



**FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS INDONESIA**

**SOSIALISASI KELUARGA MENGENAI PILIHAN
BEROBAT ALTERNATIF
(Studi tentang Pilihan Berobat Pasien Klinik
Patah Tulang Guru Singa)**

SKRIPSI

**Diajukan oleh:
Ahmad Abdi Hakiim
0903050039**

**UNTUK MEMENUHI SEBAGIAN SYARAT GUNA MEMPEROLEH
GELAR SARJANA SOSIOLOGI
DEPOK
2009**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Skripsi ini adalah hasil karya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Ahmad Abdi Hakiim

NPM : 0903050039

Tanda Tangan: 

Tanggal : 10 Juli 2009

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh:

Nama : Ahmad Abdi Hakiim

NPM : 0903050039

Program Studi : Sosiologi

Judul Skripsi : “Sosialisasi Keluarga mengenai Pilihan Berobat Alternatif (Studi tentang Pilihan Berobat Pasien Klinik Patah Tulang Guru Singa)”

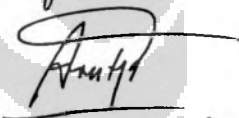
Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Sosiologi pada Program Studi Sosiologi, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. Erna Karim, M.A.

()

Penguji : Dra. Shanty Novrianty, M.Si

()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 10 Juli 2009

KATA PENGANTAR/UCAPAN TERIMA KASIH

Penulisan ini merupakan hasil penelitian dari tugas akhir yang ditujukan bagi pengamat sosial, khususnya yang mendalami masalah sosialisasi keluarga dan sosialisasi kesehatan. Skripsi ini berjudul “Sosialisasi Keluarga mengenai Pilihan Berobat Alternatif (Studi tentang Pilihan Berobat Pasien Klinik Patah Tulang Guru Singa)”.

Dalam penelitian ini, penulis berusaha untuk mencari tahu apakah keluarga dapat memberikan pengaruh positif bagi seseorang agar memilih pengobatan alternatif untuk menyembuhkan penyakitnya. Hal inilah yang dijadikan dasar oleh penulis untuk mulai menyusun sebuah *research design* sebagai tahap awal dari penulisan skripsi ini.

Dalam proses pembuatan penelitian ini, penulis memperoleh banyak bantuan dan masukan dari berbagai pihak. Walaupun demikian, penulisan ini masih jauh dari sempurna, sehingga penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun yang dapat mendukung penyempurnaan penelitian ini.

Saya menyadari betul bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. **Dr. Erna Karim M.A.** selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, pikiran, dan pulsa *handphone* disela-sela kegiatannya yang sangat padat, untuk mengarahkan saya dalam penyusunan skripsi ini. Terima kasih kepada Ibu Erna karena telah bersusah payah membimbing saya menulis skripsi yang carut marut dan tidak jelas menjadi terarah; **Dra. Shanty Novrianty M.Si**, yang telah memberikan dukunghan dan masukan-masukan yang sangat penting bagi skripsi ini; **Mbak Nadia Yovani, S.Sos, MSi** terima kasih kepada Mbak Nadia karena selalu menanyakan kabar skripsi saya, bahkan sampai menelepon saya secara personal; kepada **Mas Andi Rahman, Msi** yang telah memberikan masukan teoritis kepada skripsi ini; kepada **Mbak Evelyn Suleeman** selaku pembimbing akademik saya yang telah memberikan bimbingan selama 6 tahun saya menempuh

studi ini, dan kepada **Mbak Maya dan Mas Riyanto** yang selalu mempermudah proses perkuliahan saya.

2. **Pihak Yayasan Patah Tulang Guru Singa** (Bapak Terang, Bapak Dana, Ibu Grace dan beserta informan lainnya) yang telah banyak membantu dalam memperoleh data yang saya perlukan. Terima kasih karena disela-sela kesibukan klinik yang begitu padatnya masih berkenan untuk meluangkan waktu dengan saya. Saya mohon maaf apabila harapan Bapak dan Ibu tidak dapat saya penuhi.

3. Teman-teman yang telah membantu saya dalam menyelesaikan skripsi ini. Teman-teman sosiologi, khususnya **sosiologi 2003** sebagai teman senasib sepenanggungan. Terima Kasih kepada : **Melati** (sebagai pendorong utama) **Fajar dan Reza** (yang telah bersedia membantu mencari teori-teori) **Nala, Momon Modi dan Indri** (sebagai teman senasib dan tempat berbagi informasi), dan terima kasih juga pada seluruh rekan sosiologi lainnya.

4. **Orang tua dan keluarga saya** yang telah memberikan bantuan dukungan material dan moril. Bapak dan Ibu merupakan pahlawan yang tak kenal lelah bagi saya. Berkat keduanya saya dapat menghadapi dunia ini dengan baik. Serta, pihak lain yang tidak dapat saya sebutkan namanya satu persatu.

Akhir kata, saya berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Depok, 10 Juli 2009

Penulis

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai civitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ahmad Abdi Hakiim

NPM : 0903050039

Program Studi : Sosiologi

Departemen : Sosiologi

Fakultas : Ilmu Sosial dan Ilmu Politik

Jenis Karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non-Exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

“Sosialisasi Keluarga mengenai Pilihan Berobat Alternatif (Studi tentang Pilihan Berobat Pasien Klinik Patah Tulang Guru Singa)”

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/format-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Depok

Pada Tanggal: 10 Juli 2009

Yang menyatakan



(Ahmad Abdi Hakiim)

ABSTRAK

Nama : Ahmad Abdi Hakiim
Program Studi : Sosiologi
Judul : “Sosialisasi Keluarga mengenai Pilihan Berobat Alternatif (Studi tentang Pilihan Berobat Pasien Klinik Patah Tulang Guru Singa)”

Pengobatan alternatif mengalami kemajuan yang sangat pesat. Kedudukan pengobatan alternatif semakin membaik dalam sistem pengobatan nasional. Pemerintah tidak dapat menyangkal keberadaan sistem medis alternatif ini karena sudah teruji ampuh untuk mengobati penyakit. Dengan semakin populernya praktek pengobatan alternatif, tentu menjadi pilihan yang sangat bermanfaat bagi masyarakat. Pilihan untuk menggunakan praktek pengobatan alternatif ini ternyata tidak hanya semata-mata karena keinginan/motivasi intern seseorang, melainkan dipengaruhi oleh faktor eksternal, misalnya keluarga.

Penelitian yang dilakukan di daerah Pondok Kelapa, Jakarta Timur ini untuk mengkaji sosialisasi yang dilakukan keluarga mengenai pengobatan alternatif dan pilihan individu untuk menggunakan praktek medis tersebut. Pendekatan penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan tipe penelitian deskriptif. Populasi penelitian adalah pasien Klinik Patah Tulang Guru Singa. Sampel dipilih dengan menggunakan teknik penarikan sampel probabilitas, dengan membatasi usia responden antara 16-26 tahun.

Untuk mendeskripsikan sosialisasi, penelitian ini menggunakan pemikiran sosialisasi dari Peter Berger dan pilihan menurut George Homans. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa keluarga cenderung kurang mensosialisasikan kepada anggota keluarga mereka mengenai pengobatan alternatif.

Kata Kunci: Sosialisasi, Kesehatan Alternatif, Keluarga.

ABSTRACT

Name : Ahmad Abdi Hakiim
Study Program: Sosiologi
Title : "Family Socialization about Choices in Alternative Medicine
(study of Choices in Alternative Medicine on Patients Patah Tulang
Guru Singa Clinic)"

The progression of alternative medicine is very rapidly. The position of the alternative medicine improved in the national treatment system. The government cannot deny the existence of an alternative medical system because of its effectiveness to cure diseases. With the popularity of alternative medicine, it becomes a very useful option for the community. Options for using this alternative treatment practices are not only simply because the internal desire/motivation, but also influenced by external factors, such as a family.

Research conducted in the area of Pondok Kelapa, East Jakarta, is trying to see the description of socialization of families on alternative treatment options for individuals to use the medical practice. This research use quantitative approach and use descriptive type of research. The population are patients in Patah Tulang Guru Singa clinic. The sample is selected using the probability sampling technique, by limiting the age of the respondents between 16-26 years.

To describe socialization, this study uses the framework of socialization theory of Peter Berger and choices theory according to George Homans. Results of this research shows that families have a low level of socialization on treatment alternatives.

Keywords: Socialization, Alternative Medicine, Family

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORIGINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS KARYA ILMIAH.....	vi
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR BAGAN.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xi
Bab 1: PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Permasalahan	8
1.3 Tujuan Penelitian	10
1.4 Signifikansi Penelitian	10
1.5 Kerangka Teori	11
1.5.1 Tinjauan Pustaka	11
1.5.2 Kerangka Pemikiran	13
1.5.2.1 Definisi Sehat dan Pengobatan Alternatif	13
1.5.2.1.1 Konsep Sehat	13
1.5.2.1.2 Konsep Medis Alternatif	17
1.5.2.2 Variabel Tingkat Pilihan Masyarakat	20
1.5.2.3 Variabel Sosialisasi.....	21
1.5.2.4 Variabel Agen Sosialisasi Keluarga	25
1.5.3 Deskripsi Antarvariabel	27
1.5.4 Operasionalisasi Konsep	29
1.5.4.1 Variabel Pilihan	29
1.5.4.2 Variabel sosialisasi ..	29
1.6 Metodologi Penelitian	29
1.6.1 Pendekatan Penelitian	30
1.6.2 Jenis Penelitian	33
1.6.2.1 Berdasarkan Tujuan	30
1.6.2.2 Berdasarkan Manfaat	30
1.6.2.3 Berdasarkan Dimensi Ruang dan Waktu	31

1.6.2.4 Berdasarkan Teknik Pengumpulan Data	31
1.6.3 Populasi dan Sampel.....	31
1.6.4 Teknik Penarikan Sampel	32
1.6.5 Teknik Pengumpulan Data	32
1.6.6 Teknik Pengolahan Data	33
1.6.7 Keterbatasan Penelitian	34
1.6.8 Sistematika Penulisan	34

Bab II : DESKRIPSI PENGobatan ALTERNATIF

2.1 Sejarah Perkembangan Pengobatan	36
2.2 Ragam Pengobatan Alternatif	41
2.2.1 <i>Chiropractic</i>	42
2.2.1.1 Teknik <i>Chiropractic</i>	45
2.2.1.2 Efek Samping <i>Chiropractic</i>	47
2.2.2 Folk Healing	47
2.2.2.1 Herbalisme	49
2.2.2.2 <i>Homeopathy</i>	51
2.2.3 Faith Healing	52
2.2.3.1 Rei Ki	53
2.2.3.2 <i>Chromotherapy</i>	57
2.3 Perkembangan Pengobatan Alternatif di Indonesia	61
2.3.1 Sistem Pengobatan Alternatif	62
2.3.2 Pandangan Masyarakat tentang Pengobatan Alternatif	65
2.4 Profil Yayasan Pengobatan Patah Tulang “Guru Singa”.....	67

Bab III : DESKRIPSI TENTANG SOSIALISASI KELUARGA DAN PILIHAN BERobat ALTERNATIF

3.1 Deskripsi Demografis Responden.....	70
3.2 Persepsi Responden terhadap Pengobatan Alternatif.....	72
3.3 Variabel Sosialisasi Keluarga.....	75
3.4 Variabel Pilihan Berobat.....	76
3.5 Pemberian Hadiah dan Hukuman	

3.6	Gambaran Tingkat Pilihan Responden dalam Menggunakan Pengobatan Alternatif dilihat dari Aspek Demografi	76
Bab IV : PENUTUP		
5.1	Kesimpulan	79
5.2	Saran	88
DAFTAR PUSTAKA		83
KUESIONER DAN PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM		87
LAMPIRAN.....		94

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Persentase Penggunaan Pengobatan Konvensional	2
Tabel 1.2	Persentase Pengobatan Sendiri dan Penggunaan Pengobatan Tradisional	5
Tabel 2.1	Beberapa Sekolah-sekolah Chiropractic Awal, 1896-1922	47
Tabel 3.6.1	Gambaran Perbedaan Tingkat Pilihan dalam Pengobatan Alternatif berdasarkan Jenis Kelamin	77
Tabel 3.6.2	Gambaran Perbedaan Tingkat Pilihan dalam Pengobatan Alternatif berdasarkan Usia	78
Tabel 3.6.3	Gambaran Perbedaan Tingkat Pilihan dalam Pengobatan Alternatif berdasarkan Tingkat Pendidikan	79

BAB I

PENDAHULUAN

I.1 Latar Belakang

Dalam ilmu kesehatan modern, praktek medis secara konvensional merupakan cara pengobatan yang paling banyak digunakan. Cara pengobatan tersebut dikenal dengan istilah medikalisasi pada masyarakat Barat, yaitu sistem yang menerapkan model medis pada pendefinisian penyakit dan sebagai proses yang memposisikan profesi dokter memiliki posisi yang lebih tinggi dari pasien mereka dan dari profesi kesehatan lainnya. Perkembangan pesat yang terjadi pada sistem medis konvensional ini didukung oleh kemajuan ilmu dan teknologi kesehatan.

Sejalan dengan penemuan teknologi yang menunjang kesehatan manusia, seperti peningkatan fasilitas kesehatan, perbaikan gizi, pemeliharaan kebersihan, dan perumahan, angka harapan hidup masyarakat meningkat, struktur dan fasilitas medis konvensional mengalami perbaikan-perbaikan. Teknologi alat kedokteran dan kemudahan akses terhadap pelayanan kesehatan semakin meningkat seiring dengan perkembangan zaman. Sehingga, proses penyembuhan penyakit semakin efektif dan efisien. Hal ini ditandai dengan penurunan status penyakit dari berbahaya menjadi penyakit ringan, misalnya wabah kolera pada zaman pertengahan dianggap sebagai penyakit mematikan, kini dapat ditanggulangi sedini mungkin. Kemajuan di bidang kesehatan tersebut menyebabkan munculnya kecenderungan bahwa masyarakat cenderung melakukan upaya kesehatan kuratif daripada upaya kesehatan preventif pada sistem medis konvensional.

Data penggunaan pengobatan konvensional dapat digambarkan pada tabel berikut:

Tabel I.1. Persentase Penggunaan Pengobatan Konvensional

No.	Indikator Kesehatan / Health Indicators	2004	2005	2006
1.	Persentase persalinan ditolong tenaga kesehatan (dokter, bidan dan tenaga medis)	71.52	70.46	72.41
2.	Persentase Balita yang pernah mendapat imunisasi BCG	88.35	87.34	89.30
3.	Persentase Balita yang pernah mendapat imunisasi DPT	86.51	84.63	87.11
4.	Persentase Balita yang pernah mendapat imunisasi Polio	88.08	89.16	92.22
5.	Persentase Balita yang pernah mendapat imunisasi Campak	77.17	72.53	78.23

Sumber: Biro Pusat Statistik

Dari data diatas terlihat kecenderungan peningkatan penggunaan pengobatan konvensional. Hal ini diakibatkan oleh semakin majunya teknologi pengobatan konvensional, semakin banyaknya tenaga medis, dan perbaikan akses untuk mendapatkan pengobatan konvensional. Dalam perkembangan ilmu kesehatan, banyak perubahan dan peningkatan sistem pengobatan yang terjadi sejak ratusan tahun yang lalu. Setidaknya perubahan tersebut berjalan secara terus menerus dari tahun ke tahun. Perubahan sistem kesehatan mulai dari pencetusan etika kesehatan, perubahan pendefinisian tentang penyakit menurut pengetahuan, hingga adaptasi dan inovasi dalam organisasi dan teknik-teknik pengobatan.

Perkembangan selanjutnya terjadi melalui penggunaan logika dan rasionalisasi dalam proses peningkatan kualitas kesehatan yang diterapkan dengan cara penelitian dan eksperimen secara intensif. Misalnya penemuan efek dari bakteri yang dipanaskan, ditemukan oleh Louis Pasteur yang menyebut penemuan tersebut adalah pasteurisasi (Coe, 1970: 181). Namun setelah itu, terdapat perubahan dalam cara peningkatan kualitas kesehatan. Fokus utama tidak lagi pada usaha penemuan teknologi kesehatan. Hal ini karena penurunan tingkat kematian bukan dipengaruhi

oleh peningkatan teknologi kesehatan, tetapi lebih dipengaruhi oleh perbaikan kualitas hidup manusia melalui diet, perumahan, sanitasi publik, dan kebersihan pribadi.

Namun, selain sistem medis modern diatas, pada daerah-daerah (yang kebanyakan) pedesaan terdapat bentuk lain dari sistem medis tersebut. Hal tersebut muncul karena pada daerah pedesaan tidak mendapatkan akses kesehatan modern yang baik dan menggunakan sistem tradisional dalam pengobatan. Selain itu, menurut Conrad dan Kern berkembangnya sistem medis alternatif disebabkan oleh tiga hal, *pertama* sistem medis alternatif lebih baik karena dapat menangani masalah kesehatan fisik maupun kesehatan mental, *kedua* sistem medis konvensional belum dapat menangani penyakit-penyakit tertentu, misalnya HIV/AIDS, Lepra, Flu burung, Kanker, dan lain-lain, dan yang *ketiga* biaya pengobatan sistem medis alternatif cenderung lebih murah daripada sistem medis konvensional (Sunarto, 2004: 8.15).

Dalam perkembangan sistem medis alternatif di Eropa, teknik pengobatan *homoeopathy* merupakan teknik pengobatan yang muncul pertama kali. Teknik ini menganggap bahwa gejala penyakit sebagai indikasi ketidakharmonisan dalam diri seseorang. *Homoeopathy* mempelajari keadaan kesehatan menyeluruh seseorang dan merintis penyembuhan dengan memanfaatkan kemampuan penyembuhan khas yang terdapat dalam tubuh manusia. Kemudian muncul teknik pengobatan *chiropractic*, yaitu teknik pengobatan yang mengkhususkan diri pada gangguan otot dan tulang melalui perawatan pada tulang punggung. Dan yang terakhir muncul adalah teknik pengobatan *osteopathy* yang bertujuan mengatasi gangguan pada persendian tulang dan jaringan otot dengan jalan menggunakan pijat yang dapat dikombinasikan dengan diet dan gaya hidup tertentu. Di negara-negara Timur pun juga muncul teknik pengobatan alternatif, seperti di Cina dengan kemunculan teknik akupunktur dan refleksiologi.

Penggunaan sistem medis alternatif semakin berkembang setelah sistem ini dikategorikan sebagai salah satu sistem perawatan kesehatan yang legal. Sebagai contoh, kesimpulan data pada tahun 1994 menyebutkan bahwa terdapat 20% penduduk Belanda dan 49% penduduk Perancis menggunakan sistem medis alternatif (Cant dan Sharma, 2003: 426). Sistem medis alternatif ini semakin diakui di negara-negara Barat sejak muncul debat yang mendefinisikan pengobatan alternatif yang berfokus pada peran sentral dan legitimasi sebagai bentuk pengobatan *nonbiomedical*. Negara-negara Barat mulai memikirkan untuk berinvestasi pada sistem medis alternatif, tidak lagi hanya pada sistem medis konvensional. Kemudian, mulai memberlakukan peraturan pemerintah yang mengakui keberadaan sistem pengobatan ini, sehingga tidak heran bila sistem medis alternatif semakin menyebar ke berbagai negara di Eropa.

Dari data didapatkan bahwa di Amerika, pasien yang menggunakan pengobatan alternatif lebih banyak dibandingkan dengan yang datang ke dokter umum, sedangkan di Eropa penggunaannya bervariasi dari 23% di Denmark dan 49% di Prancis. Di Taiwan 90% pasien mendapat terapi konvensional dikombinasikan dengan pengobatan tradisional Cina dan di Australia sekitar 48,5% masyarakatnya menggunakan terapi alternatif. Dari data diketahui pula bahwa penggunaan terapi alternatif pada penyakit kanker bervariasi antara 9% sampai dengan 45% dan penggunaan terapi alternatif pada pasien penyakit saraf bervariasi antara 9% sampai 56%. Penelitian di Cina menunjukkan bahwa 64% penderita kanker stadium lanjut menggunakan terapi alternatif. Penelitian Kessler menunjukkan bahwa 9 dari 10 pasien yang menderita ansietas dan 6 dari 10 penderita depresi berkunjung ke psikiater dan pengobat alternatif. Dokter yang berkecimpung pada pengobatan

alternatif pun meningkat . Di Inggris ada sekitar 40% dokter mengadakan pelayanan pengobatan alternatif.

Di Indonesia, penggunaan pengobatan alternatif pun semakin meningkat. Prof Dr dr Azrul Azwar MPH dari Bina Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan sadar, kebutuhan masyarakat akan pengobatan alternatif makin besar. Survei Sosial Ekonomi Nasional menyebutkan, tahun 1998 pemanfaatan obat tradisional-bagian dari pengobatan alternatif- baru 4,5 persen. Tiga tahun kemudian, pengguna obat tradisional sudah 31,7 persen. Survei juga menyatakan, 57,7 persen penduduk Indonesia melakukan pengobatan sendiri. Dari jumlah itu, dua pertiga menggunakan obat modern (misalnya obat bebas) dan sisanya membeli jamu. Bahkan, Depkes mencatat ada 30-an jenis pengobatan alternatif, terbagi dalam pengobatan dengan keterampilan (pijat, refleksi, pijat patah tulang, dan lainnya), dengan ramuan (gurah, homeoterapi, aromaterapi, sinshe), serta dengan pendekatan rohani dan supranatural (meditasi, reiki, kalimasada, sinar putih, kebatinan).

Persentase penggunaan obat tradisional di Indonesia juga mengalami perkembangan yang cukup pesat. Seperti yang disajikan pada gambar di bawah ini:

**Tabel I.2. Persentase Pengobatan Sendiri dan Penggunaan
Pengobatan Tradisional**

No.	Indikator Kesehatan / Health Indicators	2004	2005	2006
1.	Persentase penduduk yang mengobati sendiri	72.44	69.88	71.44
2.	Persentase penduduk yang menggunakan obat tradisional	32.87	35.52	38.30

Sumber: Biro Pusat Statistik

Dari data diatas terlihat bahwa terdapat kecenderungan peningkatan penggunaan obat-obatan tradisional tiap tahunnya. Namun, pengobatan secara mandiri cenderung menurun. Hal ini karena semakin banyaknya jumlah tenaga medis

alternatif, sehingga masyarakat tidak perlu lagi melakukan pengobatan sendiri untuk mendapatkan pengobatan alternatif.

Jadi, pengobatan alternatif, baik dilihat di negara-negara internasional maupun di Indonesia sendiri, semakin berkembang. Salah satu faktor yang mempengaruhi peningkatan tersebut adalah karena masyarakat membutuhkan sistem pengobatan yang efektif, tetapi lebih murah dan mudah akses untuk mendapatkan fasilitas pengobatan tersebut. Seperti yang dikemukakan oleh Antropolog kesehatan dari Universitas Indonesia Meutia Farida Hatta Swasono, yang mengatakan, "Orang kalau sudah terpojok, entah dari sisi keuangan atau medis sudah tak bisa lagi memberi harapan, akan pindah ke pengobatan alternatif."

Perkembangan pengobatan alternatif tidak semudah seperti yang terjadi pada perkembangan pengobatan modern. Perlu proses dan perjuangan yang panjang oleh para perintisnya. Perkembangan pengobatan alternatif ini mulai muncul karena adanya ketidakpastian sistem medis modern dalam menangani penyakit. Menurut Talcott Parsons, ketidakpastian pengobatan modern disebabkan oleh perubahan sistem pengobatan modern tersebut (Fox, 2003: 409). Perubahan-perubahan tersebut tidak hanya seputar sistem pengobatannya saja, melainkan meliputi berbagai aspek, baik di dalam sistem maupun di luar sistem pengobatan tersebut. Karakteristik perubahan yang memicu ketidakpastian sistem medis modern ditandai dari adanya mutasi penyakit (misalnya, kemunculan flu burung H5N1), konsekuensi-konsekuensi negatif dan efek iatrogenesis dalam proses penyembuhan, serta semakin kompleksnya birokrasi dalam sistem pengobatan modern.

Perubahan orientasi masyarakat dari penggunaan pengobatan modern ke penggunaan pengobatan alternatif dapat digambarkan seperti pada perubahan sosial dalam masyarakat. Parsons menganalogikan perubahan sosial pada masyarakat seperti

halnya pertumbuhan pada makhluk hidup. Parsons berasumsi bahwa setiap masyarakat tersusun dari sekumpulan subsistem yang berbeda berdasarkan strukturnya maupun berdasarkan makna fungsionalnya bagi masyarakat yang lebih luas. Ketika masyarakat berubah, umumnya masyarakat tersebut akan tumbuh dengan kemampuan yang lebih baik untuk menanggulangi permasalahan hidupnya. Terdapat beberapa bagian dari sistem sosial yang perlu dijadikan fokus perhatian dalam perubahan sosial, antara lain; faktor individu, proses sosialisasi, sistem ekonomi, pembagian kerja dan nilai atau norma yang berlaku (Sunarto, 2004: 214-215). Bila kita konversikan sistem pengobatan alternatif ke dalam analogi perubahan sosial, maka perkembangan sistem pengobatan alternatif dapat berkembang pesat. Karena sistem medis yang populer sebelumnya, yaitu sistem medis modern, mengalami kemunduran dan membutuhkan suatu perubahan di dalam sistemnya. Kemudian, dilihat dari bagian-bagian sistem yang menjadi fokus perhatian, terdapat faktor proses sosialisasi. Faktor inilah yang dijadikan fokus perhatian pada penelitian ini.

Jadi, pengobatan alternatif, baik dilihat di negara-negara internasional maupun di Indonesia sendiri, semakin berkembang. Salah satu faktor yang mempengaruhi peningkatan tersebut adalah karena masyarakat membutuhkan sistem pengobatan yang efektif, tetapi lebih murah dan mudah akses untuk mendapatkan fasilitas pengobatan tersebut. Seperti yang dikemukakan oleh Antropolog kesehatan dari Universitas Indonesia Meutia Farida Hatta Swasono, yang mengatakan, "Orang kalau sudah terpojok, entah dari sisi keuangan atau medis sudah tak bisa lagi memberi harapan, akan pindah ke pengobatan alternatif."¹

¹ Diambil dari artikel berjudul "Upaya Menata Pengobatan Alternatif" pada Koran Kompas Rabu, 21 April 2004.

I.2 Permasalahan

Berbagai ketidakpastian dalam sistem medis modern bermunculan seiring dengan perkembangan masyarakat. Misalnya, ditandai dengan munculnya konsekuensi-konsekuensi negatif dari sistem medis tersebut. Salah satunya adalah kondisi ketergantungan pasien terhadap para profesional kesehatan, maka muncul fenomena baru yang diperkenalkan oleh Ivan Illich (Sunarto, 2004: 9.16), yaitu iatrogenesis yang berarti penyakit yang dihasilkan oleh kegiatan medis. Menurut Sunarto ada tiga kategori iatrogenesis (Sunarto, 2004: 9.16), yaitu:

1. Iatrogenesis klinis, merupakan penyakit yang diperoleh di dalam rumah sakit. Pada proses penyembuhan terdapat efek samping yang muncul akibat dari kecerobohan atau malpraktek dan ketidaktahuan pasien terhadap syarat-syarat yang dibutuhkan untuk dapat sembuh.
2. Iatrogenesis sosial, muncul akibat penggunaan obat-obatan secara intens, sehingga menyebabkan ketergantungan pasien terhadap obat-obatan tersebut, dan akhirnya akan mengakibatkan penderitaan bagi pasien.
3. Iatrogenesis budaya, dengan ketergantungan pasien terhadap sistem medis konvensional ini, maka akan terjadi peralihan tanggung jawab hidup pasien kepada para profesional kesehatan. Hal ini mengubah pola hidup seseorang menjadi tergantung pada sistem medis konvensional yang digunakannya.

Selain itu, hubungan antara pasien dan dokter dalam sistem medis konvensional berada dalam kondisi yang tidak seimbang. Menurut Parsons, situasi dokter terpusat pada perannya dalam tanggung jawab terhadap kesejahteraan pasien, yaitu menolong pasien dalam penyembuhan penyakitnya yang didukung dengan pengetahuan yang cukup memadai. Sedangkan situasi pasien dalam hubungan

tersebut, ditandai dengan keadaan tidak berdaya dan keperluan untuk ditolong, ketiadaan kompetensi teknik, dan keterlibatan emosional.

Dari situasi yang dihadapi oleh dokter dan pasien, maka dalam hubungan tersebut terdapat sebuah ketegangan. Dokter menghadapi masalah ketika pengetahuan yang dimilikinya tidak cukup untuk menanggulangi suatu penyakit, sedangkan pasien, menurut Parsons, sangat rentan terhadap eksploitasi oleh dokter karena tiga ciri pasien diatas. Ketegangan tersebut juga terjadi bila situasi yang mengharuskan dokter untuk 'menyentuh' bagian-bagian sensitif tubuh, bahkan lebih sensitif terjadi pada dokter dan pasien yang berbeda jenis kelamin. Selain itu, pertanyaan-pertanyaan yang bersifat pribadi pun menyebabkan terjadinya ketegangan antara dokter dengan pasien.

Dari berbagai dampak negatif sistem medis konvensional diatas, maka diperlukan suatu sistem medis yang mampu untuk mengatasi berbagai kendala tersebut. Salah satu sistem yang berusaha untuk mengatasinya adalah sistem medis alternatif.

Dari ilustrasi diatas, secara tidak langsung terlihat pergeseran orientasi pada penggunaan sistem medis, dari sistem medis konvensional berubah menjadi sistem medis alternatif. Pesimisme terhadap sistem medis konvensional mulai muncul sejak mewabahnya penyakit-penyakit (misalnya HIV/AIDS) yang belum dapat disembuhkan dengan metode sistem tersebut. Hal ini menyebabkan semakin berkembangnya sistem medis alternatif dalam masyarakat.

Berkembangnya sistem medis alternatif tidak terlepas dari peran agen sosialisasi di dalam masyarakat. Agen-agen sosialisasi tersebut secara terus menerus mengintervensi keinginan masyarakat untuk merubah orientasi penggunaan sistem medis. Dalam hal ini, keluarga sebagai agen sosialisasi primer memegang peran yang sangat penting.

Dari kronologis mengenai dikotomi sistem medis diatas, dapat dirumuskan pertanyaan utama, yaitu:

- Bagaimana deskripsi tentang sosialisasi keluarga mengenai pilihan berobat alternatif kepada anggota keluarga?

I.3 Tujuan Penelitian

Dilihat dari permasalahan yang telah dijelaskan diatas, penelitian ini bertujuan untuk:

- Mengetahui sosialisasi keluarga mengenai pilihan berobat alternatif kepada anggota keluarga.

I.4 Signifikansi Penelitian

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat baik sebagai kajian teoritis maupun sebagai kajian praktis yaitu :

A. Kajian Teoritis:

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai kajian literatur, terutama dalam menganalisa permasalahan yang berhubungan dengan sosialisasi dalam keluarga yang dapat menggambarkan perilaku masyarakat perkotaan dalam memilih pengobatan alternatif. Dapat pula mengembangkan wawasan ilmu sosial, terutama mata kuliah kajian sosiologi keluarga dan sosiologi kesehatan. menggambarkan perilaku masyarakat perkotaan dalam memilih pengobatan alternatif.

B. Kajian Praktis:

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan-masukan untuk perumusan

kebijakan kesehatan di perkotaan. Adapun hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sebuah pertimbangan dalam perencanaan kebijakan untuk memenuhi tuntutan masyarakat terhadap kebutuhan pelayanan kesehatan. Bagi masyarakat, penelitian ini bisa dijadikan gambaran untuk membantu memberikan pengetahuan mengenai sistem pengobatan yang dijadikan alternatif dalam upaya penyembuhan suatu penyakit.

I.5 Kerangka Teori

I.5.1. Tinjauan Pustaka

Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Tisa Febrini dengan judul: “Pengaruh Sosialisasi Keluarga tentang Peran Gender terhadap Pilihan Perempuan untuk Berkarir”, menunjukkan hasil bahwa wanita yang disosialisasikan nilai peran gender non tradisional, dimana orang tua tidak membedakan perlakuan pada anak laki-laki dan perempuan, cenderung lebih memandang penting karir daripada wanita yang disosialisasikan dengan nilai peran gender tradisional. Penelitian tersebut melihat bahwa pilihan berkarir pada wanita dewasa yang didasarkan pada pertimbangan-pertimbangan matang yang diperoleh dari proses pembelajaran tentang bagaimana sebaiknya seorang wanita dewasa menjalankan hidupnya. Hal tersebut diperoleh melalui; *pertama*, proses sosialisasi tentang peran gender, terutama sosialisasi dalam keluarga sebagai pihak yang pertama kali menanamkan nilai dan norma pada individu, *kedua*, status perkawinan turut memegang peran yang penting bagi seorang wanita dalam menentukan apakah ia akan berkarir atau tidak. Kemudian, penelitian ini juga menemukan bahwa terdapat beberapa faktor dalam sosialisasi keluarga tentang peran gender yang berpengaruh terhadap keputusan yang diambil. Misalnya, pada keterlibatan ayah dalam pengasuhan anak dan pekerjaan rumah tangga, sebagai

gambaran sikap peran gender yang non tradisional. Selain itu, keberhasilan ibu dalam menjalankan peran sebagai ibu dan pekerja turut mempengaruhi pilihan anak perempuan untuk berkarir (Febrini, 2004: iii).

Penelitian lainnya yang dilakukan oleh Angkiet Lelono pada tahun 2003 yang berjudul: “Pengaruh Sosialisasi Keluarga dan *Peer Group* terhadap Keikutsertaan Siswa Kelas III SMU dalam Bimbingan Tes”, memperlihatkan hasil bahwa siswa kelas III SMUN 91 memiliki motivasi yang tinggi. Atau dengan kata lain, mereka memiliki kebutuhan yang tinggi untuk mengikuti bimbingan tes. Kemudian, penelitian ini menunjukkan bahwa intensitas sosialisasi keluarga dan *Peer Group* yang diterima mereka adalah tinggi. Sehingga, dapat disimpulkan bahwa peran agen-agen sosialisasi tersebut sangat signifikan terhadap pilihan para siswa kelas III itu untuk ikut bimbingan tes (Lelono, 2003: ii).

Kemudian, RR. Satiti Shakuntala yang melakukan penelitian dengan judul: “Hubungan Intensitas Sosialisasi Keluarga dan *Peer Group* terhadap Tingkat Perilaku Sehat”, memperlihatkan bahwa terdapat hubungan antara intensitas sosialisasi keluarga dan *peer group* dengan tingkat perilaku sehat remaja sejak mereka berada di bangku kuliah, dengan kesimpulan yang dibuat, yaitu mahasiswa dengan tingkat perilaku sehat yang tinggi cenderung memiliki intensitas sosialisasi keluarga dan *peer group* tentang nilai-nilai perilaku sehat yang tinggi. Begitu pula sebaliknya, meskipun hubungannya tidak terlalu besar atau lemah. Lalu, ia juga menambahkan bahwa diantara dua agen sosialisasi yang digunakan sebagai variabel dalam penelitian tersebut, intensitas sosialisasi keluarga mengenai perilaku sehat dalam hal ini memiliki hubungan yang lebih besar/kuat terhadap tingkat perilaku sehat remaja, bila dibandingkan dengan intensitas sosialisasi yang diberikan oleh *peer group* (Shakuntala, 2006: 125).

Berdasarkan hasil-hasil penelitian di atas, penelitian ini akan berusaha melihat aspek sosialisasi terhadap pilihan anggota keluarga. Berfokus pada sosialisasi keluarga tentang pengobatan alternatif, bagaimana intensitas sosialisasi keluarga terhadap tingkat pilihan pengobatan alternatif. Kemudian, pertanyaan yang muncul selanjutnya adalah faktor-faktor apa saja dalam sosialisasi keluarga yang terkait dengan pilihan tersebut.

I.5.2. Kerangka Pemikiran

1.5.2.1 Definisi Sehat dan Pengobatan Alternatif

1.5.2.1.1 Konsep Sehat

Dalam membahas mengenai sistem medis ini, perlu diketahui definisi dari konsep-konsep yang digunakan dalam makalah ini. Kesehatan yang menjadi topik utama dalam penelitian ini merupakan kesehatan secara fisik manusia yang nantinya akan mempengaruhi kesehatan secara mental dan sosial. Kesehatan menurut WHO adalah “...*health is a state of complete physical, mental, and social wellbeing and not merely the absence of disease and infirmity.*”(Sukarni, 1994: 1). Dari pengertian kesehatan tersebut, terdapat tiga aspek dalam kesehatan, yaitu kesehatan fisik, mental, dan sosial, dan bukan hanya karena ketiadaan penyakit dalam tubuh manusia. Jadi, kesehatan disini didefinisikan sebagai keadaan yang bebas dari penyakit, cacat dan kelemahan, yang memungkinkan setiap individu hidup produktif secara sosial, ekonomi, dan intelektual. Rene DuBos menjelaskan kesehatan dapat didefinisikan sebagai kemampuan untuk berfungsi (Cockerham, 1986: 3). Kunci dari definisi-definisi tersebut adalah produktif secara sosial, yaitu manusia dikatakan sehat bila dirinya masih mampu untuk berperan berdasarkan posisinya dalam masyarakat.

Definisi diatas juga diperkuat oleh Hanlon yang berargumentasi bahwa sehat

itu mencakup keadaan pada diri seseorang secara menyeluruh untuk tetap mempunyai kemampuan melakukan tugas fisiologis maupun psikologis secara penuh (Sukarni, 1994: 2). Kemudian pengertian sehat atau kesehatan adalah keadaan yang bebas dari penyakit, cacat dan kelemahan, yang memungkinkan setiap individu hidup produktif secara sosial, ekonomi, dan intelektual. Dijelaskan pula beberapa faktor yang mempengaruhi tingkat kesehatan, yaitu faktor bawaan (hereditas), pelayanan kesehatan, perilaku, dan lingkungan. Faktor perilaku dan lingkungan merupakan faktor yang paling signifikan mempengaruhi tingkat kesehatan seseorang (Sukarni, 1994: 2).

Masalah kesehatan muncul ketika terjadi perbedaan tingkat kesehatan di dalam masyarakat. Tingkat kesehatan pada tiap masyarakat berbeda-beda, menurut Cockerham perbedaan ini dipengaruhi oleh faktor umur, jenis kelamin, ras, dan kelas sosial atau status sosial-ekonomi (Cockerham, 1986: 31). Faktor lain yang disebutkan oleh Kamanto Sunarto adalah faktor gaya hidup dalam masyarakat (Sunarto, 2004: 4.1). Jadi, secara sosiologis kesehatan bukanlah hal mutlak yang hanya dipengaruhi oleh aspek fisik atau medis dari seseorang. Benjamin Lumenta mengemukakan kesehatan juga dipengaruhi kelas sosial yang dimiliki dalam masyarakat. Menurutnya, lapisan masyarakat berpenghasilan rendah memiliki kesempatan terbatas untuk menerima pelayanan yang dapat meningkatkan kemampuan (kesehatan) kerja mereka dan secara tidak langsung meningkatkan penghasilan mereka (Lumenta, 1989: 61).

Dalam membahas kesehatan, definisi penyakit merupakan suatu hal yang perlu dijelaskan. Dalam hal ini, terdapat dua definisi yang berbeda, yaitu "*illness*" dan "*disease*". Secara garis besar, kedua konsep tersebut dapat dibedakan menurut definisinya, yaitu; "*disease*" adalah keadaan tubuh yang tidak normal karena suatu alasan medis yang terlihat melalui gejala tertentu, sedangkan "*illness*" merupakan

perasaan seseorang bahwa dirinya sakit. Lebih lanjut lagi, Doob membedakan definisi penyakit menjadi tiga, yaitu *disease*, *illness*, dan *sickness* (Doob, 1985: 428). *Disease* menurutnya merupakan sebuah kondisi biologis yang tidak sehat, sedangkan *illness* merupakan perasaan seseorang bahwa dirinya terkena penyakit, dan *sickness* merupakan status sosial dimana seseorang diperlakukan sebagai penderita penyakit.

Perbedaan konsep “sakit” melalui pendekatan medis dan pendekatan sosial dapat dijelaskan melalui kedua konsep penyakit diatas. Seseorang yang divonis menderita penyakit (*disease*) oleh ahli medis belum tentu orang tersebut merasa sakit atau terlihat sakit oleh dirinya (*illness*) dan masyarakat (*sickness*). Contohnya, seseorang yang menderita HIV/AIDS akan dianggap sakit (*disease*) oleh para ahli medis, tetapi bila orang tersebut tidak merasa sakit dan tetap menjalankan peran sosialnya dengan baik, maka orang tersebut tidak dianggap menderita penyakit (*illness*).

Benang merah perbedaan dari kedua konsep penyakit ini adalah pada konsep peran sosial. Para ahli medis tidak melihat peran sosial sebagai indikator seseorang dianggap sakit atau tidak. Akan tetapi sebaliknya, dalam pendekatan sosial, peran sosial merupakan kunci yang membedakan keadaan seseorang yang dianggap sakit atau tidak. Sehingga, Talcott Parson memberikan definisi orang yang sakit adalah orang yang tidak dapat menjalankan peran sosialnya sebagaimana mestinya. Dengan demikian ia menyatakan bahwa kesehatan adalah keadaan kapasitas optimum individu untuk melaksanakan peran dan tugas yang mana ia telah disosialisasikan (Karim, 2008: 86).

Dengan adanya definisi ganda konsep penyakit, maka dalam membahas penyakit terdapat keanekaragaman dalam memaknai penyakit, menyatakan sakit, dan menjelaskan penyakit. Secara sosiologis, pemaknaan penyakit berkaitan dengan teori

definisi situasi yang dikemukakan oleh W.I. Thomas. Anggapan sakit oleh para ahli medis cenderung seragam, yaitu didefinisikan pada keadaan tubuh yang tidak normal yang ditandai oleh gejala-gejala tertentu. Namun, bila dilihat dari pendekatan sosial, anggapan sakit tersebut tergantung pada sistem medis yang terdapat pada lingkungan sosial tertentu, sehingga bila berbeda lingkungan sosial dan sistem medisnya, maka terdapat perbedaan pula dalam memaknai penyakit.

Hal yang sama pun terjadi dalam menyatakan sakit, dalam masyarakat yang berbeda, gejala penyakit yang sama belum tentu dianggap sebagai suatu penyakit yang sama. Hal ini terjadi karena adanya perbedaan definisi penyakit itu sendiri dan juga terdapat perbedaan dalam mempelajari cara untuk menyatakan sakit melalui proses sosialisasi. Geest (Sunarto, 2004: 3.6) menyatakan bahwa pernyataan rasa sakit memiliki fungsi sosial, yaitu untuk memberitahu orang lain bahwa dirinya sakit sehingga perlu menjalankan peran sakit yang ditandai dengan penurunan peran sosial orang tersebut dalam masyarakat.

Dengan adanya penyakit, maka akan memunculkan pertanyaan apa penyebab penyakit. Foster (Sunarto, 2004: 3.6), seorang antropologi medis, menjelaskan penyakit dengan membedakan dua sistem medis non-Barat. *Pertama*, sistem naturalistik yang merupakan penjelasan penyakit yang melihat suatu model keseimbangan dalam tubuh. Bila keseimbangan ini terganggu, maka akan muncul penyakit. Yang *kedua* adalah sistem personalistik, yaitu melihat penyakit adalah disebabkan oleh agen yang aktif, berupa makhluk supranatural, makhluk bukan manusia, dan makhluk manusia.

Jika kita melihat realitas dari pemaknaan penyakit, pernyataan penyakit, dan penjelasan penyakit, hal tersebut merupakan sebuah konstruksi sosial. Seperti yang dikemukakan oleh Berger dan Luckmann, sebuah realitas adalah relatif, tergantung

pada pandangan masyarakat. Konstruksi sosial dalam suatu masyarakat adalah berbeda dengan masyarakat yang lain. Hal ini dibuktikan dengan adanya keanekaragaman dalam pemaknaan penyakit, pernyataan penyakit, dan penjelasan penyakit.

Sehingga, dapat disimpulkan bahwa perbedaan konsep penyakit dalam ilmu sosial melihat tingkat peran seseorang dalam masyarakat. Dan perbedaan ini pun menyebabkan keanekaragaman dalam memaknai, menyatakan, dan menjelaskan penyakit. Selain itu, keanekaragaman tersebut juga disebabkan oleh realitas sosial yang dibentuk melalui konstruksi sosial di dalam masyarakat melalui proses sosialisasi. Dalam hal ini, proses sosialisasi melalui agen-agensya menjadi suatu hal yang krusial. Sehingga dalam penelitian ini, peneliti ingin melihat pengaruh agen sosialisasi keluarga dalam mempengaruhi masyarakat untuk menggunakan sistem medis alternatif.

1.5.2.1.2 Konsep Sistem Medis Alternatif

Pendefinisian pengobatan alternatif dari pengobatan konvensional semakin sulit dibedakan. Saat ini banyak pasien dan dokter yang menggunakan pengobatan alternatif sebagai teknik pelengkap dalam proses penyembuhan, bukan sebagai pengganti teknik pengobatan konvensional. Secara kasar, sistem pengobatan alternatif ini didefinisikan sebagai upaya pengobatan atau perawatan di luar ilmu kedokteran dan ilmu keperawatan (Sunarto, 2004: 8.3). Menurut Dunn, sistem medis itu sendiri didefinisikan sebagai pola-pola institusi sosial dan tradisi budaya yang berhubungan dengan pola perilaku untuk meningkatkan kesehatan, dimana hasil yang tidak diinginkan dalam proses perilaku tersebut adalah kondisi sakit.² Kleinman

membedakan sistem medis alternatif dalam tiga golongan, yaitu *pertama* sistem pelayanan kesehatan populer (*self-help groups*), *kedua* sistem pelayanan kesehatan rakyat, dan yang *ketiga* pelayanan kesehatan profesional (Foster: 33).

Alternatif dalam definisi ini dapat pula berarti luas, yaitu mengacu pada sistem medis yang tidak hanya berbeda secara prinsip tetapi juga tidak ataupun belum diakui oleh ilmu kesehatan konvensional. Sistem medis alternatif ini belum mendapatkan pengakuan secara luas dari masyarakat. Hal ini disebabkan karena sistem medis alternatif tidak dapat membuktikan kebenaran dengan menggunakan metode diagnosis, anamnesis, maupun prognosis melalui asas-asas ilmu pengetahuan modern (Sunarto, 2004: 8.7). Conrad dan Kern menjelaskan bentuk sistem medis alternatif ini, yaitu terdiri atas berbagai bentuk kegiatan yang berpusat pada komunitas berupa sistem medis yang bersifat swadaya dengan menekankan pada pertolongan pada diri sendiri maupun perawatan diri sendiri. Jadi, definisi sistem medis alternatif ini dapat kita fokuskan pada sistem perawatan medis rakyat (*folk health care system*). Kleinman menyebutkan bahwa sistem ini melibatkan spesialis non-profesional yang menawarkan terapi alternatif.

Pada dasarnya, pengobatan alternatif memiliki prinsip dan praktek yang berbeda dengan pengobatan konvensional (Karim 2008: 88), yaitu:

1. Setiap manusia memiliki kemampuan penyembuhan alami, sehingga yang menjadi tujuan utama dalam proses penyembuhannya adalah usaha untuk mendukung atau memperkuat sistem kekebalan tubuh.
2. Berorientasi pada pasien daripada kepada dokter atau praktisi kesehatan sebagai objek utama dalam penyembuhan.
3. Cenderung memakan waktu yang cukup lama dalam proses penyembuhannya, tergantung dari kondisi fisik dan spiritual pada masing-masing pasien.

4. Bahan-bahan pengobatan memakai bahan-bahan yang berasal dari alam dan bersifat natural.
5. Memiliki standar kesehatan yang lebih tinggi karena pengobatan ini memperhitungkan semua aspek kehidupan dari pasien, seperti daya energi vital, tingkat kebahagiaan hidup, dan kepedulian beragama dan spritualnya.
6. Pengobatan ini mengutamakan penyembuhan penyakit-penyakit kronis.
7. Berfokus pada pencegahan daripada penanganan gejala-gejala penyakit.
8. Pendekatan holistik, yaitu penanganan pada tiap-tiap pasien berbeda-beda karena melihat setiap manusia sebagai individu yang unik.
9. Berprinsip bahwa daya tahan tubuh sendiri dapat menyembuhkan penyakit.
10. Mendasarkan kesehatan pada kelancaran energi dalam diri manusia.

Menurut Cockerham, terdapat beberapa jenis praktisi medis alternatif yang berkembang pada masyarakat modern (Cockerham, 1986: 113-125), yaitu:

1. *Chiropractors*, pekerjaan utama praktisi medis alternatif ini adalah pada manipulasi tulang-tulang dengan pemijatan. Tujuan manipulasi tuluan tersebut adalah agar mengatasi tekanan sehingga dapat mengurangi rasa sakit.
2. *Folk Healers*, merupakan ahli-ahli kesehatan tradisional yang memasukkan budaya lokal yang dia anut, khususnya religi, ke dalam pengetahuan medisnya.
3. *Faith Healers*, menggunakan nasehat-nasehat, doa, dan kepercayaan kepada Tuhan untuk mempromosikan kesehatan. Di Eropa, ide awal dari praktek penyembuhan ini berasal dari kekuatan Gereja pada zaman pertengahan.

Quaks, adalah praktisi kesehatan, seperti dokter, yang tidak memiliki lisensi untuk mempraktekkan kemampuan penyembuhannya kepada masyarakat. Definisi praktisi tersebut pada masyarakat tradisional di Indonesia dapat disebut sebagai “mantri”.

1.5.2.2 Pemikiran George Homans tentang Pilihan

Teori pilihan rasional pertama kali dibangun oleh George Homans seorang psikolog perilaku. Dalam sebuah pilihan rasional, seorang individu dilihat termotivasi oleh keinginan dan tujuan dalam membentuk pilihan-pilihan. Homans berargumentasi bahwa dalam setiap tindakan manusia tidak bersifat bebas, tetapi terdapat faktor-faktor yang menentukannya. Karena setiap individual ingin memenuhi kebutuhannya, mereka harus membuat pilihan, sehingga hubungan antara tujuan dan proses atau cara untuk mencapai tujuan tersebut akan terlihat. Seorang yang rasional akan menentukan pilihannya berdasarkan manfaat dan kepuasan yang terbaik diantara pilihan-pilihan yang tersedia..

Dalam membuat sebuah pilihan, terdapat beberapa hal yang harus diperhatikan (Febrini 2004: 24-26), yaitu:

- a) Tidak membuat keputusan adalah sebuah keputusan. Tidak membuat keputusan adalah sebuah pilihan dari seorang individu. Dalam hal ini, pilihan tersebut berarti mengambil tanggung jawab terhadap konsekuensi dari keputusan-keputusan yang telah dibuat.
- b) Pilihan-pilihan hanyalah kumpulan kemungkinan. Pilihan apapun yang dipilih adalah kemungkinan yang terbaik yang dapat dicapai. Seseorang hanya dapat mengambil keputusan apabila terdapat ketersediaan informasi yang cukup untuknya sebelum keputusannya dibuat. Namun, terdapat kemungkinan orang tersebut akan mengubah keputusannya apabila ia mendapat informasi-informasi lain yang cukup signifikan mempengaruhi keputusan sebelumnya.
- c) Pilihan-pilihan sifatnya berkelanjutan. Hal ini terkait dengan perjalanan hidup seseorang. Dalam hidup, setiap orang akan menghadapi berbagai pilihan-pilihan. Tidak menutup kemungkinan orang tersebut akan menghadapi pilihan-pilihan

yang sama lebih dari satu kali.

- d) Pilihan melibatkan pertukaran. Dalam membuat pilihan, seseorang akan secara rasional membandingkan keuntungan dan kerugian dalam pilihan-pilihan tersebut. Setiap orang akan membuat sebuah pilihan yang memiliki keuntungan yang lebih banyak daripada kerugiannya.
- e) Beberapa keputusan dapat dibatalkan, dan beberapa tidak. Seseorang dapat mengubah pilihan yang telah ia ambil sebelumnya, karena sebagian besar pilihan dapat dimodifikasi atau diubah.
- a) Pilihan dipengaruhi oleh konteks sosial dan tekanan sosial. Pilihan yang diambil seseorang dipengaruhi oleh konteks sosial disekitarnya. Konteks sosial disini merupakan segala hal yang dikatakan atau dilakukan oleh *significant others*³. Setiap perilaku yang dilakukan oleh *significant others* ini dapat mempengaruhi pilihan seseorang.

I.5.2.3 Sosialisasi

Secara luas, sosialisasi dapat didefinisikan sebagai proses penyampaian nilai dari kelompok/masyarakat kepada individu-individu di dalamnya. Patrick Berger mendefinisikan sosialisasi, yaitu “*socialization is a process by which a child learns to be a participant member asociety.*” (Sunarto, 1993: 27). Definisi tersebut berarti sosialisasi sebagai sebuah proses melalui mana seorang anak belajar menjadi anggota yang berpartisipasi dalam masyarakat. Selain itu, Durkheim menegaskan bahwa sebuah proses sosialisasi merupakan “*internalization of the moral and values of the groups.*” Menurutnya, sosialisasi merupakan sebuah proses internalisasi atau transfer nilai-nilai dan moral-moral dari satu orang ke orang lain, atau dari satu grup ke orang lain, dan seterusnya.

³ *Significant others* merupakan setiap orang atau orang-orang yang memiliki pengaruh yang tinggi pada pembentukan jati diri orang lain, misalnya orang tua, teman sepermainan, guru, dan lain-lain.

Sosialisasi juga memiliki pola dalam proses penyampaian sebuah nilai di dalam masyarakat. Menurut Jaeger, pola sosialisasi dibagi menjadi dua, yaitu *repressive socialization* dan *participatory socialization*. (Sunarto, 1993: 37).

1. *Repressive socialization* merupakan sebuah proses sosialisasi yang dilakukan dengan cara menekankan pada penggunaan hukuman terhadap sebuah kesalahan. Selain itu, juga terdapat penekanan pada penggunaan materi dalam hukuman dan imbalan, penekanan pada kepatuhan anak terhadap orang tua, penekanan pada komunikasi yang bersifat satu arah, nonverbal, dan berisi perintah, penekanan titik berat sosialisasi pada orang tua dan pada keinginan orang tua, dan peranan keluarga sebagai *significant others*.
2. *Participatory socialization* merupakan sebuah proses sosialisasi yang di dalamnya anak diberi imbalan bila berperilaku baik, hukuman dan imbalan bersifat simbolis, anak diberi kebebasan, penekanan diletakkan pada interaksi, komunikasi bersifat lisan, anak menjadi pusat sosialisasi, kebutuhan anak dianggap penting, dan keluarga menjadi *generalized others*.

Kemudian, Elizabeth B. Hurlock mengembangkan pola-pola sosialisasi kedalam tiga bentuk (Sua'dah, 2005: 55-56), yaitu:

1. Otoriter. Dalam keluarga terdapat peraturan-peraturan yang mengatur tiap peran anggota keluarga. Peraturan-peraturan tersebut disepakati oleh setiap anggota keluarga dan terdapat penghargaan dan hukuman yang menyangkut setiap tindakan anggota keluarga tersebut. Dalam hal ini, seorang anak tidak diberi kebebasan bertindak sesuai dengan keputusannya sendiri.
2. Demokratis. Ciri utama yang terlihat dalam pola ini adalah terdapat diskusi, penjelasan, dan alasan-alasan yang berkaitan pada setiap tindakan seorang anak. Pola seperti ini berusaha untuk menumbuhkan kontrol dari dalam diri anak itu

sendiri.

3. Permisif. Pola proses sosialisasi cenderung longgar karena anak diberikan kebebasan untuk mencari batasan dari setiap tindakannya sesuai dengan pemikirannya. Campur tangan orang tua baru terjadi ketika sebuah tindakan yang dilakukan seorang anak telah melewati batas-batas norma dan nilai sosial yang dianut.

Selain memiliki pola, Berger dan Luckmann membagi proses sosialisasi menurut waktu penyampaian nilai-nilai pada seseorang, yaitu sosialisasi primer dan sosialisasi sekunder (Sunarto, 1993: 35).

1. Sosialisasi primer merupakan sosialisasi pertama yang dijalani individu semasa kecil, melalui mana ia menjadi anggota masyarakat. Nilai-nilai yang diajarkan bersifat umum oleh keluarga sebagai agen sosialisasinya.
2. Sosialisasi sekunder merupakan sebuah proses sosialisasi tahap lanjutan yang memperkenalkan individu yang telah disosialisasi ke dalam dunia baru dari dunia objektif masyarakatnya.

Proses sosialisasi dalam keluarga merupakan hal yang sangat penting, karena mempengaruhi seorang individu untuk dapat hidup dan bertingkah laku sesuai dengan nilai dan norma di dalam masyarakat. Sosialisasi juga merupakan proses transmisi kebudayaan antargenerasi, karena tanpa sosialisasi masyarakat tidak dapat bertahan melebihi satu generasi. Sosialisasi dialami oleh individu sejak ia dilahirkan hingga meninggal dunia. Kunci dari sosialisasi adalah interaksi, yaitu komunikasi atau hubungan timbale balik (dua arah) antara dua individu atau lebih (Soe'oad 1999: 32).

Dalam melihat tahap-tahap proses sosialisasi pada individu, dapat digambarkan melalui kerangka tindakan-tindakan sosial yang dikemukakan oleh Talcott Parsons (Soe'oad 1999: 37-38). Dalam tiap fase proses sosialisasi tidak dapat

batasi secara jelas, karena proses tersebut terjadi secara berkesinambungan dalam tiap diri individu. Fase-fase tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut (Soe'oad 1999: 37-38):

1. Fase Laten

Sosialisasi yang terjadi belum secara nyata terlihat. Pengenalan individu terhadap diri sendiri tidak jelas dan belum dapat melakukan kontak sosial dengan lingkungannya. Posisi individu masih dipandang sebagai bagian dari ibunya atau dengan kata lain merupakan satu kesatuan yang disebut "*two persons system*".

2. Fase Adaptasi

Individu mulai menyesuaikan diri dengan lingkungan sosialnya. Individu mulai dapat merespon rangsangan-rangsangan dari luar. Sehingga, peran orang tua terlihat dominan karena respon individu tersebut sangat dipengaruhi oleh sosialisasi yang diberikan oleh orang tuanya. Dalam prosesnya, terdapat penghargaan dan hukuman dalam setiap tindakan individu untuk merespon rangsangan-rangsangan dari luar tersebut.

3. Fase Pencapaian Tujuan

Mulai muncul maksud dan tujuan dari setiap tindakan individu dalam proses sosialisasi. Hal ini berkaitan dengan sistem penghargaan dan hukuman dimana individu cenderung untuk melakukan tindakan yang memperoleh penghargaan dan mulai menghindar dari tindakan yang menimbulkan reaksi negatif dari orang tua individu tersebut.

4. Fase Integrasi

Setiap adaptasi tingkah laku dan tujuan-tujuan tindakan dari individu mulai menjadi bagian dari individu tersebut. Nilai dan norma yang ditanamkan oleh orang tua individu juga sudah menjadi bagian dari dirinya, bukan lagi merupakan

sesuatu yang berada di luar individu tersebut.

I.5.2.4 Keluarga sebagai Agen Sosialisasi

Keluarga merupakan kelompok primer yang mempengaruhi setiap pemikiran dan tindakan dari seorang individu. Iver dan Page mengemukakan bahwa secara garis besar terdapat lima ciri-ciri umum keluarga (Sua'dah, 2005: 23). *Pertama*, keluarga merupakan hubungan perkawinan, *kedua*, berbentuk perkawinan atau susunan kelembagaan yang berkenaan dengan hubungan perkawinan yang sengaja dibentuk atau dipelihara. *Ketiga*, suatu sistem tata norma, termasuk perhitungan garis keturunan. *Keempat*, terdapat ketentuan ekonomi yang dibentuk anggota keluarga yang mempunyai ketentuan khusus terhadap kebutuhan ekonomi yang berkaitan dengan kemampuan untuk mempunyai keturunan dan membesarkan anak. Dan yang *kelima*, merupakan tempat tinggal bersama, rumah atau rumah tangga yang walau bagaimanapun tidak mungkin menjadi terpisah terhadap kelompok keluarga.

Sedangkan, definisi menurut Bogardus, keluarga adalah;

“the family is a small social group, normally composed of a father, a mother, and one or more children, in which affection and responsibility are equitably shared and in which the children are reared to become self controlled and socially motivated persons.”

Dari pernyataan diatas, definisi keluarga secara garis besar dibedakan menurut bentuk fisik dan bentuk sosialnya. Bentuk fisik sebuah keluarga setidaknya terdiri dari seorang ayah, seorang ibu, dan seorang anak. Atau dengan kata lain disebut sebagai keluarga inti. Dan juga, dalam sebuah keluarga terdapat hubungan tanggung jawab diantara setiap anggotanya yang setara sebagai bentuk sosial dalam sebuah keluarga.

Seorang individu tidaklah bersifat sosial, melainkan bersifat asosial (Sua'dah, 2005: 13). Hal yang dimaksud adalah bahwa setiap individu yang lahir memperoleh

sifat-sifat sosial melalui interaksi dengan orang lain, yaitu keluarga. Karena, melalui keluarga, seorang anak menerima norma, nilai-nilai, simbol-simbol, dan makna. Sehingga, dalam proses sosialisasi tersebut, seorang individu belajar untuk memainkan peran dan membayangkan bagaimana pengaruh dari interaksi yang dilakukannya kepada orang lain. Oleh karena itu, keluarga merupakan sebuah agen sosialisasi yang paling signifikan dalam setiap diri individu.

Agen sosialisasi yang secara kasar didefinisikan sebagai pihak-pihak yang melaksanakan sosialisasi dibedakan menjadi empat, yaitu agen sosialisasi keluarga, agen sosialisasi teman bermain, agen sosialisasi sekolah, dan agen sosialisasi media massa (Sunarto, 1993: 30). Agen sosialisasi keluarga merupakan pihak yang paling signifikan dalam sebuah proses sosialisasi karena agen tersebut mengajarkan nilai-nilai awal bagi individu untuk mulai berpartisipasi dalam masyarakat. Jaeger mengemukakan bahwa peranan agen sosialisasi pada tahap ini sangat penting. Hal ini karena orang tua sebagai agen sosialisasi primer tersebut dapat secara bebas mentransfer nilai-nilai kepada anak mereka (Sunarto, 1993: 30).

Kamanto Sunarto membedakan keluarga menjadi beberapa tipe. Yang *pertama* berdasarkan ikatan hubungan. Menurutnya, tipe ini membedakan antara keluarga bersistem konsanguinal dan keluarga bersistem konjugal. Keluarga konsanguinal menekankan pada hubungan antara seseorang dengan keluarganya. Ikatan dengan keluarga dianggap lebih penting daripada ikatan perkawinan. Sedangkan, keluarga konjugal memiliki sifat yang berlawanan, yaitu menekankan pada ikatan perkawinan daripada ikatan keluarga. Tipe *kedua* berdasarkan keturunan. Keluarga dibagi menjadi keluarga orientasi dan keluarga prokreasi dalam tipe ini. Keluarga orientasi merupakan keluarga yang di dalamnya seseorang dilahirkan, sedangkan keluarga prokreasi merupakan keluarga yang terbentuk seseorang melalui sebuah pernikahan

dan menghasilkan keturunan. Kemudian, tipe yang *ketiga* berdasarkan ukuran atau besarnya keluarga. Tipe ini membedakan keluarga menjadi keluarga batih dan keluarga luas. Keluarga batih merupakan bentuk keluarga yang kecil yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak. Kemudian, keluarga luas adalah keluarga yang berisi beberapa keluarga batih. Keluarga luas ini dapat dibagi lagi menjadi *joint family* dan keluarga virilokal. *Joint family* merupakan keluarga yang terdiri dari beberapa orang kakak beradik beserta anak-anak mereka dan saudara kandung perempuan mereka yang belum menikah. Laki-laki yang tertua akan menjadi kepala keluarga jika ayah mereka telah meninggal. Lalu, keluarga virilokal terdiri dari keluarga batih inti ditambah keluarga batih anak-anak mereka dalam keluarga batih inti tersebut (Sunarto 1993: 63-64).

Keluarga juga memiliki fungsi-fungsi seperti institusi sosial lainnya. Setidaknya terdapat enam fungsi keluarga yang diidentifikasi oleh Kamanto Sunarto (Sunarto 1993: 66), yaitu:

1. Fungsi pengaturan dorongan seks.
2. Fungsi pengaturan reproduksi.
3. Fungsi sosialisasi.
4. Fungsi afeksi.
5. Fungsi pendefinisian status anak.
6. Fungsi perlindungan anggota keluarga.

I.5.3 Deskripsi Antar Variabel

❖ Deskripsi sosialisasi keluarga dan pilihan penggunaan pengobatan alternatif.

Memilih merupakan tindakan setiap manusia yang bersifat tidak bebas, tetapi

terdapat faktor-faktor yang terkait. Karena setiap individual ingin memenuhi kebutuhannya, mereka harus membuat pilihan, sehingga hubungan antara tujuan dan proses atau cara untuk mencapai tujuan tersebut akan terlihat. Seorang yang rasional akan menentukan pilihannya berdasarkan manfaat dan kepuasan yang terbaik diantara pilihan-pilihan yang tersedia. Pilihan yang diambil seseorang dipengaruhi oleh konteks sosial disekitarnya. Konteks sosial disini merupakan segala hal yang dikatakan atau dilakukan oleh *significant others*. Setiap perilaku yang dilakukan oleh *significant others* ini dapat mempengaruhi pilihan seseorang. Dalam penelitian ini *significant other* yang dimaksud adalah agen sosialisasi keluarga.

Keluarga sebagai agen sosialisasi primer memiliki peran sangat penting dalam proses transmisi nilai-nilai dan norma-norma tertentu dalam masyarakat, baik secara langsung maupun tidak langsung. Proses sosialisasi keluarga ini diasumsikan dapat mempengaruhi pembentukan pilihan khususnya dalam pilihan untuk menggunakan pengobatan alternatif. Sosialisasi yang terjadi di dalam keluarga merupakan suatu hal yang paling signifikan mempengaruhi pembentukan nilai-nilai yang terdapat dalam diri seorang anak. Sebagai seorang anak, tentu ia akan mendapatkan sebagian besar pengaruh yang membentuk jati dirinya di dalam lingkungan keluarga. Setiap perilaku yang dilakukan orangtuanya melalui cara-cara bersikap, berpikir, dan berperilaku akan dijadikan model utama bagi mereka. Sehingga, akan terjadi proses imitasi, yaitu proses pembentukan perilaku anak yang meniru perilaku orangtuanya.

Dalam keluarga yang berbeda-beda tentu proses sosialisasi di dalamnya akan berbeda pula. Sosialisasi keluarga tentang penggunaan pengobatan alternatif akan mempengaruhi pilihan masyarakat untuk menggunakannya, dimana semakin tinggi pengaruh sosialisasi keluarga tentang pengobatan alternatif, maka semakin tinggi pula tingkat pilihan masyarakat untuk menggunakan pengobatan alternatif.

I.5.4 Operasionalisasi Konsep

I.5.4.1 Pilihan Individu

Konsep	Variabel	Dimensi	Indikator	Kategori	Tingkat Pengukuran
Pilihan	Penggunaan Pengobatan Alternatif <i>Chiropractic</i>	Frekuensi	Penggunaan pengobatan alternatif <i>Chiropractic</i> dalam kurun waktu tertentu	- Rendah - Tinggi	Ordinal

I.5.4.2 Sosialisasi Keluarga

Konsep	Variabel	Dimensi	Indikator	Kategori	Tingkat Pengukuran
Sosialisasi Keluarga	Tentang Pengobatan Alternatif <i>Chiropractic</i>	Isi Sosialisasi	Penanaman anggota keluarga mengenai penggunaan pengobatan alternatif <i>Chiropractic</i>	- Rendah - Tinggi	Ordinal
		Frekuensi Sosialisasi	Penggunaan pengobatan alternatif <i>Chiropractic</i> dalam kurun waktu tertentu.	- Rendah - Tinggi	Ordinal

I.6 Metodologi Penelitian

Dalam setiap penelitian pasti menggunakan metode penelitian tertentu. Metode penelitian disini merupakan sebuah teknik atau cara ilmiah untuk mengumpulkan data yang diperlukan bagi penelitian (Adimiharja, 1995). Dengan metode penelitian, sebuah penelitian akan memiliki peluang bagi penemuan kebenaran yang obyektif dan menjaga agar pengetahuan serta pengembangannya bernilai ilmiah (Nawawi, 1983). Sehingga, hasil penelitian dapat digunakan untuk membantu pengembangan ilmu pengetahuan di masa yang akan datang.

I.6.1 Pendekatan Penelitian

Dalam penelitian ini pendekatan yang digunakan untuk mengamati,

mengumpulkan, dan menyajikan data adalah pendekatan kuantitatif. Pendekatan ini bertujuan untuk menunjukkan hubungan antar variabel, menguji relevansi teori-teori yang digunakan, dan mendapatkan generalisasi dari fenomena sosial yang diteliti.

I.6.2 Jenis penelitian

Penelitian ini menggunakan tipe penelitian deskriptif, yaitu penelitian ini berusaha melihat gambaran antara pengaruh sosialisasi keluarga terhadap tingkat pilihan anggota keluarga. Jika dilihat dari manfaat penelitian, penelitian ini tergolong penelitian murni, yaitu hanya berusaha untuk menguji teori yang memberikan penjelasan mengenai peran agen sosialisasi dan pilihan anggota keluarga. Kemudian, bila kita lihat menurut dimensi waktu, penelitian ini dikategorikan ke dalam jenis penelitian *cross sectional*, yaitu penelitian yang dilakukan pada satu waktu tertentu. Dan pada penelitian ini, teknik pengumpulan data dilakukan dengan penelitian *survey*, yaitu dengan mendatangi lokasi penelitian lalu menentukan sejumlah responden dan mengumpulkan data melalui kuesioner (Neuman, 2003).

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini dapat diklasifikasikan ke dalam beberapa jenis yaitu:

I.6.2.1. Berdasarkan Tujuan

Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan kekuatan hubungan antara variabel independen yaitu tingkat sosialisasi keluarga mengenai pengobatan alternatif dengan variabel dependen yaitu tingkat pilihan anggota keluarga untuk menggunakan pengobatan alternatif. Oleh karena itu, penelitian ini termasuk penelitian jenis deskriptif (Neuman 2003: 31).

I.6.2.2. Berdasarkan Manfaat

Berdasarkan manfaatnya, jenis penelitian ini termasuk penelitian murni karena dilakukan untuk menyumbangkan pengetahuan teoritis dasar yang hasilnya akan

dipakai untuk menyelesaikan masalah pada jangka waktu yang panjang.

I.6.2.3. Berdasarkan Dimensi Ruang dan Waktu

Lokasi penelitian yang dipilih adalah sebuah klinik pengobatan alternatif Patah Tulang Guru Singa yang berlokasi di Pondok Kelapa, Jakarta Timur. Berdasarkan dimensi waktunya, penelitian ini termasuk penelitian *cross-sectional* karena mengambil satu bagian dari populasi pada satu waktu tertentu dan tidak berusaha membandingkan hasil penelitian dalam jangka waktu yang berbeda. Penelitian ini dilakukan pada kurun waktu dua minggu, dari tanggal 10-23 Mei 2009 (Neuman 2003: 31).

I.6.2.4. Berdasarkan Teknik Pengumpulan Data

Berdasarkan teknik pengumpulan data, penelitian ini menggunakan pengumpulan data secara kuantitatif dan kualitatif. Metode kuantitatif yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode *survey* karena waktu penelitian yang sempit sehingga tidak memungkinkan untuk menggunakan metode lainnya. Bentuk dari metode ini berupa pertanyaan tertulis yang disusun dalam bentuk kuesioner. Sedangkan metode kualitatif yang digunakan berupa wawancara mendalam dengan dua informan kunci.

I.6.3 Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini yaitu seluruh laki-laki dan perempuan yang telah menggunakan pengobatan alternatif di klinik Patah Tulang Guru Singa, serta berusia remaja, yaitu antara 16 tahun hingga 26 tahun. Dalam penelitian ini remaja menjadi objek pengamatan karena remaja telah memiliki keterampilan sosial untuk beradaptasi dengan lingkungan sehari-hari. Keterampilan ini meliputi kemampuan remaja untuk berpikir secara mandiri dan bertindak sesuai norma dan aturan yang berlaku yang

telah ada dan yang mereka peroleh (Shakuntala 2006: 38).

I.6.4 Teknik Penarikan Sampel

Sampel adalah himpunan bagian dari suatu himpunan yang disebut populasi (Zanten, 1994: 2). Di dalam pengertian lain, sampel adalah bagian dari populasi yang diteliti. Penelitian ini menggunakan teknik penarikan sampel probabilitas (*probability sampling*), sehingga setiap elemen populasi memiliki kesempatan yang sama untuk dipilih sebagai anggota sampel (Santoso dan Tjiptono, 2001).

Penarikan sampel dalam penelitian ini didasarkan pada jenis sampel probabilitas yaitu *stratified sampling*. Setiap populasi dibagi kedalam sub populasi yaitu laki-laki dan perempuan. Lalu dari masing-masing sub populasi tersebut akan dipilih dengan menggunakan metode *systemic sampling* dengan menggunakan interval yang telah ditentukan (Zanten, 1994: 82).

Proses pengambilan sampel pada penelitian ini diawali dari pengambilan populasi sampel yang didasarkan pada daftar pasien di klinik Patah Tulang Guru Singa dalam satu bulan terakhir. Diketahui populasi sampel sebanyak 152 pasien yang berumur antara 16 tahun hingga 26 tahun. Dari daftar tersebut diambil secara acak dengan interval 10, sehingga ditentukanlah sampel dari total populasi sampel, yaitu 30 pasien.

I.6.5 Teknik Pengumpulan Data

Tahap ini merupakan teknik peneliti untuk mencari dan mengumpulkan informasi yang sesuai dengan topik penelitian. Proses pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan alat penelitian kuesioner dengan *face to face interview*. Dalam hal ini peneliti datang ke lokasi penelitian untuk melakukan wawancara

langsung dengan responden yang dipandu dengan pertanyaan-pertanyaan berbentuk kuesioner. Data yang dikumpulkan pada saat penelitian meliputi:

1. Data Primer, yaitu merupakan data yang langsung dikumpulkan dari responden oleh peneliti. Teknik yang digunakan adalah wawancara berstruktur dengan menggunakan pertanyaan-pertanyaan dalam kuesioner. Sebagai penunjang data, dalam penelitian ini juga menggunakan teknik wawancara mendalam untuk melengkapi data-data yang telah dikumpulkan. Pertanyaan-pertanyaan wawancara mendalam yang diajukan diluar dari daftar pertanyaan di dalam kuesioner, tetapi masih memiliki hubungan dengan konsep-konsep yang digunakan dalam penelitian ini. Pada penelitian ini, pengumpulan data primer dilakukan dengan wawancara di rumah responden dengan durasi berkisar antara 30 menit hingga 45 menit. Proses wawancara dilakukan pada jam-jam senggang responden, yaitu antara pukul 15.00 hingga 19.00.
2. Data Sekunder, yaitu merupakan data yang telah diolah dan disajikan oleh pihak lain. Data-data ini diperoleh dari sumber informasi tidak langsung, seperti buku, artikel, skripsi, tesis, jurnal, internet, dan lain-lain. Buku-buku dan artikel, serta hasil penelitian didapat dari perpustakaan FISIP UI dan beberapa koleksi pembimbing peneliti. Untuk jurnal dan artikel-artikel lainnya didapatkan melalui media internet.

I.6.6 Teknik pengolahan Data

Pada penelitian ini tingkat pengukuran yang digunakan adalah skala ordinal. Objek penelitian dapat dibedakan kedalam golongan-golongan yang memiliki kategori rendah dan tinggi. Data-data yang telah dikumpulkan tersebut kemudian ditafsirkan dengan menggunakan analisis statistik. Teknik analisis data yang

digunakan adalah teknik analisis univariat.

Penggunaan analisis univariat dilakukan untuk mendapatkan gambaran dengan melihat presentase dan ukuran statistik deskriptif. Ukuran statistik deskriptif ini dibedakan menjadi beberapa jenis, yaitu : distribusi frekuensi, ukuran pemusatan, ukuran penyebaran, ukuran pemusatan sendiri terdiri dari modus, median, dan mean. Sedangkan dalam ukuran penyebaran terdiri dari : range, variansi, dan kuartil (Neuman: 331).

I.6.7 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini berjangka waktu pendek, sehingga terdapat keterbatasan dalam pengumpulan data. Kemudian, terdapat kecenderungan jawaban normatif dari responden.

I.6.8 Sistematika Penulisan

Penulisan penelitian ini akan disusun menjadi empat bagian, yaitu:

BAB I Pendahuluan

Bab pendahuluan terdiri dari latarbelakang masalah penelitian, perumusan masalah, tujuan penelitian, signifikansi penelitian, kerangka teori yang meliputi tinjauan pustaka, kerangka pemikiran, identifikasi variabel penelitian, hubungan antarvariabel penelitian, model analisis, hipotesis, dan operasionalisasi konsep, dan yang terakhir metodologi penelitian.

BAB II Deskripsi Pengobatan Alternatif

Deskripsi menyeluruh tentang pengobatan alternatif dipaparkan dalam bab ini. Mulai dari perkembangan ilmu kesehatan, ragam pengobatan alternatif, perkembangan pengobatan alternatif, sistem pengobatan alternatif di Indonesia, dan

profil Yayasan Pengobatan Patah Tulang “Guru Singa”.

BAB III Deskripsi tentang Sosialisasi Keluarga dan Pilihan Rasional

Peneliti akan menguraikan variabel-variabel utama yang digunakan di dalam penelitian beserta hasil-hasil pengamatan yang telah ditemukan di lapangan beserta, beberapa indikator yang dirasa perlu untuk dipaparkan lebih dalam. Secara umum, variabel tersebut akan dibagi menjadi dua bagian.

Bagian pertama akan menjelaskan deskripsi responden dilihat dari aspek demografis. Bagian kedua menggambarkan persepsi responden terhadap pengobatan alternatif. Bagian ketiga menjelaskan variabel independen dari penelitian ini yaitu tingkat sosialisasi keluarga mengenai penggunaan pengobatan alternatif. Variabel ini memiliki dua buah dimensi yang diturunkan menjadi dua indikator. Indikator-indikator pada variabel tingkat sosialisasi dalam penelitian ini adalah penanaman nilai-nilai kepada anggota keluarga mengenai penggunaan pengobatan alternatif dan frekuensi penggunaan pengobatan alternatif. Bagian keempat menjelaskan variabel dependen penelitian, yaitu pilihan masyarakat untuk menggunakan pengobatan alternatif. Variabel ini diturunkan menjadi frekuensi penggunaan pengobatan alternatif. Bagian kelima menjelaskan aspek-aspek demografis dari responden dan hubungannya dengan pilihan anggota keluarga untuk menggunakan pengobatan alternatif. Gambaran mengenai faktor pemberian hadiah dan hukuman terkait dengan pilihan berobat alternatif dijelaskan pada bagian yang keenam.

BAB IV Kesimpulan

Kesimpulan diperoleh dari data dan hasil temuan lapangan yang telah dianalisis secara terperinci pada bab sebelumnya. Kemudian, peneliti memberikan saran yang terkait dengan penelitian mengenai pengobatan alternatif.

BAB II

DESKRIPSI PENGOBATAN ALTERNATIF

II.1 Sejarah Perkembangan Pengobatan

Setiap masyarakat memiliki kepercayaan tersendiri dalam ilmu pengobatan yang dapat menjelaskan tentang kelahiran, kematian, dan penyakit. Dilihat dari sejarahnya, penyakit diidentikkan dengan ilmu sihir, iblis, pengaruh gaib, atau takdir dari Tuhan. Ide-ide ini masih dipercaya sebagian penduduk dunia, dengan *faith healing* (pengobatan doa-doa) dan kuil-kuil pengobatan yang masih digunakan di beberapa daerah, walaupun pengobatan ilmiah yang berkembang pesat pada abad ini mulai menggantikan kepercayaan-kepercayaan lama. Untuk lebih jelas lagi, mari kita lihat perkembangan ilmu kesehatan tahap demi tahap (Cockerham, 1986: 3-6).

I. Ancient Greece

Pertama kali ilmu kesehatan diterapkan secara rasional dan tanpa menggunakan kekuatan spiritual diterapkan oleh Hippocrates, seorang dokter pada masa Yunani Kuno. Kontribusi utamanya adalah pada Sumpah Hippocratic sebagai dasar moral dan etika kesehatan hingga sekarang ini. Menurutnya pengetahuan tentang kesehatan seharusnya datang dari pemahaman pada ilmu pengetahuan alam dan logika hubungan sebab akibat. Hal tersebut dapat kita lihat pada beberapa baris kutipan yang diambil dari bukunya *Medical Geography, On Airs, Waters, and Places*:

“Old persons endure fasting easily; next, adults; young persons not nearly so well; and most especially infants, and them such as are of a particularly lively spirit. Use purgative medicines sparingly in acute disease, and at the commencement, and not without proper circumspection. In whatever disease sleep is laborious, it is a deadly symptom; but if sleep does good, it is not deadly. Persons who are naturally very fat are apt to die earlier than those who

are slender.” (Coe, 1970: 163).

Hippocrates percaya bahwa kondisi sehat dihasilkan dari keseimbangan elemen-elemen yang ada di dalam tubuh manusia. Dan juga keharmonisan kehidupan dengan kebiasaan-kebiasaan yang dilakukan serta kondisi lingkungan sekitar yang mempengaruhinya.

Dalam setiap praktek pengobatan, Hippocrates menginginkan pendekatan sistematis dan rasional dalam pelayanan pasien. Pendekatan ini berdasarkan observasi pada pasien dengan melihat gejala-gejala yang dialami pasien tersebut dan menggunakan rencana logis dalam proses penyembuhan yang berdasarkan prosedur-prosedur yang telah dibuktikan keberhasilannya. Logika yang digunakan Hippocrates ini menjadi landasan bagi setiap praktek kesehatan modern hingga saat ini.

Bahkan dari beberapa sumber menyatakan bahwa praktek-praktek medis Yunani Kuno dilaksanakan seperti sistem medis modern pada saat ini (Sigerist, 1951: 305-307). Contohnya adalah pada masa tersebut terdapat para ahli kesehatan swasta dan dokter umum. Seperti sekarang pula, dokter-dokter swasta digunakan pada kelas sosial aristokrat dan para bangsawan, sedangkan dokter umum terdapat pada tiap-tiap kota dan digunakan oleh setiap orang yang membutuhkan pelayanan kesehatan. Namun, keduanya bertujuan untuk mencari kekayaan, sehingga orang-orang miskin jarang mendapatkan pelayanan kesehatan yang layak.

2. *The Middle Ages and Renaissance*

Pada masa ini diawali dengan banyaknya pengetahuan kesehatan yang hilang selama masa Kegelapan setelah kejatuhan Roma. Namun, beberapa dapat diselamatkan oleh Gereja Katolik Roma. Hal inilah yang menjadikan ilmu

kesehatan berkiblat pada Gereja selama masa pertengahan ini. Selama masa Kegelapan, ilmu pengetahuan tentang kesehatan mengalami pergeseran logika. Dogma-dogma agama dimasukkan sehingga mengubah cara-cara pelayanan kesehatan menjadi adanya pelarangan pembedahan pada tubuh manusia, penolakan adanya penelitian, eksperimen dan observasi kesehatan yang bebas, dan membatasi pengetahuan yang diterima berdasarkan persetujuan dari Gereja.

Oleh karena itu, penyakit tidak dipandang sebagai objek logis yang dihasilkan dari hubungan sebab akibat, melainkan dianggap sebagai hasil dari hukuman dosa-dosa yang diperbuat. Penyakit tidak dilihat sebagai fenomena alami, tetapi sebagai suatu hal yang diinterpretasikan supranatural. Filosofi Kristen mengenai kesehatan mulai masuk pada kepercayaan masyarakat tradisional dan kemampuan penyembuhan hanya dimiliki oleh anggota Gereja dan keluarga Kerajaan.

Gereja tidak hanya mempengaruhi praktek-praktek medis saja, tetapi juga mampu mengubah struktur organisasi kesehatan. Pada masa ini mulai ada pelatihan-pelatihan kesehatan dengan cara observasi dan mendengar berbagai instruksi dari para ahli kesehatan. Pengajaran ilmu obat-obatan mulai dilakukan pertama kali pada tingkat universitas di Salerno, Italy (Coe, 1970: 170). Walaupun tulisan-tulisan ilmu kesehatan dari zaman Yunani Kuno tetap digunakan, tetapi norma-norma yang diberikan oleh Hippocrates diajarkan sebagai kepercayaan tanpa menggunakan metode penelitian dan observasi.

Perkembangan selanjutnya berkisar pada zaman Renaissance yang disebut sebagai periode transisi ilmu kesehatan, dari ilmu kesehatan pertengahan menuju ilmu kesehatan modern. Periode ini ditandai dengan perubahan-perubahan dalam filosofi ilmu kesehatan. Perubahan yang paling mencolok adalah ketika muncul

perlawanan terhadap doktrin-doktrin agamais ilmu kesehatan. Argumen yang muncul mengenai hidup adalah kehidupan memiliki nilai pada tiap masing-masing individu dan usaha untuk memperbaiki kualitas hidup dinilai berharga (Coe, 1970: 172).

Peran para ahli kesehatan menjadi terfokus secara eksklusif pada proses penyembuhan penyakit pada tubuh manusia. Misalnya, Paracelsus, seorang dokter dari Swiss, memperhatikan kesehatan manusia dan kondisi-kondisi sosial yang menyertainy (Cockerham, 1986: 4). Dia menemukan bahwa munculnya penyakit-penyakit tertentu disebabkan oleh kondisi lingkungannya, misalnya kondisi pekerjaan sebagai penambang. Dia juga berargumen bahwa orang yang menderita penyakit mental bukanlah dianggap sebagai kriminal ataupun pendosa, tetapi orang sakit yang membutuhkan perawatan kesehatan.

3. *The Post-Renaissance*

Masa Renaissance dianggap penting karena mulai meruntuhkan dogma-dogma agama yang dianut dari Gereja dalam ilmu kesehatan. Perkembangan ilmu kesehatan modern mengalami kemajuan signifikan karena berbagai penemuan peralatan dan perlengkapan kesehatan, penggunaan teknik pendataan dan analisis yang ilmiah ditambahkan pada ilmu kesehatan, dan terdapat kemajuan pada pengobatan klinis, tetapi belum mencapai perubahan secara organisasi. Penemuan paling signifikan adalah ketika mikroskop ditemukan oleh Leeuwenhoek, sehingga zat-zat dalam tubuh manusia (sel darah, mikroorganisme, dan lainnya) dapat dikenali (Coe, 1970: 174). Dan akhirnya mengarah kemajuan anatomi dan fisiologi tubuh manusia.

Namun, kemajuan filosofi kesehatan mengacu pada ajaran rasionalisme Rene Descartes yang mengubah bentuk landasan pemikiran ilmu kesehatan

(Cockerham, 1986: 5). Dia mendasarkan orientasi filosofinya pada aksioma matematis dan korelasinya, tetapi gagal ketika memasukkan emosi manusia ke dalam perhitungannya. Menurutnya emosi dan pikiran manusia sangat misterius karena sangat berkaitan dengan aspek Ketuhanan, sehingga sulit untuk digunakan dalam pendekatan kesehatan yang ilmiah. Implikasinya terhadap ilmu kesehatan bahwa dokter tidak seharusnya memahami seseorang secara keseluruhan - pemahaman kesehatan manusia yang berkaitan dengan faktor lingkungan (lihat argumen Paracelsus) – tetapi harus terfokus secara eksklusif pada fungsi-fungsi fisik tubuh.

Perkembangan sistem medis modern tersebut juga dipengaruhi oleh faktor-faktor sosialnya. Faktor okupasi sebagian besar penduduk Eropa yang non-agraris dan pertumbuhan kota-kota besar menyebabkan kebutuhan permintaan kualitas fasilitas dan pelayanan kesehatan menjadi lebih diprioritaskan. Pembangunan dalam masyarakat yang lebih luas lagi mempengaruhi sistem pengobatan modern. Holloway menegaskan bahwa ide dari “kemajuan” dan “individualisme” mempengaruhi praktek-praktek medis dan bagaimana perkembangan praktek medis dan pendidikan kesehatan berkaitan dengan industrialisasi dan perdagangan dan pergerakan kelas menengah (Holloway, 1964: 311-313).

4. *Progress in Public Health*

Sistem pengobatan modern mulai berkembang sejak abad ke 19. Pada masa ini terdapat berbagai penemuan yang mengubah kualitas fasilitas dan pelayanan kesehatan menjadi lebih baik. Selain itu, landasan filosofis kesehatan mulai meluas. Kesehatan dipandang sebagai sebuah kondisi yang dipengaruhi oleh faktor fisik individu, lingkungannya, dan bahkan mulai melihat gaya hidup yang dijalannya. Dengan memfokuskan pada hubungan antara gaya hidup dan

kesehatan, peningkatan kondisi kehidupan masyarakat miskin menjadi perhatian utama para ahli kesehatan. Menurut argumen Rudolf Virchow, orang-orang miskin seharusnya mendapatkan tidak hanya kualitas pelayanan kesehatan yang baik, tetapi juga kebebasan untuk memilih dokternya (Cockerham, 1986: 6).

II.2 Ragam Pengobatan Alternatif

Pada abad ke-19, industrialisasi yang ditandai dengan penggunaan mesin-mesin untuk menjalankan perekonomian dunia mulai muncul, seperti penggunaan kapal uap, kereta api, telegrafi, dan alat-alat produksi lainnya. Walaupun saat itu masyarakat mulai sadar terhadap perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi ilmiah, pengobatan alternatif mulai berkembang pada akhir abad itu. Semua jenis perawatan dan pelayanan kesehatan termasuk ilmu kedokteran, *vitalism*, *herbalism*, *magnetism* dan *leeches*, *lances*, *tinctures* dan *patent medicine* bersaing untuk menjadi metode baru dalam sistem kesehatan pada abad tersebut. Hal tersebut terjadi karena terdapat penumpukan kebutuhan pengobatan pada masyarakat yang melebihi ketersediaan fasilitas dan pelayanan kesehatan modern.

Seperti yang terjadi di Amerika pada tahun-tahun akhir abad ke-19. Perang Sipil yang melanda Amerika membelah negara menjadi dua bagian, sehingga banyak keluarga di Amerika yang hidup secara terpisah. Peperangan tersebut menyebabkan luka, baik fisik maupun mental, bagi masyarakatnya. Kecuali di pusat-pusat kota, dokter-dokter sangat jarang dan kebanyakan dari masyarakat tersebut, menyediakan fasilitas kesehatannya secara mandiri oleh anggota keluarga yang lain. Bahkan, praktisi-praktisi medis modern mengklusifikan kedudukannya di dalam masyarakat. Mereka menjadi kalangan elit dan hanya akan mengobati masyarakat elit pula (Keating, Cleveland, dan Menke, 2005: 6-8). Hal ini menyebabkan berbagai

perlawanan masyarakat kelas bawah yang akhirnya akan menyebabkan perkembangan pesat pada sistem medis alternatif.

Ketika pengobatan medis konvensional⁴ mendapat kedudukan yang paling tinggi pada sistem pelayanan kesehatan pada masyarakat maju, sistem pengobatan tersebut tidak menjadi satu-satunya jalan untuk mengobati penyakit pada masa sekarang ini. Pengobatan medis konvensional ini telah dijadikan pilihan utama oleh pemerintah dalam menanggulangi berbagai penyakit yang muncul pada masyarakat, sehingga praktisi-praktisi pada sistem pengobatan konvensional ini mendapatkan hak-hak istimewa dalam menjalankan profesinya. Hak-hak istimewa tersebut akan mengarah pada proses medikalisasi⁵ dalam masyarakat.

Namun, walaupun sistem medis konvensional tersebut mendapat perlakuan istimewa dari pemerintah, sistem medis pengobatan yang lain masih banyak terdapat di dalam masyarakat, khususnya pada masyarakat pedesaan. Hal tersebut terjadi karena masyarakat di pedesaan cenderung tidak memiliki akses untuk mendapatkan pelayanan dan fasilitas pengobatan konvensional. Selanjutnya, sistem medis yang berkembang ini disebut sebagai sistem medis alternatif. Menurut Cockerham, seperti yang sudah dijelaskan pada bab pendahuluan, terdapat beberapa jenis praktisi medis alternatif yang berkembang pada masyarakat modern, yaitu *Chiropractic*, *Folk Healing*, dan *Faith Healing*.

II.2.1 *Chiropractic*

Awal mula dari pengobatan *chiropractic* dapat ditelusuri dari tulisan-tulisan yang berasal dari Cina dan Yunani antara tahun 2700 B.C. hingga 1500 B.C. Tulisan-

⁴ Sistem medis konvensional disini adalah sistem medis yang dijalankan dengan teknik-teknik ilmiah dan rasional.

⁵ Medikalisasi merupakan sebuah proses dimana berbagai kondisi dapat didefinisikan pada model-model medis ilmiah, dan ditandai dengan adanya kelebihan kekuasaan pada praktisi-praktisi medis modern terhadap pasien dan praktisi-praktisi kesehatan lainnya.

tulisan tersebut menyebutkan adanya manipulasi tulang belakang dan pergerakan pada tulang-tulang bawah untuk mengurangi rasa sakit pada tulang punggung. Hippocrates, seorang dokter dari Yunani, yang hidup antara tahun 460 B.C. sampai 357 B.C., juga mempublikasikan tulisan mengenai pentingnya perawatan *chiropractic*.

Pada tahun 1895, praktek *chiropractic* pertama kali dilakukan oleh Daniel David Palmer di Iowa (Keating, Cleveland, dan Menke, 2005: 8) di Amerika. Karena dirinya percaya bahwa ia memiliki tenaga spiritual yang lebih, maka ia menawarkan pelayanan kesehatan pada pasien-pasien yang takut dengan pengobatan modern. Harvey Lillard adalah pasien pertama yang mengikuti pengobatan Palmer pada tanggal 18 September 1895. Lillard mengeluh tentang kemampuan pendengarannya yang menurun sejak ia mengalami benturan pada punggungnya saat bekerja. Setelah pemeriksaan, Palmer menemukan bahwa terdapat gumpalan pada tulang belakang Lillard yang menyebabkan posisi tulang tersebut bergeser. Palmer memperbaiki posisi tulang belakang tersebut dengan teknik *chiropractic*-nya. Kemudian, pendengaran Lillard berangsur-angsur pulih.

Setelah itu, Palmer meminta pasien sekaligus temannya, Rev. Samuel Weed, untuk memberikan nama pada temuannya. Weed mengusulkan untuk mengkombinasi kata *cheiros* dan *praktikos* yang diambil dari bahasa Yunani yang berarti “diselesaikan oleh tangan”. Usul tersebut untuk menggambarkan metode penyembuhan Palmer yang nantinya akan dinamakan *chiropractic*. Palmer sebetulnya ingin merahasiakan temuannya, tetapi pada tahun 1896 ia memasukkan kurikulum pengobatan magnetis pada sekolahnya dan mulai mengajarkan teknik tersebut pada orang lain. Dan nantinya sekolah tersebut akan di kenal dengan nama *Palmer School of Chiropractic*. Diantara para lulusannya, Solon M. Langworthy membuka sekolah *chiropractic* yang kedua pada tahun 1903 yang

dikenal dengan *American School of Chiropractic & Nature Cure*, yang mengkombinasikan teknik *chiropractic* dengan penggunaan obat-obatan herbal. Pada tahun-tahun selanjutnya, sekolah-sekolah chiropractic semakin berkembang luas seperti yang dapat kita lihat pada tabel dibawah ini.

Tabel II.1. Beberapa Sekolah-sekolah Chiropractic Awal, 1896-1922

Founding Date	Institutional Name	Location	Founder
1896	Palmer School of Magnetic Cure	Davenport, Iowa	DD Palmer
1903	American School of Chiropractic & Nature Cure	Cedar Rapids, Iowa	Solon Massey Langworthy, DC
1904	Marsh School of Chiropractic	Portland, Oregon	John E. Marsh, DC
1904	Pacific School of Chiropractic	Oakland, California	Harry D. Reynard, DC
1905	American School of Chiropractic	New York City	Benedict Lust, MD, ND, DC
1905	Parker School of Chiropractic	Ottumwa, Iowa	Charles Ray Parker, DC
1906	Carver-Denny School of Chiropractic	Oklahoma City	Willard Carver, L.L.B, DC & Lee L. Denny, DC
1906	National School of Chiropractic	Davenport, Iowa	John FA Howard, DC
1907	Palmer-Gregory College of Chiropractic	Oklahoma City	DD Palmer & Alva Gregory, MD, DC
1908	D.D. Palmer College of Chiropractic	Portland, Oregon	DD Palmer & LM Gordon DC
1908	Texas Chiropractic College	San Antonio, Texas	JN Stone, MD, DC
1908	Michigan College of Chiropractic	Grand Rapids, Michigan	NC Ross, DC
1908	Ratlledge System of Chiropractic Schools	Guthrie, Oklahoma	TF Ratledge, DC
1908	Minnesota Chiropractic College	Minneapolis, Minnesota	Robert Ramsay, DC
1909	Wichita College of Chiropractic	Wichita, Kansas	JG Wilson, DC
1909	Robbins Chiropractic Institute	Sault Ste. Marie, Ontario	WJ Robbins, MD
1909	Pacific College of Chiropractic	Portland, Oregon	William O Powell, DC
1910	Universal Chiropractic College	Davenport, Iowa	Joy M Loban DC
1910	New Jersey College of Chiropractic and Naturopathy	Newark, New Jersey	Frederick W Collins, DO, DC
1910	San Diego School of Chiropractic	San Diego, California	FBC Eilersficken, DC
1911	Ratlledge System of Chiropractic Schools	Los Angeles, California	TF Ratledge, DC
1911	Los Angeles College of Chiropractic	Los Angeles, California	Charles A. Cale, DC
1911	Oregon Peerless College of Chiropractic and Neuropathy	Portland, Oregon	John E LaValley, DC
1911	Bullis and Davis School of Neuropathy, Ophthalmology and Chiropractic	Los Angeles, California	Benson Bullis, DC & Andrew P Davis, MD, DO, DC
1913	California Chiropractic College	Los Angeles, California	Albert W Richardson, DC
1914	Canadian Chiropractic College	Hamilton, Ontario	Ernst DuVal, DC
1918	Eastern College of Chiropractic	Newark, New Jersey	Craig M Kightlinger, MA, DC
1919	Columbia Institute of Chiropractic	New York City	Frank E Dean, MB, DC
1920	Missouri Chiropractic College	St. Louis, Missouri	Henry C Harring, DC, Robert Colyer, DC & Oscar Schulte DC
1922	Cleveland (Central) Chiropractic College	Kansas City, Missouri	Carl S Cleveland, Sr., DC, Ruth R Cleveland, DC & Perle B Griffin, DC

Sumber: Chiropractic History: a Primer hlm. 15.

Setelah sembilan tahun pengalamannya, Palmer menyimpulkan bahwa peradangan adalah karakteristik paling penting dari semua penyakit. Pada awal tahun 1896, teori Palmer tentang peradangan tersebut berkembang lebih jauh.

Berdasarkan pengetahuannya bahwa peradangan terjadi ketika antara tulang-tulang yang bergeser saling menyentuh, dan menyebabkan gesekan dan panas, ia mencoba untuk mengembalikan posisi tulang-tulang yang bergeser tersebut secara manual. *Chiropractic* mempercayai adanya hubungan antara suatu penyakit dengan perubahan posisi tulang belakang (yang melindungi sistem syaraf pusat di sepanjang rongganya). Dengan memperbaiki posisi tulang belakang sebagaimana mestinya, diharapkan keluhan-keluhan yang dirasakan akan membaik dan berangsur hilang. *Chiropractic* kebanyakan dipraktekkan pada penyakit-penyakit dengan keluhan seperti nyeri punggung, nyeri leher, nyeri sendi di tangan atau kaki, dan sakit kepala. Namun teknik ini juga tidak menutup kemungkinan penyembuhan untuk penyakit-penyakit lain.

II.2.1.1 Teknik *Chiropractic*

Metode penyembuhan yang paling umum dilakukan oleh chiropractor⁶ adalah 'manipulasi tulang belakang', yang disebut juga 'penyesuaian *chiropractic*'. Tujuan manipulasi ini adalah untuk mengembalikan mobilitas sendi dengan memberikan semacam pijatan dengan tangan pada sendi yang kaku akibat adanya cedera pada jaringan otot disekitarnya. Cedera jaringan otot bisa disebabkan oleh aktivitas tunggal seperti mengangkat benda yang berat secara tiba-tiba, atau aktivitas yang dilakukan berulang seperti duduk dengan posisi tulang belakang yang salah dalam waktu yang cukup lama. Jaringan yang cedera akan menyebabkan perubahan fisik dan kimia, yang dapat menyebabkan timbulnya radang dan pembengkakan, nyeri, dan gerakan menjadi terbatas. Tindakan manipulasi atau penyesuaian tadi akan mempengaruhi sendi dan

⁶ Praktisi *Chiropractic*, yang juga disebut *Chiropractors*, dalam melakukan pemeriksaan, diagnosa dan pengobatan selalu melakukannya dengan menggunakan rabaan/pijatan tangan, dan menghindari obat-obatan kimia. Seorang *Chiropractor* harus memiliki keterampilan dan pengetahuan tentang teknik *Chiropractic* yang cukup, dan juga telah dilatih untuk bisa memberikan rekomendasi tentang latihan fisik untuk pengobatan dan pemulihan, juga harus bisa memberikan konseling untuk masalah nutrisi dan gaya hidup yang sehat.

otot agar lebih lemas dan tidak terlalu kaku, sehingga rasa nyeri bisa berkurang, dan perlahan-lahan cedera jaringan yang dialami akan sembuh dengan sendirinya.

Teknik *chiropractic* ini tidak perlu menggunakan obat-obatan atau tindak pembedahan. Jika terdapat gangguan pada tulang belakang, gangguan tersebut dapat meluas ke bagian tubuh lain. Bahkan bisa juga dapat menimbulkan gangguan lain yang kelihatannya tidak berhubungan sama sekali, misalnya asma katarak, migrain, stress, dan sebagainya. Oleh karena itu, teknik *chiropractic* dapat juga digabungkan dengan terapi-terapi alternatif lainnya, seperti akupuntur, fisioterapi, dan ramuan-ramuan herbal. Dengan kombinasi terapi-terapi alternatif tersebut, seorang *chiropractor* dapat mengobati beragam penyakit, tidak hanya penyakit yang berkaitan dengan tulang saja, tapi juga penyakit yang berkaitan dengan saraf. Menurut seorang ahli *chiropractic*, Sinse Lee Chen Tung, pada tulang belakang tubuh manusia terdapat semua jaringan saraf tubuh. Sehingga manusia memerlukan ruas di tulang belakang agar terhindar dari jepitan-jepitan yang mungkin terjadi (Tung, 2004: 120-121). Oleh karena itu, pengobatan dengan *chiropractic* yang mengkhususkan teknik pijatan pada titik saraf dan tulang merupakan salah satu cara yang paling ampuh.

Namun, tidak semua orang dapat mengikuti terapi *chiropractic*. Menurut Sinse Lee Chen Tung, ada beberapa orang yang tidak dapat mengikuti terapi ini.

“Batasan umur yang tidak boleh adalah 65 tahun ke atas. Untuk yang 65 tahun ke bawah tergantung tulangnya. Misalnya, kalau wanita berusia 50 tahun sudah keropos sekali, dilihat dulu kondisinya, boleh apa tidak.” (Tung, 2004: 122)

Dengan demikian, praktek *chiropractic* dibatasi oleh umur dan tingkat kualitas tulang dari seseorang. Sudah tentu yang memiliki tulang yang rapuh sudah tentu akan memiliki resiko yang tinggi bila praktek *chiropractic* tetap dilakukan pada mereka.

II.2.1.2 Efek Samping *Chiropractic*

Efek samping dan risiko spesifiknya tergantung pada jenis pengobatan *chiropractic* yang digunakan. Misalnya, efek samping dari *chiropractic* penyesuaian sementara meliputi, sakit kepala, kelelahan, atau kegelisahan di bagian tubuh yang dirawat. Kemungkinan komplikasi serius, seperti stroke, sangat rendah dan bagian tubuh yang dirawat. Namun, gejala-gejala tersebut hanya merupakan reaksi dari tubuh yang bersifat sementara, hanya berlangsung kurang lebih enam jam dan tidak berbahaya (Mahmud D, 2005: 2). Jika suplemen diet merupakan bagian dari rencana perawatan *chiropractic*, mereka mungkin berinteraksi dengan obat-obatan dan menimbulkan efek samping. Penting bagi para *chiropractor* untuk memberitahu pasien tentang obat-obatan dan efek sampingnya.

II.2.2 Folk Healing

Pada awalnya, sebagian besar kebudayaan dalam masyarakat awal menggunakan tumbuh-tumbuhan herbal dan hewan untuk tindakan pengobatan. Ini sesuai dengan kepercayaan magis mereka yakni animisme, sihir, dan dewa-dewi. Masyarakat animisme percaya bahwa benda mati pun memiliki roh atau mempunyai hubungan dengan roh leluhur. Pengobatan ini dapat diasosiasikan sebagai pengobatan tradisional. WHO mendefinisikan pengobatan tradisional sebagai :

“the health practices, approaches, knowledge and beliefs incorporating plant, animal and mineral based medicines, spiritual therapies, manual techniques and exercises, applied singularly or in combination to treat, diagnose and prevent illnesses or maintain well-being.”

Pengobatan tradisional percaya bahwa segala proses dalam tubuh manusia berhubungan dan berinteraksi dengan lingkungan. Oleh karena itu, mereka menyimpulkan bahwa penyebab utama penyakit adalah ketidakharmonisan antara lingkungan di dalam dan di luar tubuh seseorang. Gejala ketidakseimbangan inilah yang digunakan dalam pemahaman, pengobatan, dan pencegahan penyakit.

Pengobatan tradisional merupakan bentuk intervensi terapi yang tidak invasif, berakar dari kepercayaan kuno, termasuk di dalamnya konsep kepercayaan kuno. Pada abad ke-19, para praktisi pengobatan tradisional ini masih memiliki pengetahuan yang terbatas mengenai penyakit infeksi, dan pemahaman ilmu kedokteran Barat seperti biokimia. Mereka menggunakan teori-teori yang telah berumur ribuan tahun yang didasarkan pengalaman dan pengamatan serta sebuah sistem prosedur yang menjadi dasar pengobatan dan diagnosis. Pengobatan tradisional dipercaya sangat efektif, dan terkadang dapat berfungsi sebagai obat paliatif ketika kedokteran Barat tidak mampu menangani lagi, seperti pengobatan rutin pada kasus flu dan alergi, serta menangani pencegahan keracunan.

Meskipun tidak ada catatan yang dapat menjelaskan pertama kali penggunaan tumbuh-tumbuhan untuk kepentingan pengobatan, penggunaan tumbuhan sebagai agen penyembuhan yang digambarkan dalam lukisan gua ditemukan di gua-gua Lascaux di Prancis, yang telah diidentifikasi usia lukisan tersebut antara 13.000 dan 25.000 SM. Seperti pengobatan tradisional tertua di Seberia yang melakukan penyembuhan melalui orang pintar yang disebut shaman⁷ (Karim 2008: 88). Ritual-ritual kepercayaan lokal sangat melekat pada tiap-tiap proses penyembuhannya.

⁷ Shaman diartikan sebagai “orang yang bisa melihat” dan bisa mengendalikan energi kehidupan. Dalam budaya shaman, penyakit disebabkan oleh gangguan keseimbangan energi di dalam tubuh akibat kerasukan roh-roh atau makhluk gaib. Shaman menggunakan ritual-ritual kepercayaan untuk mengusir

Seiring waktu dan berbagai percobaan dari generasi ke generasi, pengetahuan dasar pengobatan telah dikembangkan, seperti budaya kesukuan dalam pengobatan berkembang menjadi spesialisasi-spesialisasi dalam ilmu kedokteran. Dulu shaman yang melakukan 'proses khusus' penyembuhan, sekarang dokter yang melaksanakannya.

II.2.2.1 Herbalisme

Herbalisme didefinisikan sebagai studi penggunaan tanaman sebagai bahan makanan dan obat untuk penyembuhan dan promosi kesehatan. Terapi alternatif ini merupakan pengobatan tradisional atau *folk healing* yang pada prakteknya berdasarkan penggunaan sari tumbuhan-tumbuhan. Terkadang herbalisme tidak hanya meliputi pengobatan dengan menggunakan tanaman obat, tetapi juga dapat diperluas dengan menggunakan jamur-jamuran dan madu, serta mineral-mineral lain, kulit kerang, atau bagian tertentu dari tubuh hewan.

Seni pengobatan herbal berbeda-beda di setiap belahan dunia, tergantung dari kepercayaan dan pengalaman budaya yang terdapat pada lokasi-lokasi tertentu. Misalnya, pengobatan *Cherokee* yang cenderung membagi tumbuhan menjadi makanan, obat-obatan dan racun, serta menggunakan tujuh tanaman dalam pengobatan penyakit yang dilihat dari aspek-aspek spiritual dan fisiologis. Lain halnya di India, pengobatan Ayurvedic yang memiliki formula yang kompleks karena dapat mengkombinasikan 30 atau lebih jenis bahan, termasuk sebagian besar bahan-bahan yang telah mengalami proses kimiawi. Filosofi yang dianut bahwa bahan-bahan yang digunakan untuk menyeimbangkan "Vata", "Pitta" atau "Kapha." Kemudian, pengobatan tradisional Cina yang berusaha untuk menerjemahkan teks medis kuno ke dalam ilmu kesehatan modern. Satu filosofinya adalah bahwa keseimbangan dan

pengganggu tersebut. Selain itu, ia juga menggunakan bahan-bahan alami seperti darah hewan liar, tanaman-tanaman, serta mineral-mineral alam (Karim 2008: 88).

keharmonisan *yin* dan *yang* harus terjaga. Bila dikaitkan dengan tumbuh-tumbuhan adalah pada pemeliharaan keseimbangan zat-zat pro-oksidan dan anti-oksidan dalam tubuh.

Seorang herbalis atau praktisi pengobatan herbal cenderung menggunakan sari dari bagian tanaman seperti akar atau daun, tetapi tidak membatasi penggunaan zat-zat kimia pada tanaman tertentu (Vickers dan Zollman, 1999). Mereka menyatakan bahwa berbagai zat kimia pada tanaman akan saling berinteraksi untuk meningkatkan efek terapeutik dari ramuan dan dapat mengencerkan racun. Lebih jauh lagi, mereka menyatakan bahwa satu zat kimia pada tanaman dapat menghasilkan beberapa efek yang berbeda jika di kombinasikan dengan zat-zat kimia nabati lainnya.

Tanaman obat dapat digunakan atau dikonsumsi oleh manusia secara biasa seperti halnya dalam mengkonsumsi teh atau makanan sehari-hari. Walaupun dapat dikonsumsi sebagai obat, tetapi tidak menutup kemungkinan terjadinya efek samping. Hanya saja, risikonya lebih sedikit dibandingkan dengan obat-obatan konvensional. Beberapa risiko yang mungkin dapat terjadi, misalnya radang kulit dari bawang putih (*Allium sativum*), keracunan dari *echinacea*, lelah berlebihan dari *valerian*, kegelisahan dari feverfew (*Tanacetum parthenium*), iritasi gastrointestinal dari kamomil (*Matricaria recutita*), dan perubahan hormonal dari ginseng (*Panax spp.*). Dalam studi yang melibatkan 3.250 pasien, efek samping yang paling sering muncul, meliputi iritasi, alergi, kelelahan, dan kegelisahan, dengan total 2,4% (79 pasien). Tanaman valerian telah menunjukkan efek stimulans paradoksial sekitar 5 sampai 10% dari pengguna. Ginkgo, bersama dengan feverfew, bawang putih, jahe (*Zingiber officinale*), dan ginseng, dapat mengubah waktu menstruasi.

II.2.2.2 *Homeopathy*

Homeopathy adalah salah satu teknik pengobatan alternatif yang mengobati penyakit dengan melihat keseluruhan kondisi tubuh, tidak hanya berfokus pada salah satu gejala atau bagian tubuh tertentu (Rianto dan Sujono, 2005: 355). Pengobatan ini pertama kali dijelaskan secara terperinci oleh Samuel Hahnemann pada tahun 1796. Ia mengkritik praktek-praktek pengobatan sebelumnya yang terlalu kasar dan terlalu mendukung makanan sehat, pola-pola kehidupan yang bersih, dan standar kesehatan yang tinggi sebagai cara untuk memperbaiki kesehatan. Sejalan dengan berlangsungnya waktu, penelitian-penelitian Hahnemann mengalami perkembangan pesat sehingga, prinsip dasar dan praktek *homeopathy* dapat dibentuk. Dan puncaknya, ketika praktek *homeopathy* diterima oleh kalangan medis konvensional dan berdirinya rumah sakit *homeopathy* yang paling pertama di London pada tahun 1849 (Rianto dan Sujono, 2005: 360-361).

Perkembangan *homeopathy* mendapat rintangan ketika Dr. Richard Hughes membuat argumen yang sangat bertolak belakang dengan pendekatan sebelumnya. Menurutnya, gejala-gejala fisik dan sifat penyakit yang merupakan faktor utama, bukannya pendekatan holistik yang melihat keseluruhan pribadi pasien (Rianto dan Sujono, 2005: 362). Akibat kesimpulannya, terjadi perpecahan pada profesional *homeopathy* dalam prakteknya pada awal abad ke-20. Namun pada pertengahan abad ke-20, pengobatan *homeopathy* dan pengobatan konvensional dapat berjalan beriringan dan para praktisi kedua disiplin tersebut dapat bekerja sama dalam menangani penyakit.

Dalam pengobatannya, teknik *homeopathy* memiliki konsep bahwa setiap penyakit pasti ada obatnya. Gagasan ini mendorong Hahnemann untuk melakukan penelitian tentang kina. Menurutnya, bila kina dikonsumsi dalam dosis rendah oleh

seseorang, maka akan menimbulkan gejala-gejala malaria pada orang tersebut. Sehingga, ia yakin bahwa gejala-gejala penyakit yang terlihat ketika manusia sedang sakit merupakan cara tubuh untuk memerangi penyakit itu. Bahan-bahan obat *homeopathy* diperoleh dari tanaman, mineral, dan hewan yang telah dicairkan melalui proses pengocokan pada setiap langkah-langkah pembuatannya. Praktisi *homeopathy* percaya bahwa sifat kuratif dari setiap bahan-bahan tersebut dapat dioptimalkan dengan proses tersebut (Rianto dan Sujono, 2005: 356-357).

II.2.3 *Faith Healing*

Faith healing merupakan penggabungan proses penyembuhan dengan keyakinan pada seseorang pada kekuatan adikodrati. Menurut Herbert Benson, kekuatan mental seseorang punya peran yang sangat besar dalam proses penyembuhan seseorang dari suatu penyakit (Benson dan Proctor, 2000). Kepercayaan dan agama dapat memberikan pengaruh pada kesehatan seseorang. Pada masyarakat Barat, terdapat kepercayaan bahwa orang yang religius cenderung berumur lebih panjang. Hal ini berkaitan dengan gaya hidup masyarakat religius yang cenderung lebih sehat, seperti sedikit merokok, sedikit minum, sedikit menggunakan obat-obatan pabrik, jarang usaha bunuh diri, setia pada satu pasangan hidup, dan sebagainya. (Karim 2008: 91).

Perkembangan penggunaan mantra dan doa dalam pengobatan terkait dengan tingkat pemaknaan seseorang terhadap suatu penyakit. Mantra-mantra mulai digunakan dalam pengobatan karena terdapat penyebab penyakit yang bukan dari faktor fisik (lingkungan), tetapi juga dari hal-hal yang bersifat gaib (roh-roh). Dalam hal ini, mantra digunakan sebagai alat untuk memutuskan hubungan faktor-faktor gaib yang menyebabkan penyakit pada manusia. Selain itu, banyak yang percaya bahwa

mantra dapat meningkatkan efektifitas suatu obat dalam menyembuhkan penyakit. Biasanya pembacaan mantra dan doa dalam proses pengobatan dilakukan oleh dukun atau shaman.

II.2.3.1 Rei Ki

Alam semesta merupakan sumber yang tiada batas, terdiri dari ribuan jenis energi kehidupan. Sejak jaman dahulu para spiritual mencoba menggali misteri dari alam semesta untuk kehidupan sehari-hari, meningkatkan maupun menyempurnakan tingkat spiritualitas, meningkatkan kesadaran serta untuk berbagai jenis perlindungan, pengobatan, proses perwujudan, dan lain-lain. Oleh karena itu, mulai berkembang teknik pengobatan dengan memanipulasi energi yang ada dalam alam semesta, salah satunya adalah Rei Ki (Karim, 2008:).

Energi adalah hal yang paling esensial dalam Rei Ki. Dalam pengobatan, praktisi Rei Ki menyalurkan energi alam semesta untuk dirinya dan dapat digunakan untuk menyembuhkan penyakit setelah berniat dan doa (Karim, 2008: 99). Reiki merupakan sistem penyembuhan dan praktek spiritual, atau disebut juga sistem penyembuhan dengan meletakkan tangan atau sentuhan ke arah pasien. Rei Ki berasal dari bahasa Jepang, “Rei” artinya alam semesta, dan “Ki” artinya energi atau tenaga, sehingga secara harfiah diartikan sebagai energi alam semesta. Dr. Mikao Usui, seorang teologi dari Jepang, menemukan kembali teknik pengobatan dengan menggunakan dan memindahkan energi universal ini setelah melakukan meditasi yang cukup lama (Rianto dan Sujono, 2005: 150). Energi dalam Rei Ki memiliki tingkatan yang paling efektif dengan getaran yang maksimal.

Cakra adalah konsep umum dalam pengobatan alternatif dengan medium energi. Cakra adalah pintu keluar masuknya energi, yang terdiri dari Cakra Mayor,

Minor dan Inti Minor. Cakra Mayor mengakses energi Alam Semesta, Cakra Minor mengakses kekuatan dan cakra Inti Minor berhubungan langsung dengan tubuh/fisik manusia. Cakra sangat penting dalam aktivitas kehidupan manusia, baik lahir maupun spiritual. Untuk meningkatkan kesehatan, kebahagiaan, materialistis dan keseimbangan yang optimal, Cakra sangat perlu untuk dirawat, dibersihkan, serta dimensinya diperbesar. Berikut ini adalah pembagian cakra di dalam tubuh manusia menurut Riato dan Sujono (Rianto dan Sujono, 2005: 170-174), antara lain:

1. Cakra Dasar (akar)

Cakra ini terletak pada dasar tulang punggung, cakra ini memiliki empat kelopak,

Cakra ini mengontrol dan memberi energi pada sistem otot; yang berpengaruh pada jantung. Orang berpenyakit jantung memiliki cakra dasar yang tidak berfungsi/bukaannya kecil. Cakra dasar merupakan pusat ketahanan diri dan pemeliharaan diri. Orang dengan cakra dasar yang kuat dan aktif cenderung untuk lebih dinamis. Tetapi jika cakra dasar terlalu aktif secara berlebihan, maka keadaan ini dapat menjadikan orang hiperaktif, mudah gelisah dan insomania. Orang tertentu yang cakra dasar kurang aktif/kotor cenderung menjadi lamban, tidak bersemangat dan tidak realistis. Orang yang memiliki kecenderungan bunuh diri memiliki cakra dasar yang lemah dan tidak aktif.

2. Cakra Seks

Cakra ini terletak pada daerah kemaluan, memiliki enam kelopak dan cakra ini merupakan pusat kreatif fisik bawah. Cakra tenggorok adalah padanan yang lebih tinggi dari cakra seks. Cakra Ajna, cakra tenggorok dan cakra dasar mempunyai pengaruh yang kuat pada cakra seks. Gangguan fungsi salah satu cakra ini dapat berpengaruh terhadap cakra seks.

3. Cakra Pesar dan Solar Plexus (kepribadian)

Cakra pesar terletak di pesar. Cakra pesar mempunyai delapan kelopak daun bunga. Sedangkan, Cakra solar plexus mempunyai sepuluh kelopak daun bunga. Cakra solar plexus depan terletak di daerah cekung antara iga-iga bawah kiri dan kanan, cakra solar plexus belakang terletak dibelakang daerah solar plexus. Cakra solar plexus adalah pusat emosi-emosi positif dan negatif yang lebih rendah seperti ambisi, keberanian, kegigihan, agresivitas, kemarahan, kebencian, kecemburuan, keserakahan, perusakan, kekerasan, kekejaman, dan lain-lain. Orang yang sedang marah hebat, cakra solar plexusnya berdenyut-denyut tidak teratur, menyebabkan diafragma bergerak tidak teratur, berakibat pernapasan dangkal yang tidak teratur. Kualitas darah juga dipengaruhi oleh cakra solar plexus, karena mengontrol dan memberi energi pada Hati yang menghilangkan racun dari darah. Orang yang kehabisan tenaga dapat dipulihkan vitalitasnya dengan cepat dengan memberi energi pada cakra solar plexus. Cakra solar plexus sangat mudah diganggu atau dibuat menjadi tidak seimbang oleh emosi-emosi negatif.

4. Cakra Jantung

Cakra Jantung memiliki duabelas kelopak daun bunga. Cakra jantung juga mempengaruhi kemampuan tubuh untuk melawan infeksi. Dari sudut medis, kelenjar thymus merupakan factor penting dalam system pertahanan tubuh. Pemberian energi pada cakra jantung dilakukan melalui cakra jantung belakang yang memungkinkan energi untuk mengalir dengan mudah ke jantung, paru-paru, dan bagian tubuh lainnya tanpa menyebabkan gangguan pada jantung fisik. Cakra jantung merupakan pusat emosi-emosi yang lebih tinggi atau halus. Cakra ini berhubungan erat dengan cakra solar plexus karena

keduanya merupakan pusat emosi. Gangguan pada cakra solar plexus juga mengganggu cakra jantung, sehingga emosi-emosi negatif dapat mempunyai efek merugikan pada jantung fisik berupa penyakit jantung.

5. Cakra Tenggorok (ekspresif)

Cakra tenggorok terletak di bagian tengah tenggorok. Cakra ini mempunyai enam belas kelopak daun bunga. Cakra ini merupakan pusat pikiran yang lebih rendah atau kongkret atau daya mental lebih rendah dan juga pusat kreativitas yang lebih tinggi.

6. Cakra Ajna (mata ketiga)

Cakra ajna terletak diantara kedua alis. Cakra ajna mempunyai sembilan puluh enam kelopak daun bunga dan dibagi dalam dua bagian. Setiap bagian mempunyai empat puluh delapan daun kelopak bunga. Cakra ajna merupakan pusat pikiran yang lebih tinggi atau abstrak dan juga pusat kehendak atau fungsi pengarah. Cakra ini mengontrol dan memberi energi kelenjar hipofisis dan juga seluruh tubuh. Cakra ajna disebut sebagai cakra utama karena mengontrol semua cakra mayor dan system endoktrin, dan mempengaruhi organ vital.

7. Cakra Mahkota

Cakra mahkota terletak di atas kepala. Cakra ini memiliki sembilan ratus enam puluh kelopak daun bunga luar dan dua belas kelopak daun bunga. Cakra mahkota merupakan titik masuk tenaga ilahi. Cakra mahkota mengontrol dan memberi energi pada otak dan kelenjar pineal. Gangguan fungsi cakra ini dapat bermanifestasi sebagai penyakit kelenjar pineal dan penyakit otak, yang dapat berwujud penyakit fisik dan psikologis.

Praktek Rei Ki dapat diterima dan diterapkan dalam berbagai kehidupan masyarakat. Hal ini karena Rei Ki memiliki resiko yang rendah dan terdapat bukti-bukti keampuannya dalam proses pengobatan, sehingga perkembangan Rei Ki di dunia sangat pesat (Karim, 2008: 102). Perkembangan ini ditandai dengan peningkatan jumlah praktisi-praktisi Rei Ki dan mulai adanya integrasi Rei Ki ke dalam pengobatan konvensional. Kemudian, terdapat bukti empiris yang menyatakan bahwa Rei Ki dapat menyembuhkan berbagai macam jenis penyakit. Terapi energi ini cenderung tidak berbahaya, dapat dipertanggungjawabkan, dan memiliki prinsip-prinsip yang didasarkan pada nilai-nilai spiritual (Karim, 2008: 104).

II.2.3.2 *Chromotherapy*

Terapi warna atau dikenal juga dengan sebutan *chromatherapy* memiliki dasar filosofi bahwa setiap warna tertentu mengandung energi-energi penyembuh. Terapi pengobatan alternatif ini menggunakan tujuh warna pelangi untuk mencapai keseimbangan dan pemulihan tubuh dan pikiran. Terapi warna bukanlah sebuah teknik pengobatan yang baru. Terapi ini berasal dari sistem pengobatan aryuveda, bentuk pengobatan yang telah dilakukan di India selama ribuan tahun. Dalam aryuveda, terdapat filosofi dasar bahwa setiap individu mengandung 5 elemen utama dari alam semesta yaitu: bumi, air, udara, api, dan ruang hampa. Ketika elemen ini hilang keseimbangan akibat gaya hidup yang tidak sehat dan faktor lain dari luar, maka penyakit akan muncul. Pengobatan aryuveda menggunakan energi yang terdapat dalam warna-warna untuk mengembalikan keseimbangan.⁸

Avicenna, seorang ahli pengobatan dari Persia, melihat warna sebagai faktor yang sangat penting dalam diagnosa dan pengobatan. Kemudian, ia membuat kontribusi yang signifikan dalam *chromotherapy* yang tertulis dalam bukunya *The*

⁸ Penjelasan terapi ini berdasarkan tulisan tentang terapi warna pada situs www.mediaindonesia.com

Canon of Medicine. Dia menulis bahwa warna adalah gejala penyakit yang dapat dilihat dan ia juga mengembangkan sebuah grafik yang berhubungan dengan suhu warna dan kondisi fisik dari tubuh. Dia juga yang pertama kali berargumentasi bahwa warna yang salah yang telah disarankan pada sebuah terapi tidak akan memiliki respon pada penyakit tertentu. Sebagai contoh, ia mengamati bahwa orang yang mimisan seharusnya tidak melihat pada hal-hal yang warna merah cemerlang dan tidak boleh terkena lampu merah karena ini akan mendorong saraf tertawa, sedangkan biru akan meringankan dan mengurangi aliran darah (Azeemi dan Reza, 2005: 481-488).

Di awal abad ke-20, terapi warna mulai diteliti secara ilmiah dan mulai banyak digunakan. Max Luscher, mantan Dekan Psikologi dari Basle University menegaskan bahwa warna yang dipilih seseorang bisa menunjukkan kondisi pikiran atau ketidakseimbangan kelenjar dalam tubuhnya. Karena itu, ianya di jadikan dasar untuk diagnosa secara fisik maupun psikis.

Karena warna memiliki frekuensi, maka dapat dipastikan kalau cahaya dari warna yang berbeda juga mempunyai frekuensi yang berbeda. Ketika tubuh terpapar cahaya dari warna tertentu, paparan ini akan mempengaruhi emosi dan fungsi tubuh Anda dari berbagai sisi. Sebagai contoh, sudah ditemukan kalau terpapar cahaya merah dalam waktu lama bisa meningkatkan tekanan darah. Sebaliknya, tekanan darah akan turun jika terpapar cahaya biru dalam waktu lama.

Para terapis biasanya menggunakan berbagai metode dalam memanfaatkan warna. Dalam beberapa kasus, pasien akan diminta untuk tinggal dalam ruangan berwarna selama beberapa waktu tertentu. Ada juga yang menyinari bagian tubuh tertentu dengan cahaya yang dipantulkan dari kaca berwarna. Intinya, pasien akan dibiarkan terpapar warna yang tepat dalam jangka waktu yang ditentukan. Tingkat

efektivitas terapi bergantung pada usia pasien, kondisi kesehatan, serta faktor lainnya (Wirasudarma 2004: 5).

Selama bertahun-tahun, terapi ini telah dikembangkan agar bisa mengatasi berbagai jenis penyakit. Para terapi telah berhasil mengidentifikasi frekuensi dari penyakit tertentu dan kemudian mencocokkan frekuensi ini dengan warna yang mempunyai frekuensi yang sama. Proses ini hampir sama dengan mencocokkan radio dengan *station* tertentu. Terapi ini bekerja seperti metode penyembuhan holistik lainnya. Terapi fokus pada pencarian akar masalah dan mencoba untuk mencegah sehingga tidak terjadi lagi. Terapi ini seringkali dipadukan dengan perubahan gaya hidup seperti diet dan olahraga. Terapi ini bisa digunakan bahkan bagi pasien yang telah mencoba berbagai pengobatan konvensional, tetapi belum mengalami pengurangan gejala. Terapi ini cocok digunakan karena tidak bersifat menyerang. Tidak akan ada instrumen yang dipasang di sekujur tubuh Anda.

Karena metode terapi ini cukup sederhana, seorang pasien bisa memulai dengan mengubah warna di rumah atau ruangan kantor. Sentuhan warna jingga melambangkan kemakmuran, kuning untuk kebahagiaan, dan hijau muda melambangkan keharmonisan. Hati-hati dengan warna merah, karena warna ini merepresentasikan kemarahan.

Aura adalah medan energi yang mengelilingi tubuh kita. Bagi yang mampu melihat, aura memiliki warna yang terdiri dari 7 warna pelangi, yaitu merah, jingga, kuning, hijau, biru, nila dan ungu. Setiap warna mewakili berbagai kondisi tubuh manusia, misalnya:

1. Ungu

Warna ini melambangkan pencerahan dan kebangkitan spiritual. Warna ungu

digunakan untuk menenangkan organ-organ, merilekskan otot-otot dan menenangkan sistem saraf.

2. Nila

Sifat warna ini adalah menenangkan dan menyamankan, serta juga bisa mempertajam intuisi. Fungsi warna ini adalah dalam mengontrol perdarahan dan pembengkakan.

3. Biru

Biru merepresentasikan komunikasi dan ilmu pengetahuan. Warna ini berfungsi menghilangkan racun-racun dan digunakan dalam mengobati kelainan hati dan penyakit kuning.

4. Hijau

Sesuai dengan lokasinya yang berada di tengah spektrum, warna hijau dikaitkan dengan keseimbangan. Hijau bersifat menenangkan dan digunakan untuk meredakan radang lambung. Warna ini diyakini mengandung antiseptik, zat pembunuh kuman dan pembunuh bakteri.

5. Kuning

Kuning berfungsi sebagai stimulus sensori yang dikaitkan dengan kebijakan dan kejelasan. Warna ini diyakini mengandung zat penghilang rasa sakit dan zat antibakteri. Warna ini berfungsi untuk menstimulus sistem pencernaan dan sistem limfa.

6. Jingga

Orange menghadirkan sensasi gembira, antusiasme dan stimulus seksual. Para praktisi aryuvedic meyakini kalau antibakteri dalam warna ini berfungsi meredakan masalah sistem pencernaan.

7. Merah

Merah menghadirkan energi, kekuatan dan stimulus. Secara fisik, warna ini diyakini bisa memperbaiki sirkulasi dan menstimulus produksi sel darah merah.

II.3 Perkembangan Pengobatan Alternatif di Indonesia

Pengobatan alternatif merupakan bentuk pelayanan pengobatan yang menggunakan cara, alat, atau bahan yang tidak termasuk dalam standar pengobatan kedokteran modern (pelayanan kedokteran standar) dan dipergunakan sebagai alternatif atau pelengkap pengobatan kedokteran modern tersebut. Di Indonesia, perkembangan pengobatan alternatif modern pertama kali terjadi pada tahun 1807 pada waktu pemerintahan Gubernur Jenderal Daendels. Saat itu, terdapat pelatihan dukun bayi dalam praktek persalinan. Upaya ini dilakukan dalam rangka penurunan angka kematian bayi yang tinggi pada waktu itu. Akan tetapi upaya ini tidak berlangsung lama karena langkanya tenaga pelatih kebidanan kemudian pada tahun 1930 dimulai lagi dengan didaftarnya para dukun bayi sebagai penolong dan perawatan persalinan. Selanjutnya baru pada tahun 1952 pada zaman kemerdekaan pelatihan secara cermat dukun bayi tersebut dilaksanakan lagi.

Menurut pendapat Organisasi Kesehatan Dunia (W.H.O) ada beraneka-macam jenis pengobatan tradisional yang bisa dibedakan lewat cara-caranya. Perbedaan ini dijelaskan sebagai terapi yang 'berdasarkan cara-cara' seperti terapi spiritual yang terkait hal gaib atau terapi dengan tusukan jarum. Jenis terapi yang kedua 'berdasarkan obat-obatan' seperti jamu dan pengobatan herbal (Timmermans 2001:1). Pembagian ini sering dikenal sebagai jenis pengobatan yang 'berdasarkan mantra-mantra' dan jenis pengobatan lain yang berdasarkan 'alat-alat'.

Tidak ada pendidikan formal untuk kebanyakan pengobatan alternatif, khususnya pengobatan yang memiliki metode mistis. Ini tergantung pada faktor 'keahlian' dan apakah pengobatan ini bisa ditulis atau tidaknya. Pada umumnya pengobatan yang bersifat obat-obat Cina seperti jamu dan pengobatan herbal, bisa ditulis. Kebijakan dan kode etik dapat dipelajari dari buku-buku. Di pihak lain, pengobatan alternatif yang dipengaruhi supranatural atau metafisik tidak bisa dipelajari dari buku-buku (Timmermans 2001:1).

Di Jawa, seorang yang ahli pengobatan alternatif biasanya dinamakan 'dukun' (Bakker, 1993:41). Peran dukun bermacam-macam dan tidak hanya khusus pengobatan. Kekuatan-kekuatan dimiliki dukun bisa dipakai untuk tujuan-tujuan seperti 'santet', 'meramalkan' dan 'mempercantikan' (Harvey, 2003:9). Orang ini bisa berhubungan dengan dunia spiritual dan klenik. Pada umumnya seorang dukun memiliki kemampuan untuk mengobati bareneka-macam penyakit, baik penyakit luar maupun penyakit yang tidak luar.

II.3.1 Sistem Pengobatan Alternatif

Pemerintah sudah tidak dapat memungkiri keberadaan pengobatan alternatif sebagai salah satu pilar untuk meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat. Eksistensi institusi pengobatan alternatif dan para praktisinya semakin bertambah setiap tahun. Pada awalnya, pengobatan alternatif hanya dipandang sebelah mata oleh praktisi-praktisi pengobatan modern. Namun, seiring dengan kemajuan dan berbagai penemuan-penemuan, praktek pengobatan alternatif mulai mendapatkan tempat dalam penanganan penyakit. Contoh konkritnya, saat ini tidak jarang pasien datang dengan membawa rujukan medis yang berasal dari rumah sakit modern untuk berobat pada institusi kesehatan alternatif (Hanafi, 2004: 179). Tentunya fakta ini menunjukkan

bahwa kalangan medis modern mulai mempercayai dan mengakui keberadaan medis alternatif sebagai partner mereka dalam ilmu pengobatan.

Kini, hubungan diantara pengobatan alternatif dengan pengobatan modern bukanlah hubungan yang bersaing. Pengobatan kedua-duannya hidup saling berdampingan dan bersama-sama menyediakan pilihan pengobatan untuk bermacam-macam penyakit. Dalam bidang alternatif ada sifat yang bisa menyediakan bidang medikal dan sebaliknya. Walaupun kepercayaannya terhadap kesehatan berbeda, metode pengobatan kedua-duannya saling melengkapi. Para dokter bisa diibaratkan sebagai spesialis 'jasmani' sedangkan para dukun bisa diumumkan spesialis 'non-fisik'. Dalam kebudayaan Indonesia baik 'sakit jasmani' maupun 'sakit jiwa' dianggap sebagai sifat yang mempengaruhi kesehatan. Karena itu, dalam masyarakat ada kebutuhan untuk pengobatan kedua-duannya yang tersedia.

Institusi pendidikan kedokteran mempunyai peranan sangat penting dalam mengembangkan konsep kedokteran integratif. Kemajuan hubungan antara pengobatan alternatif dengan pengobatan konvensional dapat kita lihat dalam institusi pendidikan pengobatan konvensional yang mulai mereformasi berbagai pendekatannya dalam pengobatan. Beberapa hal yang dapat dilakukan institusi pendidikan dalam hal kedokteran integratif ini (Weil, 2002: 162), diantaranya :

1. Memfokuskan kembali pasien sebagai individu yang utuh dan hubungan dokter – pasien.
2. Melibatkan pasien sebagai bagian aktif dari proses kesembuhannya dengan mengajarkan setiap pasien cara yang terbaik untuk meningkatkan derajat kesehatannya.

3. Tetap terbuka untuk mengerti kelebihan maupun keterbatasan ilmu kedokteran konvensional dan menyadari bahwa ilmu pengetahuan kedokteran tersendiri tidak efektif dalam mengatasi semua kebutuhan kompleks pasien kita.
4. Memberikan pada mahasiswa kedokteran dasar-dasar Praktek Kesehatan Alternatif termasuk prinsip dasar seperti bukti mengenai efektifitasnya maupun kerugiannya. Tanpa adanya pendidikan tambahan mengenai PKA, para praktisi nantinya tidak dapat berfungsi sebagai dokter yang mampu menerima informasi serta tuntunan yang akurat untuk pasiennya.
5. Mahasiswa kedokteran sebaiknya diajarkan pula bagaimana menemukan dan mengevaluasi bukti keefektifan dan keamanan dari pengobatan komplementer. Dengan tujuan akhir mahasiswa kedokteran mendapatkan ketrampilan tambahan mengenai keterbukaan, rasa sensitif kepada masalah kultural maupun kepercayaan, komunikasi dan mampu melakukan critical appraisal terhadap berbagai literatur mengenai PKA
6. Dilakukan penelitian klinik untuk mengetahui efektifitas PKA. Penelitian ini penting karena hasilnya dapat digunakan sebagai dasar evaluasi bagi keamanan, kersasionalan penggunaannya, kepuasan pasien dan analisa biaya saat PKA diintegrasikan pada kedokteran konvensional
7. Tetap memperhatikan segi spiritual dan kebutuhan emosional pasien dan menyarankan penggunaan terapi PKA yang sesuai jika memang meningkatkan penyembuhan dari kedokteran konvensional
8. Penelitian pada Human Healing sebaiknya selalu menanyakan pada berbagai tingkatan seperti : faktor-faktor yang memfasilitasi atau menghambat proses kesembuhan pada seorang individu, potensi –potensi yang bisa dikembangkan dan faktor-faktor keterbatasannya

9. Kita dapat belajar dari berbagai 'sisi lain' lain ilmu kedokteran seperti efek plasebo, hipnoterapi, studi psikososial, dan pendekatan spiritual. Kedokteran komplementer bukanlah akhir dari semua terapi 'sisi lain' tersebut, tapi dapat berfungsi sebagai wadah yang umum untuk suatu perubahan yang kreatif

II.3.2 Pandangan Masyarakat tentang Pengobatan Alternatif

Banyak masyarakat Indonesia yang memakai pengobatan modern bersamaan dengan pengobatan alternatif untuk mengobati penyakit mereka. Ada keuntungan yang bisa disediakan dari salah satu jenis pengobatan tersebut, dan ada yang tidak bisa disediakan oleh pengobatan lainnya dan begitu pula sebaliknya. Misalnya, ada masyarakat yang lebih suka pengobatan alternatif karena bersumber alami, murah dan bisa didapat di mana saja. Tetapi, ada juga yang masih menganggap pengobatan modern lebih praktis, efektif dan mempunyai banyak bukti. Selanjutnya, juga ada masyarakat yang memakai kedua-duannya untuk penyakit tertentu, yaitu jika seseorang menderita penyakit ringan. Di pihak yang lain, ketika menderita penyakit yang serius, mereka mencari pengobatan yang disediakan dokter saja, begitu pula sebaliknya.

Pengobatan alternatif merupakan salah satu cara penyembuhan yang dianggap sebagai hal yang biasa di masyarakat Indonesia. Memang ada masyarakat yang pernah coba sekurang-kurangnya satu kali dan ada yang belum pernah sama sekali, akan tetapi mereka mengetahuinya dari orang lain yang pernah menggunakan pengobatan tersebut. Kepopuleran pengobatan tertentu tergantung pada bermacam-macam faktor. Faktor-faktor ini berdasarkan alasan-alasan mengapa seseorang memilih atau tidak memilih suatu jenis pengobatan. Faktor-faktor ini bisa disederhanakan sebagai pengaruh ekonomi, kepercayaan dan budaya, agama, dan sosial.

Jika ekonomi menjadi hal yang penting sekali untuk seseorang dalam rangka memilih jenis pengobatan, maka jenis pengobatan alternatif adalah pilihan yang termurah. Sebagian besar masyarakat menyebutkan alasan keuangan sebagai alasan yang penting sekali dalam pemilihan pengobatan tertentu. Satu alasan mengapa pengobatan alternatif murah adalah karena sifat pengobatan yang alami. Sebagian besar pengobatan alternatif berdasarkan tumbuh-tumbuhan dari pada bahan kimia. Oleh karena itu, ketersediaan bahan-bahannya melimpah dan lebih mudah didapatkan di mana saja. Karena itu harganya relatif lebih murah dari pada obat kimia yang hanya bisa didapat dari apotek. Walaupun ada kecenderungan biaya pengobatan ini murah, tetapi jumlah biaya untuk tiap pasien tidak sama. Sistem biaya ini dinamakan 'sukarela' dan jumlah biayanya tergantung keikhlasan si pasien. Biasanya seseorang dari golongan keuangan yang agak tinggi membayar lebih banyak dari pada orang dari golongan keuangan yang kurang tinggi.

Kepercayaan yang dimiliki orang tertentu, baik tentang kesehatan atau aspek lainnya, sangat dipengaruhi oleh budayanya, misalnya pada kebudayaan Jawa. Orang Jawa percaya bahwa kehidupan memiliki sifat 'keseimbangan' dan hubungan yang 'rukun' (Bakker, 1993:41). Dalam pengobatan alternatif, keadaan keseimbangan antara sifat jasmani dan rohani akan menimbulkan kesehatan yang baik. Namun kebanyakan pada masyarakat kota, pengobatan alternatif yang berkaitan dengan sifat rohani kurang mendapat respons positif. Mereka berpikir pendekatan pengobatan alternatif tersebut tidak rasional dan karena itu tidak masuk akal untuk mereka. Pasien diperkotaan percaya dengan pengobatan alternatif yang memakai alat-alat, seperti tumbuh-tumbuhan. Namun, ada hanya sedikit di antara golongan ini yang percaya dengan hal gaib. Dari Pola-pikir logika ini kepercayaan mistik tidak 'masuk akal'

karena tidak berdasarkan ilmu pengetahuan. Apakah jenis pengobatan dianggap ‘manjur’ atau tidaknya sangat tergantung pada bukti-bukti secara fisik.

II.4 Profil Yayasan Pengobatan Patah Tulang “Guru Singa”

Praktek medis alternatif semakin berkembang dari tahun ke tahun. Salah satunya adalah Yayasan Patah Tulang “Guru Singa”. Yayasan ini berdiri sejak tahun 1960an di Medan dan dapat berkembang hingga membuka cabang di Jakarta. Yayasan ini mulai berkembang di Jakarta pada tahun 1975 yang berlokasi di Cililitan. Pada tahun 1980, yayasan ini pindah lokasi ke Pondok Kelapa, karena di daerah asalnya banyak terjadi pencurian dan perampokan.⁹ Yayasan ini berpusat di Medan yang dikelola oleh Adik dari Prof. Dr. Ng. Rusli Guru Singa. Yayasan ini mengobati penyakit patah tulang, keseleo, dan saraf terjepit. Praktek pengobatan tulang pada yayasan ini tanpa menggunakan operasi, hanya menggunakan teknik reposisi tulang dan ramuan tradisional. Ramuan-ramuan tradisional tersebut disediakan langsung dari Yayasan pusat yang berada di Medan.

Yayasan yang terletak di Jl. Pondok Kelapa Raya RT001/02 Gg. Guru Singa No. 37 Pondok Kelapa Jakarta Timur ini menerima pasien rawat jalan dan rawat inap. Yayasan ini buka dari pukul 08.00 hingga 22.00, tetapi yayasan ini akan menerima pasien gawat darurat selama 24 jam. Umumnya tarif yang ditetapkan berkisar antara Rp500.000 – Rp1.000.000. Namun, untuk pasien yang kurang mampu akan dikenakan biaya sesuai kemampuan ekonomi mereka. Yayasan ini memiliki ruang rawat inap sebanyak 10 jenis kamar, yaitu *Bangsar, Sibayak, Rinjani, Kerinci, Sibolangit, Kambuna, Rumah Sumbul, dan Lau Bente Ludan*. Biaya tiap-tiap kamar bervariasi,

⁹ Menurut TK, daerah ini merupakan daerah hitam, yaitu daerah yang rawan perampokan, pencurian, dan tindak kriminal lainnya.

tergantung fasilitas kamar tersebut, dan banyaknya pasien yang ditampung, yaitu antara Rp70.000/malam hingga Rp300.000/malam.

Uniknya, selain oleh praktisi-praktisi alternatif tulang, yayasan ini juga menggunakan praktisi medis modern, yaitu dokter. Dokter disini digunakan untuk mendiagnosa penyakit selain patah tulang. Biasanya dokter tersebut akan dipanggil oleh yayasan dan akan diberikan bayaran tertentu, tergantung kebutuhan pemeriksaan medis modern. Yayasan ini dikelola oleh dua orang penanggungjawab, tiga orang pada bagian administrasi dan keuangan, dan memiliki 11 staf ahli tulang (6 orang diantaranya bersaudara), serta 20 staf pendukung (kebersihan, keamanan, dan lain-lain).

Pasien yang berobat pada yayasan ini kebanyakan berasal dari Jakarta dan sekitarnya. Mereka mengetahui keberadaan yayasan ini melalui berita dari mulut ke mulut. Sebagian besar pasien yang menggunakan praktek medis alternatif yayasan ini karena mereka tidak cocok dengan pengobatan modern, yaitu karena biaya yang mahal, takut dengan operasi, prosedur yang berbelit-belit, dan sebagainya.

BAB III

DESKRIPSI TENTANG SOSIALISASI KELUARGA DAN PILIHAN BEROBAT ALTERNATIF

Dalam Bab III ini peneliti akan menguraikan variabel-variabel utama yang digunakan di dalam penelitian beserta hasil-hasil pengamatan yang telah ditemukan di lapangan beserta, beberapa indikator yang dirasa perlu untuk dipaparkan lebih dalam. Secara umum, variabel tersebut dibagi menjadi dua bagian, yaitu variabel sosialisasi keluarga dan variabel pilihan berobat.

Bagian pertama menjelaskan deskripsi responden dilihat dari aspek demografis. Bagian kedua menggambarkan persepsi responden terhadap pengobatan alternatif. Bagian ketiga menjelaskan variabel independen dari penelitian ini yaitu tingkat sosialisasi keluarga mengenai penggunaan pengobatan alternatif. Variabel ini memiliki dua buah dimensi yang diturunkan menjadi dua indikator. Indikator-indikator pada variabel sosialisasi dalam penelitian ini adalah penanaman nilai-nilai kepada anggota keluarga mengenai penggunaan pengobatan alternatif dan frekuensi penggunaan pengobatan alternatif. Bagian keempat menjelaskan variabel pilihan anggota keluarga untuk menggunakan pengobatan alternatif. Variabel ini diturunkan menjadi frekuensi penggunaan pengobatan alternatif. Bagian kelima menjelaskan aspek-aspek demografis dari responden dan hubungannya dengan pilihan responden untuk menggunakan pengobatan alternatif. Gambaran mengenai faktor pemberian hadiah dan hukuman terkait dengan pilihan berobat alternatif dijelaskan pada bagian yang keenam.

III.1 Deskripsi Demografis Responden

Pada bagian ini digambarkan deskripsi responden dilihat dari aspek jenis kelamin, usia, pendidikan responden, tempat tinggal responden, pendidikan orang tua, pekerjaan orang tua, dan pendapatan keluarga.

Perbedaan distribusi kesehatan dipengaruhi oleh faktor jenis kelamin. Faktor ini pun masih harus dibedakan menurut kaitannya dengan perbedaan biologis (jenis kelamin) dan perbedaan jender. Berdasarkan pada tabel lampiran 1, dapat dilihat bahwa dari total 30 responden pengguna pengobatan alternatif, responden laki-laki sebanyak 60% atau 18 responden. Sedangkan, responden perempuan sebanyak 40% atau sebanyak 12 responden. Menurut Waldron, faktor sosial yang mempengaruhi perbedaan distribusi kesehatan¹⁰ antara laki-laki dan perempuan adalah perbedaan perilaku dan perbedaan sosialisasi peran (Sunarto 2002: 4.7). Dalam faktanya, laki-laki cenderung lebih tinggi tingkat kematiannya bila dibandingkan dengan perempuan. Hal ini disebabkan karena peran laki-laki yang lebih banyak terlibat dalam kegiatan-kegiatan yang mengandung resiko tinggi. Dilihat dari usia, responden terbanyak berada pada jarak umur 19-21 tahun yaitu sebesar 36,7% atau sebanyak 11 responden. Yang paling sedikit adalah responden pada jarak umur 16-18 tahun yaitu sebesar 13,3% atau sebanyak 4 responden.

Kemudian pada tabel lampiran 2, dapat dilihat bahwa sebagian besar responden yang menggunakan pengobatan alternatif adalah pada kategori responden berpendidikan tamat SMU, yaitu sebesar 56,7% atau sebanyak 17 responden. Setelah itu, diikuti responden berpendidikan tamat S1, yaitu sebesar 23,3% atau sebanyak 7 responden. Lalu responden berpendidikan tamat D3 dan SMP, yaitu sebesar 13,3% dan 6,7% atau sebanyak 4 responden dan 2 responden. Pada lampiran tersebut juga

¹⁰ Distribusi kesehatan disini merupakan penggunaan obat-obatan atau fasilitas pengobatan.

memperlihatkan aspek tempat tinggal responden. Asumsi yang digunakan mengenai tempat tinggal responden, yaitu sosialisasi keluarga akan lebih intens jika anak tinggal serumah dengan orang tuanya. Dari keseluruhan responden, mayoritas tinggal dengan orang tua, yaitu sebesar 73,3% atau 22 responden. Kemudian, responden yang kost sebesar 16,7% atau 5 responden, dan lain-lain sebesar 10% atau 3 responden.

Lalu pada tabel lampiran 3, memperlihatkan tingkat pendidikan orang tua responden. Pendidikan ayah responden terbesar ada pada kategori tamat S1, yaitu sebesar 63,3% atau sebanyak 19 responden dan kategori tamat S2 sebesar 20% atau sebanyak 6 responden. Lalu, pada pendidikan ibu responden, kategori terbesar ada pada kategori tamat S1, yaitu sebesar 60% atau 18 responden dan kategori tamat D3 sebesar 20% atau sebanyak 6 responden. Hal ini menunjukkan bahwa tingkatan pendidikan orang tua responden adalah tinggi. Tingkat pendidikan disini dapat mempengaruhi seseorang untuk memperoleh informasi yang dapat meningkatkan derajat kesehatan. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka semakin tinggi pula tingkat interaksi seseorang dengan praktisi medis, sistem kesehatan, dan dapat melakukan pilihan-pilihan secara rasional.

Posisi strata seseorang juga dapat menentukan distribusi kesehatan dalam masyarakat. Teori yang dikemukakan Scambler mengenai hal ini adalah semakin rendah kelas sosial, baik laki-laki maupun perempuan, semakin tinggi penduduk yang meninggal karena penyakit jantung isemia, kanker paru-paru, penyakit serebrovaskuler, bronkitis, kecelakaan kendaraan bermotor, pneumonia, dan bunuh diri (Sunarto 2002: 4.4). Kelas sosial seseorang dapat dilihat dari tingkat pendidikan dan pekerjaan, serta pendapatan orang tersebut. Terkait dengan hal tersebut, pada lampiran 4 memperlihatkan variasi pekerjaan orangtua responden. Mayoritas pekerjaan ayah responden adalah pegawai negeri, yaitu sebesar 50% atau sebanyak 15

responden. Yang terkecil adalah wiraswasta, yaitu sebesar 16,7% atau sebanyak 5 responden. Sedangkan, pekerjaan ibu yang terbesar adalah pegawai negeri, yaitu sebesar 33,3% atau sebanyak 10 responden. Jumlah tersebut sama dengan jumlah ibu responden yang tidak bekerja. Ibu responden yang berprofesi sebagai wiraswasta hanya sebesar 6,7% atau sebanyak 2 responden.

Kemudian, dilihat dari pendapatan keluarga, pada lampiran 5 memperlihatkan bahwa dari data responden kategori pendapatan menengah (Rp1.000.001-Rp5.000.000) adalah yang terbanyak, yaitu sebesar 53,3% atau sebanyak 16 responden. Dan yang terkecil adalah kategori pendapatan rendah (Rp500.000-Rp1.000.000), yaitu sebesar 6,7% atau sebanyak 2 responden. Dalam stratifikasi sosial, mayoritas kelas sosial yang rendah memiliki tingkat ekonomi yang rendah pula. Jadi, menjadi miskin disini didefinisikan mendapatkan hal-hal lebih sedikit (termasuk pelayanan kesehatan) dari yang dihasilkan masyarakat. Perbedaan kelas sosial ini terjadi karena tidak meratanya pendapatan dalam masyarakat dan perbedaan pendidikan yang didapat setiap individu.

III.2 Persepsi Responden terhadap Pengobatan Alternatif

Berikut ini dijelaskan mengenai bagaimana pandangan responden mengenai pengobatan alternatif. Peneliti berargumentasi bahwa pandangan masyarakat, khususnya diperkotaan, terhadap pengobatan alternatif cenderung negatif atau rendah. Persepsi responden mengenai pengobatan alternatif ini digunakan untuk menggambarkan pandangan masyarakat mengenai pengobatan alternatif.

Berdasarkan pada tabel lampiran 6, dapat dilihat bahwa persepsi masyarakat kota terhadap pengobatan alternatif sebanyak 56,67% atau 17 responden masuk di dalam kategori tinggi. Sedangkan, sisanya yang memandang rendah pengobatan

alternatif sebanyak 43,33% atau sebanyak 13 responden. Ini menandakan bahwa pengobatan alternatif sudah cukup diterima oleh masyarakat perkotaan.

III.3 Variabel Sosialisasi Keluarga

Tingkat sosialisasi keluarga mengenai pengobatan alternatif menjadi fokus utama dalam variabel ini. Berikut akan ditampilkan dalam bentuk data analisa univariat dari variabel sosialisasi pengobatan alternatif di dalam keluarga.

Pada masyarakat di perkotaan jika dibandingkan dengan masyarakat di pedesaan, maka akan terdapat perbedaan dalam tingkat sosialisasi pengobatan alternatif. Di kota, lebih banyak penduduk yang mendapatkan pengobatan konvensional. Pada bagian ini akan diuraikan melalui angka statistik mengenai tingkat sosialisasi keluarga tentang pengobatan alternatif. Dalam hal ini orangtua yang berperan sebagai agen sosialisasi.

Dari grafik pada lampiran 6 menunjukkan bahwa dari 30 orang yang menjadi responden dalam penelitian ini mendapat sosialisasi mengenai pengobatan alternatif yang tinggi, yaitu sebesar 46,7% atau sebanyak 14 responden. Sedangkan, sisanya mendapat sosialisasi mengenai pengobatan alternatif yang rendah, yaitu sebesar 53,3% atau sebanyak 16 responden. Dengan demikian dapat disimpulkan terdapat kecenderungan bahwa tingkat sosialisasi dalam keluarga mengenai pengobatan alternatif adalah rendah.

III.4 Variabel Pilihan Berobat

Tingkat pilihan untuk menggunakan pengobatan alternatif menjadi perhatian utama dalam variabel dependen pada penelitian ini. Berikut akan ditampilkan dalam

bentuk grafik analisa univariat dari masing-masing variabel dependen mengenai tingkat pilihan untuk menggunakan pengobatan alternatif.

Dalam sebuah pilihan rasional, seorang individu dilihat termotivasi oleh keinginan dan tujuan dalam membentuk pilihan-pilihan. Karena setiap individual ingin memenuhi kebutuhannya, mereka harus membuat pilihan, sehingga hubungan antara tujuan dan proses atau cara untuk mencapai tujuan tersebut akan terlihat.

Berdasarkan grafik pada lampiran 7, dapat dilihat bahwa tingkat pilihan masyarakat untuk menggunakan pengobatan alternatif sebanyak 60% atau 18 responden masuk di dalam kategori tinggi. Sedangkan, sisanya yang tidak memilih untuk menggunakan pengobatan alternatif sebanyak 40% atau sebanyak 12 responden. Hasil data ini menunjukkan bahwa walaupun di perkotaan, pengobatan alternatif cukup populer digunakan dalam proses penyembuhan.

III.5 Pemberian Hadiah dan Hukuman

Seorang yang rasional akan menentukan pilihannya berdasarkan manfaat dan kepuasan yang terbaik diantara pilihan-pilihan yang tersedia. Menurut Homans, terdapat faktor-faktor yang membentuk pilihan rasional seorang individu, yaitu hadiah dan hukuman. Pada umumnya kecenderungan pilihan seseorang akan terkait dengan hadiah dan hukuman yang diberikan pada pilihan tersebut dilihat dari faktor kuantitas dan frekuensi yang diterima olehnya.

Dari data pada lampiran 8, kita lihat bahwa frekuensi pemberian hadiah dalam penggunaan pengobatan alternatif cenderung tinggi, yaitu 56,67% atau sebanyak 17 responden. Kecenderungan pemberian hadiah yang rendah lebih kecil bila kita bandingkan, yaitu 43,33% atau sebanyak 13 responden. Dari hal ini bisa kita

simpulkan bahwa aspek stimulus dalam penggunaan pengobatan alternatif masih cukup signifikan dalam masyarakat kota.

Jika kita lihat dari pemberian hukuman, responden yang menolak pengobatan alternatif cenderung akan diberikan hukuman, sehingga frekuensi pemberian hukuman pada responden yang menolak pengobatan alternatif adalah tinggi, yaitu 66,67% atau sebanyak 20 responden. Sebaliknya, tidak diberikan hukuman hanya sebesar 33,33% atau 10 responden. Dari hal ini bisa kita simpulkan bahwa aspek represif dalam penggunaan pengobatan alternatif masih signifikan dalam masyarakat kota.

III.6 Gambaran Tingkat Pilihan Responden dalam Menggunakan Pengobatan Alternatif dilihat dari Aspek Demografi.

Pada sub bab ini peneliti akan menjelaskan mengenai kaitan jenis kelamin, usia responden, dan tingkat pendidikan responden dengan tingkat pilihan masyarakat untuk menggunakan pengobatan alternatif. Dari grafik-grafik berikut, kita dapat mengetahui responden mana yang cenderung memiliki tingkat pilihan untuk menggunakan pengobatan alternatif yang rendah ataupun tinggi berdasarkan ketiga kategori diatas.

Tabel III.6.1

**Gambaran Perbedaan Tingkat Pilihan dalam Pengobatan Alternatif
berdasarkan Jenis Kelamin.**

n=30

	Jenis_Kelamin		Total
	Laki-laki	Perempuan	
Pilihan_Menggunakan_Peng_Rendah obatan_Alternatif	8 44.4%	4 33.3%	12 40.0%
Tinggi	10 55.6%	8 66.7%	18 60.0%
Total	18 100%	12 100%	30 100.0%

Sumber: Data Penelitian 2009

Tabel diatas memperlihatkan perbedaan tingkat pilihan masyarakat untuk menggunakan pengobatan alternatif berdasarkan jenis kelamin responden. Hasil dari penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang cukup signifikan antara laki-laki dan perempuan yang memiliki tingkat pilihan untuk menggunakan pengobatan alternatif yang tinggi maupun rendah. Responden laki-laki yang memiliki tingkat pilihan yang tinggi sebanyak 55,6% atau sebanyak 10 responden dari total responden laki-laki sebanyak 18 orang, sedangkan perempuan yang memiliki tingkat pilihan yang tinggi mencapai 66,7% dari total responden perempuan sebanyak 12 orang. Kemudian, bagi responden yang memiliki tingkat pilihan yang rendah, sebanyak 44,4% berjenis kelamin laki-laki dan 33,33% berjenis kelamin perempuan dari total keseluruhan responden.

Tabel III.6.2

**Gambaran Perbedaan Tingkat Pilihan dalam Pengobatan Alternatif
berdasarkan Usia.**

n=30

	Range_Usia				Total
	16-18	19-21	22-24	25-26	
Pilihan_Menggunakan_Pengo Rendah batan_Alternatif	1 25.0%	4 36.4%	3 30.0%	4 80.0%	12 40.0%
Tinggi	3 75.0%	7 63.6%	7 70.0%	1 20.0%	18 60.0%
Total	4 100.0%	11 100.0%	10 100.0%	5 100.0%	30 100.0%

Sumber: Data Penelitian 2009

Dari jumlah total keseluruhan responden yang berjumlah 30, sebanyak 80% atau sejumlah 4 responden memiliki tingkat pilihan penggunaan pengobatan alternatif yang rendah, yaitu terdapat pada kelompok umur 25 tahun hingga 26 tahun. Sedangkan, sebanyak 75% responden dengan tingkat pilihan pengobatan alternatif yang tinggi, yaitu terdapat pada kategori responden yang berumur 16 tahun hingga 18 tahun, dengan jumlah responden sebanyak 3 orang.

Tabel III.6.3

**Gambaran Perbedaan Tingkat Pilihan dalam Pengobatan Alternatif
berdasarkan Tingkat Pendidikan.**

n=30

	Pendidikan_Terakhir				Total
	Tamat SMP	Tamat SMU	Tamat D3	Tamat S1	
Pilihan_Menggunakan_Pen gobatan_Alternatif	1	4	1	6	12
	50.0%	23.5%	25.0%	85.7%	40.0%
Tinggi	1	13	3	1	18
	50.0%	76.5%	75.0%	14.3%	60.0%
Total	2	17	4	7	30
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Sumber: Data Penelitian 2009

Responden yang memiliki tingkat pendidikan S1 cenderung memiliki tingkat pilihan untuk menggunakan pengobatan alternatif yang rendah, bila dibandingkan dengan kategori tingkat pendidikan lainnya, yaitu sebesar 85,7%, disusul persentase dari tamatan SMU, SMP, dan D3. Disini perbedaannya cukup signifikan. Begitu pula bila kita melihat kecenderungan tingkat pilihan untuk menggunakan pengobatan alternatif yang tinggi, sebesar 76,5% adalah tamatan SMU dan 75% adalah Tamatan D3. Sisanya adalah tamatan SMP dan S1.

BAB IV

PENUTUP

V.1 Kesimpulan

Salah satu hak asasi setiap individu dan menjadi kebutuhan primer manusia baik laki-laki maupun perempuan adalah kesehatan. Bila tidak dipenuhi akan berpengaruh terhadap kelangsungan hidup individu tersebut. Menurut organisasi kesehatan dunia di bawah naungan PBB, World Health Organization (WHO), kesehatan adalah “suatu keadaan fisik, mental, dan sosial secara menyeluruh dan tidak semata-mata terbatas pada ketiadaan penyakit ataupun kelesuan” (Sunarto, 2001: 3).¹¹

Perkembangan kemajuan teknologi membawa berita gembira bagi ilmu kesehatan pada umumnya. Praktek-praktek pengobatan menjadi semakin spesifik, metode pengobatan semakin terperinci, dan yang paling penting terjadinya penurunan angka kematian akibat suatu penyakit. Namun, dalam pengobatan, terdapat beberapa jenis penyakit yang sulit disembuhkan oleh sistem medis konvensional. Untuk itu diperlukan sistem medis lain yang mampu menutupi atau melengkapi sistem medis modern tersebut. Maka, berkembanglah sistem medis alternatif.

Pendefinisian pengobatan alternatif dari pengobatan konvensional semakin sulit dibedakan. Secara kasar, sistem pengobatan alternatif ini didefinisikan sebagai upaya pengobatan atau perawatan di luar ilmu kedokteran dan ilmu keperawatan (Sunarto, 2001: 8.3). Saat ini masyarakat sudah tidak dapat memungkiri keberadaan pengobatan alternatif sebagai salah satu pilar untuk meningkatkan kualitas kesehatan. Fakta ini diperkuat oleh kalangan medis modern yang mulai mempercayai dan mengakui keberadaan medis alternatif sebagai partner mereka dalam ilmu

¹ Kamanto Sunarto. 2001. *Sosiologi Kesehatan*. Jakarta: Pusat Penerbitan Universitas Terbuka. hlm 3.

pengobatan. Dari gambaran tersebut, pada tingkat keluarga, misalnya, mulai terdapat sosialisasi mengenai pengobatan alternatif. Sosialisasi ini yang nantinya akan mempengaruhi tingkat pilihan masyarakat untuk menggunakan sistem pengobatan tersebut.

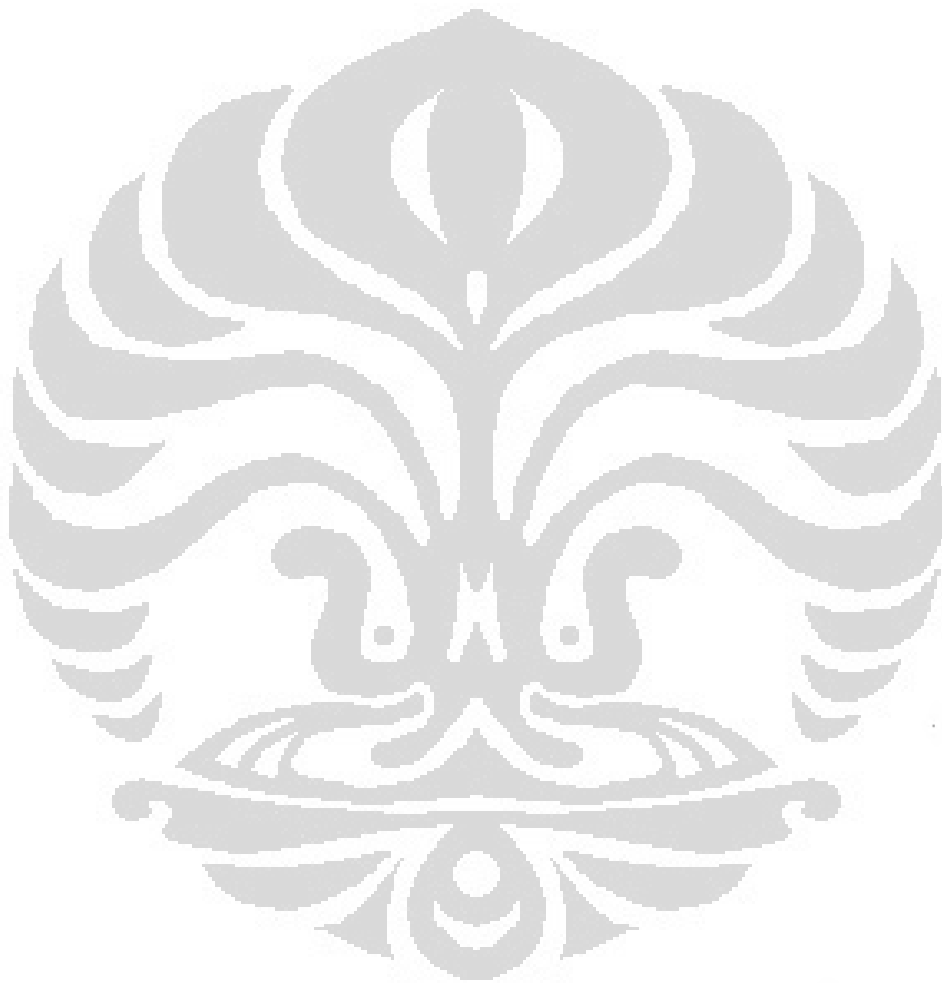
Mengacu pada pemikiran tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang bertujuan untuk melihat gambaran sosialisasi keluarga mengenai pilihan berobat alternatif. Obyek penelitian yang digunakan adalah individu-individu yang telah menggunakan pengobatan alternatif yang berusia antara 16 – 26 tahun. Variabel yang digunakan yaitu tingkat pilihan masyarakat untuk menggunakan pengobatan alternatif sebagai variabel dependen, sedangkan tingkat sosialisasi keluarga tentang pengobatan alternatif sebagai variabel independen.

Hasil dari penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang cukup signifikan antara laki-laki dan perempuan yang memiliki tingkat pilihan untuk menggunakan pengobatan alternatif yang tinggi maupun rendah. Kemudian, usia responden yang cenderung menggunakan pengobatan alternatif tersebut relatif muda. Dan, penggunaan pengobatan alternatif tinggi cenderung pada tingkat pendidikan responden tamat SMU, sedangkan yang rendah pada tingkat tamat S1. Disini dapat disimpulkan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang, maka kecenderungan untuk menggunakan pengobatan alternatif cenderung rendah.

V.2 Saran

- ♦ Perlu penelitian lanjutan dengan melihat agen-agen sosialisasi lainnya sebagai faktor pengukur. Sehingga, pada akhirnya dapat diambil kesimpulan dengan membandingkan diantara agen-agen tersebut.
- ♦ Hendaknya memasukkan faktor SSE ke dalam penelitian karena faktor ini dapat

menggambarkan pada tingkatan kelas sosial mana pengobatan alternatif paling populer di mata masyarakat.



DAFTAR PUSTAKA

Buku dan Jurnal

- Adimiharja, Kusnaka. 1995. *Metode Penelitian Sosial*. Bandung: Remaja Rosdakarya
- Azeemi, Samina T. Yousuf and S. Mohsin Reza (2005), "A Critical Analysis of Chromotherapy and Its Scientific Evolution", *Evidence-Based Complementary Alternative Medicine* 2 (4)
- Bakker, Han. 1993. *Towards A Just Civilisation The ghandian Perspective on Human Rights and Development*. New York: An Scholars press.
- Benson, Herbert dan William Proctor. 2000. *Keimanan yang Menyembuhkan: Dasar-dasar Respons Relaksasi*. Bandung: Penerbit Kaifa.
- Cant, Sarah dan Ursula Sharma. 2003. *Alternative Health Practices and Systems*. London: Sage Publication.
- Cockerham, William C. 1986. *Medical Sociology 3rd Ed*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Coe, Rodney M.. 1970. *Sociology of Medicine*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Doob, Christopher Bates. 1985. *Sociology: An Introduction*. CBS College Publishing.
- Foster, George M. 1978. *Medical Anthropology*. New York: John Wiley K Sons.
- Hanafi, Sugeng. 2004. *Pengobat Alternatif: Menyembuhkan dengan Tanaman Obat*.
- Holloway, S. W. F. 1964. *Medical Education in England 1830-1853: A Sociological Analysis*. History.
- Ihromi, T.O. 1999. *Bunga Rampai Sosiologi Keluarga*. Jakarta: Yayasan Obor Indonesia.

- Keating, Jr, Joseph C dan Carl S. Cleveland III, dan Michael Menke. 2004. *Chiropractic History: A Primer*. Iowa: Sutherland Companies.
- Laurence, Neuman W. 2003. *Social Research Methods*. Boston: Pearson Education, Inc.
- Lumenta, Benjamin. 1989. *Pelayanan Medis: Citra, Konflik, dan Harapan*. Yogyakarta: Kanisius.
- Mahmud D, A.R. 2005. *Kombinasi Tiga Terapi Alternatif*. Jakarta: Yayasan Media Kesehatan Alternatif Sarana Bantuan Kesehatan.
- Nawawi, H. 1983. *Metode Penelitian Bidang Sosial*. Yogyakarta: Gajah Mada Press.
- Rianto, Slamet dan Adi Loka Sujono. 2005. *Terapi-terapi Alternatif*. Yogyakarta: Lotus.
- Santoso, Singgih dan Fandy Tjiptono. 2001. *Periai Pemasaran Konsep dan Aplikasi dengan SPSS*. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo.
- Sigerist, Henry E. 1951. *A History of Medicine: Primitive and Archaic Medicine, Vol. 1*. Fair Lawn. New Jersey: Oxford University Press.
- Sukarni, Mariyati. 1994. *Kesehatan Keluarga dan Lingkungan*. Yogyakarta: Kanisius.
- Sunarto, Kamanto. 2002. *Materi Pokok Sosiologi Kesehatan*. Jakarta: Universitas Terbuka
- Sunarto, Kamanto. 1993. *Pengantar Sosiologi*. Jakarta: Lembaga Penerbit FEUI.
- Timmermans, Karin. 2001. *ASEAN Workshop: TRIPS, CBD and Traditional Medicines: Concepts and Questions*. Jakarta.
- Tung, Sinse Lee Chen. 2004. *30 Pengobat Alternatif: Menangani Masalah Tulang dengan Chiropractic*.
- Vickers, Andrew dan Catherine Zollman. 1999. *ABC of complementary medicine: Herbal medicine - Clinical review*. British Medical Journal.

Weil AT, Snyderman R, 2002. *Integrative medicine; bringing medicine to its roots*.
Archives of Internal Medicine 162,4: 395-7.

Zanten, Wim Van. *Statistika Dalam Ilmu-Ilmu Sosial*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka
Utama. 1994.

Skripsi, Tesis, dan Desertasi

Febrini, Tisa. 2004. *Pengaruh Sosialisasi Keluarga tentang Peran Gender terhadap
Pilihan Perempuan untuk Berkarir*. Skripsi. Depok: FISIP UI.

Karim, Erna. 2008. *Konstruksi dan Rekonstruksi Masyarakat Ideal: Studi mengenai
Komunitas Spiritual Rei Ki Tummo di Indonesia*. Disertasi (belum diterbitkan)
Depok: Sosiologi FISIP UI.

Lelono, Angkiet. 2003. *Pengaruh Sosialisasi Keluarga dan Peer Group terhadap
Keikutsertaan Siswa Kelas III SMU dalam Bimbingan Tes (Studi Kasus:
Siswa Kelas III SMUN 91 Jakarta Timur)*. Skripsi. Depok: FISIP UI.

Shakuntala, RR. Satiti. 2006. *Hubungan Intensitas Sosialisasi Keluarga dan Peer
Group terhadap Tingkat Perilaku Sehat (Prescriptive dan Proscriptive)
Remaja*. Skripsi. Depok: FISIP UI.

Internet

http://www.acatoday.org/level2_css.cfm?T1ID=13&T2ID=62

<http://content.herbalgram.org/abc/herbalgram/articleview.asp?a=2230>

<http://dx.doi.org/10.1078%2F0944-7113-00060>

<http://ecam.oxfordjournals.org/cgi/content/full/nem054v1>

<http://ezcobar.com/dokter->

[online/dokter15/index.php?option=com_content&view=article&id=67:tanama
n-herbalism&catid=50:alternatif&Itemid=76](http://online/dokter15/index.php?option=com_content&view=article&id=67:tanaman-herbalism&catid=50:alternatif&Itemid=76)

<http://oneearthherbs.squarespace.com/language-of-herbs/>

<http://oneearthherbs.squarespace.com/safety-regulation/>

<http://www.thewe.cc/contents/more/archives>

http://www.acatoday.org/level2_css.cfm?T1ID=13&T2ID=62

<http://www.alternet.org/environment/15177>

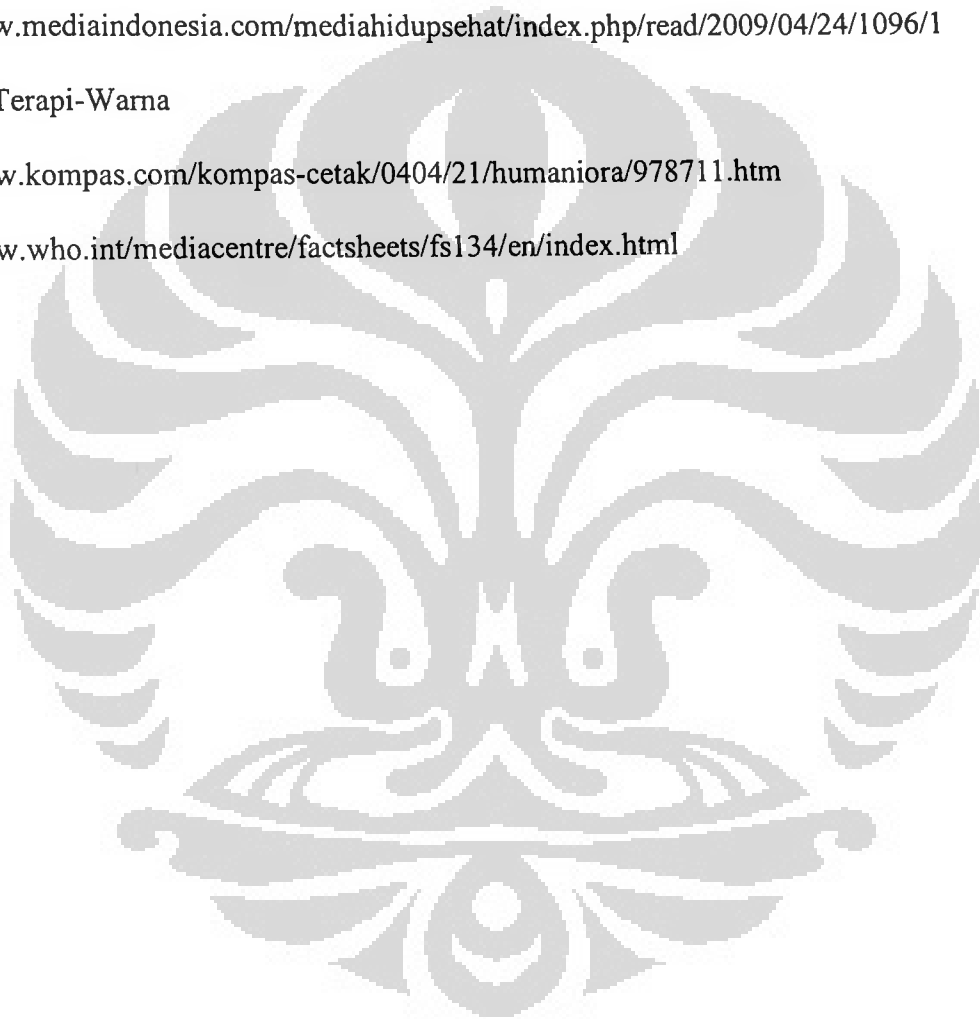
http://www.combiphar.com/article.php?id_news=2921&id_sub=5

<http://www.mediaindonesia.com/mediahidupsehat/index.php/read/2009/04/24/1096/1>

1/Terapi-Warna

<http://www.kompas.com/kompas-cetak/0404/21/humaniora/978711.htm>

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/en/index.html>



KUESIONER

Pengaruh Sosialisasi Keluarga terhadap Tingkat Pilihan Masyarakat untuk Menggunakan Pengobatan Alternatif

No. Kuesioner :

Responden yang terhormat,

Dalam rangka penyusunan skripsi program sarjana Sosiologi mengenai “Pengaruh Sosialisasi Keluarga terhadap Tingkat Pilihan Masyarakat untuk Menggunakan Pengobatan Alternatif”, saya memohon kesediaan Anda untuk mengisi kuesioner ini. Pengisian kuesioner yang Anda lakukan akan digunakan sebagai data utama dalam penelitian ini. Untuk itu peneliti mengharapkan Anda untuk mengisi dengan lengkap dan jujur.

Sesuai dengan kode etik penelitian, maka peneliti akan menjamin kerahasiaan identitas dan segala data yang Anda berikan. Jawaban yang Anda berikan tidak akan dinilai benar atau salah. Kami sangat mengharapkan kesediaan Anda untuk memberikan jawaban sesuai dengan pendapat Anda tanpa di pengaruhi pihak-pihak lain.

Atas perhatian dan kerjasama Anda, kami mengucapkan terima kasih.

Peneliti,
Ahmad Abdi Hakiim

I. Identitas Responden

1. Nama :
2. Jenis Kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan
3. Usia : Tahun.
4. Pendidikan Terakhir :
5. Nomor Telepon :
6. Saat ini Tinggal dengan : 1. Orang Tua 2. Kost 3. Lainnya
7. Pendidikan Formal Orangtua :

No	Tingkat Pendidikan	Ayah	Ibu
1.	Tidak Tamat SD		
2.	Tamat SD		
3.	Tidak Tamat SMP		
4.	Tamat SMP		
5.	Tidak Tamat SMU		
6.	Tamat SMU		
7.	Tamat D1		
8.	Tamat D2		
9.	Tamat D3		
10.	Tamat S1		

11.	Tamat S2		
12.	Tamat S3		

8. Pekerjaan ayah :
9. Pekerjaan ibu :
10. Jumlah Penghasilan orangtua/bulan : Rp.

I. Pengobatan Alternatif

Bacalah pertanyaan-pertanyaan di bawah ini dan berilah tanda *checklist* (✓) pada salah satu kolom yang Anda anggap paling sesuai dengan pendapat Anda.

Keterangan:

- STS = Sangat Tidak Setuju
- TS = Tidak Setuju
- S = Setuju
- SS = Sangat Setuju

No.	Pernyataan Menurut Saya, pengobatan alternatif itu.....	STS	TS	S	SS
1.	Tidak menyenangkan karena memiliki banyak pantangan dalam pelaksanaannya.				
2.	Manjur/ampuh untuk menyembuhkan penyakit.				
3.	Memerlukan biaya yang besar.				
4.	Tidak efektif dalam proses penyembuhan penyakit.				
5.	Membuang-buang waktu (pelaksanaan pengobatan)				
6.	Sekedar untuk mengikuti tren masa kini.				
7.	Hanya dilakukan oleh orang-orang tertentu (yang masih percaya pada pengobatan tradisional).				
8.	Dapat menjaga kesehatan tubuh.				
9.	Penting dilakukan karena perintah orang tua				
10.	Aman, karena bersumber dari bahan-bahan alami				

I. Pilihan untuk Menggunakan Pengobatan Alternatif

Bacalah pertanyaan-pertanyaan di bawah ini dan berilah tanda *checklist* (✓) pada salah satu kolom yang Anda anggap paling sesuai dengan pendapat Anda.

Keterangan:

- 0 = Tidak Pernah
- 1 = Jarang
- 2 = Sering
- 3 = Selalu

No.	Pernyataan Sejak kecil, saya.....	0	1	2	3
1.	Dianjurkan untuk menggunakan pengobatan alternatif <i>chiropractic</i> (pijat tulang) oleh orang tua				
2.	Dianjurkan untuk menggunakan pengobatan alternatif <i>folk healing</i> (pengobatan ramuan-ramuan) oleh orang tua				
3.	Dianjurkan untuk menggunakan pengobatan alternatif <i>faith healing</i> (pengobatan dengan doa-doa) oleh orang tua				
4.	Melakukan pengobatan alternatif <i>chiropractic</i> (pijat tulang)				
5.	Melakukan pengobatan alternatif <i>folk healing</i> (pengobatan ramuan-ramuan)				
6.	Melakukan pengobatan alternatif <i>faith healing</i> (pengobatan doa-doa)				

V. Pemberian Hadiah

Bacalah pertanyaan-pertanyaan di bawah ini dan berilah tanda *checklist* (✓) pada salah satu kolom yang Anda anggap paling sesuai dengan pendapat Anda.

Keterangan:

- 0 = Tidak Pernah
- 1 = Jarang
- 2 = Sering
- 3 = Selalu

No.	Pernyataan Sejak kecil, orang tua saya memberikan hadiah ketika saya.....	0	1	2	3
	Anjuran dalam penggunaan pengobatan alternatif <i>chiropractic</i> (pijat tulang dan saraf)				
1.	Dipijat ketika pegal-pegal.				
2.	Mengikuti terapi tulang ketika mengalami penyakit kronis (misal : diabetes, asma, dll)				
3.	Berjalan-jalan atau lari-lari kecil untuk menjaga kebugaran tulang dan tubuh.				
4.	Senam setiap bangun tidur.				
5.	refleksi paling tidak seminggu sekali				
6.	Duduk dalam posisi tegak				
7.	Meregangkan/melemaskan otot-otot yang kaku setelah duduk dalam waktu yang lama.				
	Anjuran dalam penggunaan pengobatan alternatif <i>folk healing</i> (pengobatan ramuan-ramuan alam)				
8.	Minum jamu				
9.	Menggunakan daun sirih ketika mimisan (pendarahan)				

	pada hidung)				
10.	Meminum jus jambu dan sari madu ketika sakit demam berdarah				
11.	Banyak minum air murni (air putih)				
12.	Banyak mengonsumsi sayur-sayuran hijau				
13.	Benggunakan air ludah ketika mengalami luka luar				
14.	Benghindari obat-obatan kimia (antibiotik)				
15.	Berjemur di pagi hari				
	Anjuran untuk menggunakan pengobatan alternatif <i>faith healing</i> (pengobatan dengan mantra dan doa)				
16.	Berdzikir ketika merasakan sakit.				
17.	Mengikuti terapi warna untuk mengobati penyakit.				
18.	Mengikuti terapi energi dalam menjaga kesehatan.				
19.	Menghindari warna-warna terang (mencolok)				
20.	Memperhatikan warna dalam berpakaian				
21.	Berniat dan berdoa dalam melakukan sesuatu				

V. Pemberian Hukuman

Bacalah pertanyaan-pertanyaan di bawah ini dan berilah tanda *checklist* (✓) pada salah satu kolom yang Anda anggap paling sesuai dengan pendapat Anda.

Keterangan:

- 0 = Tidak Pernah
- 1 = Jarang
- 2 = Sering
- 3 = Selalu

No.	Pernyataan	0	1	2	3
	Sejak kecil, orang tua saya memberikan hukuman ketika saya.....				
	Anjuran dalam penggunaan pengobatan alternatif <i>chiropractic</i> (pijat tulang dan saraf)				
1.	Tidak mau dipijat ketika pegal-pegal.				
2.	Tidak ikut terapi tulang ketika mengalami penyakit kronis (misal : diabetes, asma, dll)				
3.	Tidak berjalan-jalan atau lari-lari kecil untuk menjaga kebugaran tulang dan tubuh.				
4.	Tidak senam setiap bangun tidur.				
5.	Tidak melakukan refleksi paling tidak seminggu sekali				
6.	Tidak duduk dalam posisi tegak				
7.	Tidak meregangkan/melemaskan otot-otot yang kaku setelah duduk dalam waktu yang lama.				
	Anjuran dalam penggunaan pengobatan alternatif <i>folk healing</i> (pengobatan ramuan-ramuan alam)				
8.	Tidak minum jamu				
9.	Tidak menggunakan daun sirih ketika mimisan				

	(pendarahan pada hidung)				
10.	Tidak meminum jus jambu dan sari madu ketika sakit demam berdarah				
11.	Tidak banyak minum air murni (air putih)				
12.	Tidak mengkonsumsi sayur-sayuran hijau				
13.	Tidak menggunakan air ludah ketika mengalami luka luar				
14.	Menggunakan obat-obatan kimia (antibiotik)				
15.	Tidak berjemur di pagi hari				
	Anjuran untuk menggunakan pengobatan alternatif <i>faith healing</i> (pengobatan dengan mantra dan doa)				
16.	Tidak berdzikir ketika merasakan sakit.				
17.	Tidak mengikuti terapi warna untuk mengobati penyakit.				
18.	Tidak mengikuti terapi energi dalam menjaga kesehatan.				
19.	Menggunakan warna-warna terang (mencolok)				
20.	Tidak memperhatikan warna dalam berpakaian				
21.	Tidak berniat dan berdoa dalam melakukan sesuatu				

VI. Sosialisasi Keluarga tentang Penggunaan Pengobatan Alternatif

Bacalah pertanyaan-pertanyaan di bawah ini dan berilah tanda *checklist* (✓) pada salah satu kolom yang Anda anggap paling sesuai dengan pendapat Anda.

Keterangan:

- 0 = Tidak Pernah
- 1 = Jarang
- 2 = Sering
- 3 = Selalu

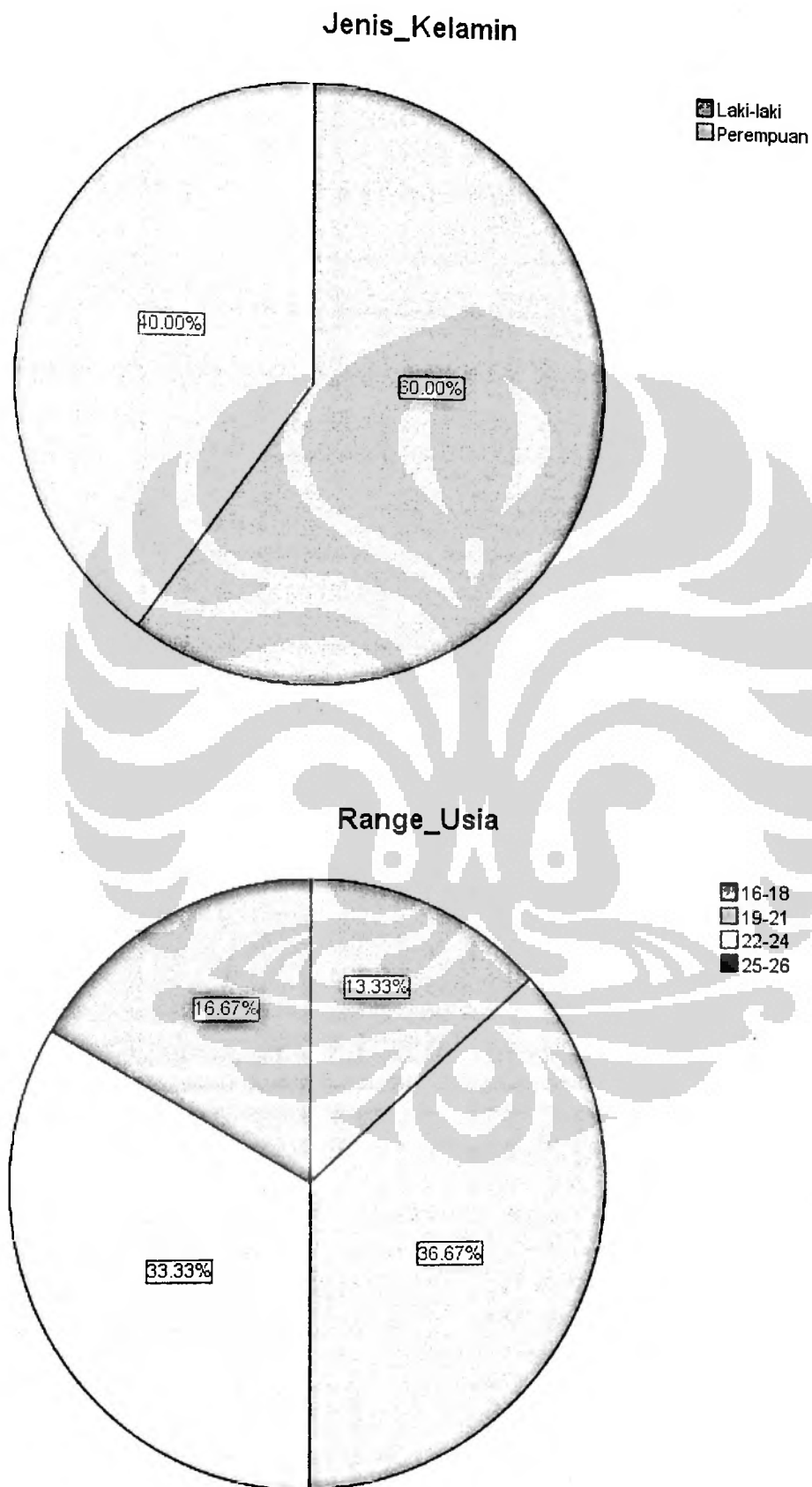
No.	Pernyataan Sejak kecil, orang tua saya.....	0	1	2	3
	Anjuran untuk menggunakan pengobatan alternatif <i>chiropractic</i> (pijat tulang dan saraf)				
1.	Menganjurkan saya untuk dipijat ketika pegal-pegal.				
2.	Menganjurkan saya untuk mengikuti terapi tulang ketika mengalami penyakit kronis (misal : diabetes, asma, dll)				
3.	Menganjurkan saya berjalan-jalan atau lari-lari kecil untuk menjaga kebugaran tulang dan tubuh.				
4.	Menganjurkan saya untuk senam setiap bangun tidur.				
5.	Menganjurkan saya untuk refleksi seminggu sekali				
6.	Menganjurkan saya untuk duduk dalam posisi tegak				
7.	Menganjurkan saya untuk meregangkan/melemaskan otot-otot yang kaku setelah duduk dalam waktu yang lama.				
	Anjuran untuk menggunakan pengobatan alternatif				

	<i>folk healing (pengobatan ramuan-ramuan alam)</i>				
8.	Menganjurkan saya untuk minum jamu				
9.	Menganjurkan saya untuk menggunakan daun sirih ketika mimisan (pendarahan pada hidung)				
10.	Menganjurkan saya untuk meminum jus jambu dan sari madu ketika sakit demam berdarah				
11.	Menganjurkan saya untuk banyak minum air murni (air putih)				
12.	Menganjurkan saya untuk banyak mengonsumsi sayur-sayuran hijau				
13.	Menganjurkan saya untuk menggunakan air ludah ketika mengalami luka luar				
14.	Menganjurkan saya untuk menghindari obat-obatan kimia (antibiotik)				
15.	Menganjurkan saya untuk berjemur di pagi hari				
	<i>Anjuran untuk menggunakan pengobatan alternatif faith healing (pengobatan dengan mantra dan doa)</i>				
16.	Menganjurkan saya untuk berdzikir ketika merasakan sakit.				
17.	Menganjurkan saya untuk mengikuti terapi warna.				
18.	Menganjurkan saya untuk mengikuti terapi energi				
19.	Menganjurkan saya untuk menghindari warna-warna terang (mencolok)				
20.	Menganjurkan saya untuk memperhatikan warna dalam berpakaian				
21.	Menganjurkan saya untuk berniat dan berdoa dalam melakukan sesuatu				

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM

1. Apakah Anda pernah disosialisasikan oleh keluarga mengenai pengobatan alternatif?
2. Di keluarga Anda siapakah yang paling berperan dalam sosialisasi pengobatan alternatif?
3. Bagaimana cara keluarga Anda mensosialisasikan pengobatan alternatif?
4. Apakah Anda menerima imbalan ketika mengikuti anjuran orang tua untuk berobat dengan pengobatan alternatif?
5. Apakah Anda mendapat hukuman ketika tidak ikut anjuran orang tua dalam penggunaan pengobatan alternatif?
6. Adakah kebiasaan-kebiasaan dalam keluarga Anda untuk menjalani pengobatan alternatif sejak Anda kecil?

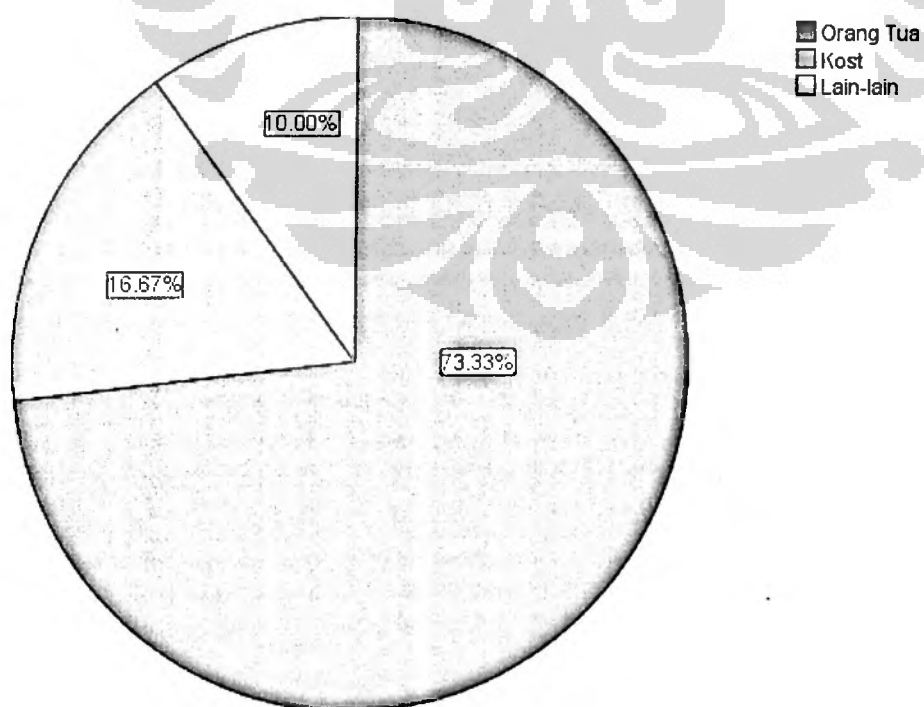
LAMPIRAN 1



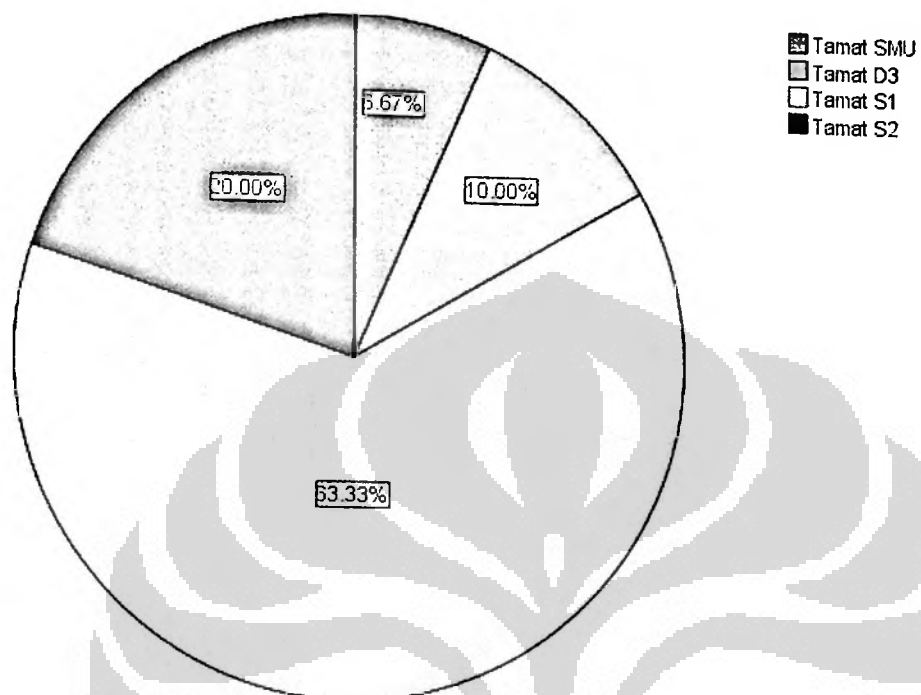
Pendidikan_Terakhir



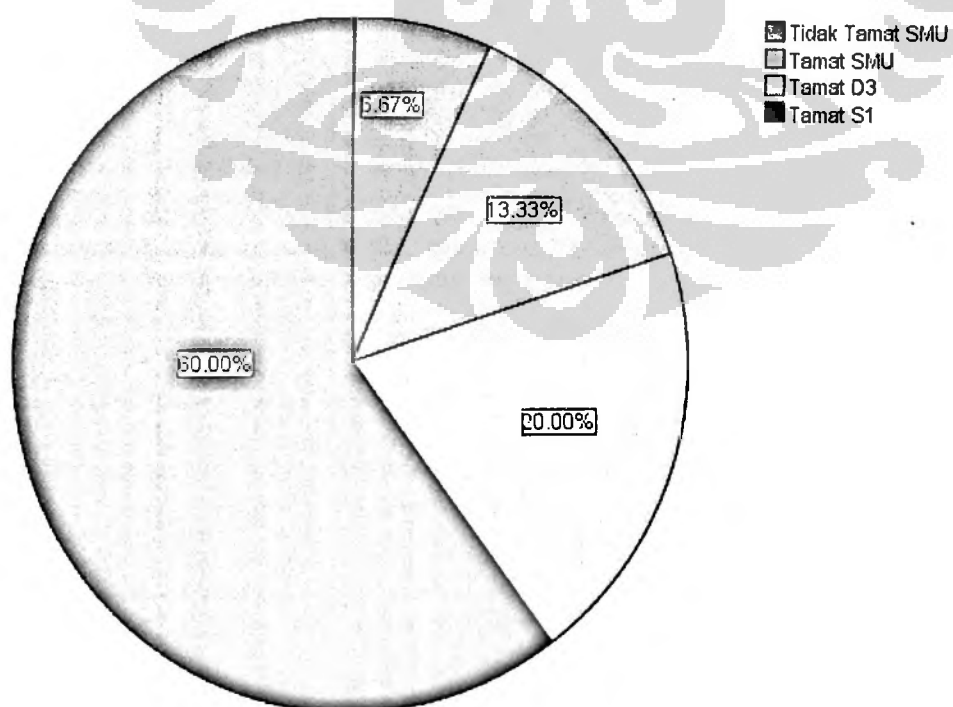
Tinggal_Dengan



Pendidikan_Ayah

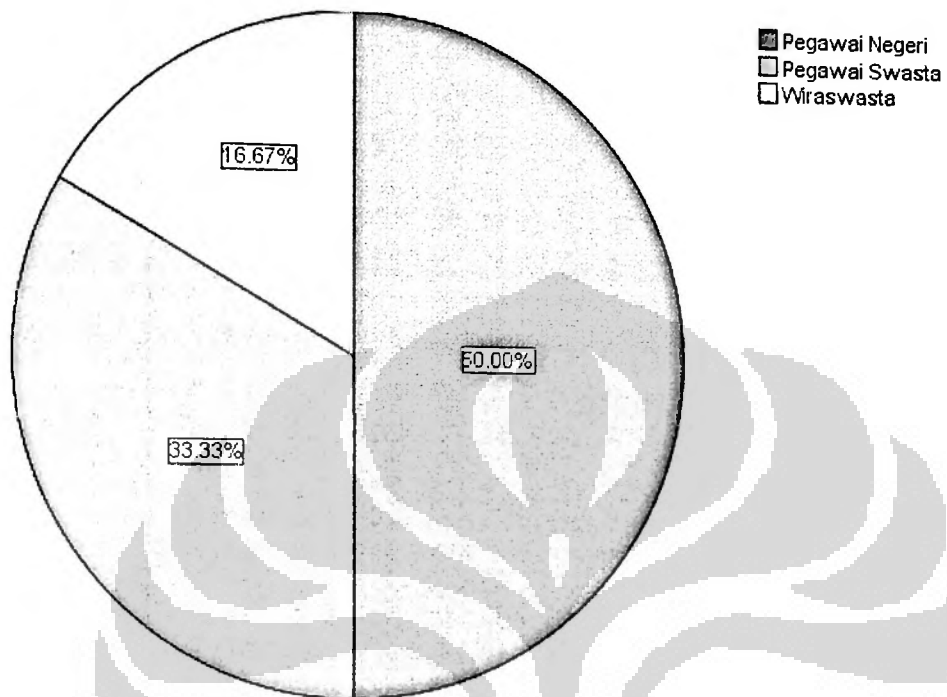


Pendidikan_Ibu

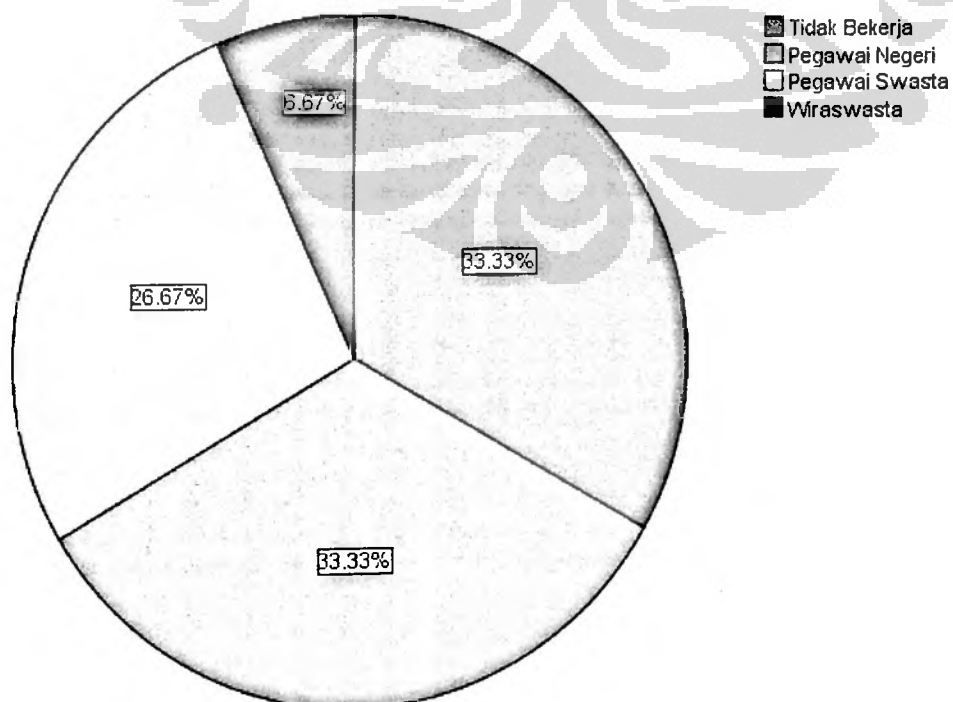


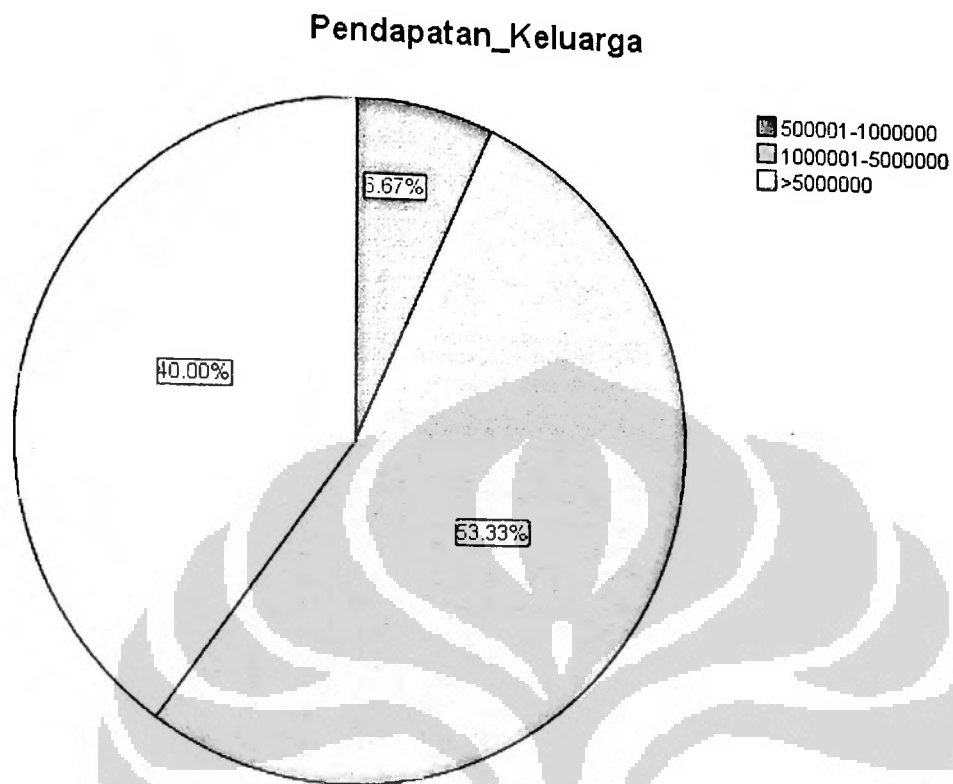
LAMPIRAN 4

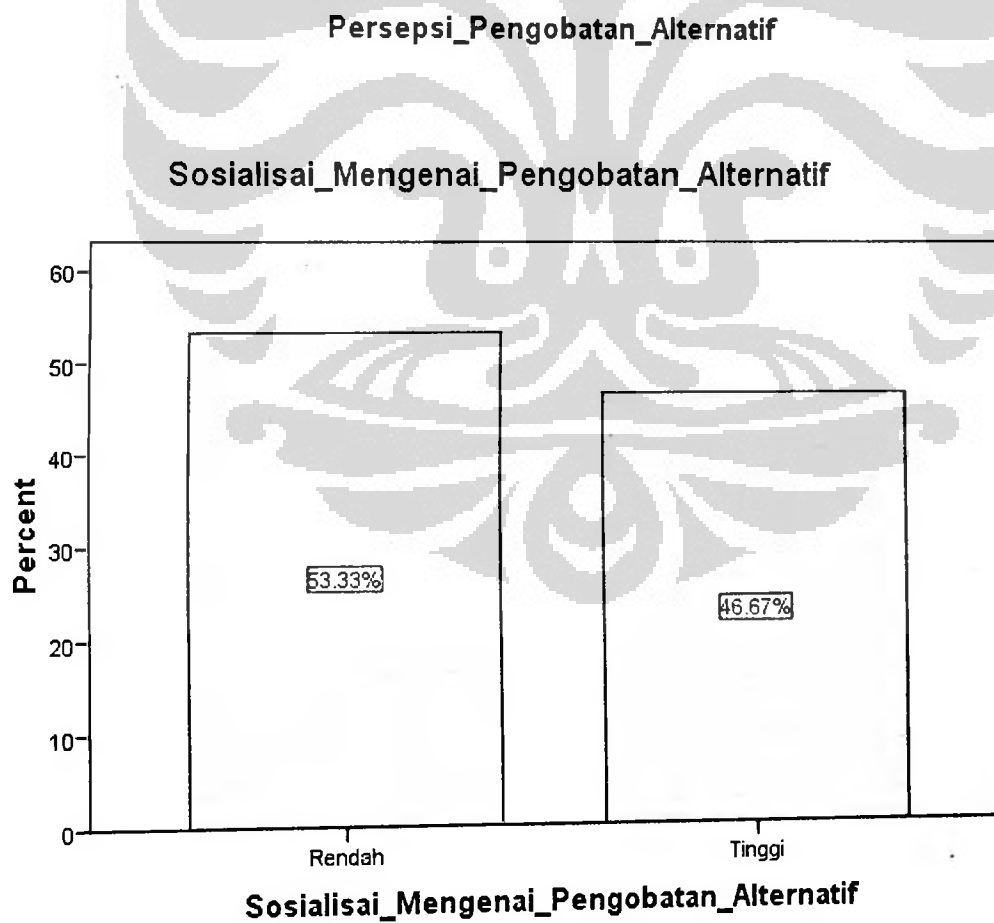
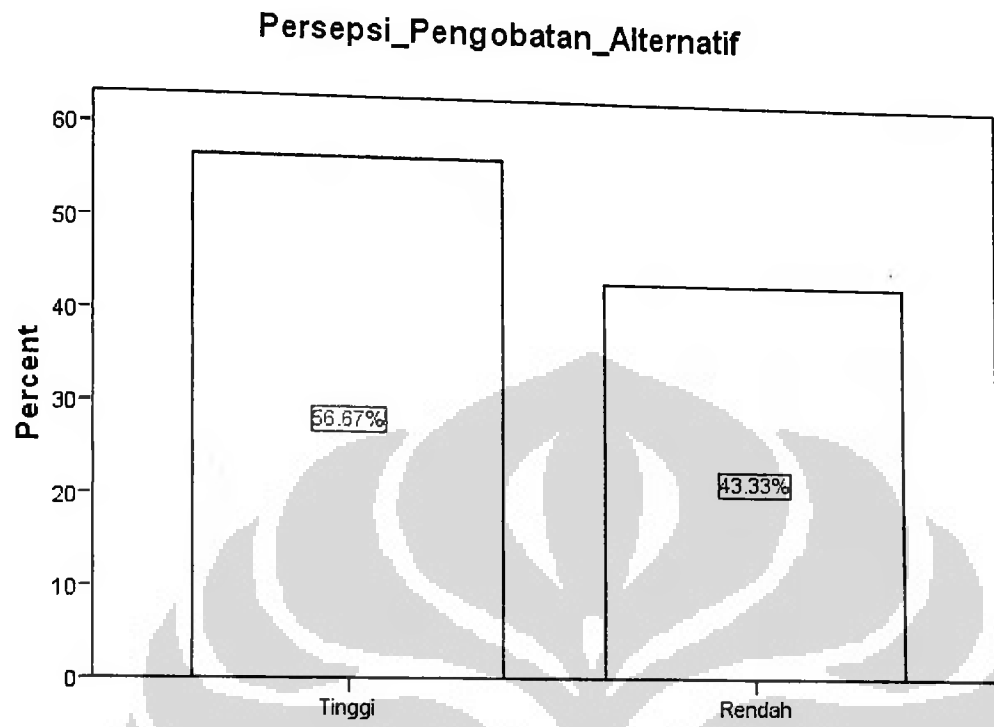
Pekerjaan_Ayah



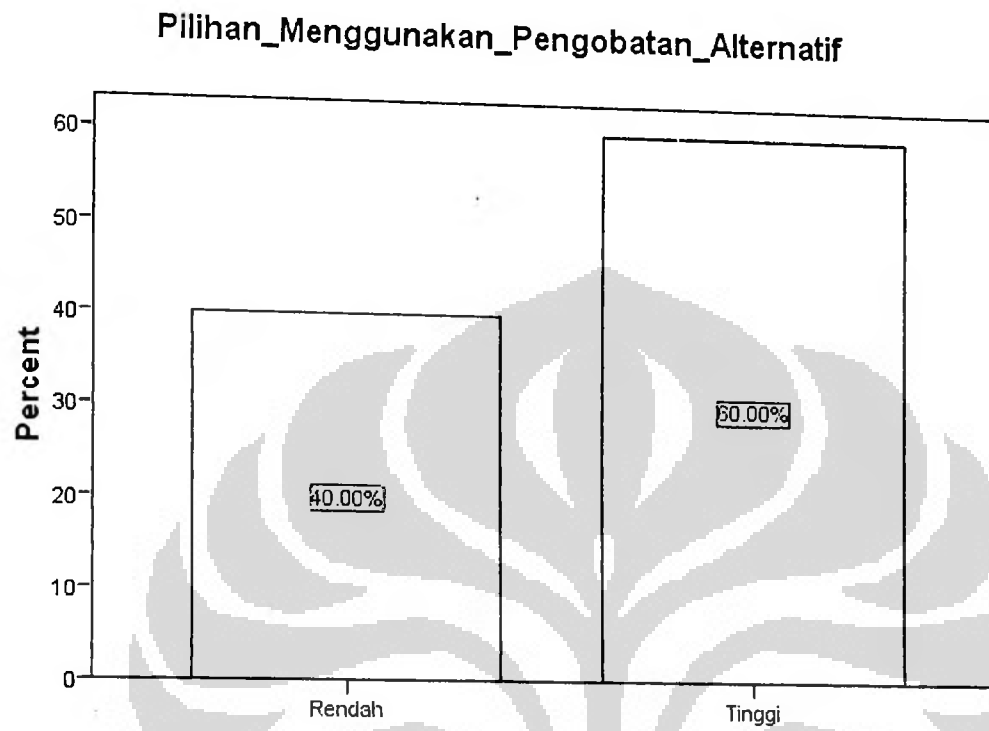
Pekerjaan_Ibu





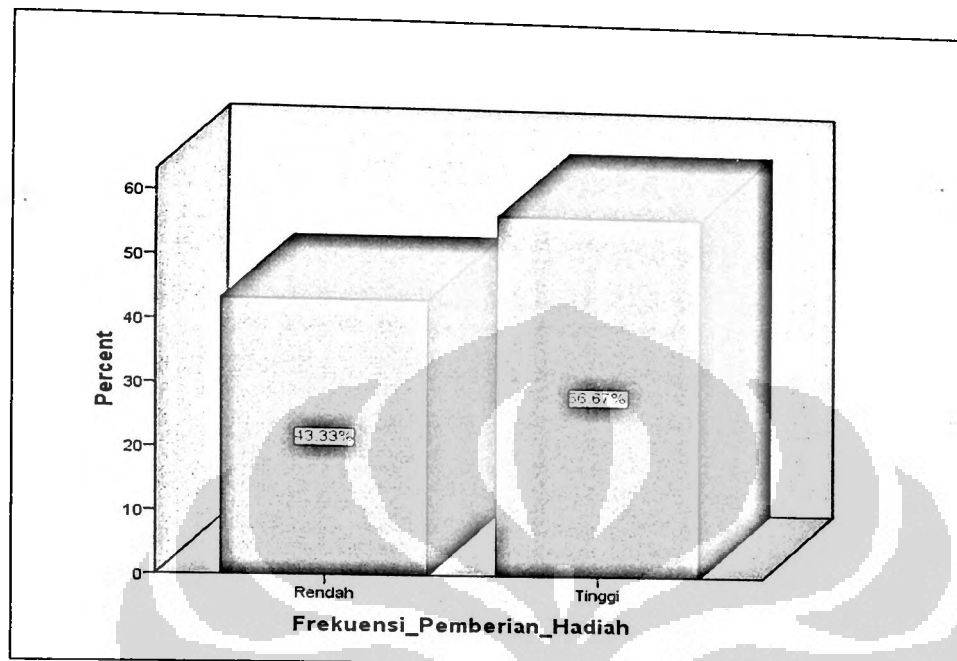


LAMPIRAN 7

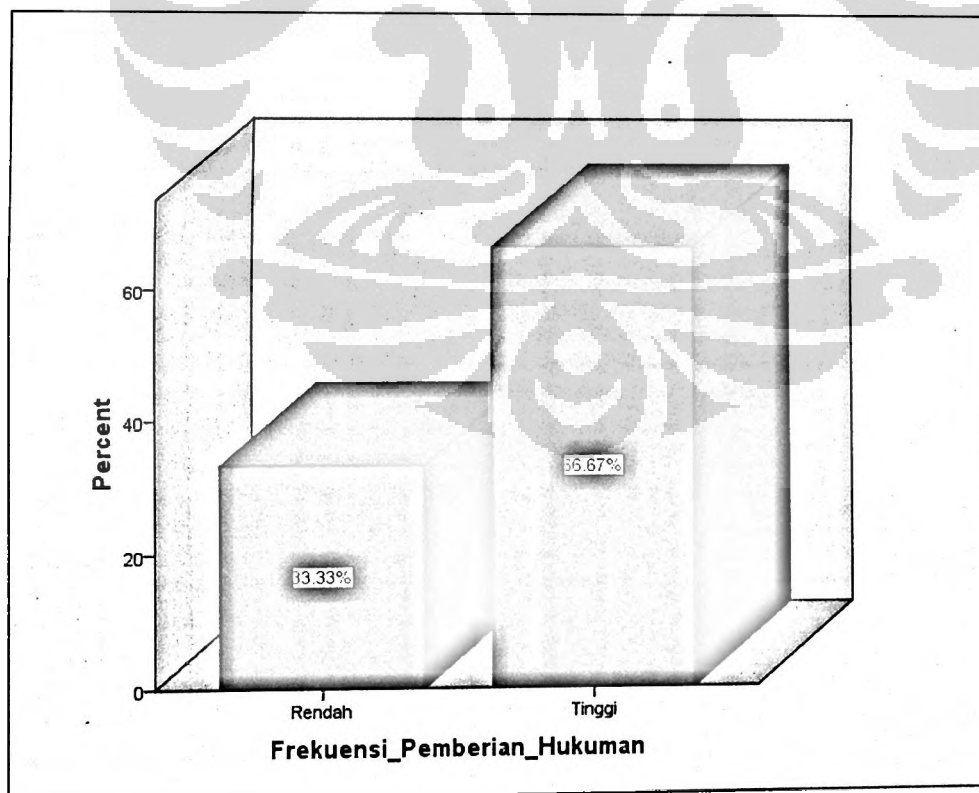


LAMPIRAN 8

Pemberian Hadiah dalam Penggunaan Pengobatan Alternatif



Pemberian Hukuman dalam Penggunaan Pengobatan Alternatif



Sumber: Data Penelitian 2009

```

FREQUENCIES VARIABLES=Jenis_Kelamin Range_Usia Pendidikan_Terakhir Tinggal_Dengan Pendidikan_Ayah Pendidikan_Ibu Pekerjaan_Ayah Pek
rjaan_Ibu Pendapatan_Keluarga Tingkat_Pendidikan
/STATISTICS=MEAN MEDIAN MODE SUM
/PIECHART FREQ
/ORDER=ANALYSIS.

```

Frequencies

[DataSet1] F:\My Works\The Words of Mine\Skripsi\SPSS Data\Data Umum Responden.sav

Frequency Table

Jenis_Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	18	60.0	60.0	60.0
	Perempuan	12	40.0	40.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Range_Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	16-18	4	13.3	13.3	13.3
	19-21	11	36.7	36.7	50.0
	22-24	10	33.3	33.3	83.3
	25-26	5	16.7	16.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Pendidikan_Terakhir

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tamat SMP	2	6.7	6.7	6.7
	Tamat SMU	17	56.7	56.7	63.3
	Tamat D3	4	13.3	13.3	76.7
	Tamat S1	7	23.3	23.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Tinggal_Dengan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Orang Tua	22	73.3	73.3	73.3

Tinggal_Dengan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kost	5	16.7	16.7	90.0
	Lain-lain	3	10.0	10.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Pendidikan_Ayah

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tamat SMU	2	6.7	6.7	6.7
	Tamat D3	3	10.0	10.0	16.7
	Tamat S1	19	63.3	63.3	80.0
	Tamat S2	6	20.0	20.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Pendidikan_Ibu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Tamat SMU	2	6.7	6.7	6.7
	Tamat SMU	4	13.3	13.3	20.0
	Tamat D3	6	20.0	20.0	40.0
	Tamat S1	18	60.0	60.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Pekerjaan_Ayah

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pegawai Negeri	15	50.0	50.0	50.0
	Pegawai Swasta	10	33.3	33.3	83.3
	Wiraswasta	5	16.7	16.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Pekerjaan_Ibu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Bekerja	10	33.3	33.3	33.3
	Pegawai Negeri	10	33.3	33.3	66.7
	Pegawai Swasta	8	26.7	26.7	93.3
	Wiraswasta	2	6.7	6.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Pendapatan_Keluarga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	500001-1000000	2	6.7	6.7	6.7
	1000001-5000000	16	53.3	53.3	60.0
	>5000000	12	40.0	40.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

```

FREQUENCIES VARIABLES=Persepsi_Pengobatan_Alternatif Pilihan_Menggunakan_Pengobatan_Alternatif Frekuensi_Pemberian_Hadiah Frekuensi_Pemberian_Hukuman Sosialisai_Mengenai_Pengobatan_Alternatif
/STATISTICS=MEAN MEDIAN MODE SUM
/BARCHART PERCENT
/ORDER=ANALYSIS.

```

Frequencies

[DataSet1] F:\My Works\The Words of Mine\Skripsi\SPSS Data\Data Umum Responden.sav

Frequency Table

Persepsi_Pengobatan_Alternatif					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	17	56.7	56.7	56.7
	Rendah	13	43.3	43.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Pilihan_Menggunakan_Pengobatan_Alternatif					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	12	40.0	40.0	40.0
	Tinggi	18	60.0	60.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Sosialisai_Mengenai_Pengobatan_Alternatif					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	16	53.3	53.3	53.3
	Tinggi	14	46.7	46.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	