

PERILAKU PENCARIAN PENGOBATAN TERHADAP PENYAKIT TIDAK MENULAR DI DESA SULAHO, KECAMATAN LASUSUA, KABUPATEN KOLAKA UTARA

(Health Seeking Behaviour of Non Communicable Disease in Sulaho Village, Lasusua Sub District, North Kolaka Regency)

Cati Martiyana¹ dan Lestari Handayani²

Naskah masuk: 21 September 2015, Review 1: 23 September 2015, Review 2: 23 September 2015, Naskah layak terbit: 30 Oktober 2015

ABSTRAK

Latar belakang: Penyakit tidak menular (PTM) adalah penyakit kronis yang tidak menular dari orang ke orang. Pengetahuan masyarakat tentang jenis PTM cukup baik, namun umumnya belum memahami pengaruh faktor risiko PTM, dampak yang ditimbulkan dan menganggap PTM disebabkan faktor genetik, penyakit orang tua atau penyakit orang kaya. Tulisan ini bertujuan untuk mendeskripsikan temuan penyakit tidak menular dan perilaku pencarian pengobatan terhadap penyakit jenis tersebut. **Metode:** Penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan menggunakan metode etnografi. Lokasi penelitian di Desa Sulaho, Kecamatan Lasusua, Kabupaten Kolaka Utara. Pemilihan informan dengan metode snowball sampling. Observasi partisipasi dan wawancara mendalam dengan dukungan dokumentasi menjadi metode pengumpulan data. Analisis data kualitatif dengan analisis domain, analisis taksonomi, analisis komponensial dan analisis tema budaya didukung dengan triangulasi terhadap sumber dan metode pengumpulan data. **Hasil:** PTM yang ditemukan di Sulaho adalah kasus hipertensi, stroke, penyakit akibat kecelakaan kerja dan GAKI. Informan mengetahui nama penyakit, namun belum memiliki pengetahuan yang baik meliputi penyebab, dampak dan pencegahan penyakit tersebut. Dukun (sanro) masih menjadi rujukan utama sebelum memeriksakan diri ke petugas kesehatan ketika seseorang sakit, hal ini menunjukkan bahwa masyarakat masih memiliki kemauan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan sebagai tempat pencarian pengobatan. **Kesimpulan:** Dukun (sanro) umumnya menjadi rujukan utama bagi pencarian pengobatan PTM, sebelum seseorang memeriksakan diri ke petugas kesehatan. **Saran:** Petugas kesehatan perlu melakukan pendekatan kepada masyarakat melalui tokoh masyarakat atau berbasis kekerabatan.

Kata kunci: etnografi, penyakit tidak menular, pencarian pengobatan

ABSTRACT

Background: Non communicable diseases is a chronic disease that is not spread from person to person. Public knowledge about type of non communicable disease is quite good, but generally they don't understand about effect of non communicable disease risk factors, impacts and consider non communicable disease due to genetic factors, disease of older or rich people. This research to describe the findings of non communicable diseases and health seeking behavior for these types of disease. **Method:** This study is a qualitative study used ethnographic methods. The research location at Sulaho village, Lasusua sub district, North Kolaka regency. Informants selected with snowball sampling methods. Participant observation and indepth interviews supported with documentation as data collection methods. Analysis of qualitative data with domain analysis, taxonomic analysis, komponensial analysis and analysis of the cultural theme supported with triangulation of sources and data collection methods. **Results:** Non communicable disease founded at Sulaho were cases of hypertension, stroke, diseases caused by workplace accidents and iodine deficiency disorders (IDD). Informan knows name of diseases, but they did not know good knowledge of caused, impact and prevention of it. Traditional healer (sanro)

¹ Balai Penelitian dan Pengembangan Gangguan Akibat Kekurangan Iodium (Balai Litbang GAKI) Kavling Jayan, Borobudur, Magelang
E-mail: catimartiyana@yahoo.com

² Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat Jl Indrapura No. 17 Surabaya

is still the main reference before went to the health worker when someone sick, this indicates that people still have the will to take advantage of health care of health seeking behaviour. Conclusion: Traditional healer (sanro) generally become the main reference for health seeking behaviour of non communicable diseases before someone went to the health workers. Recommendation: Health workers has to be practice to approach the community through community leaders or kinship based.

Key words: *ethnography, non communicable diseases, health seeking behaviour*

PENDAHULUAN

Penyakit tidak menular (PTM) adalah penyakit kronis yang tidak menular dari satu orang ke orang lainnya. Berdasarkan *global status report on non communicable disease* (WHO, 2011), sebanyak 63 persen kematian di dunia disebabkan oleh PTM, seperti penyakit kardiovaskuler, diabetes, kanker, dan penyakit pernafasan, di mana sebesar 80 persen terjadi di negara berpendapatan menengah ke bawah (*lower middle income*). Di Indonesia, kardiovaskuler sebesar 30 persen, cedera 9 persen, penyakit pernafasan 7 persen, kanker 3 persen, penyakit tidak menular lainnya 10 persen dan penyakit menular, penyakit berhubungan dengan maternal, perinatal dan nutrisi sebesar 28 persen (WHO, 2011).

Menurut data Pusat Promosi Kesehatan Kementerian Kesehatan (2010), beberapa penelitian menunjukkan bahwa umumnya keberadaan faktor risiko PTM tidak memberikan gejala sehingga tidak merasa perlu mengatasi faktor risiko dan mengubah gaya hidup. Selain itu pengetahuan masyarakat tentang jenis PTM cukup baik, namun umumnya belum memahami pengaruh faktor risiko PTM, dampak yang ditimbulkan dan menganggap PTM disebabkan faktor genetik, penyakit orang tua atau penyakit orang kaya. Kondisi sakit, karena penyakit tidak menular umumnya membuat individu mengupayakan pengobatan untuk memperoleh kesembuhan, seperti pengobatan sendiri (*self treatment*), memanfaatkan pelayanan kesehatan, melalui pengobatan atau penyembuh tradisional dan sebagainya. Menurut L. Green (Notoatmodjo, 2005) faktor determinan perilaku kesehatan dipengaruhi oleh tiga faktor utama, yaitu: a) faktor predisposisi (*disposing factors*), yaitu berbagai faktor yang mempermudah terjadinya perilaku seseorang, antara lain pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, berbagai nilai, tradisi dan sebagainya, b) faktor pemungkin (*enabling factors*), adalah banyak faktor yang memungkinkan atau memfasilitasi perilaku atau tindakan. Yang dimaksud dengan faktor pemungkin diantaranya adalah

keberadaan sarana dan prasarana atau fasilitas untuk mempengaruhi terjadinya perilaku kesehatan, misalnya puskesmas, posyandu, rumah sakit, dan sebagainya, dan c) faktor penguat (*reinforcing factors*), adalah berbagai faktor yang dapat mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku.

Berdasarkan penelitian Kristiono RS dan Yuniar W (2013), diketahui tidak ada hubungan antara pendidikan, status ekonomi, jenis kelamin, dan umur dengan pola pencarian pengobatan ke pelayanan kesehatan alternatif. Pemilihan terhadap pengobatan dapat dipengaruhi oleh latar belakang sosial budaya masyarakat setempat atau letak geografis pemukiman masyarakat. Seperti halnya, temuan Koronel MK (2012) bahwa komunitas marginal di Mkuranga, Tanzania dengan akses fisik yang sulit mengalami kesulitan mencapai pusat pelayanan kesehatan sehingga dalam waktu yang lama muncul masalah kesehatan ibu dan anak, akses terhadap air bersih dan penyakit malaria.

Pengobatan sendiri ketika sakit untuk mengobati penyakit tertentu melalui pengobatan tradisional umumnya masih menjadi bagian dalam kehidupan sebagian masyarakat Indonesia. Pengobatan modern yang menitikberatkan pada aspek medis juga menjadi pilihan bagi masyarakat, baik menjadi rujukan utama atau sekunder. Penelitian Didik Budijanto dan Betty Roosiermatie (2006), menemukan bahwa responden cenderung mengobati sendiri lebih dahulu apabila mereka sakit, tetapi bila anak mereka sakit sering langsung dibawa ke tenaga kesehatan; warung, penjual obat/jamu menjadi tujuan untuk pencarian pengobatan sebelum ke pengobatan tenaga kesehatan; pemanfaatan pengobatan tradisional biasanya dilakukan jika penyakit tidak kunjung sembuh dengan pengobatan modern dan pelayanan puskesmas kurang diminati karena kualitas dan jenis obat diragukan, jam buka terbatas dan cara pelayanan tidak berkenan.

Lokasi penelitian ditentukan berdasarkan prioritas kabupaten/kota dengan indeks pembangunan

kehatan masyarakat (IPKM) rendah. Berdasarkan IPKM tahun 2007, Kabupaten Kolaka Utara menduduki peringkat 397 dan termasuk kategori kabupaten bermasalah berat kesehatan miskin (KaA). Sasaran etnis pada penelitian ini adalah Suku Bajo. Berdasarkan diskusi dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Kolaka Utara, observasi pendahuluan dan dukungan data sekunder status kesehatan, Desa Sulaho dipilih sebagai lokasi penelitian dengan pertimbangan perilaku kesehatan masyarakat masih rendah dan letak geografis desa terpencil. Desa Sulaho adalah wilayah yang dilingkupi perbukitan dan laut, sehingga transportasi utama masyarakat adalah perahu (*katinting*).

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara mendalam terhadap petugas kesehatan dan masyarakat, jenis PTM yang ditemukan di Desa Sulaho diantaranya adalah kasus hipertensi, stroke, penyakit akibat kecelakaan kerja dan gangguan akibat kekurangan yodium (GAKI). Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) (2013), prevalensi hipertensi terjadi peningkatan dari 7,6 persen tahun 2007 menjadi 9,5 persen tahun 2013, kecenderungan prevalensi hipertensi tahun 2013 (9,5%) lebih tinggi dibanding tahun 2007 (7,6%), dan kecenderungan prevalensi stroke menunjukkan kenaikan dari 8,3 per mil tahun 2007 menjadi 12,1 per mil.

Penyakit akibat kecelakaan kerja rentan terjadi di Sulaho mengingat suku Bajo sangat identik dengan kehidupan laut. Pekerjaan sebagian besar masyarakat Sulaho adalah nelayan. Mereka menyelam dalam laut hingga puluhan meter untuk mencari teripang tanpa alat perlindungan diri (APD) yang memadai. Perlengkapan menyelam yang digunakan diantaranya adalah kompressor, selang, dan respirator (*dagor*). Data Direktorat Surveilans Epidemiologi, Imunisasi dan Kesehatan Matra (Dit Sepim Kesma) Depkes (2009) sampai dengan tahun 2008, dari 1.026 penyelam ditemukan 93,9 persen penyelam pernah menderita gejala awal penyakit penyelaman, yaitu 29,8 persen menderita nyeri sendi, 39,5 persen menderita gangguan pendengaran dan 10,3 persen menderita kelumpuhan.

Jenis PTM lainnya yang ditemukan adalah GAKI, yaitu sekumpulan gejala yang terjadi karena tubuh seseorang kekurangan yodium dalam jangka waktu lama dan terus menerus. Kekurangan yodium pada wanita usia subur (WUS) dapat mengakibatkan terjadinya abortus, lahir mati, peningkatan angka

kematian perinatal dan angka kematian bayi, gangguan kongenital dan lahir bayi kretin. Selain itu pada semua usia dapat terjadi gondok, hipotiroid, sementara pada anak-anak dan remaja dapat terjadi gangguan fungsi mental dan fisik (WHO, 2007). Berdasarkan Riskesdas 2013, proporsi nilai ekskresi yodium (EIU) tahun 2013 pada anak umur 6–12 tahun, WUS, ibu hamil dan ibu menyusui menurut kategori: kekurangan ($< 100 \mu\text{g/L}$), cukup ($100\text{--}199 \mu\text{g/L}$), lebih dari cukup ($200\text{--}299 \mu\text{g/L}$) dan kelebihan ($\geq 300 \mu\text{g/L}$) menunjukkan hampir seperempat sampel menunjukkan nilai EIU $< 100 \mu\text{g/L}$ yang mengindikasikan kurang mengonsumsi yodium dan sekitar setengah sampel yang diperiksa terdeteksi EIU lebih dari cukup yaitu $\geq 200 \mu\text{g/L}$.

Tulisan ini adalah bagian dari sebuah riset etnografi kesehatan yang bertujuan untuk memperoleh gambaran secara holistik terhadap aspek sejarah, geografi dan sosial budaya terkait kesehatan dalam lingkup kesehatan ibu dan anak, perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), PTM dan penyakit menular pada etnis Bajo di Desa Sulaho, Kecamatan Lasusua, Kabupaten Kolaka Utara. Tulisan ini bertujuan untuk mendeskripsikan temuan PTM dan perilaku pencarian pengobatan terhadap penyakit tersebut.

METODE

Penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan menggunakan metode etnografi. Pemilihan informan dengan metode *snowball sampling*. Pengumpulan data dilakukan melalui observasi partisipasi selama dua bulan, yaitu bulan Mei–Juni 2014. Peneliti ikut berperan langsung dalam kegiatan sehari-hari subyek penelitian didukung dokumentasi menggunakan media video dan foto. Wawancara mendalam dilakukan dengan menggunakan pedoman wawancara. Peneliti menelusuri, mencatat, dan mempelajari kepustakaan seperti naskah publikasi pada jurnal dan buku yang relevan untuk memperkaya dan memperluas wawasan dan pengetahuan peneliti tentang permasalahan yang dikaji. Analisis dilakukan sejak awal sampai akhir penelitian, sehingga dalam masa penelitian peneliti terus menganalisis data yang diperoleh meliputi analisis domain, analisis taksonomi, analisis komponensial dan analisis tema budaya. Analisis dilakukan dengan menelaah dan mengorganisasikan data didukung dengan triangulasi sumber (informan data) dan metode pengumpulan data.

HASIL

Kehidupan Masyarakat Sulaho

Sulaho adalah sebuah desa terisolir (terpencil) yang diapit oleh perbukitan dan laut, dihuni oleh suku Bajo sebanyak 68,64 persen dan sisanya adalah suku Bugis, campuran suku Bajo Bugis dan suku lain. Jarak tempuh Desa Sulaho ke Ibukota Kecamatan adalah 20 km dengan waktu tempuh sekitar 45 menit melalui jalur laut dengan menggunakan perahu dan jarak ke ibukota kabupaten adalah 25 km. Terdapat jalur darat yang dapat ditempuh menembus jalan poros Trans Sulawesi, akan tetapi jalan ini memiliki tingkat kemiringan curam, kondisi tanah cenderung labil dan licin, sehingga jarang dilalui. Secara historis, awal mula terbentuknya Desa Sulaho dimulai dengan masuknya Program Peningkatan Kesejahteraan Suku Masyarakat Terasing (PKSMT) oleh Departemen Sosial (Depsos) selama lima tahun pada tahun 1995 sampai 2000. Pasca pembinaan Depsos, Sulaho telah bermetamorfosis menjadi sebuah desa, dan suku Bajo di Sulaho tidak lagi disebut sebagai Komunitas Masyarakat Terasing (KMT) tetapi disebut sebagai Komunitas Adat Terpencil (KAT). Riwayat pernikahan masa lalu yang bersifat endogami dengan kriteria pernikahan ideal adalah antar sepupu, yaitu sepupu satu kali hingga dua kali menjadikan ikatan persaudaraan masyarakat Sulaho menjadi akrab dan dekat. Lebih dari separuh penduduk Desa Sulaho adalah usia produktif (19–25 tahun). Selain itu, orang yang dituakan (tokoh masyarakat) biasanya memiliki peran penting, termasuk seringkali menyelesaikan permasalahan yang ada dalam masyarakat. Keberadaan tokoh pemuda (usia produktif) dan orang yang dituakan berpotensi menjadi agen-agen perubahan dalam menyukseskan program kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah.

Sebuah balai kesejahteraan rakyat atau biasa disebut Bakesra oleh masyarakat telah dibangun tahun 2008 sebagai fasilitas kesehatan di desa tersebut. Ada tenaga kesehatan yang bertanggung jawab untuk memberikan pelayanan kesehatan dasar selama 2–3 hari setiap minggu untuk masyarakat Sulaho, meskipun petugas kesehatan tidak tinggal menetap. Kehidupan masyarakat masa pembinaan Depsos menerapkan PHBS, namun pasca pembinaan Depsos individu, rumah tangga maupun komunitas tidak lagi mempraktikkan PHBS dengan baik. Beberapa praktik PHBS yang menjadi faktor risiko

terjadinya PTM dan terekam selama proses penelitian diantaranya adalah kebiasaan merokok di sembarang tempat, termasuk kebiasaan merokok yang telah dimulai sejak anak duduk di bangku sekolah dasar. Aktivitas fisik sedang hingga berat dilakukan sebagai nelayan (laki-laki), dan pekerjaan rumah tangga dan atau menjual ikan (wanita). Konsumsi buah dan sayur umumnya terbatas dan tidak variatif karena warga tidak selalu pergi ke pasar di luar desa. Selain itu, praktik PHBS lainnya yang dapat digambarkan adalah konsumsi air mentah dari sumur gali umumnya sangat diminati karena air mentah segar, enak dan dingin. Kebiasaan cuci tangan dengan sabun jarang dilakukan disertai kebiasaan buang air besar (BAB) tidak di jamban tetapi dengan cara menggali lubang pasir di pantai, kemudian menimbunnya sehingga mencemari pasir dan udara sekitar pantai. Perilaku masyarakat yang tidak mendukung kesehatan juga terlihat dari lingkungan tempat tinggal dan desa yang umumnya kotor dan tercemar oleh sampah rumah tangga maupun alam.

Konsep Sehat dan Sakit

Masyarakat Desa Sulaho memiliki keyakinan bahwa sehat adalah kondisi di mana seseorang masih bisa bekerja dan beraktivitas seperti biasanya. Jika seseorang belum terbaring di tempat tidur terus menerus, badan masih bisa bergerak dan masih dapat memenuhi kebutuhan pribadi secara mandiri, maka dikategorikan sebagai kondisi sehat. Berbagai tanda klinis sakit yang muncul pada tubuh dianggap bukan merujuk pada kondisi sakit. Mereka mengakui bahwa ada rasa sakit tertentu yang kadang dialami, seperti sakit kepala, sakit perut, bahkan pada beberapa kasus, rasa sakit terjadi terus menerus atau menahun, namun tidak menjadi penghalang untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Jika seseorang sudah berada dalam kondisi terbaring, tergantung pada orang lain dalam memenuhi kebutuhan pribadi dan tidak bisa bekerja, maka seseorang telah mengalami sakit keras atau sakit kategori berat.

Kasus Hipertensi dan Stroke

Ada satu kasus hipertensi dan satu kasus stroke yang ditemukan di Sulaho. Seorang ibu, sebut saja Ny (65 tahun) pernah mengalami pingsan dan tidak sadarkan diri. Dia mengaku terkena stroke, namun tidak sampai mengalami lumpuh. Ketika dikonfirmasi

pada anaknya ternyata ibu Ny mengalami hipertensi dan tekanan darah hingga 200 lebih (sistole).

“...Dia pernah pingsan, mengorok... dibilang stroke karena tekanan darahnya naik sampai lebih 200... sering-sering ini mamaku masuk rumah sakit, pernah masuk rumah sakit sampai satu bulan...” (Nh, 32 tahun)

Ibu Ny mengaku pernah mengalami badan kaku dan tidak bisa bergerak sehingga dibawa ke rumah sakit. Kejadian itu sudah belasan tahun lalu. Saat ini, Ibu Ny seringkali mengalami tekanan darah tinggi disertai gejala leher bagian belakang atau tengkuk terasa tegang. Kondisi ini biasanya membuat Ibu Ny memeriksakan diri ke bidan desa di Bakesra, diberikan obat dan selanjutnya pulih.

“...Pernah baru-baru ini naik lagi tekanan darahnya 180, tapi bu bidan kasih obat, sudah sembuh lagi...” (Nh, 32 tahun)

Kejadian hipertensi yang dialami oleh Ibu Ny, dapat dipengaruhi oleh faktor usia dan kebiasaan konsumsi makanan olahan hasil laut yang diduga mengandung kadar kolestrol tinggi seperti udang, cumi-cumi dan jenis ikan lainnya mengingat hasil utama warga Sulaho berupa hasil laut yang umumnya sebagian dikonsumsi sendiri.

Seorang bapak, sebut saja namanya Sh (60 tahun), pertama kali mengalami stroke ketika mengangkat kayu dan mendadak salah satu tangannya tidak bisa digerakkan ketika bekerja di luar Sulaho. Ia mengalami stroke dengan gejala klinis tangan kiri lumpuh dan tidak bisa digerakkan.

“...Awalnya saya mau potong kayu pakai kapak tangan kiri pegang kayu...tiba-tiba kayunya jatuh dan saya sudah tidak bisa rasakan tangan kiri saya...tidak ada kesemutan tidak ada kram atau nyut-nyut, langsung begitu saja tidak terasa...” (Sh, 60 tahun)

Pengobatan pertama kali dilakukan oleh *sanro* selama satu bulan dengan tinggal di rumah dukun tetapi tidak ada perubahan. Bapak Sh akhirnya memutuskan pulang ke kampung halaman di Sulaho dan berobat pada *sanro* dengan cara tangan yang mati rasa disemburi air oleh *sanro*. Kedua *Sanro* yang mengobatinya tidak menyebutkan penyakit yang diderita dan penyebabnya. Kemudian informan berobat di rumah sakit dan menurut dokter menderita

sakit stroke ringan. Informan mengaku sering merasa tegang di bagian leher sebelum akhirnya tangan mengalami lumpuh.

Penyakit Akibat Kecelakaan Kerja

Secara historis, ada beberapa orang di Sulaho yang mengalami cacat dan atau tidak normal ketika berjalan karena mengalami kejang otot/kram saat menyelam di kedalaman puluhan meter. Salah satu informan, Bs (30 tahun) mengaku saat ini tetap bekerja seperti biasanya meski nyeri terasa dalam kondisi diam atau beraktivitas. Dahulu ia pernah menyelam saat memasang bom ikan (*pangada*) di kedalaman 10 meter pada tahun 1995 dan ia baru bisa berjalan kembali dua tahun setelahnya meski masih terpincang-pincang hingga kini dan kaki terasa nyeri meski tidak melakukan aktivitas.

“Saya begini juga menyelam, sudah empat kali mungkin kena begini terus-begini terus, tapi yang pertama itu begini setahun dua tahun bisa jalan, tapi kena lagi dua hari tiga hari paling bisa jalan lagi” (Bs, 30 tahun).

Pertolongan pertama ketika itu dilakukan oleh dukun sebelum akhirnya periksa ke tenaga kesehatan, selanjutnya sakit cukup diobati sendiri dengan ramuan berupa jahe yang ditumbuk, diambil airnya untuk diminum dan sebagian dicampur dengan beras untuk ditumbuk halus dan dioleskan pada bagian yang sakit. Keponakannya juga pernah terkena kram serupa yang kini berjalan dengan bantuan tongkat dan menjalankan aktivitas menyelam seperti biasanya. Kejadian seperti itu tidak menjadi ancaman berarti bagi masyarakat Sulaho untuk bekerja. Menurut salah seorang informan, gejala kram ini terjadi karena seseorang berada pada lapisan air laut dengan tekanan dan suhu air berbeda sehingga menyebabkan kondisi tubuh tidak stabil. Ada pula informan yang menyatakan bahwa seseorang yang sakit atau meninggal di laut disebabkan pengaruh hantu laut.

“Cuma menyelam saja di laut, terus dia meninggal, itu saja, bilangnyanya mereka kena hantu-hantu laut” (Ha, 45 tahun).

Penyakit akibat kecelakaan kerja yang banyak dialami oleh warga adalah lumpuh atau kram dan sakit kepala akibat menyelam dalam waktu yang lama dan dalam. Untuk mendapatkan teripang yang banyak, para penyelam tidak jarang harus menyelam

sampai kedalaman 60 meter dengan mengandalkan udara dari mesin kompresor yang disambung selang, bukan tabung oksigen. Prosedur penyelaman yang tidak benar ditambah alat keselamatan yang sangat terbatas menyebabkan risiko kecelakaan yang besar pada pekerjaan tersebut. Penelitian Dimas Ari (2012) menemukan bahwa gambaran bahaya pada aktivitas penangkapan ikan yang dilakukan nelayan muroami di Pulau Panggang, Kepulauan Seribu, Jakarta dapat digolongkan menjadi dua, yaitu bahaya bagi kesehatan dan keselamatan pekerja. Bahaya bagi kesehatan nelayan adalah ergonomi, kebisingan, tekanan ekstrim, temperatur dingin dan panas, kimia (sengatan ikatan biota laut dan karang beracun dan gas CO, CO₂, N). Bahaya bagi keselamatan nelayan adalah cuaca ekstrim (ombak), kimiawi (oli dan bahan bakar), ledakan (tekanan udara tinggi pada tabung kompresor), kimia (karat, korosif), tekanan udara tinggi, batu karang, *mechanical failure* (selang lapuk, menekuk dan bocor) dan tubuh tersangkut baling-baling kapal.

Pertolongan pertama terhadap kram umumnya dilakukan oleh *sanro*. Salah satu *sanro* diantaranya menentukan terlebih dahulu apakah kram yang dialami disebabkan oleh penunggu laut atau bukan yang dilakukan dengan meneteskan satu sendok air pada kedua mata. Apabila merasa pedih maka kram dianggap karena pengaruh penunggu laut begitu juga sebaliknya. Perawatan oleh *sanro* dilakukan melalui pengurutan di bagian kaki dengan menggunakan minyak *boka'* (kelapa) atau *pesse laya* (jahe) dan pembuatan air *jappi-jappi* dan doa. Pengurutan dilakukan sekitar setengah jam, tetapi jika kram dianggap sudah parah ditandai dengan kencing terputus-putus, maka biasanya akan dirujuk ke rumah sakit.

“...dia ambil air tetes di mata saya, sehingga bilangnyanya kalo pedih ada yang merasuk, tapi kalo tidak ya biasa saja, sekali tetes di mataku ternyata pedis. Itu bu kalo kena orang di laut pasti ada dukun yang bilang kerasukan atau apa”(Bs, 30 tahun).

“Air mi didoa-doa...diurut terus saya suruh kencing putus-putus, terus saya suruh bawa ke rumah sakit...kalo masih bisa goyang-goyang pake minyak kelapa biasa, dua hari...ndak sampe setengah jam diurut” (Th, 69 tahun)

Kasus GAKI

Ada seorang ibu rumah tangga mengalami pembesaran di bagian leher sejak memiliki anak pertama, sekitar beberapa puluh tahun lalu. Penyakit ini disebut dengan istilah gondok oleh masyarakat setempat. Pemeriksaan tidak dilakukan ke pusat pelayanan kesehatan karena alasan tidak memiliki uang, tetapi pemeriksaan akhirnya dilakukan di Puskesmas setelah merasa benjolan bertambah besar ketika anak kedua telah terlahir. Jarak antara keluhan yang muncul dan keputusan informan untuk melakukan pengobatan medis sangat lama dan jika diperkirakan lebih dari satu tahun dan tidak mendapatkan obat jenis apapun.

“Pertama seperti kemiri besare, waktu anak pertamaku, itu mi dua anakku periksa pergi ke rumah sakit di bawah...mamakku bilang besar e gondokmu, baru saya periksa doktere...bukan gondok beracun...” (Si, 43 tahun)

Upaya pengobatan awalnya dilakukan oleh dukun (*sanro*) dengan dibuatkan *air jappi-jappi*. Selanjutnya *sanro* menyarankan informan periksa ke rumah sakit karena khawatir penyakit yang diderita adalah gondok dalam. Menurut informan, yang dimaksud dengan “gondok dalam” oleh masyarakat setempat adalah benjolan yang tumbuh dalam tenggorokan sehingga penderita akan mengalami kesulitan menelan dan bernafas jika benjolan membesar. Gondok jenis ini dianggap berbahaya karena dapat menyebabkan kematian jika tidak dioperasi. “Gondok luar” berada di bawah lapisan kulit, sehingga tidak memberikan dampak pada kesulitan minum atau makan bagi penderita, dan dianggap tidak berbahaya.

“...Ndak kelihatan mi kalo besar di dalam nggak bisa makan...besar di dalam, nggak kelihatan, kalo inikan di luar saja, nggak apa-apa, kalo ndak dioperasi gondok dalam bisa mati...di tempat nasi, nggak bisa makan, nggak bisa menelan, ndak bisa kik bernapas” (Si, 43 tahun)

Informan pantang mengangkat beban berat dalam menjalankan rutinitas sebagai penjual ikan karena menurut masyarakat dapat menyebabkan gondok semakin besar. Menurut informan, pantangan lainnya adalah mengonsumsi makanan berminyak, tetapi informan tidak mengetahui alasan adanya pantangan tersebut. Informan tidak menghindari makanan

berminyak. Menurut informan gondok juga dapat meletus ketika tidak dapat ditemukan obatnya.

“jangan kau makan anu e minyak-minyak apakah, jangan banyak tumis-tumis, itu kasihtahukan orang disini, mati tak nanti...gondok bisa meletus kalo nggak ada obatnya, banyak orang meletus kalo nggak ada obatnya” (Si, 43 tahun)

Konsumsi garam halus oleh penderita dianggap sebagai salah satu cara untuk mengecilkan ukuran gondok. Informan tidak selalu menggunakan garam halus karena tidak dapat selalu diperoleh di warung desa, sehingga kadang digunakan garam seadanya. Upaya lain adalah dengan mengoleskan garam halus di bagian leher menjelang tidur. Ibu telah mempraktikkan kebiasaan tersebut sejak anak-anaknya masih kecil. Informan memeriksakan diri sekitar pertengahan tahun 2014 ke Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Kolaka Utara, merupakan pemeriksaan kedua sepanjang informan menderita gondok dan tidak ada pemeriksaan laboratorium yang dilakukan. Menurut informan, hasil pemeriksaan menyatakan bahwa penyakit yang diderita adalah gondok tidak beracun. Informan sendiri menyebut bahwa gondok yang diderita adalah gondok luar.

“Belum itu periksa, besar baru periksa...baru kapan dua kali, besar baru saya periksa, bukan gondok beracun...gondok luar aja itu bu, belum besar” (Si, 43 tahun)

Menu sehari-hari yang biasa dikonsumsi oleh informan dan keluarga adalah nasi sebagai makanan pokok dengan ikan laut sebagai lauk yang didominasi ikan tongkol (*kacalang*). Sayur yang biasa dikonsumsi diantaranya sayur *kolu* (kol), *sempu* (daun katuk), *marolare* (kangkung), buah pepaya, kacang panjang, daun kacang panjang, dan terong. Pemilihan jenis sayur umumnya karena alasan masa simpan yang relatif lama.

Sanro umumnya menjadi rujukan utama sebagian masyarakat, namun ada obat-obatan seperti amoxicillin, asam mefenamat, ampicillin, antalgin yang dijual bebas di warung desa/juga sering dimanfaatkan masyarakat. Ada warga masyarakat yang menggunakan paduan amoxicillin dan asam mefenamat untuk sakit gigi, sakit badan atau sakit kepala. Ampicillin biasanya digunakan untuk sakit gigi dengan cara diminum atau dilarutkan dengan air untuk dioleskan pada bagian yang sakit. Selain itu tumbuhan

tertentu juga dimanfaatkan oleh masyarakat untuk pengobatan, seperti daun cocor bebek (*Kalanchoe pinnata*) yang ditumbuk agak hancur dan ditempel pada bagian yang sakit ketika sakit gigi atau sakit kepala dan daun sirsak (*Annona muricata* L) muda ditempel atau diremas-remas terlebih dahulu kemudian ditempel pada bagian badan yang sakit.

PEMBAHASAN

Penyembuhan tradisional menjadi salah satu cara yang dilakukan oleh orang untuk mendapatkan kesembuhan atas penyakit yang dialami. Masyarakat Sulaho memiliki kepercayaan terhadap penyebab sakit karena gangguan berbagai hal atau kekuatan di luar aspek medis, terutama berkaitan dengan kecelakaan kerja di laut, seperti sakit karena pengaruh penunggu atau hantu laut. Di Sulaho, ada *sanro* laki-laki dan wanita yang biasa mengobati bermacam penyakit. Permasalahan akses desa, kehidupan yang kental dengan nuansa alam dan kepercayaan yang tinggi terhadap *sanro* menjadikan *sanro* menjadi rujukan utama dalam mengupayakan proses penyembuhan penyakit. Sebagian besar masyarakat Sulaho pergi ke *sanro* sebagai tujuan pertama pengobatan didukung penggunaan ramuan tradisional, sementara sebagian masyarakat diantaranya mengobati sakit yang bersifat umum, seperti sakit gigi, sakit kepala dan sebagainya dengan membeli obat di warung desa dan ramuan tradisional. Hasil temuan Sudibyo S dkk (2005) menyatakan hal yang sama bahwa pengobatan sakit masyarakat umumnya menggunakan obat yang terdapat di warung obat yang ada di desa tersebut dan sebagian kecil menggunakan obat tradisional.

Sebagian besar masyarakat merasa lebih puas dengan pembuatan *air jappi-jappi* dan doa, lebih tepatnya mantra oleh *sanro*. Suku Bajo identik dengan kehidupan alam terutama laut, sehingga kepercayaan yang bersumber pada animisme masih hidup dari generasi ke generasi. Hasil analisis Uniawati (2007) menyatakan hal yang sama bahwa masyarakat suku Bajo meyakini Tuhan sebagai pemilik kekuasaan tertinggi dan adanya nabi/rasul sebagai utusan-Nya, juga meyakini adanya kekuatan gaib yang menjadi media perantara untuk mewujudkan suatu keinginan melalui pembacaan suatu mantra tertentu.

Akses ke Sulaho yang relatif sulit menyebabkan petugas kesehatan puskesmas tidak dapat berkunjung setiap saat ke desa. Berkaitan dengan adanya

kasus darurat, maka warga kesulitan menuju pusat pelayanan kesehatan yang lebih lengkap seperti ke puskesmas atau rumah sakit. Jalur yang dapat ditempuh adalah jalur laut yang tergantung kondisi cuaca atau jalur darat yang dapat dilalui dengan sepeda motor melalui medan sulit. Hal ini juga menjadi penyebab masih adanya kepercayaan tinggi terhadap *sanro* dalam pencarian pengobatan masyarakat. Temuan ini didukung oleh Erwan (2013) bahwa kepercayaan masyarakat dalam mengobati pasien yaitu mereka memilih mempercayakan kepada pengobat tradisional setempat berdasarkan beberapa alasan, salah satunya yakni jarak tempuh ke rumah sakit jauh dari perkampungan mereka. Rohmansyah dkk (2010), menemukan melalui penelitian bahwa penduduk memiliki kemudahan akses ke fasilitas pelayanan kesehatan, yaitu penduduk yang tinggal di wilayah pedesaan memilih puskesmas sebagai pilihan tempat berobat, sedangkan yang tinggal dekat dengan ibukota kabupaten memilih Rumah Sakit Umum Daerah sebagai tempat berobat.

Berdasarkan kasus PTM yang ditemukan, hanya satu kasus penyakit hipertensi saja yang langsung berobat ke tenaga kesehatan tanpa berobat ke *sanro*, sementara kasus lainnya periksa ke *sanro* terlebih dahulu sebelum akhirnya periksa ke tenaga kesehatan. Masyarakat Sulaho lebih memilih berobat kepada *sanro* dan atau membeli obat secara mandiri jika mereka sakit. *Air jappi-jappi* dan doa umumnya menjadi daya tarik bagi masyarakat untuk memilih berobat ke *sanro* terlebih dahulu. Temuan ini serupa dengan temuan Anggorodi Rina (2009) bahwa hal terpenting pemilihan dukun dalam proses persalinan adalah dukun mempunyai '*jampe-jampe*' yang kuat sehingga ibu yang akan bersalin lebih tenang, Dukun memiliki pengalaman dan kebanyakan sudah dikenal oleh masyarakat, berbeda dengan bidan (tenaga kesehatan) yang kurang dikenal.

Perilaku pencarian pengobatan dipengaruhi oleh peran budaya nenek moyang yang secara turun temurun mempengaruhi perilaku individu atau masyarakat, begitu juga dengan perilaku sehat dan sakit sangat dipengaruhi oleh budaya yang ada di masyarakat terhadap kesehatan. Kemajuan dalam ilmu kesehatan dan kedokteran, tidak serta merta menghilangkan kepercayaan masyarakat terhadap berbagai pengobatan tradisional yang hidup dalam masyarakat sejak lama. Menurut Ardani Irfan (2013), eksistensi dukun dan metode pengobatannya masih

hidup di tengah era pengobatan modern sekarang karena masyarakat masih mempercayai keunggulan pengobatan oleh dukun. Sifat universal pengobatan tradisional dipandang oleh masyarakat awam sebagai metode pengobatan yang dapat menyembuhkan semua jenis penyakit, berbeda dengan pengobatan modern yang semakin menuju ke arah spesialisasi.

Budaya yang berkembang dalam setiap masyarakat bersifat dinamis dan dapat berubah seiring dengan segala perubahan dalam kehidupan masyarakat global, salah satunya adalah pergeseran pencarian pengobatan melalui pemilihan pengobatan modern. Penelitian Yulfira M (2011), menemukan sebagian besar masyarakat memiliki kepercayaan untuk kesembuhan penyakitnya pada tenaga kesehatan, karena mereka berkeyakinan bahwa penyakit dapat disembuhkan oleh tenaga kesehatan. Sebagian kecil masyarakat memiliki kepercayaan kesembuhan penyakit melalui jasa pengobat tradisional dengan alasan ada gejala penyakit yang hanya dapat disembuhkan oleh tenaga pengobat tradisional (penyakit berkaitan dengan berbagai hal di luar medis).

Berkaitan dengan PTM yang ada di Sulaho, informan mengetahui nama penyakit, namun belum memiliki pengetahuan yang baik mengenai penyebab, dampak dan pencegahan penyakit tersebut. Sependapat dengan analisis Julianty Pradono (2013) yang menunjukkan kurangnya pengetahuan informan tentang penyebab terjadinya hipertensi, gejala hipertensi, cara mendeteksi hipertensi, dan penggunaan obat anti hipertensi yang membutuhkan waktu lama dan berkesinambungan. Hal ini juga serupa dengan penelitian Falavigna A dkk (2009) bahwa pengetahuan tentang stroke di Caxias Do Sul, Brazil masih kurang. Status sosial ekonomi dan tingkat pendidikan rendah berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang stroke. Terkait dengan permasalahan GAKI, hal ini sesuai dengan temuan Cati M (2012), bahwa masyarakat belum mampu memahami keterkaitan antara sebab, akibat dan pencegahan GAKI, sehingga masih ditemukan pengetahuan dan pemahaman yang keliru mengenai GAKI.

Ada keterkaitan antara hipertensi dengan kejadian stroke. Hipertensi dapat menjadi faktor risiko terjadinya stroke. Hal ini sesuai dengan penelitian Cinthya AD dkk (2013) di mana faktor risiko tertinggi stroke pada seluruh sampel adalah hipertensi (82,30%). Selain itu penelitian Seane LP, 2004 bahwa kebiasaan

merokok juga menjadi faktor risiko terjadinya stroke. Penggunaan APD yang tidak memadai juga dapat menjadi faktor risiko terjadinya penyakit akibat kecelakaan kerja. Konsumsi iodium yang tidak mencukupi oleh tubuh secara terus menerus menjadi faktor risiko terjadinya kasus GAKI yang rentan terjadi pada WUS dan anak-anak.

Upaya pencegahan dan deteksi dini PTM menjadi penting untuk dapat dilakukan, terutama oleh masyarakat secara mandiri. Upaya pencegahan dan penanggulangan PTM akan menjadi lebih efektif dan efisien jika faktor risiko, seperti merokok, perilaku yang berkaitan dengan kecelakaan dan cedera, konsumsi cukup iodium tersebut dapat dikendalikan. Dampak dan risiko PTM berpengaruh terhadap ketahanan hidup manusia, penurunan produktivitas kerja dan penambahan beban biaya kesehatan keluarga.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

PTM yang ditemukan di Sulaho adalah kasus hipertensi, stroke, penyakit akibat kecelakaan kerja dan GAKI. Informan mengetahui nama penyakit, namun belum memiliki pengetahuan yang baik mengenai penyebab, dampak dan pencegahan penyakit tersebut. Berkaitan dengan penyakit masih ada kepercayaan non medis terhadap penyebab terjadinya penyakit, seperti pengaruh penunggu atau hantu laut. Hal ini menyebabkan dukun (*sanro*) masih menjadi rujukan utama perilaku pencarian pengobatan sebelum akhirnya memeriksakan diri ke petugas kesehatan ketika sakit. Hal ini mengindikasikan bahwa masyarakat masih memiliki kemauan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan sebagai tempat pencarian pengobatan.

Saran

Petugas kesehatan perlu menjalin kedekatan dengan masyarakat yang dapat dirintis melalui tokoh masyarakat atau berbasis kekerabatan. Perbaikan akses jalan darat desa penghubung dengan jalan poros Trans Sulawesi diperlukan untuk menciptakan jangkauan mudah menuju pusat pelayanan kesehatan bagi masyarakat Sulaho. Desa menjadi tidak terisolir, masyarakat dapat mengakses pelayanan kesehatan setiap saat, ada kesempatan membuka diri dan merespon baik pelayanan kesehatan. Selain itu

kegiatan perlu didukung dengan komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) kontinyu mengenai PTM yang ada meliputi pengenalan, pencegahan, dampak dan pengobatan melalui poster/leaflet di lokasi strategis desa dan pelibatan tokoh masyarakat dan tokoh muda sebagai *agent of change*.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat yang telah memberikan kesempatan untuk berkontribusi dalam penelitian riset etnografi kesehatan (REK) tahun 2014. Ucapan terima kasih disampaikan pula kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kolaka Utara beserta jajarannya yang telah memberikan izin dan menyambut baik pelaksanaan REK; Kepala Puskesmas Lasusua beserta staf yang telah membantu proses pelaksanaan penelitian dan masyarakat Sulaho yang telah memberikan kesempatan peneliti menimba ilmu di sana.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggorodi Rina. 2009. Dukun Bayi dalam Persalinan oleh Masyarakat Indonesia. *MaJalah Kesehatan*. 13 (1), hal. 9-14.
- Ardani Irfan. 2013. Eksistensi Dukun dalam Era Dokter Spesialis, *Lakon: Jurnal Kajian Sastra dan Budaya*. 1(2), hal. 28-33.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2008. *Riskesdas 2007*. Jakarta.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2014. *Riskesdas 2013*. Jakarta.
- Cati Martiyana, Muh Faozan, Marizka Khairunnisa. 2012. Pengetahuan Masyarakat tentang Sebab, Akibat dan Pencegahan GAKI di Kecamatan Badegan, Kabupaten Ponorogo. *Jurnal GAKI*, 1 (1), hal. 32-53.
- Cintya Agreayu Dinata, Yuliarni Safrita, Susila Sastri. 2013. Gambaran Faktor Risiko dan Tipe Stroke pada Pasien Rawat Inap di Bagian Penyakit Dalam RSUD Kabupaten Solok Selatan Periode 1 Januari 2010 - 31 Juni 2012. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 2 (2), hal. 57-61.
- Didik Budijanto, Betty Roosihermiatie. 2006. Persepsi Sehat Sakit dan Pola Pencarian Pengobatan Masyarakat Daerah Pelabuhan (Kajian Kualitatif di Daerah Pelabuhan Tanjung Perak). *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 9 (2), hal. 93-99.
- Dimas Ari Dharmawirawan, Robiana Modjo. 2012. Identifikasi Bahaya Keselamatan dan Kesehatan

- Kerja pada Penangkapan Ikan Nelayan Muroami. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 6 (4), hal. 185-192.
- Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Departemen Kesehatan RI. 2008. Petunjuk teknis upaya kesehatan penyelaman dan hiperbarik bagi petugas kesehatan Propinsi, Kabupaten/Kota dan Puskesmas. Edisi ke-1. Jakarta.
- Erwan Baharudin. Kepercayaan Medis Masyarakat Desa Bando Kecamatan Sukamaju Tangerang terhadap Sistem Pengobatan pada Kasus Gigitan Ular. 2013. *Forum Ilmiah*, 10 (1), hal.150-155.
- Falavigna A, Teles AR, Vedana VM, Kleber FD, Mosena G, Velho MC, et al. 2009. Awareness of Stroke Risk Factors and Warning Signs in Southern Brazil. *Arq Neuropsiquiat*, 67 (4), p1076-81.
- Julianty Pradono, Lely Indrawati, Tony Murnawan. 2013. Permasalahan dan Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Terjadinya Hipertensi di Kabupaten Bogor Prov. Jawa Barat. *Buletin Penelitian Kesehatan*, 41 (2), hal. 61-71.
- Kristiono R.S, Yuniar Wardani. 2013. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pola Pencarian Pengobatan ke Pelayanan Kesehatan Alternatif Pasien Suspek Tuberculosis di Komunitas. *Jurnal Kesmas*. 7 (2), hal.105-112.
- Koronel Mashalla Kema, Joseph Komwihangiro, Saltiel Kimaro. 2012. Integrated Community Based Child Survival, Reproductive Health and Water and Sanitation Program in Mkuranga district, Tanzania: A Replicable Model of Good Practices in Community Based Health Care. *Pan African Medical Journal*. 13 (11), supp: p. 11-7.
- Notoatmodjo. 2005. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Pusat Promosi Kesehatan, Kementerian Kesehatan. 2010. *Rencana Operasional Promosi Kesehatan dalam Pengendalian Penyakit Tidak Menular*. Jakarta.
- Rohmansyah WN, Imas Masturoh, Joni Hendri, Mara Ipa. 2010. Gambaran Perilaku Pencarian Pengobatan Penderita Demam Berdarah Dengue di Kabupaten Ciamis Propinsi Jawa Barat. *Aspirator*, 2 (2), hal. 103 –109.
- Sudibyo Supardi dan Mulyono Notosiswoyo. 2005. Pengobatan Sendiri Sakit Kepala, Demam, Batuk Dan Pilek Pada Masyarakat Di Desa Ciwalen, Kecamatan Warungkondang, Kabupaten Cianjur, Jawa Barat. *Majalah Ilmu Kefarmasian*. 2 (3), hal. 134-144.
- Seana L. Paul, Amanda G. Thrift, Geoffrey A. Donnan. 2004. Smoking as a Crucial Independent Determinant of Stroke. *Tobacco Induced Diseases*, 2 (2), hal. 67-80.
- Uniawati. 2007. *Mantra Melaut Suku Bajo: Interpretasi Semiotik Riffaterre*. Semarang: Program Pascasarjana Universitas Diponegoro. Ilmu Susastra.
- WHO. 2011. *Global Status Report on Non communicable Disease*. Geneva.
- WHO. 2011. *Non Communicable Disease, Country Profiles*. Geneva.
- Yulfira Media. 2011. Pengetahuan, Sikap Dan Perilaku Masyarakat Tentang Penyakit Tuberculosis (Tb) Paru di Kecamatan Sungai Tarab, Kabupaten Tanah Datar Propinsi Sumatera Barat. *Media Litbang Kesehatan*. 21 (2), hal.82-88.