

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Kesehatan merupakan salah satu kebutuhan terpenting masyarakat untuk bertahan hidup dan melakukan berbagai macam aktifitas dalam memenuhi kebutuhannya. Untuk melakukan itu semua masyarakat memerlukan sarana, pelayanan, dan akses menuju tercapainya kondisi kesehatan yang memadai. Tidak hanya dibutuhkan sebuah tempat yang berfungsi sebagai tempat pemulihan kondisi fisik semata, tetapi juga informasi, pengetahuan, dan pemahaman sebagai upaya perbaikan dan pembaharuan kesehatan masyarakat secara menyeluruh.

Pemerintah sebagai struktur memiliki tanggung jawab, berperan dalam mengupayakan perbaikan melalui sistem yang dimiliki, dan melakukan tindakan untuk merubah kondisi kesehatan masyarakat. Hal ini diatur dalam undang-undang kesehatan No.23 tahun 1992 BAB IV pasal 7 mengenai tugas dan tanggung jawab pemerintah yang menyatakan bahwa,

“pemerintah bertugas menyelenggarakan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat.”

Salah satu tindakan pemerintah dalam mengupayakan kesehatan yang merata yaitu memasukkan biaya kesehatan dalam APBN walaupun tidak diamanatkan oleh undang-undang. Sayangnya, masih terjadi kesimpangsiuran informasi yang diberikan antara presiden dan Departemen Kesehatan (Depkes) mengenai nominal anggaran. Tabel berikut menggambarkan dua versi anggaran kesehatan.

Tabel. 1. 1 Anggaran Kesehatan Indonesia dalam APBN

| Tahun | Presiden (dalam triliun) | Depkes (dalam triliun) |
|-------|-----------------------------|---------------------------|
| 2005 | Rp11,7 | Rp11,1 |
| 2006 | Rp16,3 | Rp13,9 |
| 2007 | Rp22,1 | Rp18,7 |
| 2008 | - | Rp19,7 |

Sumber: Siswanto, 2008, paragraf 2 dan 4

Masih terdapatnya kesimpangsiuran anggaran, tidak mempengaruhi distribusi anggaran ke daerah. Hal ini dibuktikan dengan pembagian antara pusat dan daerah (Siswanto, 2008, paragraf 6) yaitu dari 100% anggaran kesehatan, 13% diberikan kepada pemerintah pusat dan 87% diberikan kepada pemerintah daerah.

Penetapan anggaran kesehatan dan distribusi ke setiap daerah dihadapkan pada berbagai masalah kesehatan. Kondisi kesehatan Indonesia berdasarkan data statistik 2008 (Dinamika Penduduk, 2008, paragraf 6) secara umum terkait dengan akses terhadap pelayanan kesehatan dan pemenuhan kebutuhan gizi serta kalori. Kondisi pemenuhan gizi dan kalori Indonesia tergambar dalam laporan yang disampaikan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) tahun 2002 (10 Besar, n. d., paragraf 4) yaitu tingginya angka kematian anak di negara-negara miskin karena berat badan yang kurang dari normal. Menurut laporan tersebut jumlah anak diberbagai negara miskin yang tergolong berat badan kurang mencapai 170 juta anak dan setiap tahun 3 juta anak meninggal akibat kondisi ini. Termasuk didalamnya kondisi kesehatan nasional yang (10 Besar, n. d., paragraf 7) diperkirakan sekitar 34% sampai dengan 38% anak tergolong berat badan kurang. Badan Pusat Statistik (BPS) (Warouw, n. d., paragraf 2) mencatat perkembangan pertahunnya bahwa pada tahun 2003 sampai 2004 sebesar 25,8% anak bergizi kurang, tahun 2005 sebesar 24,7%, tahun 2006 sebesar 23,6%, dan tahun 2007 sebesar 21,9%. Data berbeda dari posyandu dan puskesmas seluruh Indonesia, melaporkan jumlah anak penderita gizi kurang dan buruk seperti digambarkan pada tabel berikut,

Tabel 1. 2 Jumlah Penderita Gizi Kurang dan Buruk Tahun 2004 sampai 2007

| No | Tahun | Jumlah penderita (Juta jiwa) |
|----|-------|---------------------------------|
| 1 | 2004 | 5,1 |
| 2 | 2005 | 4,4 |
| 3 | 2006 | 4,8 |
| 4 | 2007 | 4,1 |

Sumber: Warouw, 2008, paragraf 2

Melalui penanganan yang dilakukan pemerintah pusat dan daerah jumlah penderita gizi kurang dan buruk semakin berkurang, tetapi korban jiwa tetap tidak dapat dihindari. Jatuhnya korban jiwa pada kasus ini (Pramono, 2007, paragraf 3) merupakan akibat dari keterlambatan penanganan karena jumlah penanganan yang dilakukan tidak sebanding dengan jumlah kasus dan penderitanya.

Kondisi pemenuhan kebutuhan gizi dan kalori lainnya digambarkan dalam situasi yang berbeda, kali ini mewabah pada masyarakat usia dewasa karena perubahan gaya hidup. Wabah yang menyebar pada kelompok masyarakat ini lebih dikenal dengan sebutan penyakit degeneratif atau penyakit tidak menular. Penyakit tersebut diantaranya tekanan darah tinggi, serangan jantung, stroke, dan berbagai macam kanker. Departemen Kesehatan (Kasus Penyakit, 2007, paragraf 4) menyebutkan data dari bidang pengendalian penyakit tidak menular bahwa kondisi kesehatan masyarakat Indonesia tahun 2007 sebanyak 27% laki-laki dan 29% perempuan di atas 25 tahun menderita tekanan darah tinggi. Selain itu 0,3% populasi menderita penyakit jantung iskemik dan stroke, 1,2% populasi mengidap diabetes, serta 1,3% laki-laki dan 4,6% perempuan mengalami obesitas. Kondisi ini tidak hanya merugikan individu, tetapi juga pemerintah. Kerugian pemerintah (Kerja Sama Global, 2005, paragraf 3) terkait dengan produktivitas sumberdaya manusianya yang berpengaruh terhadap sektor ekonomi.

Disamping penyakit tidak menular, Indonesia memiliki masalah penyebaran wabah penyakit menular. Hal ini dibuktikan dengan prestasi Indonesia pada tahun 2004 (Indonesia Terbesar, 2004, paragraf 1) yang menduduki peringkat ke III jumlah beban penderita penyakit *tuberculosis* (TB) pada kategori berat setelah Cina dan India. Peringkat ini didasarkan pada angka kematian yang ketika itu mencapai 300 kasus perhari. Prestasi internasional lainnya diraih oleh

kasus demam berdarah. Indonesia (Demam Berdarah, 2003, paragraf 1) menempati kasus terbesar di dunia setelah Thailand di tahun 2003.

Selain masalah yang telah disebutkan, sektor ekonomipun berperan dalam mempengaruhi kondisi kesehatan masyarakat. Seperti tindakan yang dilakukan oleh para produsen pengolah makanan yang menggunakan bahan tambahan pangan (BTP) (Kasus Keracunan, 2007, paragraf 1). Kasus terkait makanan olahan dikemukakan oleh Schlosser (2004, p. 243-280) yang memperhatikan perkembangan restoran cepat saji di Amerika ketika itu. Di salah satu bab ia membahas pengaruh proses pengolahan daging sebagai bahan dasar pembuat makanan restoran cepat saji terhadap kasus penyebaran wabah penyakit yang diderita masyarakat setelah menyantap produk restoran tersebut. Berdasarkan hasil penelusurannya daging olahan yang digunakan restoran cepat saji di seluruh Amerika terpusat pada 13 perusahaan besar. Menjadi penyebab penyebaran wabah penyakit pada manusia antara lain pakan ternak berupa bangkai hewan yang diolah, proses penjagalan yang tidak layak, dan kinerja karyawan restoran cepat saji yang jauh dari prosedur penanganan yang layak. Perlu dicermati bahwa pemberian pakan ternak berupa bangkai hewan olahan sudah diperbolehkan dari FDA (*Food and Drug Administration*) (Gray, 2009, p. 75) yaitu lembaga pemerintah Amerika yang mengawasi dan mengizinkan peredaran obat-obatan yang layak untuk dikonsumsi.

Begitu pula yang terjadi di Indonesia, penggunaan BTP oleh para produsen makanan diperbolehkan jika pemakaiannya masih dalam batas toleransi (Dewi, 2008, p. 49). Pada perusahaan yang mengikuti standar penggunaan yang telah ditentukan, makanan olahan tidak masalah jika dikonsumsi oleh masyarakat. Namun bagi produsen yang menggunakan BTP diluar ketentuan, dampaknya akan langsung dirasakan oleh masyarakat yang mengkonsumsi produk tersebut. Seperti aspartam, flouride, formalin, sorbitol dan bahan tambahan lainnya sampai saat ini digunakan sebagai BTP (Dewi, 2008, p. 49 ; Gray, 2009, p. 152). Sementara itu Badan Pemeriksa Obat dan Makanan (BPOM) lembaga yang memiliki kewenangan dalam memeriksa kadar BTP dan memastikan terjaminnya produk yang dikonsumsi oleh masyarakat, seringkali melakukan tindakan setelah kasus bermunculan. Masalah lainnya, sebagian masyarakat belum termasuk masyarakat

yang cerdas dalam memilih produk. Sementara itu media tidak gencar dalam menginformasikan BTP dan dampak dari penggunaannya ke masyarakat, bahkan flouride tetap digunakan dalam pasta gigi (Gray, 2006, p. 204-215).

Dengan permasalahan kesehatan masyarakat yang terus berkembang dan penyesuaian terhadap anggaran yang ada, pemerintah berupaya mengoptimalkan perbaikan kondisi kesehatan masyarakat mulai dari penyediaan sarana kesehatan melalui pembangunan fisik hingga pengembangan sumber daya manusia. Semua itu dilakukan pemerintah terkait permasalahan akses masyarakat terhadap sarana kesehatan. Seperti yang dilakukan oleh pemerintah dan pihak swasta DKI Jakarta yang menyediakan empat belas macam fasilitas kesehatan (BPS, 2008, p. 116) yang digambarkan pada tabel berikut,

Tabel 1. 3 Jumlah Fasilitas Kesehatan DKI Jakarta tahun 2003-2007

| Fasilitas Kesehatan | 2003 | 2004 | 2004 | 2005 | 2007 |
|---------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1. Rumah Sakit | 113 | 107 | 109 | 122 | 131 |
| 2. Tempat Tidur | 15632 | 15273 | 15687 | 16289 | 16662 |
| 3. Tempat Bersalin | 125 | 135 | 141 | 141 | 141 |
| 4. Tempat Tidur | 1652 | 1155 | 700 | 700 | 700 |
| 5. Puskesmas Kecamatan | 44 | 44 | 44 | 44 | 44 |
| 6. Puskesmas Kelurahan | 289 | 289 | 293 | 297 | 297 |
| 7. Puskesmas Swasta | 43 | 47 | NA | NA | NA |
| 8. Puskesmas Keliling | 54 | 58 | 68 | 68 | 68 |
| 9. Balai Pengobatan | 705 | 870 | 606 | 606 | 606 |
| 10. Balai Pengobatan Gigi | 72 | 70 | 73 | 73 | 73 |
| 11. Klinik Spesialis | 156 | 156 | NA | NA | NA |
| 12. Laboratorium | 174 | 168 | 148 | 148 | 148 |
| 13. Apotik | 973 | 1061 | 1123 | 1123 | 1497 |
| 14. Posyandu | 3316 | 3795 | 3872 | 3993 | 4063 |

NA (Not Aplicable): Data tidak dapat ditampilkan

Sumber: BPS DKI Jakarta 2008

Dengan tingkat fasilitas yang beragam, harapan yang muncul adalah kondisi kesehatan masyarakat dapat berubah. Melalui fasilitas yang tersedia, akses masyarakat terhadap sarana kesehatan dapat lebih mudah. Terlebih DKI Jakarta didukung oleh sumber daya manusia (BPS, 2008, p. 117) yang jika dilihat secara

kuantitatif jumlah tenaga kesehatan tersebut dapat menyelesaikan masalah kesehatan. Jumlah tenaga kesehatan DKI Jakarta dapat dilihat pada tabel berikut,

Tabel 1.4 Jumlah Tenaga Kesehatan DKI Jakarta

| Tenaga Kesehatan | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Kader Pusat Posyandu | 27944 | 27986 | 25295 | 27431 | 29718 |
| Dokter Umum | 825 | 2402 | 1069 | 1382 | 1865 |
| Dokter Spesialis | 3327 | 3122 | 4404 | 4617 | 5396 |
| Dokter Gigi | 611 | 635 | 667 | 864 | 959 |
| Apoteker | 84 | 73 | 90 | 82 | 158 |
| Asisten Apoteker | 151 | 370 | 723 | 644 | 1135 |
| Bidan | 1271 | 1337 | 1577 | 2165 | 2088 |

Sumber: BPS DKI Jakarta, 2008

Dari tabel tersebut menggambarkan bahwa tenaga kesehatan yang ada dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat. Tanggung jawab pemerintah selanjutnya terkait dengan upaya kesehatan, seperti disebutkan dalam undang-undang kesehatan No. 23 tahun 1992 pasal 6 yaitu mengatur, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan.

Namun sekuat apapun peraturan yang dibuat, selalu ada tindakan yang bertentangan dengan aturan-aturan tersebut. Begitu pula tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dan pihak pengelola sarana kesehatan. Kasus-kasus bermunculan akibat dari tindakan yang dilakukan, beberapa diantaranya berhasil ditangani dan dicatat oleh Yayasan Pemberdayaan Konsumen Kesehatan Indonesia (YPKKI). Ragam kasus tersebut mulai dari tindakan akibat kelalaian individu seperti dokter dan bidan hingga instansi terkait. Dampak kelalaian itu diantaranya memperburuk kondisi kesehatan pasien, kerugian materi, hingga menyebabkan kematian dengan total kasus dari tahun 1998 sampai 2007 sebanyak 318 kasus se-Indonesia. Tidak hanya di Indonesia, Amerika dengan modernisasi sistem medis yang lebih dari Indonesia memiliki kasus tersendiri dalam hal kelalaian dokter. Data dari kumpulan berbagai artikel (Dewi, 2008, p. 89) menyebutkan bahwa 250 jiwa meninggal pertahunnya akibat kelalaian dan keteledoran dokter.

Menurut Dewi (2008, p. 13) munculnya kasus-kasus akibat kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dan rumah sakit atau sarana kesehatan lainnya karena perubahan makna pada jasa pelayanan kesehatan. Ranah medis konvensional menurut Toffler (Dewi, 2008, p. 15) mengalami kejutan gelombang dalam situasi laju perkembangan industri yang tidak terkendali sehingga pengaruhnya besar terhadap dunia kesehatan. Seperti dijelaskan dalam kutipan berikut:

“Metode pengobatan dan obat-obatan yang tersedia saat ini merupakan hasil daya cipta manusia, yang pada masa awal berkembangnya ilmu pengobatan, diberikan secara cuma-cuma, bahkan disebarluaskan tanpa ada konsekuensi ekonomi atau politis. Filosofi ilmu pengobatan sendiri mengatakan bahwa mengobati seseorang berarti menolong, dan bukan mengambil keuntungan.” (Dewi, 2008, p. 33).

Perubahan pada metode pengobatan dalam medis konvensional juga dipengaruhi oleh pendidikan kesehatan termasuk kedokteran yang tergolong mahal dan kini dijadikan sebagai aset industri (Dewi, 2008, p. 17). Oleh karena itu tidak sedikit dari mereka memanfaatkan profesi dan lembaga sebagai mesin penghasil uang dengan alasan fungsi ekonomi dan sedikit yang menyadari fungsi sosialnya. Dampak dari itu semua pasien yang menggunakan jasa kesehatan diperlakukan seperti mesin. Standar antara manusia yang satu dengan yang lain dalam proses pengobatan di perlakukan sama, padahal tiap individu memiliki penyikapan yang berbeda.

Kondisi kesehatan yang telah dijelaskan, membuat sistem medis konvensional digunakan secara masal. Dampak dari itu semua malah memunculkan berbagai masalah di masyarakat. Menurut Purwadianto (2006, paragraf 2) sistem medis ini memakan biaya yang tinggi justru karena sisi objektivitas dan transparan. Bagi Sistem medis ini pasien merupakan organisme biologis tanpa jiwa. Prinsip pemisahan yang tegas antara tubuh dan jiwa manusia, karena jiwa menurut sistem medis ini bukan merupakan bagian yang objektif dan ilmiah. Sehingga proses pengobatan pun dilakukan dengan pendekatan fisik berupa penambahan, pengurangan, atau netralisasi terhadap penyebabnya. (Purwadianto, 2006, paragraf 4). Akibat adanya kelemahan pada medis

konvensional, maka kekurangan tersebut dimanfaatkan oleh sistem medis alternatif untuk menjadi bagian dari pilihan pengobatan di masyarakat.

1.2 Permasalahan

Berdasarkan kondisi yang telah dijelaskan sebelumnya bahwa keberadaan sistem medis konvensional bukan berarti menjadi solusi mutlak bagi permasalahan kesehatan masyarakat. Seperti dijelaskan oleh Nadesul (2007, p. 159) hidup sehat lebih banyak dapat dilakukan diri sendiri dibandingkan dengan bantuan dokter, karena kuncinya ada pada pengetahuan dan wawasan yang dikerjakan secara tekun serta patuh. Seperti yang dijelaskan dalam bukunya, ia memberikan gambaran bagaimana mengelola stres, bagaimana merawat tubuh dan bagian-bagiannya, dan melakukan pemeriksaan sendiri tanpa harus berkunjung ke rumah sakit. Demikian pula dengan penjelasan Guang (2005, p. 19-41) mengenai kiatnya dalam menghindari dokter dan obat. Ia meyakinkan bahwa individu dapat mencegah penyakit tanpa harus menyentuh ranah medis konvensional. Mereka menggambarkan bagaimana upaya pencegahan (preventif) yang dapat dilakukan sendiri, dengan alasan upaya penyembuhan (kuratif) membuat masyarakat kesulitan ditengah kondisi yang serba sulit.

Selain karena kondisi yang sulit Gray (2009, p. 77) menyajikan sebuah fakta bahwa obat-obat kimia yang dianjurkan oleh kalangan medis konvensional yang dikonsumsi secara masal, ternyata berdampak buruk bagi kesehatan. Dampak tersebut diantaranya merusak bagian-bagian tubuh hingga gangguan kejiwaan. Permasalahannya, akibat yang ditimbulkan dari obat-obat kimia tidak diinformasikan secara objektif dan transparan seperti prinsip yang dipegang oleh sistem medis konvensional secara umum. Hal ini diakui oleh Nadesul (2007, p. 203&79) bahwa banyak obat yang efek sampingnya buruk terhadap bagian tubuh tertentu dan dipastikan obat tidak selalu identik dengan kesembuhan.

Oleh karena itu kekurangan-kekurangan yang ada pada sistem medis konvensional dimanfaatkan kelompok masyarakat yang memilih untuk mengembangkan sistem medis yang biasa disebut dengan sistem medis alternatif. Sistem medis ini dianggap sebagai sistem yang beberapa prinsip didalam proses pengobatannya tidak terdapat pada sistem medis konvensional. Salah satu prinsip

pengobatan yang tidak dimiliki oleh sistem medis konvensional (Purwadianto, 2006, paragraf 9) yaitu menggunakan sisi subyektivitas pasien. Sisi subyektivitas ini melihat penyakit tidak sekedar penyimpangan sistem tubuh melainkan dipengaruhi faktor kejiwaan, sosial, dan lingkungan sekitar.

Melihat perkembangan sistem medis alternatif, Shealy (Turana, 2003, paragraf 6) mengelompokkan metode pengobatan dalam tiga bagian berdasarkan terapi yang dilakukan, yaitu :

1. Terapi energi diantaranya Akupunktur, Akupresur, Shiatsu, Do-in, Shaolin, Qigong, T'ai chi ch'uan, Yoga, Meditasi, Terapi polaritas, Refleksiologi, Metamorphic technique, Reiki, Metode Bowen, Ayurveda, dan Terapi tumpangan tangan.
2. Terapi fisik diantaranya Masase, Aromaterapi, Osteopati, Chiropractic, Kinesiologi, Rolfing, Hellework, Feldenkrais method, Teknik Alexander, Trager work, Zero balancing, Teknik relaksasi, Hidroterapi, Flotation therapy, dan Metode Bates.
3. Terapi pikiran dan spiritual diantaranya Psikoterapi, Psikoanalitik, Terapi kognitif, Terapi humanistik, Terapi keluarga, Terapi kelompok, Terapi autogenik, Biofeedback, Visualisasi, Hipnoterapi, Dreamwork, Terapi Dance movement, Terapi musik, Terapi suara, Terapi seni, Terapi cahaya, Biorhythms, dan Terapi warna.

Selain itu fenomena ini pun mendorong orang-orang yang berada di wilayah medis modern untuk melakukan penelitian dalam mengukur efektifitas sistem medis alternatif (Turana, 2003, paragraf 8-9). Namun dalam melihat efektifitasnya para peneliti mengalami beberapa hambatan, salah satu hambatan tersebut karena heterogenitas cara yang digunakan dalam mengobati gejala yang sama dinilai tinggi. Hal ini ditemukan pada metode pengobatan akupunktur.

Dalam studi yang peneliti angkat, bekam merupakan bagian dari metode pengobatan alternatif yang beberapa hal didalamnya terdapat perbedaan jika dibandingkan dengan medis konvensional. Melihat heterogenitas pengobatan alternatif di atas, peneliti cenderung memasukkan pengobatan bekam pada kelompok terapi fisik. Menjadi menarik untuk ditelaah lebih lanjut, karena penelitian ini menggambarkan bekam sebagai bagian dari sistem medis alternatif.

Bekam memiliki alat-alat dalam melakukan proses pengobatan, penyembuh, pasien, dan proses pengobatannya yang berbeda. Gambaran-gambaran tersebut akan dijelaskan sesuai dengan kerangka pemikiran dalam penelitian ini. Oleh karena itu pertanyaan penelitian utama dalam skripsi ini adalah bagaimana bekam sebagai bagian dari metode pengobatan alternatif berkembang di Indonesia?

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini yaitu untuk memberikan gambaran mengenai bekam sebagai bagian dari metode pengobatan alternatif melalui alat-alat yang digunakan, penyembuh, pasien, dan proses pengobatannya.

1.4 Signifikansi Penelitian

1.4.1 Signifikansi Teoritis

Secara teoritis penelitian ini bertujuan untuk menjelaskan dan menggambarkan bekam sebagai bagian dari metode pengobatan alternatif di masyarakat. Secara sosiologis penelitian ini akan memberikan sumbangan pikiran tentang gambaran sistem medis alternatif melalui alat-alat yang digunakan dalam proses pengobatan, penyembuh, pasien, dan proses pengobatannya.

1.4.2 Signifikansi Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan pengetahuan lebih terhadap gambaran sistem medis alternatif, mengingat sistem medis ini ikut berperan dalam perubahan kondisi kesehatan masyarakat. Selain itu penelitian ini dapat memberikan masukan kepada tenaga kesehatan terkait dengan akses, pelayanan, dan pengawasan dalam dunia kesehatan.

1.5 Kerangka Pemikiran

Kerangka pemikiran dalam penelitian ini digunakan untuk membantu menganalisis permasalahan. Kerangka pemikiran berisi beberapa tinjauan pustaka

yang terdiri dari beberapa hasil penelitian yang berkaitan dengan penelitian ini dan beberapa konsep yang digunakan sebagai acuan analisis.

1.5.1 Tinjauan Pustaka

1.5.1.1 Penelitian Rosalia Sciortino

Penelitian yang berjudul konstruksi kerahasiaan dalam interaksi pelayan kesehatan dan pasien ditujukan untuk menggambarkan hubungan antara penyedia pelayanan dan pasien di puskesmas-puskesmas yang tersebar di daerah pedesaan Jawa Tengah. Konsep yang ditekankan yaitu konstruksi rahasia dengan tujuan untuk menunjukkan sebuah bentuk ekstrim dari pengendalian informasi oleh staf puskesmas yang membiarkan pasien dalam kondisi ketidaktahuan total mengenai masalah-masalah kesehatan (Sciortino, 1999, p. 75).

Dalam penelitian Sciortino (1999, p. 91) ditemukan bahwa konstruksi kerahasiaan pada puskesmas setempat terjadi karena pengetahuan yang berbeda mengenai penyakit dan kesehatan baik oleh tenaga kesehatan maupun pasien. Menurut Katon dan Kleinman (Sciortino, 1999, p. 75) hal ini terjadi karena nilai-nilai budaya, model-model kognitif dan kepercayaan-kepercayaan yang tidak sama antara mereka. Perbedaan ini dapat dilihat pada pandangan tenaga kesehatan khususnya terhadap pelayanan puskesmas yaitu mengobati pasien sebanyak mungkin untuk mencapai target yang ditentukan oleh pemerintah, sehingga melakukan pemeriksaan teliti dianggap sebagai sesuatu yang berlebihan. Sebagai gambaran ketika proses pelayanan berlangsung dalam waktu tiga jam jumlah pasien yang diperiksa mencapai seratus orang dan setiap pasien diperlakukan sama. Selain itu tergambar pula ketika mereka memberikan suntikan dan obat-obatan kepada pasien yang dinilai oleh Sciortino (1999, p. 86) merupakan suatu kegiatan ritual dari pada tindakan *therapeutis*.

Sementara itu pola ini didukung oleh nilai yang dimiliki masyarakat dengan adanya ketidakleluasaan budaya dikalangan mayoritas pasien. Hal ini diakibatkan dari pengetahuan pasien yang berbeda dari tenaga kesehatan terhadap kesehatan yaitu sebuah misteri yang dihargai, sehingga pasien tidak berani bertanya dan tidak tertarik untuk mengetahui fungsi biomedis. Namun di luar nilai yang dianut oleh mayoritas pasien puskesmas, beberapa pasien memiliki

pandangan bahwa kondisi tersebut sebagai sesuatu yang tidak memuaskan. Akibatnya pasien yang merasa tidak puas dengan pola tersebut mengambil pilihan alternatif baik modern maupun tradisional untuk mendapatkan kepuasan dalam hal informasi kesehatan maupun dari sisi psiko-sosial.

Manfaat yang diperoleh dari penelitian ini adalah mengetahui gambaran bahwa pengetahuan dapat mendukung suatu konstruksi di antara dua pihak yang saling berkaitan, tetapi bukan tidak mungkin jika konstruksi yang dibangun atas dasar perbedaan pengetahuan tersebut dapat memunculkan pandangan lain diluar perbedaan yang sudah terbentuk pada salah satu pihak. Hal ini dapat dilihat pada konstruksi kerahasiaan yang sengaja di munculkan dengan daya dukung dari perbedaan pandangan terhadap pelayanan kesehatan baik dari tenaga kesehatan maupun pasien puskesmas. Pada tenaga kesehatan puskesmas pelayanan kesehatan dipandang sebagai pencapaian target tertentu, karena adanya arahan terpusat dari struktur berupa target yang sudah ditentukan dalam melakukan pelayanan kesehatan. Dampak yang ditimbulkan dari pandangan tersebut yaitu pada tindakan tenaga kesehatan terhadap pasien dalam melakukan proses pengobatan. Pada mayoritas pasien, pelayanan kesehatan diketahui sebagai suatu misteri yang dihargai. Pandangan itu terbentuk karena faktor budaya, pendidikan, dan ekonomi. Sehingga perbedaan cara pandang ini dimanfaatkan oleh tenaga kesehatan dalam melanggengkan konstruksi kerahasiaan. Sementara itu rahasia yang dikonstruksikan memunculkan pandangan berbeda pada sebagian pasien yang lain sebagai sesuatu yang tidak memuaskan. Mereka lebih memilih menggunakan pengobatan selain puskesmas atau memadukan antara pengobatan puskesmas dengan metode pengobatan lain sebagai bentuk ketidakpuasannya tersebut.

1.5.1.2 Penelitian Ari Rahmawati

Penelitian mengenai ruqyah yang merupakan bagian dari sistem medis alternatif dilihat dari sisi antropologi, dengan fokus kajian pada tiga pasien di Tenabang Ruqyah Center, Jakarta Pusat. Tujuan penelitian ini ingin melihat konsep sehat dan sakit menurut pasien serta pengetahuan pasien terhadap metode pengobatan tersebut. Konsep yang digunakan sebagai acuan analisis yaitu disease, illness, fenomena subjektif, fenomena objektif, kognitif sebagai proses perilaku

pasien terhadap penanganan penyakit, dan sistem medis alternatif yang didalamnya terdapat sistem medis personalistik terkait dengan intervensi hal gaib dalam proses pengobatan ruqyah.

Penelitian ini menemukan (Rahmawati, 2005) bahwa konsep sehat dan sakit menurut pasien ruqyah yaitu suatu keadaan orang merasa tubuh yang tidak mampu melakukan aktifitas sehari-hari sebagaimana biasanya yang diyakini diakibatkan oleh dua hal yaitu lelah dan gangguan hal gaib. Sedangkan pengetahuan pasien terhadap metode pengobatan ruqyah yaitu sebagai sebuah metode pengobatan dengan menggunakan ayat-ayat tertentu dalam Al-qur'an. Sementara itu dalam pemilihan metode pengobatan, fungsi kognitif pasien tidak lepas dari agen sosialisasi, agama yang dianut oleh pasien, dan pengalaman pasien dalam menggunakan pengobatan modern.

Manfaat bagi penelitian ini yaitu mengetahui bahwa perbedaan definisi konsep sehat dan sakit pada pasien dapat menentukan pilihan pengobatan, yang ditunjang dengan pengetahuan pasien terhadap metode pengobatan alternatif, sosialisasi orang-orang terdekat, dan ketidakmampuan medis modern dalam menjelaskan penyakit yang mereka alami. Namun, tidak menutup kemungkinan pasien menggunakan pengobatan lain di luar pengobatan ruqyah.

1.5.1.3 Penelitian Esther Walcott

Penelitian oleh peserta program ACICIS (*Australian Consortium for in Country Indonesia Studies*) asal Australia, berjudul Seni Pengobatan Alternatif Pengetahuan dan Persepsi. Mengangkat sebuah tema besar metode pengobatan alternatif di Indonesia. Pengobatan alternatif dalam konteks ini dilihat dari sudut pandang budaya, khususnya budaya Jawa di kota Malang pada tahun 2004. Metode yang digunakan dalam penelitian ini yaitu studi kasus pada tiga dukun diantaranya kebatinan, prewengan, dan tenaga dalam. Selain itu dalam penelitian ini digunakan metode survey untuk mengetahui persepsi masyarakat setempat. Hal ini ditujukan untuk menggali informasi mengenai pengobatan alternatif khususnya definisi konsep sehat dan sakit yang terkait dengan hal gaib dan mengetahui persepsi masyarakat setempat mengenai metode pengobatan tersebut (Walcott, 2004, p. 9).

Hasil penelitian Walcott (2004, p. 33-35) menunjukkan bahwa, perbedaan definisi konsep sehat dan sakit dipengaruhi oleh metode pengobatan yang ditekuni masing-masing informan. Selain itu faktor utama yang mempengaruhi informan dalam memilih metode pengobatan yang ditekuni yaitu pengalaman. Hal ini tergambar pada ketiga informan yaitu pada kasus pertama (Walcott, 2004, p. 17-20), informan yang menekuni metode pengobatan kebatinan. Memilih menjadi seorang dukun kebatinan karena melihat contoh ayahnya yang memiliki profesi serupa. Menurut informan ilmu kebatinan di percaya sebagai sebuah bakat pemberian dari Tuhan. Dalam ilmu kebatinan, keseimbangan merupakan hadirnya dua energi yaitu energi positif dan negatif. Kondisi sehat dan sakit menurut metode pengobatan ini dipengaruhi oleh energi yang ada pada individu. Dalam proses pengobatannya untuk mengetahui kondisi pasien, informan melakukan radiasi aura. Selanjutnya informan mengupayakan pengeluaran energi negatif pada pasien.

Kasus ke dua, prewengan yaitu metode pengobatan yang pada prosesnya menggunakan bantuan dari makhluk gaib (Walcott, 2004, p. 23-25). Definisi sehat dari sudut pandang prewengan, merupakan kondisi yang tergantung pada pola pikir atau faktor psikologis. Sedangkan seseorang dikatakan sakit jika pola pikirnya tidak dijaga. Dalam proses pengobatan dukun tersebut meminta kekuatan dari roh, beberapa macam rempah, dan mantera. Proses diagnosis pasien dilakukan setelah dukun tersebut sudah dirasuki roh. Alasan informan memperdalam metode pengobatan ini, karena pada saat itu informan berhasil menyembuhkan puteranya dengan bantuan roh.

Kasus ke tiga, tenaga dalam yaitu hasil dari pengaturan tata listrik atau energi dalam tubuh (Walcott, 2004, p. 27-29). Metode pengobatan ini dipilih oleh infoman karena keberhasilan dalam mengobati mahasiswanya. Definisi sehat menurut metode pengobatan ini yaitu sesuatu yang dapat dikontrol seseorang lewat perilaku, penjagaan kesehatan raga dan jiwa. Sedangkan sakit, merupakan kondisi sebaliknya. Proses pengobatannya dengan mendeteksi penyakit melalui bagian tubuh tertentu dari pasien, kemudian menggunakan kekuatan tenaga dalam.

Sedangkan dari sudut pandang yang berbeda Walcott (2004, p. 35-44) mengemukakan persepsi masyarakat setempat terhadap metode pengobatan

tersebut dipengaruhi oleh berbagai macam faktor. Faktor-faktor tersebut diantaranya ekonomi, kepercayaan dan kebudayaan, agama, geografi, sosial, serta demografis. Dilihat dari sisi ekonomi sistem medis ini tergolong lebih murah karena biaya pengobatan diberikan secara sukarela, walaupun pasien ketiga dukun tersebut berasal dari kelas ekonomi yang beragam. Dari segi budaya dan kepercayaan persepsi masyarakat mengenai pengobatan ini terbagi dua karena alasan rasional dan tidaknya hasil pengobatan. Persepsi masyarakat berdasarkan agama, mayoritas menolak karena sistem medis ini tidak mengakui adanya Tuhan akibat dari kedekatannya dengan dunia gaib. Secara geografis, masyarakat menerima karena letaknya yang mudah dijangkau. Sedangkan faktor sosial dan demografis mayoritas masyarakat menerima karena metode pengobatan ini sesuai untuk masyarakat desa.

Manfaat bagi penelitian ini yaitu adanya gambaran perbedaan dalam melakukan proses pengobatan dari masing-masing dukun yang dipengaruhi oleh definisi konsep dukun terhadap metode pengobatan alternatif. Perbedaan definisi konsep tersebut terjadi karena latar belakang memperdalam metode pengobatan dan pengalaman masing-masing dukun dalam menggunakan metode pengobatan. Begitupula dengan persepsi masyarakat setempat mengenai sistem medis alternatif. Persepsi masyarakat mengenai sistem medis alternatif juga di pengaruhi oleh beberapa faktor. Persepsi dan faktor-faktor yang ada di dalamnya juga merupakan hal yang mempengaruhi perbedaan makna terhadap sistem medis alternatif yang ada di sekitar masyarakat. Semua itu berdampak pada keputusan masyarakat dalam menentukan metode pengobatan.

1.5.1.4 Pandangan Stacey mengenai Perkembangan Medis Alternatif

Pandangan Stacey (1995, p. 159) terhadap sistem medis alternatif fokus pada kategorisasi yang disesuaikan dengan bagaimana metode pengobatan dapat berkembang. Beberapa fenomena perkembangan sistem medis alternatif yang diamati Stacey diantaranya Amerika, Inggris, Jerman Barat dan Timur, serta metode pengobatan Cina. Di samping itu Stacey juga membahas mengenai alasan mengapa sistem medis alternatif dapat dipercaya oleh masyarakat.

Bermula pada pembahasan tulisan Unschuld (Stacey, 1995, p. 154-155) mengenai perbandingan perkembangan sistem medis alternatif di Jerman Barat dan Timur berdasarkan ekonomi politik yang dianut masing-masing negara. Jerman Timur yang ekonomi politiknya unitari memiliki kebijakan untuk membatasi sistem medis alternatif, karena keinginan pemerintah ketika itu pelayanan kesehatan berbasis ilmiah. Walaupun beberapa metode pengobatan alternatif seperti homeopati dan antroposopi masih ada, namun tujuan pemerintah untuk menghapus sistem medis alternatif setahap demi setahap tetap dilakukan.

Sedangkan Jerman Barat dengan kapitalis liberalnya lebih terbuka terhadap keragaman sistem medis di wilayahnya. Pemerintah mensahkan undang-undang yang melegalkan sistem medis alternatif dengan landasan untuk mengobati orang lain. Kebijakan yang dibuat ketika itu mengintegrasikan sistem medis alternatif ke dalam pendidikan kesehatan, bahkan sampai tingkat universitas.

Kemudian perkembangan sistem medis alternatif dari sudut pandang yang berbeda (Stacey, 1995, p. 156) diajukan oleh West. West mengelompokkan sistem medis alternatif ke dalam kategori yang berbeda yaitu berdasarkan konsep *Cartesian mind-body* diantaranya physical, psychological, dan paranormal.

Sementara itu Young (Stacey, 1995, p. 156) menemukan perkembangan berdasarkan penjelasan penyebab suatu penyakit. Pengelompokkan tersebut yaitu *externalizing system* dan *internalizing system*. *externalizing system* yaitu sistem yang menjelaskan bahwa penyakit berasal dari luar tubuh seseorang. Contoh *externalizing system* adalah paranormal, karena pengobatan ini meyakini bahwa penyakit datang dari sesuatu yang merugikan atau roh jahat yang masuk ke dalam tubuh. Sedangkan *internalizing system* merupakan sistem yang menjelaskan bahwa penyakit berasal dari dalam tubuh. Contoh dari sistem ini yaitu semua sistem yang melalui pendidikan formal yaitu pengobatan Cina, Unani, Ayurveda dan pengobatan modern.

Dari keragaman kategorisasi akibat berkembangnya sistem medis alternatif, Stacey mengaitkan dengan pandangan masyarakat bahwa semakin lama masyarakat semakin percaya dengan sistem medis ini. Beberapa penelitian dilakukan untuk melihat efektifitas pengobatan dari sistem medis alternatif

dengan studi metode akupunktur. Ternyata dampak yang dihasilkan sangat baik untuk kesembuhan pasien, oleh karena itu Stacey (1995, p. 159) menyimpulkan dari beberapa penelitian yang telah dilakukan bahwa kepercayaan masyarakat terhadap medis alternatif khususnya pada metode akupunktur semakin meningkat karena metode ini melakukan pengobatan secara menyeluruh, setiap pasien diperlakukan sesuai dengan kondisi dan kebutuhannya baik secara fisik maupun kejiwaan. Selain itu metode akupunktur mampu menjelaskan bagaimana pengobatan tersebut dapat bekerja dalam proses penyembuhan. Terlebih semua yang dilakukan oleh metode pengobatan ini tidak dilakukan pada sistem medis modern.

1.5.2 Konsep dan Defenisi

1.5.2.1 Sistem Medis Alternatif

Sistem medis menurut Foster dan Anderson (1986, p. 41) merupakan strategi adaptasi sosial budaya dan sebagai respon terhadap ancaman-ancaman yang disebabkan oleh penyakit. Sedangkan definisinya yaitu (Foster dan Anderson, 1986, p. 41) mencakup semua kepercayaan tentang usaha meningkatkan kesehatan dan tindakan serta pengetahuan ilmiah maupun keterampilan anggota-anggota kelompok yang mendukung sistem tersebut.

Sementara itu menurut Kleinman (Sunarto, 2001, p. 8.3; Stacey, 1995, p. 28) sistem medis yang ada di masyarakat dibedakan dalam tiga bagian (*three arenas of healing*). Pembagian sistem medis menurut Kleinman diistilahkan dengan *local health care system*. Tiga bagian sistem medis tersebut diantaranya (Sunarto, 2001, 8.3-8.4; Stacey, 1995, p. 28-29):

1. Sistem pelayanan kesehatan populer (*the popular arena*) berperan di luar kegiatan petugas profesional yang terdiri atas perawatan dan pengobatan diri sendiri baik oleh perorangan maupun oleh kelompok swadaya (*self-help groups*).
2. Sistem pelayanan kesehatan rakyat (*the folk arena*) terdiri atas kegiatan para spesialis non profesional (*non professional healing specialists*) yang menawarkan terapi alternatif atau non ortodoks.

3. Pelayanan kesehatan profesional (*the profesional arena*) yaitu sistem pelayanan kesehatan yang berorientasi ke biomedis Barat. juga bisa disebut dengan sitem perawatan medis rakyat (*folk health care system*)

Pada konteks penelitian ini sistem pelayanan yang digunakan yaitu sistem medis alternatif (Sunarto, 2001) atau menurut Kleinman disebut sebagai sistem pelayanan kesehatan rakyat (*the folk arena*). Istilah alternatif kemudian dirinci kembali oleh Sunarto (2001) yang terbagi dalam dua makna. Makna pertama, alternatif sebagai upaya pelayanan kesehatan atau penawaran sistem medis baru yang secara prinsip tidak bertentangan dengan ilmu kesehatan modern. Contoh yang diberikan yaitu puskesmas yang dahulu dianggap alternatif pilihan, karena sistem medis ketika itu masih terpusat dirumah sakit. Makna kedua, alternatif sebagai sebuah sistem yang berbeda secara prisnsip, tidak ataupun belum diakui oleh ilmu kesehatan konvensional.

Makna alternatif pada sistem medis alternatif pada bekam yaitu makna alternatif kedua yang sesuai dengan definisi menurut undang-undang No. 23 tahun 1992 mengenai medis alternatif adalah,

"pengobatan alternatif yang didefenisikan sebagai salah satu upaya pengobatan dan atau pengobatan cara lain diluar ilmu kedokteran atau ilmu keperawatan."

Berdasarkan definisi sistem medis alternatif tersebut, metode pengobatan bekam merupakan metode pengobatan diluar ilmu kedokteran atau ilmu keperawatan modern. Secara prinsip metode pengobatan bekam memiliki perbedaan dengan ilmu kedokteran Barat. Misalnya, mayoritas penyembuhnya tidak melalui pendidikan formal di bidang medis tetapi melalui pendidikan non formal seperti pelatihan ataupun pendidikan keterampilan. Walaupun demikian undang-undang melegalkan praktik sistem medis alternatif. Hal ini yang menyebabkan tidak adanya standar baku dalam metode pengobatan bekam.

1.5.2.2 Bekam

Metode pengobatan bekam sebagai bagian dari sistem medis alternatif merupakan bagian dari upaya kesehatan yang menurut undang-undang No. 23

tahun 1992 bagian kesembilan pasal 32 ayat 3 mengenai penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan yaitu,

“Pengobatan dan atau perawatan dapat dilakukan berdasarkan ilmu kedokteran dan ilmu keperawatan atau cara lain yang dapat dipertanggung jawabkan.”

Bekam secara bahasa merupakan istilah yang digunakan oleh masyarakat melayu (Fatahillah, 2007, p. 21) dalam membahasakan metode pengobatan yang mengeluarkan darah kotor dengan alat tertentu. Selain bekam, metode pengobatan ini memiliki beberapa istilah (Fatahillah, 2007, p. 21; as Sufi, 2006, p. 87; “tutoring and APA,” n.d, paragraf 2) diantaranya yaitu *Hijamah* istilah dalam bahasa arab yang berarti pelepasan darah kotor, *cupping* dalam bahasa Inggris, *Gua-sha* dalam bahasa Cina, ngekop dalam bahasa Indonesia terutama masyarakat Jawa, dan beberapa istilah bekam lain yaitu canduk atau canthuk.

Definisi bekam (Yasin, 2005, p. 7) yaitu sebagai peristiwa penghisapan darah dengan alat menyerupai tabung, mengeluarkannya dari permukaan kulit dengan penyayatan yang kemudian ditampung. Ada pula yang menyebutkan (Fatahillah, 2007, p. 21) bahwa bekam merupakan suatu metode pembersihan darah dan angin, dengan mengeluarkan sisa toksid dalam tubuh melalui permukaan kulit dengan cara menyedot.

Berdasarkan teknisnya bekam terbagi menjadi tiga macam yaitu bekam kering, bekam basah, dan bekam meluncur (as-sayyid, 2006, p.122; Fatahillah, 2007, p. 42-47; Yasin, 2005, p. 67-68; “tutoring and APA,” n.d, paragraf 2-3). Bekam kering (“tutoring and APA,” n.d; Fatahillah, 2007) yaitu menghisap permukaan kulit dan memijat tempat sekitarnya untuk menghilangkan rasa nyeri atau melenturkan otot-otot terutama pada punggung atau badan bagian belakang tanpa mengeluarkan darah kotor. Bekam basah (Fatahillah, 2007, p. 43-46; “tutoring and APA,” n.d, paragraf 3) yaitu metode yang melalui beberapa tahap yaitu melakukan bekam kering, kemudian melukai dengan tusukan atau sayatan pada permukaan kulit dengan jarum tajam (*lancet*) untuk mengeluarkan darah statis atau darah kotor, lalu disekitarnya dihisap dengan alat *cupping set* dan *hand pump* untuk mengeluarkan darah kotor dari dalam tubuh. Sedangkan bekam

meluncur (Fatahillah, 2007, p. 47) merupakan metode yang cara kerjanya seperti kerokan, cara ini dilakukan agar tidak merusak pori-pori.

1.6 Metode Penelitian

Menurut Nawawi (1983) metode penelitian merupakan teknik yang memiliki tujuan untuk memberikan peluang bagi penemuan kebenaran yang objektif dan menjaga agar pengetahuan serta pengembangannya bernilai ilmiah. Metode penelitian memberikan gambaran objektif suatu fenomena sosial dan berusaha menjawab permasalahan yang telah dirumuskan dalam penelitian secara sistematis dan terdiri dari:

1.6.1 Pendekatan Penelitian

Pendekatan yang digunakan pada penelitian ini adalah pendekatan kualitatif. Menurut Merriam (Creswell, 1994, p. 145) terdapat enam asumsi dalam metode ini, yaitu fokus pada proses, peneliti sebagai bagian terpenting dalam pengumpulan data dan analisis, isi penelitiannya berupa deskripsi, penelitian ini dapat membentuk sebuah abstraksi, konsep, serta teori dari peristiwa khusus yang ditemui. Sedangkan menurut Neumann penelitian dengan pendekatan kualitatif dapat menangkap dan mengungkapkan fakta dengan peneliti berkecimpung didalamnya. Setelah itu data yang dihasilkan dapat di proses melalui analisis tematis atau generalisasi dari bukti yang didapat sehingga suatu gambaran yang koheren dan konsisten dapat dihadirkan.

Dengan menggunakan pendekatan kualitatif peneliti dapat leluasa menyelami objek yang diteliti dan dapat memberikan gambaran yang rinci bagaimana pengobatan bekam sebagai bagian dari metode pengobatan alternatif berkembang di Indonesia. Kemudian peneliti berupaya untuk mendeskripsikan data yang peneliti dapatkan di lapangan dan dianalisis sesuai dengan kerangka pemikiran yang sudah dijelaskan sebelumnya.

1.6.2 Jenis Penelitian

Jenis Penelitian merupakan suatu bentuk penelitian yang memberikan penjelasan seluruh aspek penelitian. Dari segi tujuannya, penelitian yang dilakukan adalah penelitian deskriptif. Penelitian sosial yang menggunakan format

deskriptif bertujuan (Neuman, 2003, p. 30) untuk menerangkan suatu gejala atau fenomena sosial, memberikan gambaran tentang suatu masyarakat atau suatu kelompok orang tertentu atau gambaran tentang suatu gejala atau hubungan antara dua gejala atau lebih. Dalam penelitian ini, deskripsi ditujukan untuk menggambarkan secara detail dan spesifik suatu situasi, *social setting*, atau sebuah hubungan. Berdasarkan dimensi waktu (Neuman, 2004, p. 31), penelitian ini berjenis *cross-sectional* yaitu penelitian yang dilakukan dengan mengambil satu bagian dari gejala (populasi) pada satu waktu tertentu.

Penelitian yang dilakukan adalah penelitian studi kasus (*case study*) (Yin, 2006, p. 1), yaitu sebagai strategi penelitian yang menekankan pertanyaan penelitian dengan suatu pertanyaan *how* atau *why* yang berguna ketika peneliti hanya memiliki sedikit peluang untuk mengontrol peristiwa-peristiwa yang akan diselidiki, dan fokus penelitiannya terletak pada fenomena kontemporer (masa kini) di dalam konteks kehidupan nyata.

Dalam penelitian ini fokus pada bagaimana bekam sebagai bagian dari metode pengobatan alternatif berkembang di Indonesia. Tujuannya ingin menggambarkan bekam melalui alat-alat yang digunakan, penyembuh, pasien, dan proses pengobatannya.

1.6.3 Teknik Pengumpulan data

1.6.3.1 Observasi

Observasi menurut Ritzer (2003) digunakan untuk mengamati kelompok yang diteliti dan memberikan gambaran yang menyeluruh dari sebuah penelitian. Teknik observasi yang peneliti gunakan yaitu *observer as participant* (Ritzer, 2003) merupakan observasi yang digunakan dalam penelitian yang hanya berlangsung dalam sekali kunjungan dan dalam waktu singkat. Dalam penelitian ini, observasi yang dilakukan peneliti dengan cara mengamati tenaga kesehatan bekam dalam melakukan penjelasan terhadap pengobatan bekam. Observasi ini peneliti lakukan dalam satu hari.

Selama proses observasi, peneliti lakukan sesuai permintaan informan ketika wawancara berlangsung. Observasi yang dilakukan pada informan pertama berupa pengamatan bagaimana informan menjelaskan pengobatan bekam dan

melakukan proses pembekaman dari awal sampai akhir. Observasi pada informan kedua dan ketiga hanya mengamati bagaimana pembekam menjelaskan metode pengobatan bekam.

Terkait dengan data yang diperoleh yaitu mengetahui gambaran umum bekam sebagai bagian dari metode pengobatan alternatif. Selain itu mengetahui proses pembekaman melalui penjelasan yang diberikan oleh masing-masing pembekam. Terakhir, pasien medis alternatif yang peneliti temui, sebagai gambaran aplikasi pengobatan bekam di masyarakat. Maka, sangat jelas bahwa observasi merupakan hal yang penting untuk dilakukan.

1.6.3.2 Wawancara

Ada beberapa teknik wawancara yang dilakukan oleh peneliti untuk memperoleh data, wawancara tidak terstruktur, dan wawancara mendalam. Adapun untuk menunjang perolehan data, maka penggunaan teknik wawancara mendalam (*depth Interview*) diprioritaskan untuk mendapatkan data primer. Melalui wawancara mendalam peneliti mendapatkan data primer (Jill&Nathan, 1985, p. 31) yaitu data yang dikumpul disaat penelitian berlangsung. Wawancara mendalam dilakukan dengan mewawancarai informan terpilih yaitu tenaga kesehatan bekam untuk mendapatkan informasi secara lengkap tentang metode pengobatan bekam. PT, keluarga IS, keluarga AM dilakukan dengan wawancara panel (Bungin, 2007, p. 155) yaitu wawancara yang dilakukan tidak hanya oleh satu orang atau mewawancarai lebih dari satu orang dalam satu waktu.

Dalam penelitian ini wawancara mendalam dilakukan pada pembekam. Hal ini dilakukan agar peneliti dapat mengetahui dan mengamati bagaimana pembekam menjelaskan dan menggambarkan pengobatan bekam. Selain itu peneliti lakukan wawancara pada tiga pasien pengguna metode pengobatan alternatif. Sedangkan wawancara bebas peneliti gunakan ketika peneliti mencari informasi mengenai tenaga kesehatan bekam dan pasien pengguna medis alternatif.

Wawancara panel peneliti lakukan ketika mewawancarai informan PT, keluarga IS (PI dan BA), dan keluarga AM (PM, BT, dan MA). Pada saat mewawancarai PT wawancara dilakukan oleh lebih dari satu pewawancara,

karena ketika ditempat penelitian berlangsung pertanyaan yang diajukan tidak hanya dari peneliti tetapi juga dari teman peneliti (*guide*) dan keluarga pasien. Pada keluarga AM peneliti mewawancarai tiga orang PM, BT, dan MA. Sedangkan pada keluarga IS peneliti mewawancarai PI dan BA.

1.6.3.3 Studi Kepustakaan

Studi Kepustakaan dilakukan untuk mendapatkan data sekunder. Data sekunder (Suparmono&Sugiarto, 1993, p. 11) merupakan data yang diperoleh dalam bentuk sudah jadi dan disajikan oleh pihak lain. Selain itu data sekunder (Nathan&Jill, 1985, p. 10) dapat berupa hasil penelitian-penelitian yang dilakukan sebelumnya.

Data sekunder dalam penelitian ini didapatkan melalui berbagai dokumen baik dari majalah, internet, data dari instansi terkait yang berhubungan dengan kasus penelitian maupun laporan penelitian sebelumnya yang mempunyai keterkaitan dengan topik penelitian.

1.7 Proses Penelitian

Penelitian ini berawal pada ketertarikan peneliti terhadap mahasiswa-mahasiswa – UI khususnya – yang menjadi seorang pembekam. Mereka mendapatkan keterampilan bekam dari pendidikan non formal yang diprogram oleh sebuah jaringan bisnis asal Malaysia yang juga mengembangkan produk herbal. Selain itu peneliti juga mencari informasi dari mahasiswa yang sudah menjadi pasien bekam. Selanjutnya berkembang menjadi sebuah rekomendasi dan akhirnya peneliti menemukan beberapa informan yang menjadi sumber informasi untuk penelitian ini. Pada proses perjalanannya peneliti mencari pembekam yang dapat memberikan informasi awalan untuk penelitian ini. Namun, dari tiga pembekam yang direkomendasikan, peneliti menemukan ciri khas dari masing-masing. Manfaat dari ketiga informan tersebut yaitu bekam dapat digambarkan melalui sudut pandang yang berbeda dan peneliti berasumsi bahwa di masyarakat terdapat jenis-jenis serupa dengan gambaran penyembuh yang peneliti temui.

Ketika peneliti mencari informasi tentang bekam, teman peneliti sebagai *guide* merekomendasikan PT sebagai informan. Informasi itu *guide* dapatkan dari

temannya yang merupakan pasien rutin PT. Alasan ia merekomendasikan PT kepada peneliti karena PT memiliki ciri khas sebagai seorang pembekam mulai dari tampilan fisik, keterkaitannya dengan kelompok keagamaan tertentu, dan cara PT dalam melakukan pembekaman. Oleh karena itu peneliti memilih PT sebagai informan dalam penelitian ini.

Pasangan suami istri PI dan BA merupakan informan yang direkomendasikan oleh *guide* dalam penelitian ini yang menjadi pasiennya. Informasi yang peneliti dapatkan dari *guide* tersebut bahwa PI dan BA merupakan mitra bisnis dari sebuah perusahaan herbal lokal sejak perusahaan itu berdiri. Bekam merupakan salah satu metode yang ditawarkan selain herbal yang juga sebagai pilihan pengobatan. Menurut informasi, PI dan BA sering menawarkan pasiennya tidak sekedar untuk membeli herbal tetapi juga merekrut untuk masuk ke dalam jaringan bisnisnya. Melalui informasi tersebut maka, PI dan BA peneliti pilih untuk dijadikan informan dalam penelitian ini.

BE merupakan informan yang direkomendasikan oleh salah seorang karyawan administrasi fakultas di sebuah universitas yang bukan merupakan pasien bekam tetapi beberapa kali mengamati proses pembekaman ketika teman-temannya melakukan pengobatan bekam. Ketertarikan peneliti untuk menjadikan BE sebagai informan karena informasi yang peneliti dapatkan BE merupakan pembekam yang memiliki latar belakang pendidikan medis, memiliki tempat atau klinik untuk melakukan proses pembekaman, dan klinik tersebut berada pada lingkungan akademis.

Informan lain yaitu tiga pasien yang menggunakan pengobatan alternatif. PY merupakan rekomendasi dari adik perempuannya yang merupakan teman peneliti. Informasi yang peneliti dapatkan, PY merupakan pengguna pengobatan bekam kurang lebih lima tahun yang lalu. Pasien ke dua MD, peneliti dapatkan rekomendasinya dari klinik bekam tempat praktik BE. Informasi yang peneliti dapatkan MD sudah pernah dibekam, tetapi ketika diajak untuk membekam kembali MD menolak. Alasannya MD takut terhadap jarum. Pasien ketiga keluarga AD, peneliti direkomendasikan oleh *guide* yang juga merekomendasikan BE. AD merupakan saudara dari *guide* yang menggunakan pengobatan alternatif selain bekam. Ketiga pasien yang peneliti temui manfaatnya dalam penelitian ini

yaitu untuk menggambarkan bekam sebagai bagian dari metode pengobatan alternatif secara menyeluruh. Selain itu peneliti dapat mengetahui bagaimana aplikasi pengobatan bekam di masyarakat.

1.8 Keterbatasan dan Hambatan Penelitian

Terkait dengan penelitian yang dilakukan oleh peneliti selama kurang lebih satu setengah tahun (Januari 2008-Maret 2009), mengalami beberapa keterbatasan dan hambatan penelitian. Keterbatasan penelitian yaitu waktu, karena informan merupakan tenaga medis yang sewaktu-waktu dapat diminta bantuannya namun tidak dapat diprediksi durasi dalam menangani pasien. Seperti pada informan yang pertama jarak waktu antara menghubungi, membuat janji dan kemudian dapat ditemui untuk wawancara sekitar 3 bulan yaitu pada bulan May 2008. Informan ke dua, bulan Januari 2008 sudah berhasil dihubungi, baru bersedia di wawancara bulan Juni 2008. Informan ke tiga, karena seorang dosen di salah satu fakultas universitas negeri di Jakarta, memiliki jadwal yang padat. Peneliti baru dapat persetujuan waktu wawancara bulan Mei 2009. Akibatnya peneliti mengalami kesulitan untuk mengkoscek kembali informasi yang peneliti dapat sebelumnya. Data hanya didapat pada satu kali pertemuan.

Hambatan lain yaitu minimnya literatur dan data sekunder mengenai pengobatan bekam. Pembahasan yang utuh mengenai metode pengobatan bekam hanya didapat dari beberapa buku itupun dari sudut pandang agama tertentu. Namun pandangan-pandangan pribadi pada situs-situs pribadi seperti blog mengenai metode pengobatan bekam cukup banyak. Sehingga dampak terhadap penelitian ini yaitu gambaran mengenai bekam tidak dapat disajikan secara utuh dan menyeluruh, serta terkesan subjektif.

1.9 Sisitematika Penulisan

Bab 1 bertujuan untuk menjelaskan kerangka pemikiran dan metodologi yang digunakan sebagai landasan penelitian serta analisis hasil temuan lapangan. Kerangka pemikiran dalam penelitian ini dikhususkan pada hasil penelitian yang menggambarkan Konsep-konsep yang di sajikan diantaranya sistem medis alternatif dan metode pengobatan bekam.

Bab 2 bertujuan untuk memberikan gambaran umum tentang metode pengobatan bekam. Gambaran umum tersebut diantaranya sejarah metode bekam, jenis metode bekam, tata cara, gambaran tenaga medis, waktu berbekam, upah, dan larangan dalam berbekam

Bab 3 bertujuan untuk mendeskripsikan hasil temuan lapangan berupa gambaran proses pengobatan bekam yaitu mendeskripsikan pengobatan bekam yang mengacu pada pembekam, pasien, alat berbekam, dan proses pembekaman.

Bab 4 merupakan bagian yang menyajikan diskusi mengenai proses pengobatan bekam dari hasil temuan lapangan yang akan dikaitkan dengan kerangka pemikiran.

Bab 5 merupakan akhir dari sistematika penulisan yang berisi gambaran bekam sebagai bagian dari metode pengobatan alternatif. Selain itu peneliti akan memberikan saran yang dapat ditindak lanjuti.

