

**SCHISTOSOMIASIS PADA MASYARAKAT DATARAN TINGGI LINDU
DI KABUPATEN SIGI, PROPINSI SULAWESI TENGAH
(*SUATU STUDI ANTROPOLOGI KESEHATAN*)**

NINGSI



**PROGRAM STUDI ANTROPOLOGI
PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDIN
MAKASAR
2013**

**SCHISTOSOMIASIS PADA MASYARAKAT DATARAN TINGGI LINDU
DI KABUPATEN SIGI, PROPINSI SULAWESI TENGAH
(*SUATU STUDI ANTROPOLOGI KESEHATAN*)**

TESIS

Sebagai salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

**Program studi
Antropologi**

Disusun dan diajukan oleh

NINGSI

Kepada

**PROGRAM STUDI ANTROPOLOGI
PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDIN
MAKASAR
2013**

LEMBAR PENGESAHAN UJIAN

Nama : Ningsi
Nim : P1900211004
Judul : Schistosomiasis Pada Masyarakat Dataran Tinggi Lindu
Di Kabupaten Sigi, Provinsi Sulawesi Tengah (*suatu
studi antropologi kesehatan*)

Menyetujui
Komisi Penasehat

Prof. Dr. M. Yamin Sani, MS
Ketua

Prof. Dr. Pawennari Hijjang, MA
Anggota

Mengetahui
Ketua Program Studi

Prof. Dr. Pawennari Hijjang, MA

TESIS

Schistosomiasis Pada Masyarakat Dataran Tinggi Lindu Di Kabupaten Sigi, Propinsi
Sulawesi Tengah (*suatu studi antropologi Kesehatan*)

Disusun dan diajukan oleh

Ningsi

Nomor pokok : P1900211004

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis pada tanggal..... Dan dinyatakan Telah
Memenuhi Syarat

Menyetujui
Komisi Penasehat

Prof. Dr. M. Yamin Sani, MS
Ketua

Prof. Dr. Pawennari Hijjang, MA
Anggota

Ketua Program Studi Antropologi

Direktur Program Pascasarjana
Universitas Hasanuddin

Prof. Dr. Pawennari Hijjang, MA

Prof. Dr.Ir. Mursalim

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Ningsi
Nomor Mahasiswa : P1900211004
Program Studi : Antropologi

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makasar, 2013
Yang menyatakan

NINGSI

TESIS

**SCHISTOSOMIASIS PADA MASYARAKAT DATARAN TINGGI LINDU
DI KABUPATEN SIGI, PROVINSI SULAWESI TENGAH
(SUATU STUDI ANTROPOLOGI KESEHATAN)**

Disusun dan diajukan oleh

NINGSI

NOMOR POKOK P1900211004

telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
pada tanggal 10 Juli 2013
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui

Komisi Penasehat,

Prof. Dr. M. Yamin Sani, MS.
Ketua

Ketua Program Studi
Antropologi,

Prof. Dr. Pawennari Hijang, MA
Anggota

Direktur Program Pascasarjana
Universitas Hasanuddin,

Prof. Dr. Pawennari Hijang, MA

Prof. Dr. Ir. Mursalim

PRAKATA

Puji dan syukur senantiasa dipanjatkan kehadirat Illahi Rabbi, atas kuasa dan rahmatnya jualah sehingga tesis ini dapat dirampungkan sesuai dengan harapan dan sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Magister Antropologi pada Program Studi antropologi. Tak lupa pula shalawat dan salam untuk junjungan nabi kita Muhamad SAW. Tesis ini tak mungkin selesai tanpa bantuan berbagai pihak, baik yang berperan secara langsung maupun tidak. Diantaranya untuk kedua orang tua kami, suamiku Lutfi Sunuh serta anakku tercinta Alamsyah, Afrianti Rukmana, Asya Nursafikah serta saudara-saudaraku yang selalu memberikan doa dan semangat, sehingga tesis ini dapat diselesaikan dengan waktu yang direncanakan.

Tak lupa ucapan terima kasih dan penghargaan kepada Bapak Prof. Dr. M. Yamin Sani, MS selaku komisi pembimbing pertama dan Bapak Prof. Dr. Pawennari Hijjang, MA selaku komisi pembimbing kedua, atas keikhlasannya membimbing penulis, meluangkan waktu dan memberikan petunjuk serta saran dan pikiran sejak pelaksanaan penelitian, hingga selesainya penulisan tesis ini. Ucapan terima kasih tak lupa penulis ucapkan pada masyarakat Lindu khusus para informan yang bersedia menjadi narasumber dan memberikan informasi pada saat penelitian berlangsung.

Semoga Allah memberikan rahmat kepada semua pihak yang telah banyak membantu penulis dalam menuntut ilmu sampai menyelesaikan penelitian dalam penulisan ini. Ahir kata penulis sangat menyadari tesis ini masih banyak kekurangan, dan diharapkan saran dan kritikan untuk petunjuk dan kesempurnaannya. Harapan penulis, semoga hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi pengembangan Ilmu pengetahuan dalam bidang Antropologi kesehatan.

Makasar,.....2013

NINGSI

ABSTRAK

NINGSI, Schistosomiasis Pada Masyarakat Dataran Tinggi Lindu di Kabupaten Sigi Propinsi Sulawesi Tengah (Suatu Studi Antropologi Kesehatan) dibimbing oleh Prof. Dr. M. Yamin Sani, MS dan Prof. Dr. Pawenari Hijjang, MA.

Penelitian ini bertujuan menjelaskan pengetahuan, perilaku, persepsi masyarakat, peran petugas kesehatan serta lembaga lokal dalam mencegah dan terkait schistosomiasis.

Penelitian dilakukan di Dataran Tinggi Lindu Kabupaten Sigi. Tehnik pengumpulan yang digunakan adalah observasi, wawancara mendalam dan studi dokumen. Data dianalisis secara deskriptif kualitatif.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa masyarakat Lindu telah mengetahui penyebab, gejala-gejala dan penularan schistosomiasis. Perilaku masyarakat dalam hal pencegahan schistosomiasis masih kurang menunjukkan perilaku yang positif, terutama untuk mencegah diri agar tidak tertular schistosomiasis. Hasil observasi rata-rata masyarakat tidak menggunakan alat pelindung diri seperti sepatu boot saat beraktivitas di sawah maupun di kebun. Perilaku pencarian pengobatan schistosomiasis dilakukan dengan mendahulukan pengobatan medis. Peran petugas kesehatan dan lembaga lokal dalam penanggulangan schistosomiasis masih dalam bentuk pemeriksaan tinja dengan pengobatan pada penderita. Hasil penelitian menunjukkan pengetahuan, perilaku dan lingkungan masyarakat memiliki peran yang lebih dominan terhadap kejadian schistosomiasis dan bisa dikatakan sebagai faktor resiko utama terjadinya schistosomiasis di kawasan Lindu.

Kata kunci : Pengetahuan, persepsi, petugas kesehatan, schistosomiasis

ABSTRAK

NINGSI. Schistosomiasis on Lindu High Land Community at Sigi Regency, Central Sulawesi Province : A Study on Health Agency (supervised by M. Vamin Sani and Pawenati Hijang), the research aimed at analysing the knowledge, community perception, the role of health officials and local institutions in preventing and coping with schistosomiasis. The research was carried out at Lindu High Land, Sigi Regency, Data were collected by using an observation, profound interview and documentary study. The data were analysed in qualitative descriptive method. - The research result indicates that Lindu community already knows the causes, phenomena, and contagiousness of schistosomiasis, The community perceives That the schistosomiasis is an ordinary disease and is not a deadly use. The community has not indicated the positive behaviour in preventing the schistosomiasis, primarily in preventing themselves in order not to be contagious with the schistosomiasis. The result of the observation indicates that the average community members do not use the self-protecting device such as boots when they have activities in the rice fields or plantation. The medication searching for the schistosomiasis is carried out by putting priority on the medical treatment. The role of the health officials and local institutions in coping, with the schistosomiasis is still on the examination of faeces, medication on the patients. The research result also indicates that the knowledge, behaviour, and community environment have the most dominant role on the schistosomiasis incident and it is stated as the primary risk factor of the schistosomiasis incident.

Key-word : Knowledge, perception, health officials, schistosomiasis

DAFTAR ISI

PRAKATA	i
ABSTRAK	ii
ABSTRACT	iii
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR	vii
BAB I. PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	6
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Schistosomiasis	7
B. Konsep Pengetahuan,Persepsi dan Perilaku Kesehatan	11
C. Pengaruh Lingkungan terhadap Kesehatan	26
D. Sistem Medis Berkenan Dengan Etnomedisin	30
E. Kerangka Pikir	36
BAB III. METODE PENELITIAN	39
A. Lokasi dan Waktu Penelitian	39
B. Jenis Penelitian	39
C. Populasi dan Sampel	40
D. Tehnik Pengumpulan Data	40
E. Tehnik Analisa Data	42

BAB IV. GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN	43
A. Kondisi Geografis	43
B. Kondisi Demografis	50
C. Sejarah Kecamatan Lindu.	53
D. Kondisi Sosial Ekonomi	55
E. Kondisi Sosial Budaya	58
F. Potensi Sumber Daya Alam	60
G. Sarana dan Prasarana	62
BAB V. HASIL DAN PEMBAHASAN	64
A. Awal Mula Orang Lindu Dengan Schistosomiasis	64
B. Pengetahuan Medis Masyarakat Lindu Terkait Schistosomiasis	71
C. Perilaku Masyarakat Lindu terkait dengan Schistosomiasis	80
D. Persepsi Masyarakat Lindu Terhadap Schistosomiasis	88
E. Upaya Petugas Kesehatan dan Peran Lembaga Lokal dalam Membantu Mencegah dan Menanggulangi Schistosomiasis	95
BAB VI. KESIMPULAN DAN SARAN	106
A. Kesimpulan	106
B. Saran	108
DAFTAR PUSTAKA	110
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

1. Jumlah desa, Jumlah penduduk dan luas wilayah Kecamatan Lindu 2012
2. Jumlah Penduduk menurut jenis kelamin kecamatan Lindu 2012
3. Jenis pekerjaan menurut mata pencaharian hidup di kecamatan Lindu 2012
4. Jumlah penduduk menurut agama dan jenis kelamin Kecamatan Lindu 2012

DAFTAR GAMBAR

1. Kerangka Pikir
2. Peta Kecamatan Lindu
3. Suasana Lingkungan dan Pemukiman Masyarakat Lindu

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Masalah kesehatan masyarakat adalah masalah kompleks dari berbagai masalah lingkungan yang bersifat alamiah maupun masalah buatan manusia, sosial budaya, populasi penduduk, genetika dan sebagainya. Lingkungan menyediakan sumber daya alam di mana manusia yang hidup bermasyarakat mengelola sumber daya tersebut sedemikian rupa berdasarkan kemampuan dan pengetahuan yang diwarisinya secara turun-temurun. Manusia dengan pengetahuannya dapat mengubah, mempengaruhi dan membentuk lingkungan yang dapat memberikan sumber kehidupan sesuai dengan apa yang dibutuhkan. Seringkali manusia mendayagunakan alam lingkungannya dan berusaha melakukannya dengan cermat dan penuh kehati-hatian, namun di sisi lain manusia kadang tidak menyadari bahwa lingkungan dapat menyebabkan sumber penyakit bagi mereka.

Manusia sebagai makhluk yang berbudaya dengan kebudayaan yang dimilikinya, mereka tidak hanya mampu menyelaraskan diri dengan lingkungan, namun manusia juga dapat merubah alam lingkungannya menjadi suatu yang berarti dalam kehidupan sehari-hari. Hal ini di sebabkan kebudayaan berisi seperangkat pengetahuan yang pada gilirannya dapat di jadikan pedoman untuk menanggapi dan menjawab seluruh tantangan alam baik lingkungan fisik maupun sosial. Dari sekian banyak pengetahuan yang

dimiliki manusia, salah satunya adalah pengetahuan untuk menghindari penyakit dan untuk menyembuhkan suatu jenis penyakit.

Kita mengakui, bahwa keanekaragaman persepsi sehat dan sakit beserta perawatan kesehatan pada umumnya ditentukan oleh pengetahuan, kepercayaan, nilai dan norma. Singkatnya semua adalah kebudayaan. Atas dasar konteks ini, kita dapat mengatakan bahwa pada umumnya kebudayaan yang menentukan apa yang menyebabkan orang menderita sebagai akibat dari perilakunya dan mengapa perawatan medis mengikuti cara tertentu dan bukan cara lainnya (Logant dalam Kalangi 1993 : 5).

Salah satu penyakit yang cukup lama dialami secara turun temurun oleh suatu komunitas, dan sampai saat ini masih menjadi masalah kesehatan masyarakat dan pemerintah setempat adalah schistosomiasis. Schistosomiasis di Indonesia hanya ditemukan di Sulawesi Tengah yaitu di Dataran Tinggi Lindu, Napu dan Bada. Hasil survei tinja oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sigi, prevalensi schistosomiasis di Dataran Lindu masih cukup tinggi yaitu 3,22% (2010), 2,67 % (2011) dan 1,13 % (2012). Kasus schistosomiasis di atas 1 % sudah merupakan masalah kesehatan masyarakat.

Schistosomiasis atau disebut juga demam keong, disebabkan oleh parasit cacing. Parasit ini muncul dari siput (*keong*) untuk mencemari air tawar dan kemudian menginfeksi manusia ataupun hewan mamalia (sapi, kerbau, babi dsbnya) yang kulitnya bersentuhan dengan air. Schistosomiasis selain menginfeksi manusia juga dapat ditularkan dari manusia ke hewan

mamalia dan dari hewan mamalia melalui perantara keong *Oncomelania hupensis lindoensis* (Jastal 2008:1).

Berbagai upaya penanggulangan telah dilakukan, namun sampai saat ini schistosomiasis masih terus ada di Dataran Lindu. Pemberantasan schistosomiasis telah dilakukan sejak tahun 1974 dengan berbagai metode yaitu pengobatan penderita dengan Niridazole pemberantasan siput penular (*keong O. hupensis Lindoensis*) dengan moluskisida. Pemberantasan yang dilakukan dengan metode tersebut dapat menurunkan prevalensi schistosomiasis dengan sangat signifikan seperti di desa Anca dari 74% turun menjadi 25%. Kemudian kegiatan secara intensif dimulai pada tahun 1982, dengan kegiatan penanganan pada manusianya yaitu pengobatan penduduk secara massal yang ditunjang dengan kegiatan penyuluhan, pengadaan sarana kesehatan dan pemeriksaan tinja penduduk serta pemeriksaan keong. Hasil pemeriksaan tersebut mampu menurunkan prevalensi schistosomiasis (Rosmini, 2009:113).

Sejalan dengan upaya-upaya yang telah dilakukan dalam penanggulangan schistosomiasis, namun sampai saat ini belum memberikan hasil yang diharapkan. Tentu menimbulkan pertanyaan mengapa kasus schistosomiasis masih tetap ada di Dataran Lindu, padahal berbagai upaya telah dilakukan oleh pemerintah. Dapat dikatakan bahwa kondisi sehat dan sakit schistosomiasis masyarakat di Dataran Lindu bukan hanya dipengaruhi oleh faktor keong sebagai penular, namun aspek lingkungan dan sosial budaya ikut berperan terjadinya penyakit ini.

Foster A (2009:15) menjelaskan, bahwa upaya seseorang untuk mendapatkan kesehatan merupakan suatu pranata khusus yang terus dipelihara dan dikembangkan. ketika peradaban berkembang maka budaya manusia tentang kesehatan juga berkembang. Sekarang saat teknologi tak terkendalikan, budaya kesehatan manusia mengarah pada budaya rasional tentang kesehatan. Pemahaman masyarakat tentang kesehatan berpengaruh terhadap tindakan yang di lakukannya.

Penanganan schistosomiasis di Dataran Lindu telah mengalami perubahan seiring dengan berkembangnya pengetahuan masyarakat tentang kesehatan. Dulu sebelum informasi tentang schistosomiasis diketahui oleh masyarakat Lindu, masyarakat memiliki kepercayaan bahwa penyebab sakit berasal dari agent personalitik (sihir, gangguan makhluk halus dan penyakit kutukan), hingga penanganan penyakit lebih berorientasi pada pengobatan secara medis tradisional. Namun saat ini lambat laun hal itu telah ditinggalkan, karena rata-rata masyarakat di Lindu telah mengetahui penyebab schistosomiasis, yaitu dari keong yang biasa mereka sebut dengan penyakit keong (*susu*), hingga tindakan pengobatan yang dilakukan saat ini adalah pengobatan medis yang ditangani oleh petugas kesehatan. Namun yang menjadi masalah adalah, mengapa kasus schistosomiasis masih cukup tinggi padahal sebagian masyarakat di Lindu telah mengetahui penyebab schistosomiasis.

Perlunya memahami akan konsep budaya masyarakat terkait dengan kesehatan dan penyakit. Sehat tidak sekedar dilihat dari aspek penampilan fisik, fisiologis, fungsi sosial, akan tetapi juga aspek yang dapat

memberikan pengaruh pada kondisi kesehatan individu seperti pengetahuan, sikap, persepsi dan perilaku masyarakat yang di kondisikan oleh pola budaya sangat perlu untuk diketahui, dan bagaimana upaya-upaya masyarakat dalam pencegahan penyakit (Boedihartono dalam Masinambow, 1997:195).

Penelitian ini mencoba mengkaji fenomena-fenomena yang terjadi dikalangan masyarakat Lindu terkait dengan masalah schistosomiasis. Fokus penelitian ini lebih pada aspek pengetahuan, perilaku dan persepsi masyarakat terkait schistosomiasis, karena pengetahuan dan persepsi merupakan dasar seseorang untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap masalah kesehatan yang dihadapi.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang masalah di atas, maka rumusan masalah sebagai berikut :

1. Bagaimana pengetahuan medis masyarakat Lindu berkenaan dengan etiologi penyakit, gejala, penularan dan pengobatan schistosomiasis?.
2. Bagaimana perilaku kesehatan masyarakat Lindu terkait schistosomiasis?.
3. Bagaimana persepsi masyarakat Lindu tentang schistosomiasis?.
4. Bagaimana peran petugas kesehatan dan peran lembaga lokal dalam mencegah dan menanggulangi schistosomiasis?.

1.3 Tujuan Penelitian

1. Menganalisis pengetahuan medis masyarakat Lindu terkait dengan schistosomiasis meliputi: pengetahuan tentang penyebab, gejala penyakit, penularan dan pencarian pengobatan.
2. Menguraikan perilaku kesehatan masyarakat terkait dengan schistosomiasis.
3. Menguraikan persepsi masyarakat Lindu terkait dengan schistosomiasis.
4. Menguraikan dan menganalisis peran petugas kesehatan dan lembaga lokal dalam mencegah dan menanggulangi schistosomiasis.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan bisa digunakan sebagai bahan pertimbangan bagi institusi kesehatan yaitu Dinas Kesehatan dalam rangka membuat kebijakan yang terkait dengan upaya preventif terhadap faktor risiko kejadian schistosomiasis.

2. Manfaat Akademik

Dapat memperkaya khasanah kajian ilmiah pengendalian penyakit bersumber dari binatang yang berdampak pada manusia, khususnya dalam bidang ilmu antropologi kesehatan dan epidemiologi yang terkait dengan faktor risiko kejadian schistosomiasis.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Schistosomiasis

Schistosomiasis merupakan penyakit kuno yang sudah sejak lama sejak manusia muncul dipermukaan bumi, namun banyak dikalangan masyarakat yang sama sekali tidak mengetahui penyakit ini. Jauh sebelum ditemukan di Lore Lindu, penyakit ini diketahui pernah mewabah di Mesir dan China pada masa lalu tahun 1500 sebelum Masehi (SM). Penelitian yang dilakukan pionir paleopatologi Marc Armand Ruffer tahun 1910, menemukan telur schistosoma haematobium pada ginjal dua mumi dari Dinasti Firaun ke-20 Mesir (1250 SM-1000 SM), serta ditemukan pula telur schistosoma japonicum di usus mumi yang berusia 100 tahun. Temuan ini membuka mata dunia bahwa schistosomiasis telah ada di lembah sungai nil sejak dulu ([http:// ekspedisi. kompas. schistosoma. penyakit. kuno.di lore lindu](http://ekspedisi.kompas.schistosoma.penakit.kuno.di.lore.lindu)).

Adanya schistosomiasis pada mumi juga ditemukan di China dalam penggalian situs prasejarah antara tahun 1971 dan 1974. George Davis (2007) memaparkan asal-usul keong dari genus *Oncomelania* di Asia berasal dari Sungai Mekong ketika famili Pomatiopsidae menyebar kesejumlah penjuru dunia oleh aktivitas tumbukan Lempeng India dengan Lempeng Benua Asia, dan menjelaskan subspecies keong di Sulawesi memiliki jalur migrasi yang berasal dari aliran sungai di China, kemudian ke Jepang, Filipina dan terakhir Sulawesi. Penyebaran *keong Oncomelania*

hupensis juga dipicu oleh aktivitas tektonik di Jepang. Karena proses isolasi yang panjang, akhirnya terbentuk subspecies tersendiri seperti ditemukan di China, Jepang, Taiwan, Filipina dan Sulawesi. Semua subspecies di negara-negara itu mirip karena berasal dari nenek moyang yang sama yaitu Sungai Mekong dan Sungai Yangtze. Spesies ini berbeda dengan yang ada di Mesir (<http://ekspedisi.penyakit.kuno.di.Lore.Lindu>).

Schistosomiasis di Indonesia pertama kali dilaporkan oleh Muller dan Tesch pada tahun 1937, di mana ditemukan kasus pada laki-laki yang berumur 35 tahun yang berasal dari desa Tomado Dataran Lindu yang kemudian meninggal di Rumah Sakit di Palu Sulawesi Tengah. Pada tahun yang sama saat itu desa Tomado dinyatakan sebagai daerah endemis schistosomiasis oleh Brug dan Tesch, akan tetapi hospes perantara cacing penyebab penyakit tersebut baru ditemukan pada tahun 1971 yaitu siput *Oncomelania* di persawahan Paku desa Anca di Lindu. Davis dan Carney menamakannya *Oncomelania hupensis lindoensis* pada tahun 1973 (Hadidjaja P, 1985:74).

Schistosomiasis di Indonesia disebabkan oleh cacing *schistosoma japonicum* yang hidup di hati, sehingga penyakit ini dapat menyebabkan pembesaran limfa maupun hepar penderitanya. Parasit schistosomiasis memiliki habitat pada pembuluh darah di sekitar usus. Parasit ini muncul dari siput (keong) untuk mencemari air tawar, dan kemudian menginfeksi manusia ataupun hewan mamalia yang kulitnya bersentuhan dengan air. *Schistosoma* selain menginfeksi manusia juga dapat ditularkan dari manusia ke hewan mamalia dan dari hewan mamalia melalui perantara keong

oncomelania hupensis, *lindoensi*. Infeksi schistosomiasis dapat menyebabkan anemia dan penyakit kronis yang merusak pertumbuhan dan perkembangan kognitif, merusak organ dan meningkatkan resiko penyakit lain. Bersama malaria, schistosomiasis merupakan salah satu penyakit parasit paling merusak secara sosio-ekonomi di dunia. Menurut WHO diperkirakan lebih dari 200 juta orang di seluruh dunia terinfeksi dengan cacing yang penularannya melalui keong tersebut. Schistosomiasis endemis di 74 negara berkembang terutama di daerah pedesaan dan diperkirakan terdapat 650 juta orang tinggal di daerah endemis (Hadidjaja P, 1985:73).

2.1.1 Siklus Penularan dan Gejala Schistosomiasis

Mata rantai penularan schistosomiasis yang paling lemah adalah pada keong penularnya, sehingga jika dilakukan eliminasi pada keong penularnya, maka penularan akan terhenti. Telah diketahui bahwa keong *Oncomelania hupensis lindoensis* bersifat Host amfibius maka apabila habitatnya terendam air terus menerus, maka keong akan mati, demikian pula bila habitatnya menjadi kering maka keong juga akan mati. Sebaiknya habitat keong dikeringkan dan diubah menjadi lahan pertanian masyarakat (Sudomo M & Pretty, 2007:36).

Ada tiga jenis schistosoma yaitu *Schistosoma mansoni*, *S. haematobium* dan *S. japonicum*, merupakan spesies utama yang menyebabkan penyakit pada manusia. Infeksi didapat melalui air yang mengandung larva yang berenang bebas di sebut *serkaria* yang sebelumnya berkembang di tubuh keong. Telur schistosoma dikeluarkan dari tubuh

manusia dan hewan mamalia, umumnya melalui urin sedangkan spesies lain melalui feces. Telur menetas di air dan melepaskan larva (*mirasidium*) memasuki tubuh keong air tawar yang cocok sebagai inang. Setelah beberapa minggu, *serkaria* muncul dari keong dan menembus kulit manusia, biasanya ketika orang sedang bekerja, berenang atau melintasi air, *serkaria* kemudian memasuki aliran darah di bawa ke pembuluh darah paru berpindah ke hati, berkembang menjadi matang dan migrasi ke pembuluh darah vena dirongga perut (Hadidja P, 1985:78).

Gejala klinis yang timbul tergantung pada jumlah dan letak telur pada tubuh manusia. *Schistosoma mansoni* dan *S. japonicum* gejala utamanya adalah pada hati dan saluran pencernaan dengan gejala-gejala seperti diare, sakit perut, pembesaran hati dan limpa (*hepatosplenomegaly*). Pada *S. haematobium* gejala klinis pada saluran kencing seperti sering kencing dan kencing darah pada akhir kencing. Akibat patologis terpenting adalah komplikasi yang timbul dari infeksi kronis berupa 466 pembentukan jaringan fibrosis di hati, hipertensi portal dengan segala akibatnya dan mungkin saja diikuti dengan timbulnya keganasan pada colon dan rectum; obstruksi uropati, yang mendorong terjadinya infeksi oleh bakteri, kemandulan dan juga kemungkinan timbul kanker kandung kemih pada saluran kencing (www.tanyadokter.gejala.schisto.com/disaese.as?id).

Gejala sistemik akut adalah demam, dapat terjadi pada infeksi primer 2 sampai 6 minggu setelah terpajan yaitu sebelum atau pada saat telur diletakkan. Gejala umum akut jarang terjadi tetapi dapat saja timbul pada infeksi *s.haematobium*. Diagnosis adalah dengan mengidentifikasi telur

dalam tinja dan urin. Tes serologi mungkin sensitif dan spesifik tetapi tidak memberikan informasi tentang beban cacing atau status klinis. Obat yang sering digunakan untuk penderita schistosomiasis adalah praziquantel (www.tanyadokter.gejala.schisto.com/disaese.as/id).

2.2 Konsep Pengetahuan, Persepsi dan Perilaku Kesehatan

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*over behavior*) (Notoatmodjo, S 2011: 147).

Selanjutnya Marimbi (2009:34) menjelaskan, bahwa pengetahuan dipengaruhi oleh pengalaman seseorang, faktor-faktor di luar orang tersebut seperti lingkungan, baik lingkungan fisik maupun nonfisik dan sosial budaya yang kemudian pengalaman tersebut diketahui, dipersepsikan, diyakini sehingga menimbulkan motivasi, niat untuk bertindak dan akhirnya menjadi perilaku.

Lebih lanjut Kalangie (1993:87), menjelaskan kesadaran seseorang mengenai suatu gejala kesehatan tidak terpisah dari apa yang diketahuinya atau ketahuannya mengenai gejala penyakit. Kesadaran mengenal gejala penyakit berdasarkan pada pengetahuan yang dimilikinya. Dengan demikian konsep utama adalah pengetahuan (kognisi). Dalam masyarakat tradisional

sering menggunakan pengetahuan dan pola pikir budaya mengenai suatu gejala kesehatan dan mengenai makna gejala itu. Perilaku atau bentuk-bentuk tindakan seseorang merupakan eksistensi pengetahuan budaya atau pola pikir, termasuk dalam pengetahuan budaya adalah kepercayaan, nilai, dan norma sehubungan dengan gejala kesehatan. Konsekuensi logis menyatakan bahwa perilaku terbentuk atau dipengaruhi oleh pengetahuan budaya dalam proses enkulturasi dan sosialisasi. Namun demikian, banyak perilaku menyimpang dari patokan-patokan budaya dan selalu terjadi baik pada tingkat individu maupun pada tingkat kelompok masyarakat.

Perilaku menyimpang dapat merupakan indikator perbedaan pengetahuan (kognisi) mengenai gejala kesehatan, maupun indikator kenyataan bahwa perubahan budaya yang terkait dengan gejala penyakit bisa dipengaruhi oleh masuknya pengetahuan (gagasan praktek baru), misalnya melalui proses komunikasi inovasi pencegahan penyakit dan perawatan medis. Perilaku menyimpang dapat pula berwujud pada karakteristik kepribadian individu atau abnormalitas dari segi-segi patokan-patokan budaya suatu masyarakat atau masyarakat pada umumnya (Kalangi, 1993:88).

Lebih lanjut Weber dalam (Sarwono,S 1993:18), berpendapat bahwa individu melakukan suatu tindakan berdasarkan pengalaman, persepsi, pemahaman (pengetahuan), dan penafsirannya atas suatu stimulus atau situasi tertentu (Sarwono,S 1993:18).

(Sarwono,S 1993:2) mendefinisikan persepsi adalah pengamatan yang merupakan kombinasi dari penglihatan dan pendengaran, penciuman,

serta pengalaman masa lalu. Suatu objek yang sama di persepsikan secara berbeda oleh beberapa orang. Persepsi masyarakat mengenai terjadinya penyakit berbeda antara daerah yang satu dengan daerah yang lain, karena tergantung dari kebudayaan yang ada dan berkembang dalam masyarakat tersebut.

Terdapat tiga komponen model keyakinan kesehatan antara lain: 1) Persepsi individu tentang kerentanan dirinya terhadap suatu penyakit, 2) persepsi individu terhadap keseriusan penyakit tertentu misalnya dipengaruhi oleh variable demografi dan sosiopsikologis, perasaan, anjuran untuk bertindak, 3) Persepsi individu tentang manfaat yang diperoleh dari tindakan yang diambil misalnya, seseorang mungkin mengambil tindakan preventif, dengan mengubah gaya hidup, meningkatkan kepatuhan terhadap terapi medis atau mencari pengobatan medis (Rosentoch dan Becker dalam Marimbi 2009:59).

Sebelum membicarakan tentang perilaku kesehatan, terlebih dahulu akan dibuat batasan tentang perilaku itu sendiri. Perilaku dari pandangan biologis adalah merupakan suatu kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan, baik yang dapat diamati langsung maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar. Jadi perilaku manusia pada hakekatnya adalah suatu aktivitas dari manusia itu sendiri. Oleh sebab itu, perilaku manusia itu mempunyai bentangan yang sangat luas, mencakup berjalan, berbicara dan sebagainya (Marimbi, 2009: 79).

Menurut Sarwono S, (2004:25) perilaku kesehatan merupakan segala bentuk pengalaman dan interaksi individu dengan lingkungannya,

khususnya yang menyangkut pengetahuan dan sikap tentang kesehatan serta tindakan yang berhubungan dengan kesehatan. Lebih lanjut Skinner dalam Notoatmodjo, S (2007:136) menjelaskan perilaku kesehatan sebagai (healthy behavior) sebagai respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat-sakit, penyakit, dan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan seperti lingkungan, makanan, minuman dan pelayanan kesehatan. Dengan kata lain perilaku kesehatan adalah semua aktivitas atau kegiatan seseorang yang berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan dan peningkatan kesehatan. Pemeliharaan kesehatan ini mencakup mencegah atau melindungi diri dari penyakit dan masalah kesehatan lain, meningkatkan kesehatan dan mencari penyembuhan apabila sakit atau terkena masalah kesehatan.

Lebih lanjut menurut Kalangi, N (2004) perilaku manusia dalam menghadapi masalah kesehatan merupakan suatu tingkah laku yang selektif, terencana dan terencana dalam suatu sistem kesehatan yang merupakan bagian dari budaya masyarakat yang bersangkutan. Perilaku tersebut terpolakan dalam kehidupan nilai sosial budaya yang ditunjukkan bagi masyarakat tersebut. Perilaku merupakan tindakan atau kegiatan yang dilakukan seseorang dan sekelompok orang untuk kepentingan atau pemenuhan tertentu berdasarkan pengetahuan, kepercayaan, nilai, dan norma kelompok yang bersangkutan. Kebudayaan kesehatan masyarakat membentuk, mengatur dan mempengaruhi tindakan atau kegiatan individu-individu suatu kelompok sosial dalam memenuhi berbagai kebutuhan kesehatan baik yang berupa upaya mencegah penyakit maupun

menyembuhkan diri dari penyakit. Oleh karena itu dalam memahami suatu masalah perilaku kesehatan harus dilihat dalam hubungannya dengan kebudayaan, organisasi sosial, dan kepribadian individu-individunya (file:///D:/download/hubungan-aspek-sosial-budaya-html)

Dalam penjabaran Blumm dalam Notoatmodjo,S (2003:146-147) empat faktor yang mempengaruhi kesehatan masyarakat yaitu;

1. Lingkungan

Lingkungan memiliki pengaruh dan peranan terbesar, diikuti perilaku fasilitas kesehatan dan keturunan. Lingkungan sangat bervariasi, umumnya digolongkan menjadi tiga kategori, yaitu yang berhubungan dengan aspek fisik dan sosial. Lingkungan yang berhubungan dengan aspek fisik contohnya sampah, air, udara, tanah, iklim, perumahan, dan sebagainya. Sedangkan lingkungan sosial merupakan hasil interaksi antar manusia seperti kebudayaan, pendidikan, ekonomi, dan sebagainya.

2. Perilaku

Perilaku merupakan faktor kedua yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat karena sehat atau tidak sehatnya lingkungan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat sangat tergantung pada perilaku manusia itu sendiri. Di samping itu, juga dipengaruhi oleh kebiasaan, adat istiadat, kebiasaan, kepercayaan, pendidikan sosial ekonomi, dan perilaku-perilaku lain yang melekat pada manusia.

3. Pelayanan kesehatan

Pelayanan kesehatan merupakan faktor ketiga yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat karena keberadaan fasilitas kesehatan sangat menentukan dalam pelayanan pemulihan kesehatan, pencegahan terhadap penyakit, pengobatan dan keperawatan serta kelompok dan masyarakat yang memerlukan pelayanan kesehatan. Ketersediaan fasilitas dipengaruhi oleh lokasi, apakah dapat dijangkau atau tidak. Yang kedua adalah tenaga kesehatan pemberi pelayanan, informasi dan motivasi masyarakat untuk mendatangi fasilitas dalam memperoleh pelayanan serta program pelayanan kesehatan itu sendiri apakah sesuai dengan kebutuhan masyarakat yang memerlukan.

4. Keturunan

Keturunan (*genetik*) merupakan faktor yang telah ada dalam diri manusia yang dibawa sejak lahir, misalnya dari golongan penyakit keturunan seperti diabetes melitus dan asma bronchial.

Mengacu pada teori di atas nampak lingkungan dan perilaku merupakan hal yang sangat dominan kaitannya dengan terjadinya suatu penyakit. Namun demikian, perilaku masyarakat tidak serta merta berdiri sendiri tanpa adanya faktor lain yang mendukung pola perilaku individu ataupun masyarakat. Menurut Skinner perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar. Perilaku terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme dan kemudian organisme tersebut merespons, maka teori Skinner ini disebut teori "S-O-R" atau *Stimulus – Organisme – Respon* (Marimbi 2009: 67).

Teori WHO dalam Marimbi (2009:77-78), menganalisis bahwa yang menyebabkan seseorang berperilaku tertentu adalah;

- 1) Pemikiran dan perasaan (*thoughts and feeling*), yaitu dalam bentuk pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan dan penilaian seseorang terhadap objek kesehatan; a) Pengetahuan diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain, b) Kepercayaan sering atau diperoleh dari orang tua, kakek, atau nenek. Seseorang menerima kepercayaan berdasarkan keyakinan dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu, c) Sikap menggambarkan suka atau tidak suka seseorang terhadap objek. Sikap sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau orang lain yang paling dekat. Sikap membuat seseorang mendekati atau menjauhi orang lain atau objek lain. Sikap positif terhadap tindakan-tindakan kesehatan tidak selalu terwujud di dalam suatu tindakan tergantung pada situasi saat itu, sikap akan diikuti oleh tindakan mengacu kepada pengalaman orang lain, sikap diikuti atau tidak diikuti oleh suatu tindakan berdasar pada banyak atau sedikitnya pengalaman seseorang.
- 2) Tokoh penting sebagai panutan apabila seseorang itu penting untuknya, maka apa yang ia katakan atau perbuat cenderung untuk dicontoh.
- 3) Sumber-sumber daya (*resources*) mencakup fasilitas, uang, waktu, tenaga dan sebagainya.
- 4) Perilaku normal, kebiasaan, nilai-nilai dan penggunaan sumber-sumber di dalam suatu masyarakat akan menghasilkan suatu pola hidup (*way of life*) yang pada umumnya disebut kebudayaan. Kebudayaan ini terbentuk

dalam waktu yang lama dan selalu berubah, baik lambat ataupun cepat sesuai dengan peradapan umat manusia.

Beberapa penelitian yang terkait dengan perilaku kesehatan masyarakat. Seperti penelitian yang dilakukan oleh Kasnodiharjo (1990:15), tentang aspek sosial budaya terkait dengan penanggulangan penyakit schistosomiasis dan filariasis, dari segi kebiasaan masyarakat contoh, penduduk di daerah endemis filariasis umumnya pekerjaan pokoknya bertani di ladang atau menyadap karet di hutan. Pekerjaan ini biasanya mereka lakukan hingga sore/senja hari, Malahan mereka tidak jarang tinggal/tidur di tempat kerja seperti itu dalam waktu yang relatif lama. Selain itu penduduk di daerah endemis sewaktu tidur biasanya tidak menggunakan/memasang kelambu. Tentunya kebiasaan semacam ini akan mendukung terjadinya penyakit filariasis, karena risiko mendapat infeksi filariasis sangat besar.

Penelitian schistosomiasis yang dilakukan oleh Kasnodihardjo mengenai kebiasaan seorang individu dalam melindungi diri dan keluarganya tentu dipengaruhi pula oleh pengetahuan mereka tentang bahaya suatu penyakit. Hal ini tercermin dalam penelitian Kasnodihardjo (1997:12) sebagian besar penduduk di daerah endemis schistosomiasis seperti di Napu sudah mengetahui schistosomiasis adalah penyakit menular dan berbahaya. Ini menunjukkan pengetahuan masyarakat tentang schistosomiasis sudah cukup baik, meskipun hasil penelitian tahun 1985 masyarakat menganggap penyakit schistosomiasis adalah penyakit keturunan.

Memahami hasil penelitian Kasnodihardjo tersebut, tentang pengetahuan masyarakat akan bahaya suatu penyakit akan secara langsung memberikan respons terhadap perilaku mereka dalam pencegahan penyakit, namun kenyataannya masyarakat kurang menunjukkan perilaku kesehatan dalam upaya pencegahan penyakit, walaupun dari seluruh responden penelitian menyatakan tahu bahwa schistosomiasis adalah penyakit berbahaya. Menurut Kasnodihardjo pengetahuan mereka tentang schistosomiasis sudah cukup baik, namun perilaku melindungi diri untuk tidak tertular schistosomiasis tidak mereka lakukan seperti dengan menggunakan alat sepatu boot pada saat beraktivitas di areal kebun dan persawahan. Sampai saat ini belum diketahui apa penyebab masyarakat khususnya para petani yang bekerja di sawah dan di kebun jarang menggunakan alat pelindung diri saat bekerja.

Menurut Kasnodihardjo dan Sudomo (1990:38) bahwa, untuk melakukan pemberantasan suatu penyakit sebaliknya bukan hanya proses penyampaian pengetahuan suatu penyakit atau nilai-nilai baru tentang suatu penyakit, melainkan bagaimana mendorong sikap dan perilaku masyarakat untuk melindungi diri dan keluarganya dari bahaya penyakit. Begitu pula halnya menurut Sudomo, dengan pendidikan yang baik dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang kebersihan dan pola hidup sehat masyarakat.

Begitu pula dari segi kepercayaan yang dipahami masyarakat sebagai suatu penerimaan akan suatu ide atau keadaan sebagai suatu kebenaran bagi seseorang atau masyarakat. Sampai saat ini masih banyak

di antara penduduk di daerah endemis filariasis yang percaya bahwa filariasis merupakan penyakit keturunan. Sehingga apa yang telah menimpa atau terjadi diterima sebagai nasib. Bahkan mereka percaya bahwa orang sering demam karena gangguan setan/roh halus, padahal sebenarnya demam karena terinfeksi filaria. Oleh karena itu mereka kadang-kadang tidak segera mencari pengobatan. Bahkan penderita yang sudah membengkak kakinya (elephantiasis) tidak di bawa ke dokter (Puskesmas atau Rumah Sakit), melainkan biasanya menaruh kepercayaan untuk menyembuhkannya pada orang yang mereka anggap pintar (orang tua atau dukun). Mereka menganggap bahwa hanya orang semacam itu yang dapat menyembuhkan atau mengusir penyakitnya (Kasnodihardjo 1997:16)

Sikap dalam Kasnodihardjo (1997:16) adalah suatu keadaan mental atau kecenderungan seseorang untuk bereaksi terhadap keadaan atau lingkungannya. Contoh yang bisa dikaitkan dengan penelitian ini adalah, masih banyak anggota masyarakat di daerah endemis filariasis yang mempunyai sikap tidak positif terhadap penanggulangan filariasis. Masih banyak di antara penduduk yang menolak dilakukan pengobatan dan pengambilan darah. Mereka umumnya mempunyai alasan bahwa dengan diobati mereka malah menjadi sakit, padahal sebelum diobati mereka sehat. Bagi mereka yang sakit sebagai efek samping obat biasanya mengalami perut mual, sakit kepala dan demam beberapa hari. Penduduk yang menolak diambil darahnya karena mempunyai anggapan bahwa pengambilan darah mempunyai tujuan komersial. Darah yang sudah terkumpul akan diperjual belikan. Sikap mereka menolak pengobatan dan

pengambilan darah. Selain itu penduduk di daerah endemis filariasis umumnya kurang tanggap terhadap lingkungannya. Hal ini tercermin pada masih banyaknya daerah rawa-rawa di sekitar pemukiman tetap dibiarkan terbuka, tanpa dimanfaatkan menjadi lahan produktif misalnya menjadi lahan persawahan atau pemanfaatan lainnya. Menurut Sri Oemijati (1981) daerah rawa yang tetap terbuka merupakan tempat yang cocok untuk berkembang biaknya nyamuk dari jenis *Mansonia*. Nyamuk jenis ini merupakan salah satu vektor penular penyakit filaria. Nampak dari hasil penelitian ini menunjukkan sikap yang tidak positif bagi upaya penanggulangan filariasis. Karena dengan masih adanya penduduk menolak pengobatan akan menyebabkan penularan filariasis yang terus menerus dalam masyarakat. Selain itu daerah rawa-rawa yang dibiarkan tetap terbuka akan menunjang berkembangbiaknya nyamuk penular filariasis.

Begitu pula halnya dengan nilai menurut Alvin Bertrand (1980) dalam Kasnodihardjo (1997:16) nilai adalah, perasaan-perasaan tentang apa yang diinginkan ataupun tidak diinginkan, atau tentang apa yang boleh atau tidak boleh. Nilai adalah perasaan-perasaan tentang apa yang baik ataupun tidak baik. Bila suatu keadaan dipercaya atau dianggap menguntungkan atau bermanfaat oleh seseorang, maka orang tersebut akan menaruh nilai yang tinggi. Sebaliknya bila suatu keadaan dianggap merugikan atau tidak bermanfaat, maka orang tersebut akan menaruh nilai yang rendah, sebagai contoh, pengobatan bisa dianggap oleh masyarakat merugikan, karena setelah minum obat malah menjadi sakit padahal sebelum diobati mereka merasa sehat. Dengan sakit yang dialami akibat minum obat misalnya

demam beberapa hari, mereka umumnya tidak dapat pergi ke ladang atau menyadap karet di hutan. Tentunya hal ini mereka anggap merugikan, karena mengganggu dalam melakukan pekerjaan. Sebaliknya bila pengobatan tersebut akhirnya dirasakan bermanfaat bagi kesehatan baik untuk diri seseorang atau masyarakat, maka orang tersebut akan menerima/bersedia diobati.

Selanjutnya penelitian oleh Rosmini (2010:30) berkaitan dengan penularan schistosomiasis di Dataran Tinggi Bada, menunjukkan penularan schistosomiasis terjadi karena adanya kontribusi bersama-sama antara faktor keong *O.h. lindoensis*, kontak manusia dan binatang mamalia yang berperan sebagai reservoir dengan daerah fokus. Kejadian schistosomiasis sangat berhubungan dengan perilaku buang air besar di jamban keluarga, mandi/mencuci di sungai, menggunakan alat pelindung diri bila ke daerah fokus dan menggunakan sumber air minum dari mata air. Begitu pula halnya penelitian schistosomiasis di Dataran Tinggi Napu, menunjukkan adanya hubungan antara perilaku pemanfaatan air terhadap tingkat kejadian schistosomiasis serta penggunaan sepatu boot dan pemanfaatan jamban.

Nampak dari penelitian di atas menunjukkan adanya hubungan perilaku seseorang terhadap kesehatan, begitu pula halnya dengan lingkungan. Bagaimana seseorang merespon lingkungan dengan kata lain, bagaimana seseorang mengelola lingkungannya sehingga tidak mengganggu kesehatannya sendiri, keluarga dan masyarakatnya misalnya, dengan mengelola pembuangan tinja, pembuangan sampah, pembuangan limbah dan sebagainya.

Mengacu pada hasil-hasil penelitian yang pernah dilakukan oleh Kasnodihardjo tersebut di atas, menjadi acuan dan dasar bagi peneliti untuk mengungkapkan fenomena-fenomena penyakit dalam masyarakat Lindu terkait dengan semakin tingginya prevalensi schistosomiasis di daerah tersebut. Perilaku budaya sehat setiap masyarakat tentunya berbeda untuk setiap daerah, bagaimana pola tindakan seseorang dalam mencari pengobatan, pencegahan atau kaitanya dengan sistem kepercayaan terhadap suatu penyakit. Kemudian harus juga disadari bahwa individu dari kelompok masyarakat berbeda dapat menganggap dirinya sehat sekalipun sebenarnya tidak sehat, atau dapat menganggap dirinya sakit sekalipun sebenarnya menurut pemeriksaan kedokteran sama sekali tidak sakit.

Selanjutnya teori Snehandu B. Kar dalam Marimbi (2009:82) menganalisis perilaku kesehatan dengan bertitik tolak bahwa perilaku itu merupakan fungsi dari

- 1). Niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan kesehatan atau perawatan atau perawatan kesehatannya (behavior intention).
- 2). Dukungan sosial dari masyarakat sekitarnya (social support).
- 3). Ada atau tidak adanya informasi tentang kesehatan atau fasilitas kesehatan (accessibility of information).
- 4). Otonomi pribadi yang bersangkutan dalam hal ini mengambil tindakan atau keputusan (personal autonomy).
- 5). Situasi yang memungkinkan untuk bertindak atau tidak bertindak (action situation).

Teori Kar di atas dapat di contohkan pada kasus seorang ibu yang tidak mau ikut KB, mungkin karena ia tidak minat atau niat terhadap KB (behavior intention), atau barangkali juga karena tidak ada dukungan dari masyarakat sekitarnya (social support). Mungkin juga karena kurang atau tidak memperoleh informasi yang kuat tentang KB (accessibility of information), atau mungkin ia tidak mempunyai kebebasan untuk menentukan misalnya harus tunduk kepada suaminya, mertuanya atau orang lain yang ia segani (personal autonomy). Faktor lain yang mungkin menyebabkan ibu ini tidak ikut KB adalah karena situasi dan kondisi yang tidak memungkinkan, misalnya alasan kesehatan yang akan menggangukannya (action situation).

Selanjutnya menurut Mechanic dalam Sarwono S (2004:35) perilaku sakit erat hubungan dengan konsep diri, penghayatan situasi yang dihadapi, pengaruh petugas kesehatan, serta pengaruh birokrasi (karyawan yang mendapat jaminan perawatan kesehatan yang baik akan cenderung lebih cepat merasa sakit daripada mereka yang justru akan kehilangan nafkah hariannya jika tidak masuk kerja karena sakit). Ada dua faktor utama yang menentukan perilaku sakit yaitu, persepsi atau definisi individu tentang suatu situasi/ penyakit, serta kemampuan individu untuk melawan serangan penyakit tersebut. Dengan demikian dapatlah dimengerti mengapa ada orang yang dapat mengatasi gangguannya lebih ringan malah memperoleh berbagai masalah, bukan saja fisik, melainkan masalah psikis dan sosial.

Dari hal tersebut di atas dapat dibuat kategorisasi faktor pencetus perilaku sakit yaitu, faktor persepsi yang dipengaruhi oleh orientasi medis

atau sosio-budaya, faktor intensitas gejala (menghilang atau terus menetap), faktor motivasi individu untuk mengatasi gejala yang ada, serta faktor psikologis yang mempengaruhi respon sakit (Sarwono S, 2004:36).

Dari uraian di atas tampak bahwa perilaku kesehatan merupakan suatu pola reaksi sosio-budaya yang dipelajari. Seperti Linton 1940 dalam (Keesing 2009:68) mendefinisikan budaya adalah, keseluruhan dari pengetahuan, sikap dan pola perilaku yang merupakan kebiasaan yang dimiliki atau diwariskan oleh anggota suatu masyarakat tertentu. Lebih lanjut Kluckhohn dan Kelly dalam (Keesing 2009:68) mendefinisikan budaya adalah semua rancangan hidup yang tercipta secara historis, baik yang eksplisit maupun implisit, rasional, irasional dan nonrasional, yang ada pada suatu waktu sebagai pedoman yang potensial untuk perilaku manusia.

Jika kita memahami teori-teori di atas dapat dikatakan bahwa perilaku kesehatan individu maupun masyarakat merupakan bagian dari budaya. Bagaimana individu memahami suatu penyakit berdasarkan pengetahuan, persepsi mereka, sehingga sampai pada taraf penyelesaian yang ditujukan dengan perilaku pencegahan dan perawatan penyakit, tentunya tindakan individu berdasarkan pada pola-pola budaya yang dipahami tentang penyakit tersebut. Pada saat individu dihadapkan pada gejala suatu penyakit gejala tersebut akan dikenal, dinilai, ditimbang untuk diputuskan apakah akan bereaksi atau tidak, tergantung dari penghayatan individu terhadap situasi penyakit tersebut.

2.3 Pengaruh Lingkungan terhadap Kesehatan

Antropologi kesehatan yang dari definisinya dapat disebutkan berorientasi ke ekologi, menaruh perhatian pada hubungan timbal-balik antara manusia dan lingkungan alamnya, tingkahlakunya, penyakit-penyakitnya, dan cara-cara di mana tingkahlaku dan penyakit-penyakitnya mempengaruhi evolusi kebudayaannya melalui proses umpanbalik (foster, A 2009:14).

Pandangan ekologi berguna mempelajari masalah-masalah kesehatan. Studi ekologi dimulai dengan lingkungan, Sejauh yang menyangkut manusia, lingkungan bersifat alamiah dan sosial budaya. Semua makhluk hidup menyesuaikan diri dengan kondisi geografis dan iklim yang terdapat di tempat tinggal mereka, dan manusia harus belajar untuk mengeksploitasi sumber-sumber yang tersedia untuk memenuhi kebutuhan mereka. Semua kelompok harus menyesuaikan diri pada lingkungan yang mereka ciptakan sendiri.

Pendekatan ekologis merupakan dasar bagi studi tentang masalah-masalah epidemiologi, cara-cara di mana tingkahlaku individu dan kelompok menentukan derajat kesehatan dan timbulnya penyakit yang berbeda-beda dalam populasi yang berbeda-beda. Sebagai contoh pada penyakit malaria ditemukan pada daerah beriklim tropis dan subtropis, sedangkan pada daerah beriklim dingin tidak ditemukan penyakit ini, juga pada daerah diatas 1700 meter di atas permukaan laut malaria tidak bisa berkembang. Contoh lain, semakin maju suatu bangsa, penyakit yang dideritapun berbeda

dengan bangsa yang baru berkembang. Penyakit-penyakit infeksi seperti malaria, demam berdarah, TBC, dll pada umumnya terdapat pada negara-negara berkembang, sedangkan penyakit-penyakit non-infeksi seperti stress, depresi, kanker, hipertensi umumnya terdapat pada negara-negara maju. Hal ini disebabkan oleh pertumbuhan ekonomi yang berbeda pada kedua kelompok tersebut (Djekky R.D 2002:5).

Kejadian schistosomiasis pada masyarakat Dataran Lindu, merupakan salah satu penyakit yang diakibatkan oleh faktor lingkungan baik lingkungan fisik dan sosial. Lingkungan sosial sebagai tempat individu/masyarakat menjalankan kegiatan-kegiatan atau peranan-peranan dalam bentuk pelaksanaan hak-hak serta kewajiban sesuai dengan kedudukan serta norma-norma dan aturan-aturan. Sedangkan lingkungan fisik sebagai ruang alam tempat berbagai sumber mutlak diperlukan bagi manusia dan mahluk-mahluk lainnya. Kesatuan masyarakat dengan lingkungan alamnya mewujudkan berbagai interaksi (antara masyarakat dan lingkungan alamnya) untuk pemenuhan kebutuhan demi kelangsungan hidupnya termasuk mekanisme-mekanisme pemecahan masalah akibat perubahan-perubahan lingkungan dan perubahan kependudukan (Kalangi 1993:26).

Lingkungan fisik mempengaruhi kesehatan pada manusia, misalnya pengaruh iklim, pencemaran udara, air, penurunan kualitas udara oleh gas dan debu yang tercemar sehingga masyarakat menghadapi risiko terkena gangguan kesehatan. Sedangkan gangguan kesehatan yang datang dari lingkungan sosial. Manusia sering hidup dalam lingkungan sosial yang

membuat mereka marah, frustrasi atau cemas dan perasaan-perasaan demikian mengakibatkan berbagai gangguan kesehatan. Tindakan memperjuangkan kesehatan lingkungan tersebut ada yang berbentuk perilaku kolektif dan ada yang berbentuk gerakan sosial seperti membersihkan lingkungan desa dan perumahan ([www. wordpress.com/pegertian-lingkungan-sosial-budaya](http://www.wordpress.com/pegertian-lingkungan-sosial-budaya)).

Blum dalam Hasyim Hamzah (2008:73) secara jelas menyatakan bahwa determinan status kesehatan masyarakat merupakan hasil interaksi domain lingkungan, perilaku dan genetika serta bukan hasil pelayanan medis semata-mata. Kualitas lingkungan merupakan determinan penting terhadap kesehatan masyarakat, penurunan kualitas lingkungan memiliki peran terhadap terjadinya penyakit diare, ISPA, malaria, schistosomiasis dan penyakit vektor lainnya

Kesehatan lingkungan pada hakikatnya adalah suatu kondisi atau keadaan lingkungan yang optimum sehingga berpengaruh positif terhadap terwujudnya status kesehatan yang optimal pula. Ruang lingkup kesehatan lingkungan tersebut antara lain mencakup: Perumahan, pembuangan kotoran manusia (tinja), penyediaan air bersih, pembuangan sampah, pembuangan air kotor (limbah), pembuangan kotoran hewan dan rumah hewan ternak (kandang), dan sebagainya. Adapun yang dimaksud dengan kesehatan lingkungan adalah suatu usaha untuk memperbaiki atau mengoptimalkan lingkungan hidup manusia agar merupakan media yang baik untuk terwujudnya kesehatan yang optimum bagi manusia yang hidup di dalamnya (Notoatmodjo,S , 2011:169).

Saat ini pengaruh dan beban terhadap lingkungan hidup sedemikian besar sehingga mulai terasa gangguan-gangguan terhadap sistem bumi kita. Perubahan sosial dan budaya yang terjadi seiring tekanan besar yang dilakukan manusia terhadap sistem alam sekitar, menghadirkan berbagai macam risiko kesehatan dan kesejahteraan bagi seluruh umat manusia.

2.4 Sistem Medis Berkenan Dengan Etnomedisin

Jika kita berbicara tentang kesehatan dan penyakit yang terjadi pada manusia, maka kita tak lepas dari konteks kultural masyarakat salah satunya adalah etnomedisin. Etnomedisin adalah cabang antropologi medis yang membahas tentang asal mula penyakit, sebab-sebab dan cara pengobatan menurut kelompok masyarakat tertentu. Aspek etnomedisin merupakan aspek yang muncul seiring perkembangan kebudayaan manusia. Di bidang antropologi medis etnomedisin memunculkan termonologi yang beragam. Cabang ini sering disebut pengobatan tradisionil, pengobatan primitif, tetapi etnomedisin terasa lebih netral (Foster 2009:62).

Sebelum menjelaskan tentang sistem medis terkait dengan etnomedisin pada masyarakat, terlebih dulu kita harus mengetahui etnomedisin merupakan bagian dari ilmu antropologi kesehatan. Antropolgi kesehatan merupakan istilah yang digunakan ahli-ahli antropologi untuk mendeskripsikan penelitian yang tujuannya adalah definisi komprehensif dan interpretasi tentang hubungan timbal- balik bio-budaya, antara tingkah laku manusia di masa lalu dan masa kini dengan derajat kesehatan dan penyakit, tanpa mengutamakan perhatian pada penggunaan praktis dari

pengetahuan tersebut, melalui pemahaman yang lebih besar tentang hubungan antara gejala bio-sosial-budaya dengan kesehatan, serta melalui perubahan tingkah-laku sehat ke arah yang diyakini akan meningkatkan kesehatan yang lebih baik (Foster 2009:11).

Seperti Febrega dalam Foster Anderson (2009:11) merumuskan bahwa; a) antropologi kesehatan menjelaskan berbagai faktor mekanisme dan proses yang memainkan peranan di dalam atau mempengaruhi cara-cara di mana individu-individu dan kelompok-kelompok terkena oleh atau berespon terhadap sakit dan penyakit, b) mempelajari masalah-masalah kesehatan dengan penekanan terhadap pola-pola tingkah laku.

Selanjutnya Hughes dalam Foster Anderson (2009:6) mengatakan antropologi kesehatan mengkaji masalah-masalah kesehatan dan penyakit dari dua kutub yang berbeda yaitu, kutub biologi dan kutub sosial budaya. Salah satu kutub sosial budaya adalah, etnomedisin dan tingkah laku manusia. Etnomedisin artinya yakin, kepercayaan dan praktek-praktek yang berkenaan dengan penyakit, yang merupakan hasil dari perkembangan kebudayaan asli dan yang eksplisit tidak berasal dari kerangka konseptual kedokteran modern, merupakan urutan langsung dari awal perhatian ahli-ahli antropologi mengenai sistem medis non-Barat, dengan mengumpulkan data mengenai kepercayaan dalam pengobatan penduduk yang mereka teliti. Etnomedisin awalnya mempelajari tentang pengobatan pada masyarakat primitif atau yang masih dianggap tradisional, meski dalam perkembangan lebih lanjut stereotipe ini harus dihindari karena pengobatan tradisional tidak selamanya terbelakang atau salah.

Menurut kerangka etnomedisin penyakit dapat disebabkan oleh dua faktor. Pertama penyakit yang disebabkan oleh agen seperti dewa, lembut, makhluk halus, manusia, dan sebagainya. Pandangan ini disebut pandangan personalistik. Penyakit juga dapat disebabkan karena terganggunya keseimbangan tubuh karena unsur-unsur tetap dalam tubuh seperti panas dingin dan sebagainya. Kajian tentang ini disebut kajian naturalistik nonsupranatural. Di dalam realitas kedua prinsip tersebut saling tumpang tindih, tetapi sangat berguna dalam konsep-konsep etnomedisin (Foster 2009:63-64).

Sistem-sistem medis personalistik adalah, suatu sistem di mana penyakit (illness) disebabkan oleh intervensi dari suatu agen yang aktif, yang berupa makhluk supranatural (makhluk gaib, atau dewa), makhluk yang bukan manusia (hantu, roh leluhur atau roh jahat) maupun makhluk manusia (tukang sihir) orang sakit adalah korbannya. Sistem-sistem medis naturalistik adalah, penyakit (illness) dijelaskan dengan istilah-istilah sistemik yang bukan pribadi. Sistem naturalistik mengakui adanya suatu model keseimbangan, sehat terjadi karena unsur-unsur yang tetap di dalam tubuh seperti panas, dingin, cairan tubuh dan yang berada dalam keadaan yang seimbang menurut usia dan kondisi individu dalam lingkungan alamiah dan lingkungan sosial (<http://chemmank.blogspot.com/etnomedisin>).

Konsep naturalistik dalam patologi humoral teori Yunani, bahwa berdasarkan atas konsep humor (cairan) dalam tubuh manusia terdapat empat unsur (tanah, air, udara, Api), dikenal Sejak Abad Ke 6 SM dan teori keseimbangan ini sudah dikenal dan berkembang dimasa Yunani, hal ini

dibuktikan oleh deskripsi hipocrates tentang penyakit: tubuh manusia mengandung darah, empedu kuning, dan empedu hitam. Unsur-unsur inilah yang membentuk tubuh manusia dan menyebabkan tubuh merasakan sakit atau sehat, penyakit akan timbul pada waktu tertentu pada setiap tahun, penyakit akan menonjol pada musim yang cocok dengan sifat-sifatnya. Penyakit yang disebabkan oleh kelebihan makanan diobati dengan puasa, penyakit kekurangan makanan disembuhkan dengan memberi makanan. Penyakit akibat kerja keras diobati dengan istirahat. Dokter harus menanggulangi penyakit dengan prinsip oposisi terhadap penyebab penyakit, sesuai dengan bentuknya, pengaruh musimnya, pengaruh usianya dan menghadapi ketegangan dengan kesantaiannya. Keseimbangan berbeda-beda terlihat pada wajah yaitu wajah kemerah-merahan dianggap sehat, gembira, optimis. Flegmatis, tenang dapat mengendalikan diri. Begitupun sebaliknya wajah yang tidak kemerah-merahan bersifat lamban, apatis, masam, cepat marah, bertemperamen buruk, murung atau melankolis, depresi, sedih (<http://chenmak.blogspot.com>.etnomedisin).

Selanjutnya Dunn dalam Foster (2009:41) mendefinisikan sistem medis adalah, pola-pola dari pranata-pranata sosial tradisi-tradisi budaya yang menyangkut perilaku yang sengaja untuk meningkatkan kesehatan, meskipun hasil dari tingkahlaku khusus tersebut belum tentu kesehatan yang baik.

Sistem medis dari semua kelompok dapat dipecah paling sedikit dua kategori (Foster 2009:46)

1. Suatu sistem teori penyakit meliputi kepercayaan-kepercayaan mengenai cirri-ciri sehat, sebab-sebab sakit, serta pengobatan dan teknik-teknik penyembuhan lain yang dilakukan oleh para dokter. Sistem-sistem teori penyakit merupakan ide konseptual, suatu konstruk intelektual. Sistem ini berkenaan dengan klasifikasi, penjelasan, serta sebab akibat. Dalam arti bahwa teknik-teknik penyembuhan merupakan fungsi dari suatu susunan ide konseptual yang khusus tentang sebab-sebab penyakit.
2. Sistem perawatan kesehatan adalah suatu pranata sosial yang melibatkan interaksi antara sejumlah orang yaitu antara pasien dan penyembuh. Fungsi yang terwujud dalam sistem perawatan kesehatan adalah untuk memobilisasi sumber-sumber daya si pasien, keluarganya dan masyarakatnya dalam mengatasi masalah.

Perbedaan antara sistem teori penyakit dan sistem perawatan kesehatan sangat bermanfaat untuk melihat kekuatan-kekuatan dan kelemahan-kelemahan dari keseluruhan sistem medis. Leighton dalam foster Anderson (2009:47) telah menunjukkan bagaimana sintesis dari sistem-sistem yang kontras dapat meningkatkan kesehatan dikalangan penduduk Navaho, jika seorang Indian diberitahu harus minum tablet setiap hari, barangkali ia akan mengunyah beberapa tablet sekaligus kemudian ia melupakannya. Namun bila diberitahu bahwa obatnya yang berwarna hijau berasal dari daun tanaman foxglove, dan tubuhnya sangat cocok dan senantiasa memerlukannya, seperti halnya pikirannya memerlukan lagu yang indah, dan bahwa ia harus memakannya setiap pagi dan dipastikan bahwa cara intruksi yang demikian lebih besar kemungkinan untuk dituruti.

Ini menunjukkan sistem perawatan kesehatan dan sistem teori penyakit sangat bermanfaat sebagai sarana pendidikan dan penelitian.

Seperti halnya penyembuhan dikalangan masyarakat Amerika-Spanyol kebanyakan tidak mengandalkan obat-obatan rumah dengan kata lain Tuhan adalah penyembuh utama. Bagi penduduk Amerika-Spanyol sering minta pertolongan orang-orang suci, Bunda Maria atau kristus, menyalakan lilin dan melakukan sembahyang pada altar mereka, seringkali diucapkan janji atau sumpah pada kristus atau Bunda Maria: bila permintaan mereka terkabul permohonan harus memenuhi janji-janjinya. Namun kristus dan maria semata-mata hanya perantara bagi manusia yang menjadi klien mereka, karena pada akhirnya tuhan yang menentukan hasilnya (Foster Anderson 2009:92).

Berdasarkan teori dan contoh kasus di atas dapat menjadi bahan acuan ataupun dasar peneliti untuk menganalisis kejadian schistosomiasis pada masyarakat di Dataran Lindu. Dalam penelitian ini peneliti akan menggunakan sistem teori penyakit dari Foster Anderson yaitu dengan melihat aspek-aspek sosial budaya terkait dengan schistosomiasis, dengan menitikberatkan perhatian pada pengetahuan medis, persepsi dan peran petugas kesehatan terkait dengan schistosomiasis.

2.5 Kerangka Pikir

Untuk mengkonstruksi lebih operasional studi ini maka yang menjadi alur pikir peneliti sebagai berikut :

1. Umumnya masyarakat Lindu memiliki kebiasaan beraktifitas di areal persawahan, perkebunan yang memungkinkan penularan schistosomiasis bisa terjadi pada saat mereka beraktifitas. Keong sebagai penular schistosomiasis hidup di air. Sebagian areal persawahan dan perkebunan penduduk merupakan areal habitat keong. Di mana pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Pengetahuan terkait dengan masalah kesehatan dapat dikelompokkan menjadi, 1) pengetahuan tentang penyebab sakit, gejala sakit 2) pengetahuan tentang cara pemeliharaan kesehatan terkait dengan pencegahan penyakit dan pencarian pengobatan, 3) Pengetahuan tentang proses penularan penyakit.
2. Perilaku/kebiasaan masyarakat Lindu yang ada hubungannya dengan penularan schistosomiasis diantaranya perilaku pencegahan schistosomiasis, perilaku pencarian pengobatan.
3. Persepsi masyarakat Lindu terhadap schistosomiasis tentunya dipengaruhi oleh lingkungan sosial dan budaya masyarakat. Persepsi ditentukan berdasarkan pengetahuan maupun pengalaman-pengalaman yang mereka lihat dan alami. Misalnya persepsi tentang schistosomiasis Dari segi bahaya atau tidaknya schistosomiasis, persepsi tentang sehat dan sakit, utamanya berhubungan penyebab sakit, pencegahan sakit pengobatan dan cara penyembuhan yang di yakini.
4. Keberadaan fasilitas kesehatan dan peran petugas kesehatan sangat menentukan dalam pelayanan pemulihan kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan dan perawatan penyakit. Peran petugas kesehatan

adalah suatu bentuk bantuan kepada masyarakat dalam hal pelaksanaan upaya kesehatan preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif dalam bentuk bantuan tenaga, dana, sarana, prasarana serta bantuan moralitas sehingga tercapai tingkat kesehatan yang optimal. Selain itu pula, masyarakat dapat berperilaku baik dalam hal pencegahan schistosomiasis jika ada tokoh penting sebagai panutan seperti tokoh-tokoh masyarakat, yang kemudian apa yang dikatakan oleh tokoh-tokoh masyarakat tersebut dapat diikuti dan cenderung didengar oleh masyarakat. Peran lembaga-lembaga lokal sangat memberikan pengaruh dalam penanggulangan schistosomiasis di Dataran Lindu.

Berdasarkan alur pikir peneliti di atas, kerangka pikir dalam penelitian ini dapat dilihat pada skema di bawah ini :

Bagan Kerangka Pikir :

