perawatan kesehatan profesional sebagai pilihan perawatan utama ketika mengalami atau ada anggota keluarganya mengalami tanda-tanda dini terinfeksi malaria. Hal itu terjadi selain karena status dokter dan tenaga kesehatan terhormat di mata keluarga dan masyarakat sehingga masalah-masalah kesehatan yang dialaminya atau yang dialami oleh anggota keluarganya cenderung mereka beritahukan kerabatnya atau temannya yang berprofesi sebagai dokter atau tenaga kesehatan, juga karena setiap praktisi medis profesional mengemban tanggung jawab untuk menyukseskan program eliminasi malaria. Salah satu bagian dari tanggung jawabnya itu ialah warga yang ia ketahui terinfeksi malaria segera ia kunjungi dan selanjutnya membawanya ke tempat perawatan kesehatan profesional guna mendapatkan perawatan kesehatan hingga sembuh. Contoh mengenai hal itu tampak pada kasus Hambali yang karena memiliki hubungan ketabat dengan seorang tenaga kesehatan yang bekerja di Pustu Tumbu sehingga langsung ke tempat pelayanan kesehatan profesional untuk mendapatkan perawatan kesehatan ketika mengalami gejala dini terinfeksi parasit plasmodium.

Demikian hanya dengan orang yang memiliki ikatan kekerabatan, pertemanan dan bertetangga dengan kader Posmaldes cenderung memanfaatkan sektor perawatan profesional sebagai pilihan perawatan utama ketika mengalami tanda-tanda dini terinfeksi malaria. Kecenderungan itu terjadi karena salah satu tanggung jawab yang diemban oleh kader Posmaldes ialah menemukan warga di desanya yang terindikasi terinfeksi malaria dan segera membawanya ke tempat pelayanan kesehatan profesional. Kasus Sahrul merupakan salah satu contoh yang langsung ke tempat perawatan kesehatan profesional ketika mengalami tanda-tanda dini terinfeksi malaria karena yang bersangkutan bertetangga dengan kader Posmaldes. Dalam perkataan lain setelah kader tersebut mengetahui bahwa Sahrul mengalami gangguan kesehatan dengan gejala menggigil dan demam, maka dia segera membawanya ke Pustu Tumbu meminta rujukan untuk selanjutnya dibawa ke Puskesmas Topoyo.

Sementara itu, bagi individu yang memiliki kerabat yang berstatus sebagai *sando* atau *tomanarang* dan tinggal bersama atau bertetangga dengan *sando* atau *tomanarang*, maka yang bersangkutan cenderung mendayagunakan sektor perawatan tradisional sebagai pilihan perawatan utama ketika mengalami gangguan kesehatan, termasuk mengalami tanda-tanda dini terinfeksi malaria. Sektor perawatan profesional baru didayagunakan ketika upaya perawatan yang dilakukan oleh *sando* atau *tomanarang* tidak menunjukkan tanda-tanda kesembuhan.

Sedangkan pengaruh jaringan sosial yang tidak langsung ialah pemberian informasi mengenai penyakit malaria dan penanganannya, termasuk jenis obat yang dianggap mumpuni untuk menyembuhkan penyakit malaria. Dalam kata lain, melalui jaringan sosial terjadi pertukaran informasi mengenai perawatan malaria dan berbagai jenis obat yang dapat menyembuhkan penyakit malaria. Pertukaran informasi ini dapat dilihat pada kasus Mansur yang menggunakan empedu ular piton untuk mengobati penyakit malaria yang dideritanya karena memperoleh informasi dari temannya bahwa jenis obat itu ampuh menyembuhkan penyakit malaria. Oleh karena merasa sembuh setelah menggunakan obat tersebut, ia pun menginformasikan ke orang-orang lainnya yang ia ketahui sedang mengalami gangguan kesehatan yang gejalanya terindikasi terinfeksi malaria.

Contoh lain mengenai pertukaran atau penyebaran informasi ialah penggunaan kulit batang dan kulit buah langsung serta buah merah untuk pengobatan malaria, dimana jenis obat itu tidak dikenal oleh penduduk di Topoyo sebelum ada warga masyarakat yang pernah tinggal di Papua yang

memperkenalkannya ke orang tertentu di Topoyo. Lalu dari orang itu kemudian menyebar melalui pertukaran informasi ke sejumlah penduduk di Topoyo.

Demikianlah jaringan sosial dan pertukaran informasi ikut memengaruhi opsi perawatan kesehatan dan tindakan pengobatan yang digunakan oleh seseorang untuk menanggulangi penyakit malaria. Dengan demikian perbedaan jaringan sosial turut memengaruhi perbedaan opsi perawatan dan tindakan pengobatan yang dilakukan oleh penderita malaria.

— Sikap hidup yang beragam

Secara umum sikap hidup individu dapat dikelompokkan ke dalam dua kategori, yakni aktif dan pasif atau patalis. Sikap hidup yang demikian itu termanifestasikan dalam perilaku masing-masing orang-orang termasuk dalam merespon penyakit, baik dalam hal pencegahan maupun pengobatan penyakit.

Dalam konteks penanggulangan penyakit malaria, perbedaan sikap penderita atau keluarga penderita yang turut berpengaruh bagi pemilihan sektor perawatan dan tindakan pengobatan yang akan digunakan oleh penderita malaria. Pelaku yang mempunyai sikap hidup yang aktif cenderung akan memobilisasi sumber daya yang dipunyainya untuk mendapatkan pengobatan yang adekuat ketika dia atau ada di antara anggota keluarganya yang mengalami gangguan kesehatan. Berbeda halnya dengan individu yang memiliki sikap hidup yang pasif atau patalis cenderung tidak berupaya untuk mencegah diri dan anggota keluarganya terbebas dari keterpaparan penyakit, juga tidak proaktif mencari sektor perawatan yang adekuat untuk mengobati penyakit yang dideritanya atau penyakit yang diderita oleh anggota keluarganya.

Sabariah, misalnya, cenderung melakukan tindakan pencegahan dan melakukan pengobatan dini di tempat pelayanan kesehatan professional ketika ia dan anggota keluarganya mengalami gangguan kesehatan.

Sabaria (nama samaran), seorang ibu muda, berusia 28 tahun, menempati rumah panggung bersama suami dan dua orang anaknya. Di kolong rumahnya terdapat balai-balai yang biasa ditempati beristirahat di siang hari. Kolong dan halaman pekarangan rumahnya tampak bersih. Hal itu menandakan bahwa penghuni rumah itu rajin membersihkannya. Tidak hanya itu, dua orang anaknya pun tampak lebih bersih dibandingkan dengan umumnya anak-anak yang sebaya dengan anaknya di kampung itu.

Sabaria sangat peduli pada masalah kesehatan, terutama kesehatan anak-anaknya. Baginya kesehatan tak ternilai harganya. “Apabila ada salah seorang di antara anggota keluarga yang sakit, maka semua ikut merasa sakit – semua aktivitas ikut terganggu. Oleh karena itu, kesehatan harus dipelihara agar tidak sakit, dan kalau sakit segera berobat ke tempat pelayanan kesehatan profesional”. Demikian pengakuannya. Pandangan itu terpatri dalam sikapnya dan dimanifestasikan dalam tindakan kesehariannya.

Sabaria sangat aktif mencari informasi tentang masalah-masalah kesehatan. Sewaktu bertemu dengan petugas kesehatan yang bekerja di Poskesdes Tumbu ia acapkali menanyakan tentang penyakit yang sering diderita oleh orang-orang di kampungnya, seperti malaria, Demam Berdarah (DBD), dan Chikungunya.

Buah dari keatifannya itu ialah ia mengetahui bahwa penyakit malaria, Demam Berdarah (DBD), dan Chikungunya yang sering diderita oleh orang-orang di kampungnya ditularkan oleh nyamuk. Nyamuk yang menjadi penyebab malaria dan chikungunya aktif menggigit di malam hari; sedangkan nyamuk yang menyebabkan penyakit DBD menyerang di siang hari. Atas dasar itu, maka ia tidak membiarkan anak-anaknya berada di luar rumah di kala senja menjelang magrib dan malam hari serta tidur tanpa menggunakan kelambu. Ia tahu bahwa di waktu itulah nyamuk malaria akan aktif menggigit. Selain itu, sebelum anak sulungnya yang berusia tujuh tahun berangkat ke sekolah, biasanya ia olesi badan anaknya dengan minyak tawon agar tidak digigit oleh nyamuk yang menularkan penyakit DBD.

Ia senantiasa berupaya secara maksimal untuk menghindarkan anak-anaknya dari keterpaparan penyakit, namun anak sulungnya yang berumur tujuh tahun pernah terinfeksi malaria. Ketika anak sulungnya itu mengalami tanda-tanda dini terinfeksi malaria, ia tidak mengobatinya sendiri dengan meminumkan obat penurun panas dan obat lainnya, tetapi ia langsung membawanya ke Pustu Tumbu. Dari Pustu Tumbu kemudian dirujuk ke Puskesmas Topoyo dan selanjutnya mendapatkan perawatan hingga sembuh.

Berbeda dengan Marni yang memiliki sikap masa bodoh. Abai terhadap upaya pencegahan penyakit dan malas ke tempat pelayanan kesehatan profesional, meskipun ia menyadari bahwa perawatan kesehatan yang ditangani oleh praktisi medis profesional lebih ampuh ketimbang perawatan sendiri dan perawatan yang ditangani oleh praktisi medis lokal.

Marni menempati sebuah rumah semi permanen bersama suami dan keempat orang anaknya. Di halaman samping rumahnya ditumbuhi belukar

- tempat beristirahat atau bersarang nyamuk - menandakan bahwa pemilik rumah itu malas membersihkannya. Anak-anaknya pun tampak dekil menandakan bahwa ia kurang memperhatikan kebersihan anak-anaknya.

Letak rumahnya tidak jauh dari Pokesdes Budong-Budong, hanya sekitar dua setengah kilometer. Namun sangat jarang ke Poskesdes untuk mendapatkan perawatan kesehatan ketika dia dan anak-anaknya mengalami gangguan kesehatan.

Sewaktu anak laki-lakinya yang berumur sembilan tahun menderita sakit dengan gejala dingin dan demam tinggi secara berkala (dia namakan sebagai penyakit *mapanas marammung*) dia hanya memberinya *parasetamol* - obat penurun panas - yang ia beli di warung dan air rebusan daun pepaya. Berhari-hari anaknya itu diobati sendiri dengan menggunakan obat tersebut. Baru ke Poskesdes dan selanjutnya dirujuk ke Puskesmas Topoyo setelah adik iparnya datang membesuknya dan kemudian membawanya ke tempat perawatan tersebut.

Sebenarnya Marni menyadari bahwa anaknya akan lebih cepat sembuh apabila perawatannya ditangani oleh tenaga kesehatan, namun ia merasa repot kalau harus membawanya ke tempat pelayanan kesehatan (Poskesdes dan Puskesmas). Lagi pula ia menganggap bahwa anaknya akan sembuh dengan menggunakan obat yang diberikannya itu, meskipun waktunya relatif lebih lama.

Dua contoh kasus yang dikemukakan di atas menunjukkan bahwa sikap hidup tidak hanya berpengaruh bagi upaya-upaya pencegahan penyakit, termasuk malaria, tetapi juga turut memengaruhi opsi perawatan kesehatan dan tindakan pengobatan yang dipraktikkan oleh dan untuk kesembuhan penderita malaria. Dengan demikian perbedaan sikap masing-masing pihak yang mengambil keputusan dalam hal penggunaan sektor perawatan kesehatan turut memengaruhi sektor perawatan dan tindakan pengobatan yang akan didayagunakan oleh orang yang terinfeksi atau terindikasi terinfeksi malaria.

- **Obat Dokter dan Obat Kampung dapat Menyembuhkan**

“Obat dokter dan obat kampung kalau cocok dapat menyembuhkan penyakit”. Pernyataan itu merupakan pandangan yang umum di kalangan anggota masyarakat yang bermukim di Topoyo. Pandangan itu selain mengindikasikan tidak adanya konflik antara medis ilmiah dan medis lokal dalam struktur kognitif anggota masyarakat, juga memungkinkan orang-orang yang mengalami gangguan kesehatan untuk mendayagunakan kedua tradisi medis

itu secara bergantian atau secara bersamaan dan bahkan mencampuradukkan jenis obat yang bersumber dari tradisi medis ilmiah dan tradisi medis lokal untuk satu episode perawatan kesehatan.

Konsep cocok juga mengisyaratkan bahwa pemahaman informan dari kalangan orang-orang awam tentang obat bukan hanya sekadar bersangkut paut dengan substansi material obat tersebut untuk menyembuhkan penyakit melainkan juga berkaitan dengan restu Tuhan sebagai *causa prima* bagi timbulnya penyakit dan sembuhnya seseorang dari penyakit yang dideritanya. Dalam perkataan lain, jenis obat yang sama boleh jadi cocok atau ampuh untuk menyembuhkan seseorang dari penyakit yang dideritanya, tetapi tidak cocok untuk orang lainnya. Meskipun gejala penyakit yang mereka derita sama. Dengan demikian, konsep seperti itu memungkinkan bagi seseorang yang mengalami gangguan kesehatan untuk mengonsumsi berbagai jenis obat - obat dokter dan obat kampung - yang mereka ketahui dan percayai dapat menyembuhkan penyakit yang ia derita.

Demikianlah sehingga sungguhpun warga masyarakat yang mengalami gangguan kesehatan yang gejalanya terindikasi terinfeksi malaria melakukan pengobatan sendiri, namun mereka menggunakan obat-obat modern atau obat kimia secara berdampingan dengan obat lokal. Dalam kata lain, selain mengonsumsi obat malaria yang dibeli di warung atau toko obat, seperti Suldox, Riboquin, Maxaquin dan kloroquin, penderita juga mengonsumsi obat-obat lokal, seperti meminum air rebusan daun pepaya (*Carica papaya*), brotowali (*Tinospora crispa*), bagore (*Caesalpinia crista*), dan lainnya. Jika dengan pengobatan sendiri atau pengobatan yang berlangsung di rumah belum menunjukkan tanda-tanda kesembuhan dan penyakitnya dirasakan semakin parah, maka mereka kemudian ke sektor perawatan berikutnya dan umumnya ke sektor perawatan kesehatan profesional.

Ketika seseorang penderita sedang diopname di tempat pelayanan kesehatan profesional (di Puskesmas atau di rumah sakit) maka biasanya keluarga pasien yang diopname tersebut mempersepsikan penyakit yang diderita oleh pasien bersangkutan sebagai bukan lagi penyakit biasa atau penyakit ringan melainkan sudah agak parah. Persepsi yang demikian itu acapkali direspon oleh keluarga pasien tertentu dengan tidak hanya mengandalkan pada pengobatan yang diberikan oleh dokter atau tenaga kesehatan lainnya di tempat pasien diopname, tetapi juga mengupayakan pengobatan yang bersumber dari tradisi medis lokal. Sebagai misal, pihak keluarga pasien mendatangi praktisi medis lokal (*sando* atau *tomanarang*) mengonsultasikan dan sekaligus meminta bantuan untuk mengobati penyakit yang diderita oleh anggota keluarganya yang sedang diopname di tempat pelayanan kesehatan

profesional. Biasanya praktisi medis lokal yang ditempati berkonsultasi dan meminta bantuan tersebut membuatkan obat untuk diberikan kepada si pasien; atau pengobat lokal itu sendiri yang datang ke Puskesmas atau rumah sakit mengobati pasien tersebut. Dengan demikian, dalam satu episode perawatan kesehatan, pasien menggunakan sektor perawatan kesehatan profesional dan sektor perawatan kesehatan lokal atau tradisional secara bersamaan untuk satu episode perawatan kesehatan.

Kecuali itu, pasien penderita malaria yang rawat jalan acapkali mengonsumsi obat malaria yang diresepkan oleh dokter secara bersamaan dengan obat-obat lokal yang mereka ketahui ampuh berdasarkan pengalaman sebelumnya atau berdasarkan informasi yang disampaikan oleh orang-orang di sekitarnya. Fakta mengenai hal itu tergambar dari penuturan Ruslan (nama samaran), yakni:

“Akhir tahun 2013, saya sakit dengan gejala kedinginan dan menggigil lalu demam tinggi yang disertai dengan sakit kepala. Panas badan dan sakit kepala baru reda setelah berkeringat. Anehnya, gejala itu muncul secara berkala, yaitu berselang satu malam dan baru muncul pada jam setengah tujuh malam dan biasanya berhenti pada sekitar jam 12 malam. Kalau siang saya beraktivitas sebagaimana biasanya. Saya masih pergi menjual di pasar.

Hari pertama dan kedua setelah terinfeksi malaria, saya berobat sendiri dengan mengonsumsi klorokuin, suldox dan air perasan daun pepaya serta *karacang* (bagore). Karena penyakitku tidak sembuh, maka hari ketiga saya ke Puskesmas Topoyo. Saya tidak diopname, hanya dikasih obat oleh dokter. ... lupa jenis obatnya. Setelah obat itu saya minum, saya tidak menggigil dan demam lagi. Namun beberapa waktu kemudian penyakitku kambuh lagi. ... di Pasar Tobadak, saya diberitahu oleh teman yang juga seorang pedagang bahwa empedu ular piton sangat ampuh menyembuhkan malaria. Atas dasar informasi tersebut, saya kemudian mencari dan mengonsumsi empedu ular piton. Hasilnya saya memang sembuh dan hingga kini tidak pernah menderita penyakit malaria”.

Selain itu, seorang informan di Desa Budong-Budong yang dapat mengenali gejala malaria secara baik karena pernah mengalaminya, menggabungkan unsur-unsur perawatan kesehatan yang bersumber dari tradisi medis lokal dengan tradisi medis ilmiah untuk mencegah dan mengobati malaria. Untuk mencegah agar tidak terinfeksi malaria, maka sesekali ia meminum air rebusan *balayan kurita* (brotowali [*Tinospora crispa*]) dan *karacang* (bagore [*Caesalpinia crista*]). Jika di kampungnya terdapat beberapa orang yang menderita malaria, ia meminum klorokuin sekali seminggu. Lagi pula, ketika ada anggota keluarganya yang terindikasi terinfeksi malaria, atau orang yang ia kenal terindikasi terinfeksi malaria, ia menyarankan mengonsumsi obat lokal tersebut dikombinasikan dengan klorokuin. Baginya kombinasi obat tersebut tidak

hanya ampuh mencegah seseorang terinfeksi malaria tetapi juga sangat ampuh menyembuhkan seseorang yang terinfeksi malaria.

Fakta tersebut menunjukkan bahwa perawatan kesehatan yang dipraktikkan oleh penderita malaria atau terindikasi malaria tidak lagi jelas batas-batas pengobatan yang bersumber dari tradisi medis ilmiah dan tradisi medis lokal. Kedua tradisi medis itu telah bercampur aduk dan manifes pada perilaku perawatan kesehatan yang dipraktikkan oleh orang-orang yang mengalami gangguan kesehatan.

- **Praktik Perawatan Kesehatan dan Konsep Kebudayaan**

Keragaman dan campur aduk unsur-unsur pengobatan yang bersumber dari tradisi medis yang berbeda (setidaknya tradisi medis ilmiah dan tradisi medis lokal) yang dipraktikkan oleh warga masyarakat yang terinfeksi atau terindikasi terinfeksi malaria di Desa Budong-Budong dan Desa Tumbu dalam perawatan malaria mengindikasikan bahwa konsep sistem-sistem medis sebagai model konseptual yang dikembangkan oleh peneliti untuk memahami bagaimana orang dalam *setting* sosial budaya tertentu menanggapi kesehatan dan penyakit menjadi kurang relevan. Dikatakan demikian karena faktanya elemen-elemen sistem medis yang mencakup pengetahuan, kepercayaan, keterampilan, peran, norma, sikap dan praktik-praktik yang saling berkaitan untuk memenuhi kebutuhan akan kesehatan (Dunn 1976; Foster dan Anderson 1986; Kalangie 1994) tidaklah terintegrasi dan sistemik, dan bahkan kacau (*messy*) serta tidak menentukan (*indeterminate*) bagi praktik perawatan kesehatan.

Hal yang sesungguhnya terjadi ialah bahwa masing-masing pelaku memilih dan memanfaatkan sektor perawatan kesehatan dan teknik perawatan tertentu untuk memperoleh kesembuhan berdasarkan atas situasi praktis yang dihadapinya dengan mengacu pada pengetahuan dan pengalamannya, jaringan dan pertukaran informasi serta karakteristik sikap masing-masing pelaku. Dengan demikian keberadaan sistem medis atau sektor sistem perawatan kesehatan hanya merupakan faktor pemungkin (*enabling factor*) dan tidak menentukan arah bagi masing-masing pelaku dalam memilih sektor sistem perawatan kesehatan dan teknik pengobatan yang akan mereka gunakan untuk mendapatkan kesembuhan ketika mengalami gangguan kesehatan.

Demikianlah sehingga pendekatan pluralisme medis yang mengacu pada teori sistem medis atau sistem perawatan kesehatan sebagaimana yang dikemukakan oleh Kleinman (1980) yang selama ini banyak digunakan oleh ilmuwan sosial, termasuk ahli antropologi kesehatan, untuk memahami perilaku perawatan kesehatan menjadi kurang tepat dalam menggambarkan

kenyataan yang sesungguhnya terjadi atau dipraktikkan oleh warga masyarakat di Kecamatan Topoyo dalam merespon penyakit malaria. Oleh karena itu, pendekatan yang didasarkan pada praktik dan situasi ptaktikal lebih relevan digunakan untuk menggambarkan kenyataan berkenaan perilaku perawatan kesehatan dibandingkan dengan pendekatan sistem.

Demikian halnya dengan asumsi Kleinman (1980) bahwa “sistem perawatan kesehatan mencakup kepercayaan orang-orang (umumnya *tacit* dan tidak disadari tentang sistem sebagai suatu yang menyeluruh) dan pola-pola perilaku yang dibimbing oleh aturan-aturan budaya” menjadi kurang relevan. Sama tidak relevannya dengan asumsi sejumlah ahli antropologi (kesehatan) bahwa setiap kebudayaan memiliki spesifikasi tersendiri dalam menanggapi kesehatan dan penyakit (*illness*); dan bahwa spesifikasi tersebut tersusun dalam peta-peta pengetahuan, kepercayaan, dan persepsi yang dibagi bersama (*sharing*) oleh dan di antara warga masyarakat dalam menanggapi kesehatan dan penyakit (Wellin 1977:47-50).

Variasi perawatan dan campur aduk unsur-unsur medis ilmiah atau medis modern dan medis tradisional atau medis lokal yang dipraktikkan oleh warga masyarakat di Desa Tumbu dan Budong-Budong dalam merespon ancaman penyakit malaria menunjukkan bahwa individu-individu bukanlah sebagai objek yang hanya pasif menerima perangkat kebudayaan yang tersedia dan seolah komplit di luar diri mereka sebagaimana diasumsikan oleh Geertz⁵ (1992), melainkan sebagai subjek yang aktif mencari, memilah dan memodifikasi unit-unit informasi yang diterimanya untuk merespon situasi yang dihadapinya, termasuk kesembuhan dari penyakit yang dideritanya. Sejalan dengan itu, Abu-Lughod (1991) menegaskan bahwa kebudayaan bukanlah suatu entitas yang *fix* dan *given* melainkan wacana yang terus menerus dikonstruksi (lihat Abu-Lughod 1991). Posisi individu sebagai subjek yang aktif tersebut menyebabkan variasi individual menjadi suatu yang niscaya dalam kebudayaan (lihat Durham, 2002).

Appadurai (1991) berdasarkan pengalamannya ketika ia bersama dengan anak dan pamannya mengunjungi suatu tempat di India, dimana meskipun sama-sama mengidentifikasi diri sebagai orang india - berasal dari latar kebudayaan yang sama - namun masing-masing mempunyai imajinasi dan penghayatan yang berbeda tentang suatu ikon budaya; dan karena itulah sehingga Appadurai terkesan enggan menggunakan terma kebudayaan.

⁵ Kebudayaan merupakan gagasan dan makna-makna yang dimiliki bersama oleh warga masyarakat dan berada di antara individu-individu sebagai kenyataan publik (Keesing 1992:70-72). Dengan demikian, individu-individu berada pada posisi menerima gagasan-gagasan dan makna budaya melalui proses sosial (sosialisasi, intenalisasi dan enkulturasi).

Goodenough (1994) tidak menafikan variasi-variasi di tingkat individu sebagaimana halnya dengan Appadurai yang cenderung enggan menggunakan terma kebudayaan, tetapi ia merumuskan konsep kebudayaan sebagai perwujudan dari agregasi pemahaman dan pengalaman individual. Secara tersirat definisi Goodenough itu menunjukkan bahwa kebudayaan bukanlah sesuatu yang cair tanpa bentuk atau pola, namun polanya mengalami dinamika seiring dengan pengalaman dan pemahaman masing-masing individu sebagai pemangku kebudayaan yang bersangkutan.

Tampaknya definisi kebudayaan Goodenough tersebut lebih relevan untuk menggambarkan mengenai perawatan kesehatan yang dipraktikkan oleh warga masyarakat dalam merespon malaria di Kecamatan Topoyo, Propinsi Sulawesi Barat. Saya sebutkan demikian karena keberadaan system-sistem medis

4. Kesimpulan

Ketersediaan sektor perawatan profesional dengan berbagai upaya penginstalasiannya ke dalam kehidupan masyarakat tidak serta merta mengikis tradisi medis lokal yang telah berkembang jauh sebelum medis ilmiah merasuk atau terdifusikan ke dalam kehidupan masyarakat. Malahan yang terjadi dewasa ini ialah warga masyarakat memanfaatkan kedua tradisi medis tersebut secara berdampingan dan bahkan terdapat kecenderungan mencampurkan unsur-unsur tertentu dari tradisi medis ilmiah dan tradisi medis lokal dalam upaya penanggulangan malaria. Dalam perkataan lain, warga masyarakat tidak mendikotomikan antara perawatan kesehatan yang bersumber dari tradisi medis ilmiah dengan medis lokal, tetapi menggunakannya secara berdampingan dan bahkan mencampuradukkannya dalam satu episode perawatan kesehatan. Fakta itu terepresentasikan pada ungkapan informan, yakni: “obat dokter dan obat kampung kalau cocok dapat menyembuhkan penyakit”.

Konsep cocok tersebut mengindikasikan bahwa pemanfaatan sektor perawatan kesehatan tidak hanya bersangkut paut dengan substansi material obat untuk menyembuhkan penyakit, tetapi juga berkaitan dengan *restu* Tuhan sebagai *causa prima* bagi timbul dan sembuhnya seseorang dari penyakit. Oleh karena itu, jenis obat yang sama untuk jenis penyakit yang sama boleh jadi cocok atau ampuh untuk menyembuhkan penyakit yang diderita oleh seseorang, tetapi tidak untuk orang lainnya. Pandangan yang demikian itu yang memungkinkan seseorang melakukan tindakan pengobatan yang berasal dari sumber dan tradisi medis yang berbeda dan bahkan bertentangan dalam satu episode perawatan kesehatan. Penggunaan tradisi medis yang berbeda dan bahkan

bertentangan secara campur aduk untuk penanggulangan penyakit oleh Pool dan Geissler (2015) disebutkan sebagai *medical syncretism*.

Keragaman sektor perawatan kesehatan dan tindakan pengobatan yang dilakukan oleh warga masyarakat untuk menanggulangi penyakit malaria dipengaruhi oleh faktor sosial budaya dan psikologis sebagai berikut: (1) Perbedaan pemahaman dan pengalaman masing-masing pelaku dalam hal penyakit, perawatan dan kesembuhan; (2) Intensitas penyakit yang mencakup lama tidaknya penyakit diderita oleh seseorang serta parah atau ringannya penyakit berdasarkan konsepsi penderita atau keluarga penderita yang berperan dalam memutuskan opsi perawatan kesehatan; (3) Jaringan sosial dan pertukaran informasi di antara para pelaku yang bersangkutan paut dengan pencegahan dan pengobatan penyakit malaria. Informasi yang diserap oleh pelaku berkenaan dengan malaria dan perawatannya ikut menentukan tindakan pengobatan yang akan dilakukan oleh pelaku dalam menanggulangi malaria; dan (4) Sikap penderita atau keluarga penderita dalam merespon penyakit. Individu yang memiliki sikap hidup aktif akan memobilisasi sumber daya yang dipunyainya guna mendapatkan pengobatan yang adekuat; sebaliknya, yang sikapnya pasif atau patalis cenderung hanya melakukan tindakan pengobatan yang relatif gampang ia akses.

5. Daftar Pustaka

- Abu-Lughod, L. (1991). *Writing Against Culture*. Sante Fe New Mexico: School of American Research Press.
- Appadurai, A. (1991). "Global Ethnoscapes: Notes and Queries for a Transnational Anthropology", dalam Richard G. Fox (peny.), *Recapturing Anthropology, Working in the Present*. Santa Fe, New Mexico: School of American Research Press.
- Baer, H.A. (2004). "Medical Pluralism". In Carol R. Ember & Melvin Ember (peny.) *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Culture*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publisher. Hlm. 109-115.
- Badan Pusat Statistik (BPS). (2013). *Kabupaten Mamuju Dalam Angka*. Bappeda Kabupaten Mamuju.
- Dachlan, D.M., Sani Silwana & Yahya. (2012) *Perilaku Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Bagi Penderita Malaria di Kabupaten Mamuju, Propinsi Sulawesi Barat*. Laporan penelitian tidak diterbitkan. Makassar: Universitas Hasanuddin.
- Dunn, F.L. (1976). "Traditional Asian Medicine and Cosmopolitan Medicine as Adaptive systems" dalam Charles Leslie (peny.) *Introduction to Asian*

- Medical Systems: A Comparative Study*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press (1976). Hlm 133-158.
- Durham, W.H. (2002). "Cultural Variation in Time and Space: The Case for Population Theory of Culture" dalam J. King (Peny.) *Anthropology Beyond Culture*. Richard. New York: Berg. Hlm 193-206.
- Esse, C. et al. (2008). *Socio and Cultural Aspects of Malaria and its Control in Central Cote d'Ivoire*. Malaria Journal. Published 30 October 2008.
- Ester, R.M. Thaha & Ishak. (2012). Perilaku Etnis Papua Mengenai Penyakit Malaria di Kabupaten Nabire, Papua. Laporan penelitian tidak diterbitkan.
- Fabrega, H.Jr. (1975). *The Need for a Ethnomedical Science: The Study of Medical Systems Comparatively has Important Implications for the Social and Biological Sciences*. Science, Vol.189 (4207): 969-975.
- Foster, G.M. dan B.G, Anderson (1986). *Antropologi Kesehatan* (terjemahan: Priyanti Pakan dan Meutia F. Hatta Swasono). Jakarta: UI-Press.
- Geertz, C. (1992). *Tafsir Kebudayaan* (Terjemahan: Budi Susanto). Yogyakarta: Kanisius.
- Goodenough, W.H. (1994) "Toward a Working Theory of Culture" dalam Robert Borofsky (peny.) *Assessing Cultural Anthropology*. New York: McGraw-Hill Inc. Hlm. 262-275.
- Gould, H.A. (1957). *The Implication of Technological Change for Folk and Scientific Medicine*. American Anthropologist, Vol. 59: 507-516.
- Helman, C. (1985). *Culture, Health and Illness*. Great Britain: The Stonebridge Press.
- Ismoyowati. (1999). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Masyarakat Dalam Pemberantasan Penyakit Malaria di Propinsi Nusa Tenggara Timur*. Tesis Psacsarjana tidak diterbitkan.
- Kalangie, N.S. (1994). *Kebudayaan dan Kesehatan: Pengembangan Pelayanan Kesehatan Primer Melalui Pendekatan Sosiobudaya*. Jakarta: Megapoin.
- Keesing, R.M. (1992). *Antropologi Budaya: Suatu Perspektif Kontemporer* (terjemahan: Samuel Gunawan). Jakarta: Erlangga.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exsploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Koentjaraningrat. (1989). *Pengantar Ilmu Antropologi*. Cetakan ketujuh. Jakarta, Aksara Baru.

- Leslie, C.M. (1977). "Pluralism and Integration in the Indian and Chinese Medical Systems" dalam David Landy (peny.) *Culture, Disease and Healing: Studies in Medical Anthropology*. New York: Macmillan Pub. Co. Inc. hlm. 511-517.
- Lipowsky, R., A. Kroeger & M.L. Vasques. (1992). *Sociomedical Aspect of Malaria Control in Colombia*. *Social Science and Medicine*, Vol. 34(6): 625-637.
- M. Idrus. (2003). *Perilaku Penderita Malaria Dalam Pemanfaatan Puskesmas di Kabupaten Muna, Sulawesi Tenggara*. Tesis Pascasarjana tidak diterbitkan. Makassar: FKM Universitas Hasanuddin.
- Ningsi, E.A. & Puryadi. (2011). *Aspek Sosial Budaya Berkaitan dengan Kejadian Malaria di Desa Sodoan, Kabupaten Parigi, Sulawesi Tengah*. Laporan penelitian tidak diterbitkan.
- Snow, R.W., N. Peshu, D. Foster, & B.M. Greenwood. (1992). *The Role of Shops in the Treatment and Prevention of Childhood of Malaria on the Coast of Kenya*. *Transaction of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, Vol. 86(3) 237 – 239.
- Spradley, J. (1980). *Participant Observation*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Spradley, J. (1997). *Metode Etnografi* (terjemahan: Misbah Zulfah Elizabeth). Yogyakarta: Tiara Wacana.
- Suarni A. (2014). *Hubungan Faktor Lingkungan dan Perilaku Masyarakat dalam Pengendalian Malaria dengan Tingkat Endemisitas Malaria di Kabupaten Bulukumba, 2014*. Tesis Magister tidak diterbitkan. Makassar: Universitas Hasanuddin.
- Wellin, E. (1977). "Theoretical Orientations in Medical Anthropology: Continuity and Change Over the Past Half-century" dalam David Landy (peny.) *Culture, Disease, and Healing: Studies in Medical Anthropology*. New York. Macmillan Pub.Co. Inc., hal. 47-57.
- Youder, R.A. (1989). *Are People Willing and Able to Pay For Health Services?* *Social Science and Medicine*, Vo. 29(1): 35-42.