

**PERILAKU ETNIS PAPUA MENGENAI PENYAKIT MALARIA
DI KABUPATEN NABIRE PROVINSI PAPUA**

**THE BEHAVIOR OF PAPUA ETHNICS ON MALARIA
IN NABIRE REGENCY IN PAPUA PROVINCE**

ESTER



PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR

2013

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : ESTER
Nomor Pokok : P1805211002
Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan 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 perbuatan tersebut.

Makassar, Juli 2013

Yang menyatakan

ESTER

PRAKATA

Puji syukur Penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan anugrahNya sehingga Penulis dapat menyelesaikan tesis ini.

Gagasan yang melatari tajuk permasalahan ini timbul dari pengamatan penulis terhadap situasi malaria di kabupaten Nabire yang hingga saat ini belum tertanggulangi dengan baik terutama pada masyarakat etnis Papua. Penulis bermaksud menyumbangkan beberapa konsep pemikiran yang kiranya dapat membantu dalam menyelesaikan masalah yang ada tentang penyakit malaria sehingga masyarakat khususnya etnis Papua dapat terbebas dari masalah tersebut.

Banyak kendala yang dihadapi penulis dalam rangka penyusunan tesis ini, yang berkat bantuan berbagai pihak, maka tesis ini selesai pada waktunya. Dalam kesempatan ini penulis dengan tulus menyampaikan terima kasih kepada Prof.Dr. dr. H. Alimin Maidin, MPH., selaku dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin. Terima kasih tak terhingga kepada Dr. Ridwan M. Thaha, M.Sc., sebagai ketua komisi penasihat dan dr. Hasanuddin Ishak, Msc., Ph.D., selaku anggota komisi penasihat atas bimbingan dan arahan sejak awal hingga tersusunnya tesis ini. Terima kasih juga Penulis sampaikan kepada Sudirman Natsir, S.Ked., MWH., Ph.D., dan Prof. Dr. Drg. H. A. Arsunan Arsin, M.Kes serta Prof.

Dr. Hj. Asiah Hamzah, dra, MA., selaku penguji yg telah memberikan perhatian, bimbingan dan bantuan berupa pemikiran yang tak terduga dalam proses penyelesaian penelitian penulis. Terima kasih juga Penulis sampaikan kepada Ketua Program studi Keperawatan Nabire yang telah memberikan bantuan pemikiran dan meteril serta kepala Bappeda kab Nabire dan kepala Dinkes Nabire yang telah banyak membantu dalam rangka pengumpulan data dan informasi..

Suami tercinta Kondo Korani, S.Si., M.Si., dan anak-anakku Rae Thesalonika Kondo dan Esra Rieman Kondo, yang senantiasa penuh kasih dan kesabaran memberikan dorongan moril dan materil yang sangat besar dalam menyelesaikan pendidikan ini. Terimakasih yg tidak terhingga penulis juga sampaikan kepada kedua orang tua, mertua, dan saudara-saudaraku yang senantiasa memberikan dukungan moril dan materil selama menjalani pendidikan. Dan yang terakhir ucapan terima kasih juga disampaikan kepada mereka yang namanya tidak tercantum tetapi telah banyak membantu Penulis dalam menyelesaikan tesis ini.

Makassar, Juli 2013

Penulis

ABSTRAK

ESTER. Perilaku Etnis Papua Mengenai Penyakit Malaria di Kabupaten Nabire Provinsi Papua Tahun 2013 (dibimbing oleh Ridwan M. Thaha dan Hasanuddin Ishak).

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran perilaku etnis Papua mengenai penyakit Malaria di Kabupaten Nabire. Jenis penelitian *kualitatif* dengan pendekatan *fenomenologis*, Pengumpulan informasi dilakukan melalui Wawancara Mendalam dan Observasi Partisipasi Pasif. Penentuan informan dalam penelitian dilakukan dengan metode *Purposive sampling*. Informan penelitian sebanyak 18 orang terdiri penderita malaria, tokoh Masyarakat dan petugas kesehatan.

Hasil penelitian: Pemikiran dan perasaan etnis Papua mengenai malaria sesuai kepercayaan dan pengalaman, menurut informan malaria disebabkan lingkungan tidak bersih, bermain diluar rumah, cuaca panas, sering diluar rumah dan tetap bekerja. Referensi etnis Papua dalam pencegahan dan pengobatan malaria dilakukan sesuai petunjuk keluarga, sedangkan Kepala suku tidak karena pemahaman sehat sakit masyarakat bukan urusan mereka. Sumber daya dalam penanggulangan malaria terkendala kurangnya sarana seperti laboratorium serta tenaga kesehatan yang terbatas, aksesibilitas sarana kesehatan terjangkau tetapi keterbatasan finansial menghambat pengobatan malaria. Sosial budaya etnis Papua mengenai malaria lebih ke pengobatan (daun Pepaya, kulit kayu susu), sementara pencegahan nyaris tidak dilakukan, kebiasaan berada diluar rumah malam hari beresiko terkena malaria.

Perlu memaksimalkan peran petugas promosi kesehatan dalam memberikan pemahaman yang benar melalui media dan saluran informasi sesuai pendidikan dan sosial budaya etnis Papua agar pemahaman masyarakat lebih baik.

Kata kunci: Perilaku, Etnis Papua, Malaria

ABSTRACT

ESTER. The behavior of Papua Ethnics on Malaria in Nabire Regency in Papua Province in 2013 (Supervised by Ridwan M. Taha and Hasanuddin Ishak).

Malaria is an infectious disease caused by the parasite Plasmodium genus which is transmitted by the Anopheles mosquito, the data Nabire district health office in 2010 there were 22 972 cases (AMI: 176.9 / 00), Year 2011 found 22 331 cases (AMI: 168.7 / 00) this situation puts Nabire in malaria stratification at the level of "High" with AMI > 50 cases per 1,000 population.

This study aims to describe the behavior of ethnic Papuans Malaria in Nabire. Qualitative research with a phenomenological approach, gathering information carried through in-depth interviews and observations Passive Participation. Determination of the informants in the study conducted by purposive sampling method. Research informants about 18 people made up of malaria patients, community leaders and health workers.

The results: Thoughts and feelings of ethnic Papuans regarding appropriate malaria confidence and experience, according to informants of malaria caused by the environment is not clean, play outdoors, the hot weather, often outside the home and keep working. Papua ethnic references in the prevention and treatment of malaria do as directed family, while the chiefs do not have a healthy understanding of the pain of no concern to them. Resources in the prevention of malaria plagued the lack of facilities such as laboratories and medical personnel are limited, the accessibility of affordable health facilities but financial constraints hamper the treatment of malaria. Socio-cultural ethnic Papuans more about malaria to treatment (papaya leaves, "*kayu susu*"), while almost no prevention, habits are outside the house the night at risk of malaria.

Need to maximize the role of health promotion officers in providing a true understanding through media and information channels corresponding ethnic and socio-cultural educational Papua to a better understanding of the community.

Keywords: Behavior, Ethnic Papua, Malaria

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN	iii
PRAKATA	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR GAMBAR.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
 BAB I : PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	12
C. Tujuan Penelitian	12
D. Manfaat Penelitian	13

BAB II : TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum tentang Malaria	15
B. Tinjauan Umum tentang Perilaku Kesehatan	29
C. Tinjauan Umum tentang Sosial Budaya Etnis Papua ..	34
D. Kerangka Konseptual.....	38
E. Kerangka Pikir	40
F. Defenisi Konseptual.....	41

BAB III : METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian	47
B. Gambaran umum lokasi penelitian	48
C. Informan Penelitian	50
D. Teknik Pengumpulan Data	51
E. Instrumen Penelitian	53
F. Teknik Pengolahan Data/informasi	54
G. Teknik Analisis dan Penyajian data	55
H. Tehnik Uji Keabsahan Data	56

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil penelitian	58
B. Pembahasan	103
C. Keterbatasan Peneliti... ..	123

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan.....	124
B. Saran	125

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Nomor	Halaman
1. Masa inkubasi penyakit malaria.....	19
2. Matriks metode pengumpulan data.....	53
3. Karakteristik informan Penelitian	59

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Halaman
1. Siklus Hidup Plasmodium	16
2. Wilayah Endemis Malaria di Indonesia Tahun 2011.....	18

DAFTAR LAMPIRAN

1. Tabel Sintesa Jurnal Hasil Penelitian
2. Pedoman Wawancara
3. Matriks Analisa Data
4. Surat Ijin Penelitian
5. Dokumentasi Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Malaria adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh Parasit Genus Plasmodium terdiri dari 4 spesies yaitu *Plasmodium vivax*, *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium malariae* dan *plasmodium ovale*. Penularan malaria melalui nyamuk anopheles yang telah terinfeksi parasit malaria. Infeksi malaria memberikan gejala berupa demam, menggigil, anemia dan ikterus (Harijanto, 2009). Hingga saat ini malaria masih menjadi masalah kesehatan yang utama di Indonesia. Penyakit malaria mempunyai pengaruh yang sangat besar pada angka kesakitan dan kematian bayi, anak balita dan ibu hamil serta dapat menyebabkan penurunan produktivitas kerja.

Prevalensi malaria di Indonesia berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2010 diperoleh dalam bentuk *point prevalence*. Point prevalence menunjukkan proporsi orang di populasi yang terkena penyakit pada waktu tertentu. Data malaria dikumpulkan dengan dua cara yaitu wawancara terstruktur menggunakan kuesioner dan pemeriksaan darah menggunakan dipstick (*Rapid Diagnostic Test/RDT*). Besarnya sampel untuk pemeriksaan RDT yang merupakan subsampel dari sampel Kesehatan masyarakat adalah sejumlah 75.192 dan yang dapat dianalisis adalah 72.105 (95,9%).

Dari hasil Riskesdas diperoleh point prevalence malaria adalah 0,6%, namun hal ini tidak menggambarkan kondisi malaria secara keseluruhan dalam satu tahun karena setiap wilayah dapat mempunyai masa-masa puncak (pola epidemiologi) kasus yang berbeda-beda. Spesies parasit malaria yang paling banyak ditemukan adalah *Plasmodium falciparum* (86,4%) sedangkan sisanya adalah *Plasmodium vivax* dan campuran antara *P. falciparum* dan *P. Vivax*. Namun data sebaran parasit per wilayah tidak diperoleh, sehingga tidak dapat diketahui jenis parasit yang dominan per suatu wilayah (Kemenkes RI, 2011).

Menurut karakteristik umur, point prevalence paling tinggi adalah pada umur 5-9 tahun (0,9%), kemudian pada kelompok umur 1-4 tahun (0,8%) dan paling rendah pada umur <1 tahun (0,3%). Sedangkan menurut period prevalence, prevalensi paling tinggi adalah pada kelompok umur >15 tahun (10,8%), nomor dua paling tinggi pada kelompok umur 1-4 tahun (10,7%) dan paling rendah tetap pada umur <1 tahun (8,2%). Dari data diatas tampak kecenderungan kelompok yang berisiko tinggi terkena malaria bergeser dari usia >15 tahun ke usia 1-4 tahun. Oleh karena itu perlu intervensi pencegahan malaria pada usia 1-4 tahun, memperkuat promosi anak dibawah lima tahun tidur dibawah kelambu berinsektisida serta menyediakan obat malaria yang sesuai dengan umur balita (Kemenkes RI, 2011).

Propinsi Papua merupakan salah satu wilayah yang endemis Malaria, pada tahun 2010 dilaporkan kasus malaria sebanyak 142.238 kasus (API: 64 per 1000), mengalami peningkatan tahun 2011 sebanyak 129.550 kasus (API: 63 per 1.000). Meskipun laporan tersebut belum menggambarkan keadaan yang sebenarnya karena *under reporting* namun telah menunjukkan bahwa situasi malaria sungguh menjadi ancaman serius bagi kesehatan masyarakat (Dinkes Provinsi Papua, 2012).

Kabupaten Nabire dengan kondisi iklimnya yang tidak jauh berbeda dengan wilayah lainnya di Papua, memiliki iklim tropis yang dipengaruhi oleh musim hujan dan musim kemarau. Rata-rata curah hujan setiap bulan 383,1 mm³, dengan banyak hari hujan setiap bulan berkisar antara 14-23 hari. suhu udara berkisar antara 26,8⁰C hingga 28,2⁰C. kelembaban udara di kabupaten Nabire cukup tinggi, yaitu antara 78%-83%, tekanan udara 1.002,3-1.008,0 mb, sedangkan rata-rata kecepatan angin antara 3,5-4,4% (BPS Kab. Nabire, 2012). Kondisi seperti ini memungkinkan tempat perindukan nyamuk yang ideal.

Ditemukan pula data di Kabupaten Nabire sesuai dengan Laporan Tahunan Dinas Kesehatan Kabupaten Nabire Tahun 2009 kasus malaria klinis sebanyak 21.478 kasus (AMI:202,4 per 1000) dan pada tahun 2010 terdapat 22.972 kasus (AMI:176,9 per 1000), Tahun 2011 ditemukan 22.331 kasus (AMI: 168,7 per 1000) (Dinkes Kabupaten Nabire, 2012). Keadaan inilah yang menempatkan daerah Kabupaten Nabire dalam

stratifikasi malaria berada pada level “High” dengan AMI >50 kasus per 1.000 penduduk (Harijanto, 2008).

Kondisi ini tentu menjadi salah satu penentu keberhasilan pencapaian MDG's yaitu malaria yang harus dicapai Indonesia termasuk Papua yaitu pengendalian penyebaran dan penurunan jumlah kasus malaria menjadi 1 per 1000 penduduk pada tahun 2015. Berdasarkan hal tersebut, diperlukan upaya yang sangat besar dalam pelaksanaan program bagi pencapaian target tersebut.

Penanggulangan malaria perlu dilakukan secara komprehensif dengan upaya promotif, preventif, dan kuratif. Hal ini bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian serta mencegah KLB. Untuk mencapai hasil yang optimal upaya preventif dan kuratif tersebut harus dilakukan dengan berkualitas dan terintegrasi dengan program lainnya.

Pada tanggal 25 April 2007 dalam satu sidang *World Health Assembly*, seluruh negara anggota WHO menyatakan komitmennya untuk memberantas malaria sampai titik eliminasi. Oleh karena itu, tanggal tersebutlah dijadikan tonggak sejarah dan dijadikan tanggal peringatan Hari Malaria Sedunia. Indonesia sebagai negara anggota WHO telah melaksanakan komitmen tersebut dengan memperingati Hari Malaria Sedunia yang dicanangkan oleh Presiden RI tanggal 6 Mei di Jakarta dengan tema *Indonesia Bebas Malaria dan Bersama Kita Berantas Malaria* (Depkes, 2009).

Oleh karena itu untuk mengurangi kasus malaria, pemerintah membuat rencana pengendalian sejak tahun 2008, yang meliputi kegiatan sosialisasi dan peningkatan kualitas pengobatan obat anti malaria dengan ACT (*Artemisinin Combination Therapy*) diseluruh Indonesia, peningkatan pemeriksaan laboratorium /mikroskop, dan penemuan pengobatan dan pencegahan penularan malaria. Selain itu, dilakukan peningkatan perlindungan penduduk berisiko dan pencegahan penularan malaria khususnya melalui kegiatan pembagian kelambu berinsektisida (*Long Lasting Insectisidal Net*) gratis ke daerah endemis malaria tinggi yang masih dibantu oleh *Global Fund* (Depkes RI, 2008).

Disamping itu pula pemerintah melaksanakan upaya yang lebih lagi dengan penanggulangan penyakit malaria yang dilaksanakan oleh pemerintah daerah dalam hal ini dinas kesehatan, seperti Gebrak malaria yang merupakan wujud dari pelaksanaan Roll Back Malaria di Indonesia dan merupakan gerakan nasional untuk mendukung pemberantasan malaria melalui kemitraan seluruh komponen masyarakat (Pemerintah, dunia usaha, lembaga swadaya masyarakat dan badan-badan Internasional serta penyandang dana). Pemerintah Daerah diharapkan dapat meningkatkan anggaran Program malaria, untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat malaria 50% pada tahun 2010, menuju eliminasi malaria di Papua tahun 2030.

Eliminasi malaria sendiri dicanangkan pemerintah dimana ditargetkan bahwa secara bertahap pada tahun 2030 diharapkan seluruh

wilayah di Papua sudah mencapai tahap eliminasi malaria. Pelaksanaan eliminasi didukung dengan pelaksanaan 5 pilar kebijakan utama, yaitu (1) stop malaria klinis ganti dengan malaria konfirmasi laboratorium, (2) stop mono terapi (terapi kloroquin) ganti dengan ACT, (3) cegah malaria dengan kelambu berinsektisida (4) tingkatkan koordinasi dan peran seluruh institusi yang ada di Papua, dan (5) libatkan keikutsertaan masyarakat.

Dari upaya-upaya yang telah dilakukan belum memberikan hasil yang optimal bagi penurunan jumlah kasus malaria. Kasusnya masih saja tinggi, terutama di daerah-daerah endemik yang sulit diintervensi karena berbagai permasalahan yang ada. Tingginya kasus malaria di daerah endemik tentunya dipengaruhi oleh berbagai hal. Berbagai penyebab tingginya kasus penyakit ini dikaji melalui jurnal antara lain adalah pengetahuan.

Salah satu indikator yang mengkategorikan suatu daerah termasuk maju, berkembang atau terbelakang adalah Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Indeks Pembangunan Manusia (IPM) / Human Development Index (HDI) adalah pengukuran perbandingan dari harapan hidup, melek huruf, pendidikan dan standar hidup untuk semua Negara di seluruh dunia. IPM juga mengukur pengaruh dari kebijaksanaan ekonomi terhadap kualitas hidup. Papua sendiri merupakan provinsi di Indonesia dengan IPM paling rendah yaitu 65,36 pada tahun 2011, meskipun data

kabupaten Nabire yaitu 66,85 tahun 2011 tetapi angka tersebut masih kurang dibandingkan daerah lain di Indonesia (BPS Kab. Nabire, 2012).

Kurangnya pengetahuan yang merupakan salah satu faktor resiko malaria, didukung oleh penelitian yang dilakukan James Obol dan kawan-kawan tahun 2011 mendapatkan bahwa meskipun 85% responden pernah mendengar tentang malaria di Uganda, namun mayoritas responden memiliki kesalahpahaman tentang penyebab malaria bahkan beberapa mengatakan tentang modus transmisi malaria karena makanan dingin, bermain hujan, cuaca dingin, dan karena makan mangga.

Penelitian oleh A.B Joshi dan M.R. Banjara (2010) di Nepal didapatkan data 40% responden buta aksara. 86% responden telah mendengar tentang malaria tetapi hanya 50% menanggapi demam disertai menggigil sebagai tanda dan gejala malaria. 73% menjawab bahwa gigitan nyamuk menyebabkan transmisi malaria dan 74% responden menganggap bahwa malaria adalah penyakit fatal, tetapi sangat sedikit memiliki pengetahuan bahwa pengobatan malaria secepatnya dapat menghindari kematian. Lebih dari 50% tidak memiliki informasi tentang ketersediaan perawatan gratis malaria di Nepal. Masih 16% ditemukan mencari pengobatan tradisional. Kebiasaan tidur luar ditemukan di hampir seperempat dari penduduk terutama di musim panas menunjukkan tidak ada pengetahuan tentang pencegahan malaria. Meskipun praktek penggunaan kelambu lebih tinggi, hanya 4% memiliki pengetahuan tentang kelambu berinsektisida.

Hasil penelitian Hotnida Sitorus dan Labudi P. Ambarita di Kabupaten Musi Banyuasin (2010) juga memperlihatkan bahwa Pengetahuan dan perilaku masyarakat tentang Malaria di desa pagar Desa masih kurang baik. Perilaku untuk menghindarkan diri dari kontak dengan nyamuk penularan malaria malam hari sangat kurang terutama pada saat kegiatan di luar rumah sehingga berisiko untuk tertular penyakit malaria. Senada dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Yohanis Ganti dan kawan-kawan (2006) di Sumba Barat bahwa Pengetahuan, tindakan dan persepsi tentang lingkungan sosial budaya, biologik dan fisik memiliki hubungan dengan kejadian malaria.

Oleh karena itu upaya yang dilakukan dalam penanggulangan penyakit malaria ini dikaji oleh Abdulelah H Al-Adhroey, dkk. (2010) di Malaysia menemukan bahwa memberikan pendidikan kesehatan yang efisien kepada orang-orang yang tinggal di daerah endemis malaria akan meningkatkan pemahaman mereka tentang pencegahan malaria dalam upaya eliminasi malaria.

Masyarakat etnis Papua masih sangat terikat pada adat-istiadat mereka yang telah ada sejak nenek moyang mereka, termasuk didalamnya ketaatan mereka terhadap para pemimpin mereka dalam hal ini kepala suku/tetua adat. Karena itu semua aktifitas kehidupan termasuk larangan-larangan, aturan-aturan yang ada semuanya dilakukan sesuai dengan petunjuk ketua adat yang jika tidak ditaati menurut keyakinan mereka maka akan mengakibatkan malapetaka bahkan bisa berakibat

kematian (Rumansara, 2003). Sistem kemasyarakatan seperti ini dapat dijadikan salah satu alternatif dalam menggalang partisipasi masyarakat dalam upaya penanggulangan malaria seperti hasil penelitian Pamuji Raharjo (2011) di Kabupaten Kulon, Bahwa keberhasilan program Pananggulangan malaria didukung oleh tokoh masyarakat yang memiliki peranan strategis di masyarakat sebagai legitimator, sumber informasi, penasehat dan motivator.

Kendala yang juga dihadapi dalam penanggulangan malaria adalah sarana transportasi dan komunikasi yang sulit serta akses pelayanan kesehatan yang tidak memadai serta sosial ekonomi yang rendah. Di Kabupaten Nabire Keluarga Pra sejahtera tahun 2010 sebanyak 8.150 kepala keluarga (BPS Kab. Nabire, 2010). Hal ini senada dengan penelitian Helper S.P. Manalu dkk (2008), bahwa tingkat pendapatan berpengaruh terhadap kejadian malaria, sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ikrayama Babba dkk (2007) mengatakan bahwa orang dengan penghasilan <Rp. 1.000.000/bulan akan beresiko untuk terkena malaria. Penghasilan yang rendah berpengaruh terhadap kebutuhan hidup, termasuk kebutuhan kesehatan untuk memperoleh pelayanan kesehatan dan konsumsi makanan yang bergizi.

Akses informasi juga merupakan salah satu hal yang akan mempengaruhi penanggulangan penyakit malaria. Hasil penelitian Anna Tynan, dkk (2011) mengungkapkan bahwa di Vanuatu, Malaria dianggap sebagai kondisi serius setelah kemerdekaan tahun 1980, demam yang

parah serta gejala lainnya memicu diagnosis malaria oleh individu sehingga penggunaan pengobatan tradisional menjadi hal yang biasa/umum: pengalaman pasien akibat penyakit malaria adalah dalam hal akses ke perawatan kesehatan dan keterlambatan dalam pemberian pelayanan yang diakibatkan oleh ketersediaan tenaga kesehatan dan infrastruktur yang sangat terbatas.

Disamping itu hal lain yang juga sangat penting dalam upaya penanggulangan penyakit malaria adalah budaya. Berbagai hasil penelitian menunjukkan bahwa pengaruh budaya sangat erat kaitannya dengan upaya penanggulangan penyakit malaria. diantaranya adalah hasil penelitian Ningsi,dkk (2010) di Sulawesi Tengah memperlihatkan bahwa Kepercayaan masyarakat mengenai penyebab malaria, cara pengobatan dan cara pencegahan malaria masih sangat kuat memegang adat-istiadat dalam hal penyembuhan dan mempersepsikan suatu penyakit.

Di Papua sendiri terdapat berbagai suku bangsa dengan ragam kebiasaan dan perilaku, yang merupakan faktor berpengaruh dalam menunjang keberhasilan partisipasi masyarakat dalam program pengendalian malaria. Penduduk Papua berasal dari bermacam-macam suku yang dipimpin oleh kepala suku. Masyarakat setempat umumnya hidup berkelompok dengan mata pencarian nelayan, bertani dan berburu, hingga saat ini masih ditemukan gaya hidup nomaden pada masyarakat primitif.

Tingkat pengetahuan dan cara berpikir masyarakat yang sangat terbatas, begitu juga dengan sarana dan prasarana yang kurang ditambah lagi dengan ikatan adat istiadat membuat masyarakat sulit berkembang dalam waktu singkat. Karena itu masyarakat Papua masih hidup dibawah garis kemiskinan dan keterbelakangan, yang berdampak pada timbulnya berbagai masalah kesehatan yang cukup kompleks seperti tingginya angka kematian ibu dan bayi, prevalensi TBC, Malaria, Filaria, Frambusia, kusta yang tinggi, serta masalah-masalah lainnya yang mengancam kelangsungan hidup masyarakat di Papua, termasuk HIV-AIDS yang menjadi KLB akhir-akhir ini (Dumatubun, 2002).

Keadaan ini diperburuk oleh kebiasaan masyarakat etnis Papua yang berada di hutan berminggu-minggu untuk mencari makanan, yaitu memangkur pohon sagu, mencari kerang, ikan dan bahan makanan lainnya; tidak menggunakan pakaian yang menutupi seluruh tubuh terutama pada anak-anak, serta kebiasaan berada di luar rumah pada malam hari (Ricard Mirino, 2009), begitu pula hasil penelitian oleh Kurniawan, 2008 yang menyatakan bahwa salah satu faktor resiko malaria di Kabupaten Asmat, Papua adalah kebiasaan tidak memakai kelambu saat tidur pada malam hari. Situasi dan keadaan inilah yang mengakibatkan malaria hingga saat ini masih sulit untuk diatasi dengan baik. Hal ini pula yang mendorong peneliti untuk melakukan penelitian yang berjudul *“Perilaku Etnis Papua Mengenai Penyakit Malaria Di Kabupaten Nabire”*

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka rumusan masalah penelitian ini adalah :

1. Bagaimana pemikiran dan perasaan mengenai penyakit malaria pada etnis Papua di Kabupaten Nabire ?
2. Bagaimana acuan atau referensi seseorang mengenai penyakit malaria pada etnis papua di Kabupaten Nabire?
3. Bagaimana ketersediaan sumber daya mengenai penyakit malaria pada etnis papua di Kabupaten Nabire?
4. Bagaimana sosio budaya mengenai penyakit malaria pada etnis papua di Kabupaten Nabire?

C. Tujuan Penelitian

a. Tujuan Umum

Mengetahui gambaran perilaku etnis papua mengenai penyakit malaria di Kabupaten Nabire.

b. Tujuan Khusus

1. Mendapatkan informasi tentang pemikiran dan perasaan etnis papua mengenai penyakit malaria di Kabupaten Nabire

2. Mendapatkan informasi tentang acuan atau referensi seseorang pada etnis papua mengenai penyakit malaria di Kabupaten Nabire
3. Mendapatkan informasi tentang ketersediaan sumber daya pada etnis papua mengenai penyakit malaria di Kabupaten Nabire
4. Mendapatkan informasi tentang sosio budaya pada etnis papua mengenai penyakit malaria di Kabupaten Nabire

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Ilmiah

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi salah satu informasi bagi para ilmuwan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dimasa yang akan datang.

2. Manfaat Praktis

Sebagai bahan masukan dan sumbangan pemikiran bagi instansi terkait khususnya Dinas Kesehatan Propinsi Papua dan Kabupaten Nabire dalam upaya mendukung penanggulangan penyakit malaria.

3. Manfaat Bagi Peneliti

Memberikan pengalaman yang sangat berharga bagi peneliti dalam mengembangkan pengetahuan tentang upaya pencegahan dan penanggulangan penyakit malaria.

4. Manfaat Bagi Masyarakat

Dengan adanya penelitian ini dapat membantu masyarakat khususnya etnis Papua dalam memahami perilaku yang menyebabkan terjadinya penyakit malaria sehingga mudah untuk dicegah. Selain itu sebagai informasi tambahan dalam menambah pengetahuan masyarakat khususnya etnis Papua dalam menanggulangi terjadinya penyakit malaria.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Malaria

1. Definisi

Malaria adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh protozoa obligat intraseluler dari genus *Plasmodium*, penyakit ini secara alami ditularkan oleh gigitan nyamuk *Anopheles* betina. Penyakit malaria ini dapat menyerang siapa saja terutama penduduk yang tinggal di daerah dimana tempat tersebut merupakan tempat yang sesuai dengan kebutuhan nyamuk untuk berkembang (Arsin, A. Arsunan, 2012).

2. Parasitologi

a. Etiologi

Penyebab penyakit malaria adalah parasit malaria, suatu protozoa dari genus *Plasmodium*. Sampai saat ini di Indonesia dikenal 4 jenis spesies *Plasmodium* penyebab malaria pada manusia (Depkes, 2008), yaitu :

- 1) *Plasmodium falciparum*, penyebab malaria tropika yang sering menyebabkan malaria yang berat (malaria serebral dengan kematian).
- 2) *Plasmodium vivax*, penyebab malaria tertiana.
- 3) *Plasmodium malariae*, penyebab malaria quartana

4) *Plasmodium ovale*, menyebabkan malaria ovale tetapi jenis ini jarang dijumpai.

Jenis *Plasmodium* yang banyak ditemukan di Indonesia adalah *P. falciparum* dan *P. vivax*, sedangkan *P. malariae* ditemukan di beberapa propinsi antara lain : Lampung, Nusa Tenggara Timur, dan Papua. Sedangkan *P. ovale* pernah juga di temukan di Nusa Tenggara Timur dan Papua.

b. Siklus Hidup

1) Siklus pada Manusia

Pada waktu nyamuk *Anopheles* infeksi menghisap darah manusia, sporozoit yang berada di kelenjar liur nyamuk akan masuk kedalam peredaran darah manusia selama lebih kurang $\frac{1}{2}$ jam. Setelah itu sporozoit akan masuk kedalam sel hati dan menjadi tropozoit hati. Kemudian berkembang menjadi skizon hati yang terdiri dari 10.000-30.000 merozoit hati (tergantung spesiesnya). Siklus ini disebut siklus ekso-eritrositer yang berlangsung selama lebih kurang 2 minggu. Pada *P. vivax* dan *P. ovale*, sebagian tropozoit hati tidak langsung berkembang menjadi skizon, tetapi ada yang menjadi bentuk dorman yang disebut hipnozoit. Hipnozoit tersebut dapat tinggal di dalam sel hati selama berbulan-bulan sampai bertahun-tahun. Pada suatu saat, bila imunitas tubuh menurun, akan menjadi aktif sehingga dapat menimbulkan relaps (kambuh).

Merozoit yang berasal dari *skizon* hati yang pecah akan masuk ke peredaran darah dan menginfeksi sel darah merah. Didalam sel darah merah, parasit tersebut berkembang dari stadium *tropozoit* sampai *skizon* (8-30 merozoit, tergantung spesiesnya). Proses perkembangan aseksual ini di sebut *skizogoni*. Selanjutnya eritrosit yang terinfeksi (*skizon*) pecah dan merozoit yang keluar akan menginfeksi sel darah merah lainnya. Siklus ini disebut siklus *eritrositer* (Kurniawan, 2008).

Setelah 2-3 siklus skizogoni darah, sebagian merozoit yang menginfeksi sel darah merah akan membentuk stadium seksual (gametosit jantan dan betina) lihat gambar 1.

2) Siklus pada Nyamuk *Anopheles* Betina

Apabila nyamuk *Anopheles* betina menghisap darah penderita yang mengandung *gametosit*, didalam tubuh nyamuk, gamet jantan dan betina melakukan pembuahan menjadi *zigot*. *Zigot* berkembang menjadi *ookinet* kemudian menembus dinding lambung nyamuk.

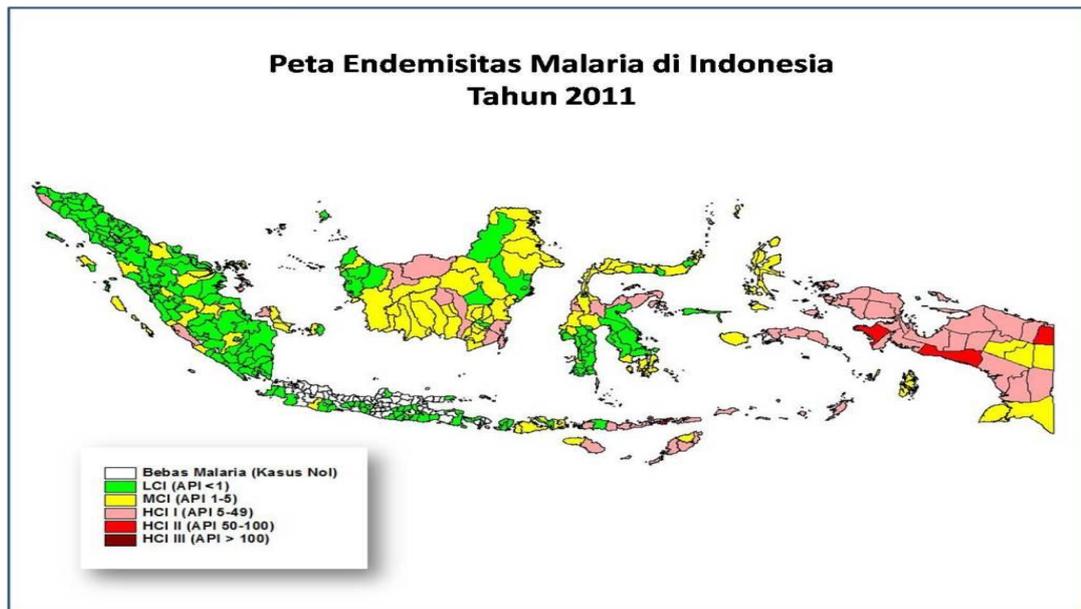
Tabel 1. Masa Inkubasi penyakit Malaria (Depkes, 2008)

Plasmodium	Masa Inkubasi (hari)
P. Falciparum	9 – 12 (12)
P. Vivax	12 – 17 (15)
P. Ovale	16 – 18 (17)
P. Malariae	18 – 40 (28)

Masa prepaten adalah rentang waktu sejak *sporozoit* masuk sampai parasit dapat dideteksi dalam darah dengan pemeriksaan mikroskopik.

3. Epidemiologi

Malaria ditemukan di daerah-daerah, mulai dari 640 lintang utara (Arch angel, Uni Soviet dahulu) sampai 320 lintang selatan (Cordoba, Argentina), didaerah 400m bawah permukaan laut (laut Mati), dan 2600m diatas permukaan laut Cochabamba (Bolivia). Diantara batas lintang dan ketinggian ini, ada daerah-daerah yang bebas malaria, tergantung dari keadaan dan lingkungannya. Malaria merupakan penyakit tropis yang endemis. Di Indonesia malaria ditemukan tersebar luas disemua pulau dengan derajat dan berat infeksi yang berbeda-beda (Syarif, 2011).



Gambar 2. Wilayah Endemis Malaria di Indonesia Tahun 2011 (Kemenkes, 2011)

Penularan malaria tergantung dari adanya tiga faktor utama yang merupakan dasar epidemiologinya, yaitu : hospes (manusia), parasit (*Plasmodium*), dan lingkungan (fisik, biologis, kimia dan sosial ekonomi).

Keadaan malaria diberbagai daerah endemis tidak sama. Derajat endemisitas dapat diukur dengan berbagai cara, seperti angka limpa (*spleen rate*), angka parasit (*parasite rate*), dan angka sporozoit (*sporozoite rate*), yang disebut dengan malariometri. Angka limpa adalah prosentase orang dengan pembesaran limpa pada penduduk daerah endemis yang diperiksa. Pemeriksaan pembesaran limpa dilakukan dengan cara Hackett. Daerah disebut hipo endemis bila angka limpa dibawah 10% pada anak yang berumur 2-9 tahun; meso

endemis bila antara 10-50%; hiper endemis bila diatas 50% dan holo endemis bila melebihi 75%.

Angka parasit ditentukan dengan persentase orang yang sediaan darahnya positif pada saat tertentu, sedang *slide positivity rate* (SPR) adalah persentase sediaan darah yang positif dalam periode kegiatan penemuan kasus (*active case detection*). *Annual Parasite Index* (API) adalah jumlah sediaan darah positif dibandingkan dengan jumlah sediaan darah yang diperiksa per tahun dalam permil (0/00). Berat ringannya infeksi malaria pada suatu masyarakat diukur dengan densitas parasit (*parasite density*), yaitu jumlah rata-rata parasit dalam sediaan darah positif. Sedangkan berat ringannya infeksi malaria pada seseorang diukur dengan hitung parasit (*parasite count*) yaitu jumlah parasit dalam 1 ml darah (Depkes, 2008).

4. Gambaran Klinis Malaria

a. Gejala Malaria

Gejala klinis penyakit malaria sangat khas dengan adanya serangan demam yang *intermiten*, anemia sekunder dan *splenomegali*. Gejala didahului oleh keluhan *prodromal* berupa, *malaise*, sakit kepala, nyeri pada tulang atau otot, anoreksia, mual, diare ringan dan kadang-kadang merasa dingin di punggung. Keluhan ini sering terjadi pada *P.vivax* dan *P.ovale*, sedangkan *P.falciparum* dan *P.malariae* keluhan prodromal tidak jelas bahkan gejala dapat mendadak (Syarif, 2011).

Demam periodik berkaitan dengan saat pecahnya *schizon* matang (*sporulasi*). Pada malaria tertiana (*P. Vivax* dan *P. Ovale*), pematangan *schizon* tiap 48 jam maka periodisitas demamnya setiap hari ke-3, sedangkan malaria kuartana (*P. Malariae*) pematangannya tiap 72 jam dan periodisitas demamnya tiap 4 hari. Gejala klasik malaria biasanya terdiri atas 3 (tiga) stadium yang berurutan, yaitu (Depkes, 2005) :

1) Stadium dingin (*Cold stage*)

Penderita akan merasakan dingin menggigil yang amat sangat, nadi cepat dan lemah, sianosis, kulit kering, pucat, kadang muntah. Periode ini berlangsung antara 15 menit sampai 1 jam diikuti dengan meningkatnya temperatur.

2) Stadium demam (*Hot stage*)

Muka penderita terlihat merah, kulit panas dan kering, nadi cepat dan panas badan tetap tinggi dapat sampai 40°C atau lebih, dapat terjadi syok (tekanan darah turun), kesadaran delirium sampai terjadi kejang (anak). Periode ini lebih lama dari fase dingin, dapat sampai 2 jam atau lebih.

3) Stadium berkeringat (*Sweating stage*)

Pada stadium ini penderita berkeringat banyak sekali. Hal ini berlangsung 2-4 jam. Meskipun demikian, pada dasarnya gejala tersebut tidak dapat dijadikan rujukan mutlak, karena

dalam kenyataannya gejala sangat bervariasi antar manusia dan antar *Plasmodium*.

Anemia merupakan gejala yang sering dijumpai pada infeksi malaria, dan lebih sering dijumpai pada penderita daerah endemik terutama pada anak-anak dan ibu hamil. Derajat anemia tergantung pada spesies penyebab, yang paling berat adalah anemia karena *P.falcifarum*. Anemia di sebabkan oleh penghancuran eritrosit yang berlebihan. eritrosit normal tidak dapat hidup lama (*reduced survival time*) dan gangguan pembentukan eritrosit karena depresi eritropoesis dalam sumsum tulang (Kurniawan, 2008).

Splenomegali adalah pembesaran limpa yang merupakan gejala khas malaria kronik. Limpa merupakan organ penting dalam pertahanan tubuh terhadap infeksi malaria. Limpa akan teraba setelah 3 hari dari serangan infeksi akut dimana akan terjadi bengkak, nyeri dan hiperemis. Pembesaran terjadi akibat timbunan pigmen eritrosit parasit dan jaringan ikat bertambah (Syarif, 2011).

Hampir semua kematian akibat penyakit malaria disebabkan oleh *P.falciparum*. Pada infeksi *P.falciparum* dapat menimbulkan malaria berat yang menurut WHO didefinisikan sebagai infeksi *P.falciprum* stadium aseksual dengan satu atau lebih komplikasi (Syarif, 2011).

b. Diagnosis Malaria

Diagnosis malaria ditegakkan seperti diagnosis penyakit lainnya berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan laboratorium. Diagnosis pasti malaria harus ditegakkan dengan pemeriksaan sediaan darah secara mikroskopik atau tes diagnostik cepat (Depkes, 2008).

a) Anamnesis

Pada anamnesis sangat penting diperhatikan:

- 1) Keluhan utama: demam, menggigil, berkeringat dan dapat disertai sakit kepala, mual, muntah, diare dan nyeri otot atau pegal-pegal;
- 2) Riwayat berkunjung dan bermalam 1 - 4 minggu yang lalu ke daerah endemik malaria;
- 3) Riwayat tinggal di daerah endemik malaria;
- 4) Riwayat sakit malaria;
- 5) Riwayat minum obat malaria satu bulan terakhir;
- 6) Riwayat mendapat transfusi darah.

b) Pemeriksaan fisik

- 1) Demam (pengukuran dengan termometer $\geq 37,5$ °C);
- 2) Konjungtiva atau telapak tangan pucat;
- 3) Pembesaran limpa (splenomegali);
- 4) Pembesaran hati (hepatomegali).

c) Diagnosis atas dasar pemeriksaan laboratorium.

1) Dengan mikroskop.

Pemeriksaan dengan mikroskop Pemeriksaan sediaan darah (SD) tebal dan tipis di Puskesmas/lapangan/ rumah sakit untuk

menentukan ada tidaknya parasit malaria (positif atau negatif),

spesies dan stadium plasmodium serta kepadatan parasit :

i. Semi Kuantitatif

(-)=Negatif (tidak ditemukan parasit dalam 100LPB/lapangan pandang besar)

(+) = positif 1 (ditemukan 1 -10 parasit dalam 100 LPB)

(++) = positif 2 (ditemukan 11-100 parasit dalam 100 LPB)

(+++)= positif 3 (ditemukan 1 -10 parasit dalam 1 LPB)

(++++)= positif 4 (ditemukan >10 parasit dalam 1 LPB)

ii. Kuantitatif

Jumlah parasit dihitung per mikro liter darah pada sediaan darah tebal (leukosit) atau sediaan darah tipis (eritrosit).

2) Pemeriksaan dengan tes diagnostik cepat (*Rapid Diagnostic Test*).

Mekanisme kerja tes ini berdasarkan deteksi antigen parasit malaria, dengan menggunakan metoda

imunokromatografi, dalam bentuk dipstik. Tes ini sangat bermanfaat pada unit gawat darurat, pada saat terjadi kejadian luar biasa dan di daerah terpencil yang tidak tersedia fasilitas laboratorium serta untuk survei tertentu. Tes yang tersedia di pasaran saat ini mengandung:

- i. HRP-2 (Histidine rich protein 2) yang diproduksi oleh trofozoit, skizon dan gametosit muda *P. Falciparum*;
- ii. Enzim parasite lactate dehydrogenase (p-LDH) dan aldolase yang diproduksi oleh parasit bentuk aseksual atau seksual *P.falciparum*, *P.vivax*, *P.ovale* dan *P.malariae*.

c. Pengobatan

Pengobatan yang diberikan adalah pengobatan radikal malaria dengan membunuh semua stadium parasit yang ada di dalam tubuh manusia. Adapun tujuan pengobatan radikal untuk mendapat kesembuhan klinis dan parasitologik serta memutuskan rantai penularan. Semua obat anti malaria tidak boleh diberikan dalam keadaan perut kosong karena bersifat mengiritasi lambung. Oleh sebab itu penderita harus makan terlebih dahulu setiap akan minum obat anti malaria.

i. Pengobatan Malaria Tanpa Komplikasi.

1) Malaria Falciparum

- a) Lini pertama pengobatan malaria falsiparum adalah seperti yang tertera dibawah ini:

Lini pertama = Artesunat + Amodiakuin +

Primakuin

Primakuin tidak boleh diberikan kepada Ibu hamil, bayi < 1 tahun Penderita defisiensi G6-PD. Pengobatan efektif apabila sampai dengan hari ke-28 setelah pemberian obat,ditemukan keadaan sebagai berikut: klinis sembuh (sejak hari ke-4) dan tidak ditemukan parasit stadium aseksual sejak hari ke-7 Pengobatan tidak efektif apabila dalam 28 hari setelah pemberian obat :

- (1) Gejala klinis memburuk dan parasit aseksual positif;

atau

- (2) Gejala klinis tidak memburuk tetapi parasit aseksual tidak berkurang (persisten) atau timbul kembali (rekrudesensi).

- b) Pengobatan lini kedua malaria falciparum diberikan, jika pengobatan lini pertama tidak efektif dimana ditemukan gejala klinis tidak memburuk tetapi parasit aseksual tidak berkurang (persisten) atau timbul kembali (rekrudesensi).

Lini kedua = Kina + Doksisisiklin atau Tetrasiklin

2) Pengobatan Malaria vivax dan Malaria ovale

- a) Lini pertama pengobatan malaria vivaks dan malaria ovale adalah seperti yang tertera dibawah ini:

Lini pertama = Klorokuin + Primakuin

Kombinasi ini digunakan sebagai pilihan utama untuk pengobatan malaria vivaks dan malaria ovale. Pemakaian klorokuin bertujuan untuk membunuh parasit stadium aseksual dan seksual. Pemberian primakuin selain bertujuan untuk membunuh hipnozoit di sel hati, juga dapat membunuh parasit aseksual di eritrosit. Pengobatan efektif apabila sampai dengan hari ke-28 setelah pemberian obat, ditemukan keadaan sebagai berikut: klinis sembuh (sejak hari ke-4) dan tidak ditemukan parasit stadium aseksual sejak hari ke-7.

- b) Pengobatan malaria vivax resisten klorokuin

Lini Kedua = Kina + Primakuin

Kombinasi ini digunakan untuk pengobatan malaria vivax yang resisten terhadap pengobatan klorokuin. Pengobatan kasus malaria vivax kambuh sama dengan regimen sebelumnya, hanya dosis primakuin ditingkatkan.

B. Tinjauan Umum Tentang Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan pada dasarnya adalah suatu respon seseorang (organisme) terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, system pelayanan kesehatan, makanan serta lingkungan. Perilaku kesehatan diantaranya menurut Becker konsep perilaku sehat ini merupakan pengembangan dari konsep perilaku yang dikembangkan Bloom. Becker menguraikan perilaku kesehatan menjadi tiga domain, yaitu pengetahuan kesehatan (*health knowledge*), sikap terhadap kesehatan (*health attitude*) dan praktek kesehatan (*health practice*). Hal ini berguna untuk mengukur seberapa besar tingkat perilaku kesehatan individu yang menjadi unit analisis penelitian. Becker mengklasifikasikan perilaku kesehatan menjadi tiga dimensi (Setiyorini, 2002) :

a. Pengetahuan kesehatan

Pengetahuan tentang kesehatan mencakup apa yang diketahui oleh terhadap cara-cara memelihara kesehatan, seperti pengetahuan tentang penyakit menular, pengetahuan tentang factor-faktor yang terkait dan atau mempengaruhi kesehatan, pengetahuan tentang fasilitas pelayanan kesehatan dan pengetahuan untuk menghindari penyakit.

b. Sikap terhadap kesehatan

Sikap terhadap kesehatan adalah pendapat atau penilaian seseorang terhadap hal-hal yang berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan,

seperti sikap terhadap penyakit menular dan tidak menular, sikap terhadap faktor-faktor yang terkait dan atau mempengaruhi kesehatan, sikap tentang fasilitas pelayanan kesehatan, dan sikap untuk menghindari penyakit.

c. Praktek kesehatan

Praktek kesehatan untuk hidup sehat adalah semua kegiatan atau aktivitas orang dalam rangka memelihara kesehatan, seperti tindakan terhadap penyakit menular dan tidak menular, tindakan terhadap factor-faktor yang terkait dan atau mempengaruhi kesehatan, tindakan tentang fasilitas pelayanan kesehatan, dan tindakan untuk menghindari penyakit.

Selain Becker, terdapat pula beberapa definisi lain mengenai perilaku kesehatan. Menurut Solita, perilaku kesehatan merupakan “segala bentuk pengalaman dan interaksi individu dengan lingkungannya, khususnya yang menyangkut pengetahuan dan sikap tentang kesehatan, serta tindakannya yang berhubungan dengan kesehatan”. Sedangkan Cals dan Cobb mengemukakan perilaku kesehatan sebagai : “perilaku untuk mencegah penyakit pada tahap belum menunjukkan gejala (asymptomatic stage)”. Menurut Skinner perilaku kesehatan (health behavior) diartikan 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, baik yang dapat diamati (*observable*) maupun yang tidak dapat diamati (*unobservable*) yang berkaitan dengan pemeliharaan 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.

Menurut Notoatmodjo (2010), perilaku kesehatan adalah respons seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat-sakit, penyakit, dan faktor-faktor yang mempengaruhi sehat-sakit (kesehatan) seperti lingkungan, makanan, minuman dan pelayanan kesehatan. Dengan perkataan lain perilaku kesehatan adalah semua aktivitas atau kegiatan seseorang baik yang diamati (*observable*) maupun yang tidak dapat diamati (*unobservable*) yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Oleh sebab itu perilaku kesehatan pada garis besarnya dikelompokkan menjadi dua, yakni:

- 1) Perilaku orang yang sehat agar tetap sehat dan meningkat. Oleh sebab itu perilaku ini disebut perilaku sehat (*healthy behavior*), yang mencakup perilaku-perilaku (*overt dan covert behavior*) dalam mencegah atau menghindari penyakit dan penyebab penyakit atau masalah atau penyebab masalah kesehatan (*perilaku preventif*), dan perilaku dalam mengupayakan meningkatnya kesehatan (*perilaku promotif*).

2) Perilaku orang yang sakit atau telah terkena masalah kesehatan, untuk memperoleh penyembuhan atau pemecahan masalah kesehatannya. Oleh karena itu perilaku ini disebut perilaku pencarian pelayanan kesehatan (*health seeking behavior*). Perilaku ini mencakup tindakan-tindakan yang diambil seseorang atau anaknya bila sakit atau terkena masalah kesehatan untuk memperoleh kesembuhan atau terlepasnya dari masalah kesehatan tersebut. Tempat pencarian kesembuhan ini adalah tempat atau fasilitas pelayanan kesehatan, baik fasilitas atau pelayanan kesehatan tradisional (*dukun, sinshe* atau *paranormal*), maupun modern atau profesional (*rumah sakit, puskesmas, poliklinik* dan sebagainya).

Tim kerja dari Organisasi Kesehatan Dunia atau WHO tahun (1984) menganalisa bahwa yang menyebabkan seseorang itu berperilaku karena adanya 4 alasan pokok, (Notoatmodjo, 2010) yaitu :

a. *Pemikiran dan Perasaan (Thoughts and feeling)*

Hasil pemikiran-pemikiran dan perasaan-perasaanseseorang, atau lebih tepat diartikan pertimbangan-pertimbangan pribadi terhadap obek atau stimulus, merupakan modal awal untuk bertindak atau berperilaku. Seseorang yang menderita penyakit malaria akan mencari pengobatan ke puskesmas didasarkan atas pertimbangan untung rugi, manfaat dan sumber daya atau biaya yang tersedia, dan sebagainya. Bentuk pikiran dan perasaan ini adalah : pengetahuan (*knowledge*), kepercayaan (*beliefs*), sikap (*attitudes*) dan nilai (*values*).

b. Acuan atau referensi seseorang (*personal references*)

Pada umumnya, individu cenderung untuk memiliki sikap yang konformis atau searah dengan sikap orang yang dianggap penting. Kecenderungan ini antara lain dimotivasi oleh keinginan untuk berafiliasi dan keinginan untuk menghindari konflik dengan orang yang dianggap penting tersebut. Apabila seseorang itu penting bagi kita, maka apapun yang ia katakan dan lakukan cenderung untuk kita contoh. Orang penting inilah yang dijadikan sebagai teladan seperti guru ulama, kepala adat (suku), kepala desa, tokoh masyarakat, dan lain-lain.

c. Sumber daya yang tersedia (*resources*)

Termasuk sumber daya disini adalah fasilitas, uang, waktu, tenaga kerja, pelayanan, keterampilan dan sebagainya. Pengaruh sumber daya terhadap perilaku dapat bersifat positif maupun negative.

d. Sosio budaya (*culture*)

Perilaku normal, kebiasaan, nilai-nilai dan penggunaan sumber-sumber di dalam suatu masyarakat akan menghasilkan suatu pola hidup (*way of life*) yang disebut kebudayaan. Perilaku yang normal adalah salah satu aspek dari kebudayaan dan selanjutnya kebudayaan mempunyai pengaruh yang dalam terhadap perilaku.

Budaya merupakan penentu keinginan dan perilaku paling dasar. Masing-masing budaya terdiri dari sejumlah sub-budaya yang lebih menampakkan identifikasi dan sosialisasi khusus bagi para anggotanya.

Sub-budaya mencakup kebangsaan, agama, kelompok ras, dan wilayah geografis. Pada dasarnya, semua masyarakat manusia memiliki stratifikasi sosial. Stratifikasi lebih sering ditemukan dalam bentuk kelas sosial, pembagian masyarakat yang relatif homogen dan permanen, yang tersusun secara hirarkis dan yang para anggotanya menganut nilai, minat, dan perilaku serupa.

Dari uraian tersebut di atas dapat dilihat alasan seseorang berperilaku. Oleh sebab itu, perilaku yang sama diantara beberapa orang dapat berbeda- beda penyebab atau latar belakangnya.

Perilaku yang optimal akan memberi dampak pada status kesehatan yang optimal juga. Perilaku yang optimal adalah seluruh pola kekuatan, kebiasaan pribadi atau masyarakat, baik secara sadar ataupun tidak yang mengarah kepada upaya pribadi atau masyarakat untuk menolong dirinya sendiri dari masalah kesehatan. Pola kelakuan/kebiasaan yang berhubungan dengan tindakan promotif, preventif harus ada pada setiap pribadi atau masyarakat.

C. Tinjauan Umum tentang Sosial Budaya suku-suku di Papua

Setiap kelompok masyarakat yang mendiami muka bumi memiliki sistem sosial dan sistem budaya yang berbeda. Kebudayaan itu dianggap sebagai dasar dan pandangan hidup dalam berperilaku. Oleh karena itu setiap suku memiliki keunikan tersendiri yang merupakan ciri khas kebudayaan mereka.

Perbedaan tersebut terkait dengan kondisi alam dan letak geografis dari masing-masing wilayah yang didiami oleh kelompok etnis tersebut. Suku-suku yang mendiami kabupaten Nabire yang merupakan salah satu kabupaten di Tanah Papua juga mengalami hal yang sama. Suku-suku tersebut memiliki keunikan tersendiri namun tetap ada beberapa persamaan didalamnya.

Menurut *Jan Boelars*, suku-suku yang ada di Tanah Papua terbagi menjadi 4 zona ekologis, yakni :

- a. Zona rawa, pantai dan sepanjang aliran sungai meliputi daerah Asmat, Jagai, Awyu, Yigai Citak, Marind Anim, mimika/komoro dan Waropen
- b. Zona dataran tinggi meliputi: suku Dani, Yali Ngalun, Amungme, Nduga, Damal, Moni, dan Ekari/Mee
- c. Zona kaki gunung dan lembah-lembah kecil: meliputi daerah Sentani, Nimboran, Ayamaru dan orang Muyu
- d. Zona dataran rendah dan pesisir meliputi: Sorong sampai Nabire, Biak dan Yapen.

Meramu merupakan kegiatan pangan yang terpenting bagi hampir seluruh suku-suku Papua, di daerah pesisir sagu merupakan sumber pangan sehari-hari sehingga kegiatan meramu sagu merupakan hal yang penting bagi mereka. Hutan sagu biasanya terletak jauh dari pemukiman

sehingga mereka harus berjalan kaki bahkan menggunakan perahu untuk mencapainya.

Selain meramu sagu, menangkap ikan/nelayan juga merupakan pekerjaan pokok bagi masyarakat pesisir, pekerjaan ini biasanya dilakukan oleh laki-laki namun kaum perempuan dapat turut dalam pekerjaan ini karena tuntutan ekonomi. Menangkap ikan dilakukan untuk memenuhi kebutuhan dalam rumah setiap hari, terkecuali ada rencana untuk pesta atau upacara tertentu mereka harus menangkap ikan dalam jumlah yang lebih banyak maka untuk rencana tersebut mereka bermalam di pos-pos tertentu untuk beberapa hari lamanya.

Berburu dan pasang jerat juga merupakan mata pencaharian pokok suku-suku di daerah pegunungan. Biasanya kegiatan ini dilakukan bersama-sama selama sehari-hari dan hasilnya akan dibagi secara merata. Disamping itu bercocok tanam dan memelihara ternak juga dilakukan mereka untuk persediaan pangan keluarga.

Sistem kekerabatan suku-suku Papua sebagian besar berdasarkan garis patrilinear yang memperhitungkan keluarga menurut garis keturunan laki-laki. Menurut Kamma (1982) hubungan saudara laki-laki ibu memerankan peran penting dalam kehidupan anak-anak mereka, biasanya saudara laki-laki ibu (om) memainkan peran dalam upacara inisiasi yang merupakan upacara penting dalam kehidupan suku-suku tersebut.

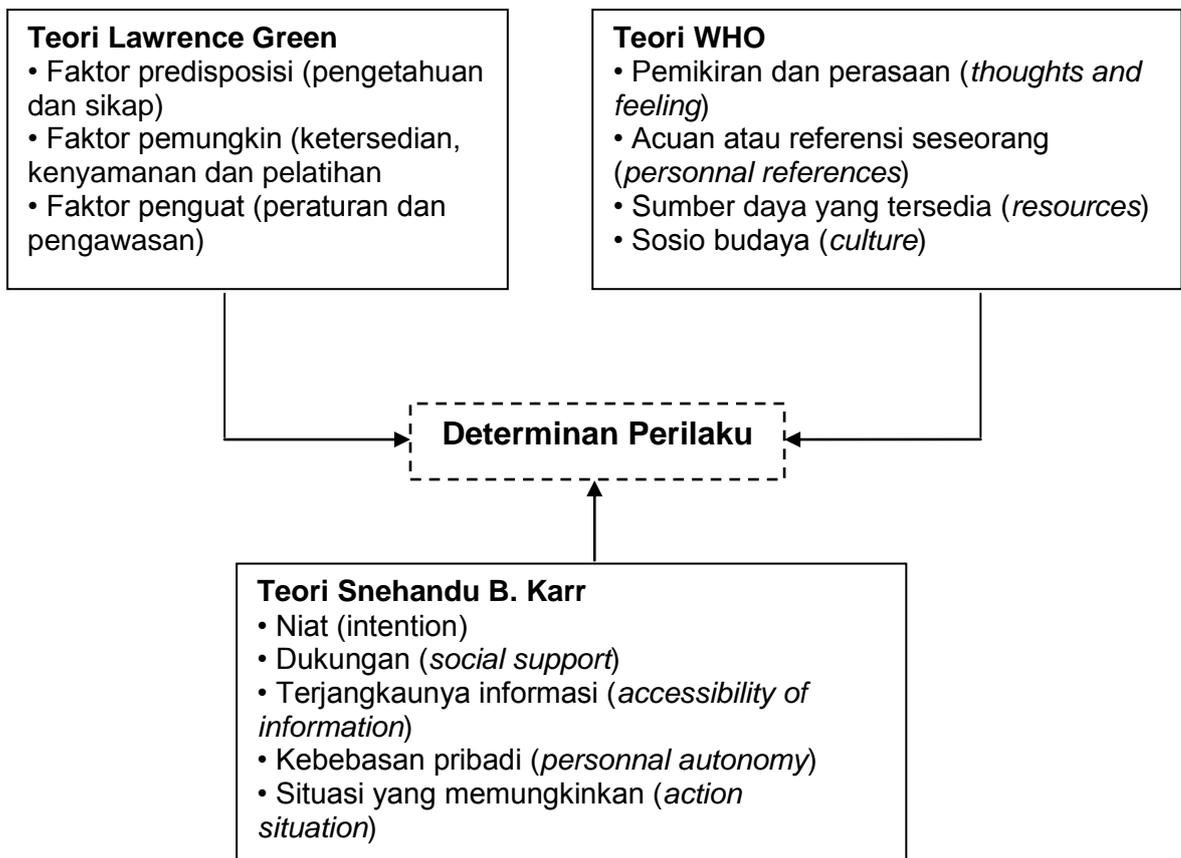
Hampir semua suku-suku Papua dalam setiap peristiwa kehidupan ditandai dengan upacara adat (inisiasi) seperti tusuk telinga, gunting rambut, melubangi hidung, pernikahan dan lain-lain. Pelaksanaan ritual adat ini diselenggarakan dengan melibatkan seluruh warga kampung, pada suku-suku pesisir mereka biasanya melakukan tarian adat (semacam dansa) yang dilakukan selama semalaman.

Setiap suku di Papua memiliki sistem kepemimpinannya sendiri. Pemerintahan lokal tradisional dijalankan oleh lebih dari seorang pemimpin dalam bidang masing-masing atau berada pada satu tangan dengan beberapa pembagian fungsi yang bersumber dari menjaga keseimbangan sosial kelompok dengan menjalankan keadilan bagi warganya (Griapon, AL. 2010).

Mansoben (dalam Koentjaraningrat dkk, 1994), menyusun tipologi sistem kepemimpinan lokal di Irian Jaya ke dalam tipe "pria berwibawa", tipe "raja", "kepala klen" dan "campuran" dari ketiga tipe tersebut. Pandangan ini berlawanan dengan Sahlins (dalam Griapon, 2010) bahwa penduduk daerah keudayaan Melanesia, termasuk "Irian" hanya mengenal tipe kepemimpinan pria berwibawa atau The big man, sebaliknya tipe kepemimpinan raja dianut oleh penduduk Polynesia. Perbedaan utama kedua sistem kepemimpinan itu terletak pada cara memperoleh kekuasaan. Pria berwibawa memperolehnya melalui usaha keras, sedangkan kepemimpinan tipe raja diperoleh melalui pewarisan.

D. Kerangka Konseptual

Perilaku adalah hasil atau resultan antara stimulus (faktor eksternal) dengan respons (faktor internal) dalam subjek atau orang yang berperilaku tersebut. Dalam bidang kesehatan ada 3 teori yang sering menjadi acuan dalam penelitian-penelitian kesehatan masyarakat. Teori tersebut adalah teori Lawrence Green, teori WHO dan teori Snehandu B. Karr (Bagan 1).



Bagan 1. Kerangka Teori
(Sumber : Notoatmojo, 2010)

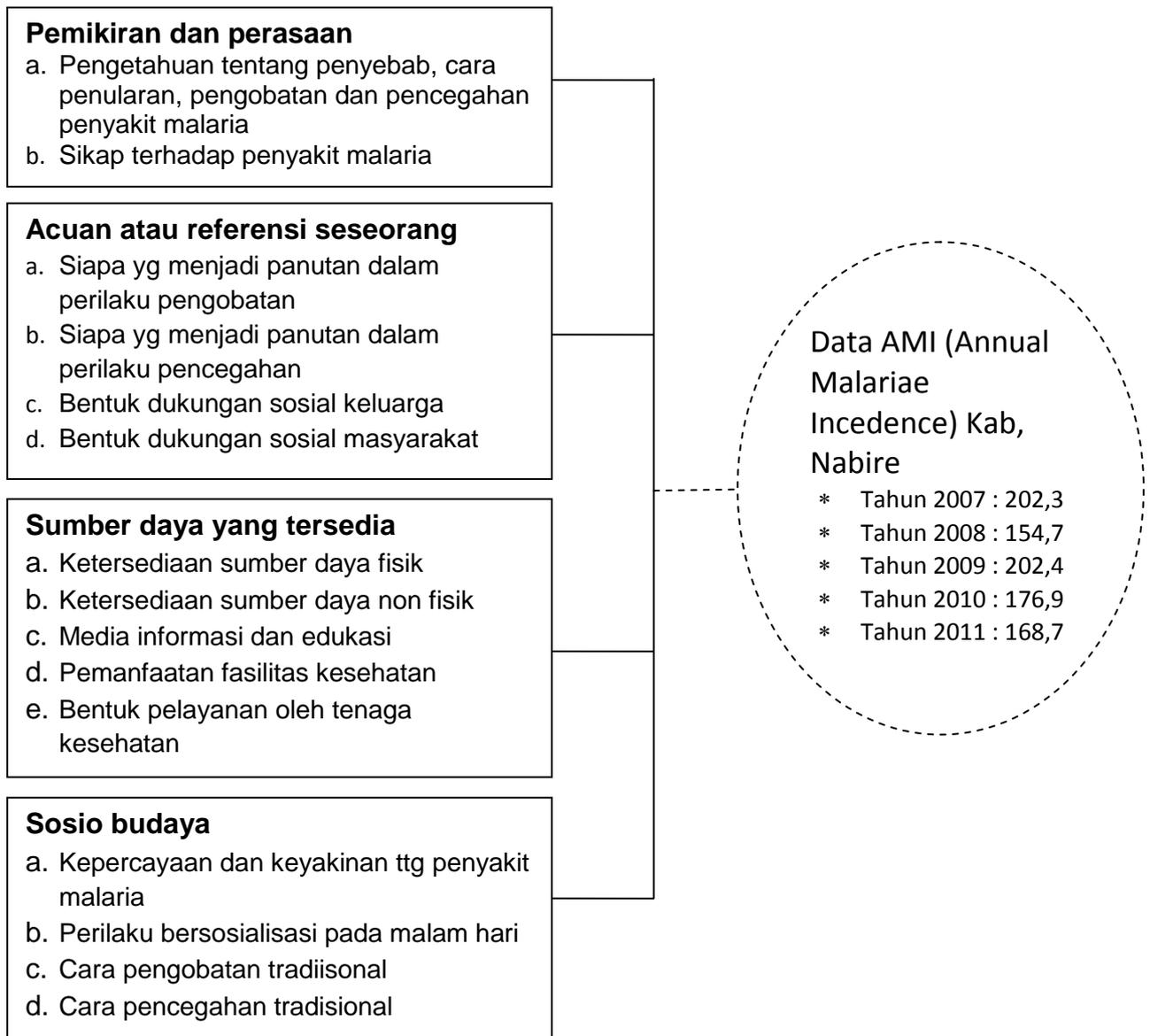
Teori Green mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yakni faktor perilaku dan faktor di luar perilaku. Perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Di samping itu, ketersediaan fasilitas, sikap, dan perilaku petugas terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku.

Teori WHO menganalisis bahwa yang menyebabkan seseorang itu berperilaku tertentu adalah karena adanya alasan seseorang untuk berperilaku. Oleh sebab itu, perilaku yang sama di antara beberapa orang dapat disebabkan oleh sebab atau latar belakang yang berbeda-beda, baik dari culture, resources, personal references, maupun karena *thoughts and feeling* yang berbeda.

Teori Snehandu B. Kar mencoba menganalisis perilaku kesehatan dengan bertitik-tolak bahwa perilaku itu fungsi dari niat orang terhadap objek kesehatan, ada atau tidaknya dukungan dari masyarakat sekitarnya, ada atau tidaknya informasi tentang kesehatan, kebebasan dari individu untuk mengambil keputusan/bertindak, dan situasi yang memungkinkan ia berperilaku/bertindak atau tidak berperilaku/tidak bertindak.

E. Kerangka Pikir

Kerangka pikir yang diuraikan dan sintesa beberapa penelitian maka dibuatlah kerangka pikir sebagai berikut.



sumber: Teori WHO (1984) dalam Notoatmodjo, 2010.

F. Definisi Konseptual

1. Pemikiran dan perasaan (*thoughts and feeling*)

Pemikiran dan perasaan adalah sesuatu yang dimiliki oleh setiap individu dapat berupa pengetahuan, kepercayaan, sikap dan nilai-nilai. Hasil pemikiran dan perasaan seseorang, atau lebih tepat diartikan pertimbangan-pertimbangan oribadi terhadap objek dan stimulus, merupakan modal awal untuk bertindak atau berperilaku. Seorang etnis Papua dalam merespon keadaan dirinya dan keluarga serta orang disekitarnya jika menderita penyakit malaria didasarkan pada pertimbangan :

- a. Pengetahuan tentang penyebab, cara penularan, pengobatan dan pencegahan penyakit malaria.

Penyakit malaria disebabkan oleh parasit plasmodium, yang mengakibatkan demam, menggigil serta gejala yang lain yang dibuktikan dengan hasil positif melalui pemeriksaan laboratorium/RDT, ditularkan melalui gigitan nyamuk anopheles.

Pengobatan yang diberikan kepada penderita malaria baik secara modern berupa obat-obatan yang diperoleh melalui petugas kesehatan, maupun pengobatan tradisional yang sering digunakan untuk penyembuhan penyakit malaria.

Pencegahan penyakit malaria berupa segala upaya yang dilakukan dalam menghindari penyakit malaria baik yang

dianjurkan oleh petugas kesehatan maupun cara-cara tradisional yang mungkin dilakukan.

b. Sikap terhadap penyakit malaria

Sikap merupakan produk dari proses sosialisasi dimana seseorang bereaksi dengan stimulus yang diterimanya. Hal tersebut menunjukkan bahwa sikap berbeda dengan pengetahuan, karena memberikan kesiapan yang menunjukkan aspek positif atau negatif yang berorientasi kepada hal-hal yang bersifat umum. Pengalaman menghadapi suatu objek yang dijumpai dalam waktu berulang-ulang dapat menjadi stimulus dalam membantuk keyakinan seseorang terhadap objek.

Sikap seseorang etnis Papua terhadap penyakit malaria dipengaruhi oleh pengalaman sendiri atau orang lain yang berada disekitarnya. termasuk dalam upaya pencarian pengobatan serta upaya pencegahan. Sikap belum otomatis terwujud dalam tindakan seseorang, karena mungkin saja dia tahu tetapi belum sampai tahap tindakan karena berbagai pertimbangan lain.

2. Acuan atau referensi seseorang (*personal references*)

Acuan atau referensi seseorang adalah orang yang dianggap penting dalam hidup kita dan dijadikan sebagai panutan dalam kehidupan, seperti guru, kepala suku, tokoh masyarakat dan lain-lain. Misalkan seorang etnis Papua jika menderita penyakit malaria maka ia

akan mencari pengobatan ke tempat tertentu karena mengikuti ketua adatnya.

Dukungan sosial adalah bentuk pertolongan yang dapat berupa materi, emosi, dan informasi yang diberikan oleh orang-orang yang memiliki arti seperti keluarga, sahabat, teman, saudara atau orang yang dicintai oleh individu yang bersangkutan. bantuan dan pertolongan ini diberikan dengan tujuan agar individu yang mengalami masalah merasa diperhatikan, mendapat dukungan, dihargai dan discintai.

- a. Panutan dalam perilaku pengobatan dan pencegahan penyakit malaria

Panutan dalam perilaku pengobatan dan pencegahan penyakit malaria oleh etnis papua yang dimaksud adalah seseorang yang dijadikan panutan oleh etnis papua ketika dalam keadaan sakit malaria untuk memperoleh pengobatan sehingga sembuh atau teratasi masalah kesehatannya.

- b. Bentuk dukungan sosial keluarga

Dukungan sosial keluarga (orang yang terdekat dengan penderita) yang dimaksud adalah segala bentuk dukungan baik bersifat informasi, motivasi, kepercayaan diri dan bentuk dukungan lainnya yang diberikan oleh orang yang terdekat (orangtua, saudara, suami/istri) agar semakin memiliki perilaku positif dalam upaya penanggulangan penyakit malaria.

c. Bentuk dukungan sosial masyarakat

Dukungan sosial tokoh masyarakat (kepala suku, tokoh agama, dan lain-lain) yang dimaksud adalah segala bentuk dukungan baik bersifat informasi, motivasi, kepercayaan diri dan bentuk dukungan lainnya yang diberikan oleh tokoh masyarakat kepada penderita malaria agar semakin memiliki perilaku positif dalam upaya penanggulangan penyakit malaria.

3. Sumber daya yang tersedia (*resources*)

Sumber daya adalah suatu nilai potensi yang dimiliki oleh suatu unsur tertentu dalam [kehidupan](#). Sumber daya tidak selalu bersifat fisik, tetapi juga non-fisik (*intangible*). Yang termasuk sumber daya disini adalah fasilitas, uang, waktu, tenaga kerja, pelayanan, keterampilan dan sebagainya.

a. Ketersediaan sumber daya fisik dan non fisik

Ketersediaan sumber daya fisik dan non fisik yang dimaksud adalah sumber daya yang dimiliki oleh masyarakat atau penderita malaria khususnya dalam upaya penanggulangan penyakit malaria berupa uang, waktu dan keterampilan.

b. Media informasi dan edukasi

Media informasi dan edukasi yang dimaksud adalah segala bentuk media yang digunakan untuk memberikan informasi dan edukasi kepada masyarakat khususnya penderita malaria tentang upaya penanggulangan penyakit malaria.

c. Pemanfaatan fasilitas kesehatan

Pemanfaatan fasilitas kesehatan yang dimaksud adalah sarana dan prasarana pelayanan kesehatan yang digunakan oleh masyarakat khususnya penderita malaria pada etnis papua dalam pencarian kesembuhan berupa puskesmas, pustu, polindes, rumah sakit, dokter praktek dan lain-lain.

d. Bentuk pelayanan oleh tenaga kesehatan

Pelayanan oleh tenaga kesehatan yang dimaksud adalah bentuk pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan kepada masyarakat khususnya penderita malaria berupa pelayanan di fasilitas kesehatan, rawat jalan, rawat inap, kunjungan rumah, dan kegiatan lain dalam upaya penanggulangan penyakit malaria.

4. Sosio budaya (*culture*)

Sosio budaya adalah suatu cara hidup yang berkembang dan dimiliki bersama oleh sebuah kelompok orang dan diwariskan dari generasi ke generasi yang memberi corak pengalaman individu-individu masyarakat. Sosio budaya juga sangat berpengaruh terhadap terbentuknya perilaku seseorang. hal ini dapat dilihat dari perilaku tiap etnis di Indonesia yang berbeda-beda, karena memang masing-masing etnis mempunyai budaya dan khas.

a. Kepercayaan dan keyakinan tentang penyakit malaria

Kepercayaan dan keyakinan tentang penyakit malaria yang dimaksud adalah suatu sikap yang ditunjukkan menurut etnis

Papua yang menyimpulkan bahwa apa yang mereka yakini itu adalah benar tentang penyakit malaria baik itu pengenalan akan penyakit malaria, penyebab, pengobatan bahkan pencegahannya.

b. Perilaku bersosialisasi pada malam hari

Perilaku bersosialisasi pada malam hari yang dimaksud adalah pergaulan/aktivitas/interaksi yang dilakukan etnis Papua yang bersifat formal maupun non formal seperti kekeluargaan (antar teman, sahabat) atau kelompok-kelompok sosial yang ada dalam masyarakat yang dilakukan di luar ruangan/alam terbuka pada malam.

c. Cara pengobatan tradisional

Pengobatan tradisional yang dimaksud adalah pengobatan atau perawatan cara lain di luar ilmu kedokteran dan ilmu keperawatan, yang banyak dimanfaatkan oleh masyarakat etnis Papua dalam mengatasi penyakit malaria.

d. Cara pencegahan tradisional

Pencegahan tradisional yang dimaksud adalah semua tindakan yang diambil terlebih dahulu sebelum terjadinya penyakit malaria pada etnis malaria atau tindakan yang ditujukan untuk mencegah, menunda, mengurangi, membasmi, mengeliminasi penyakit malaria pada etnis papua dengan menerapkan sejumlah intervensi yang telah dibuktikan efektif secara tradisional oleh etnis papua termasuk pula kearifan lokal budaya setempat.