

# PERSEPSI SEHAT - SAKIT DAN POLA PENCARIAN PENGOBATAN MASYARAKAT DAERAH PELABUHAN (Kajian Kualitatif di daerah Pelabuhan Tanjung Perak)

Didik Budijanto\* dan Betty Roosihermatie\*

## ABSTRACTS

*The problems of urban health should be concerned because of the rapid development of cities, especially in highly populated areas as in ports and industry centers. The study aimed to identify people seeking behaviors in the port areas, the perception on health-sick in the port communities, and the responses to health center's services. This was a qualitative study. Respondents were selected by local Rukun Tetangga (Households Leaders) or Rukun Warga (administrative unit at the next-to-lowest level in city) based on the income in each areas which categorized as not enough. Selected respondents were divided in 2 (two) groups, men workers and fertile aged women. The location of the study were at Rukun Warga 9 and 6 of Kelurahan Perak Utara (North Perak Kelurahan) and at Rukun Warga 2 of Kelurahan Perak Utara (North Perak Kelurahan) in Pabean Cantikan Sub-district, Tanjung Perak port areas. Data were collected by focus group discussion (FGD) in 3 (three) sub-groups of men workers and fertile aged women, respectively. There were 8-10 respondents in each sub-groups. The data were analyzed by content analysis methods.*

*Results showed the perception on health-sick in men workers was wider in comparison to fertile aged women because if they were having influenza but still could work then they considered not sick, meanwhile for the fertile aged women if they were feeling differences in their bodies then they consider as sick. But both groups had the same perception on health-sick for their children, there were "healthy children if they were not lusser, not weak, moving, actively play. The groups were also had the same perception on dental sick that was a severe sick. Furthermore, the majority mentioned that if getting sick, they did self medication firstly then if not getting better they visit health workers. But for their children if getting sick, they were directly sent to health workers. The responses for health center services varied in both groups. The selection to health center was merely because of cheap although mostly said that they were not free enough to express their concerns, medication was not good and examiners were not doctors. It concludes there was a wider perception on health among man worker groups and the pattern of health seeking behavior was by self medication at first, then if not better to health workers. The community still used traditional treatments. The health center services were not a good choice because the people were not sure for the quality and the kind of medication, beside was the open time was limited.*

**Key words:** health-sick, perception, port areas

## PENDAHULUAN

Di Indonesia perhatian Pemerintah pada masalah perkotaan khususnya pembangunan pemukiman perkotaan sudah dilakukan sejak 30 tahun yang lalu. Program perbaikan kampung sudah berkembang di tingkat Nasional dan sudah menjangkau lebih dari 300 kota di Indonesia (World Bank, 1999). Di Bidang kesehatan upaya pengembangan kesehatan perkotaan sudah dirintis oleh Depkes sejak tahun 1982 saat dilakukannya lokakarya perkotaan.

Pentingnya masalah kesehatan perkotaan di Indonesia dapat dilihat dari penambahan penduduk

kota di Indonesia yang saat ini meliputi 30,9% total penduduk. Tingkat penambahan penduduk perkotaan selama dasawarsa terakhir ini besarnya lebih dari 5,3% per tahun. Jika pertumbuhan penduduk perkotaan tetap saat ini maka diperkirakan pada tahun 2020 akan mencapai 52,2% dari total penduduk (Ananta dan Arifin, 1999). Pertambahan penduduk yang sangat pesat ini salah satu penyebabnya adalah terkonsentrasinya bidang perdagangan, perbelanjaan, industri dan lain-lain di daerah perkotaan. Hal ini mengakibatkan pemadatan penduduk khususnya di kawasan perkampungan dan pemukiman liar di

\* Peneliti Puslitbang Sistem dan Kebijakan Kesehatan, Badan Litbangkes, Jalan Indrapura 17, Surabaya

sekitar daerah-daerah perdagangan, perkantoran, industri. Sehingga sudah semestinya akan terjadi suatu tingkat persaingan yang cukup tinggi di dalam mempertahankan dan mengembangkan hidup. Ironisnya sebagian besar dari mereka yang berdatangan tanpa bekal keterampilan, pendidikan memadai, sehingga banyak yang tidak mendapatkan pekerjaan yang layak dengan penghasilan cukup, yang berakibat mereka tetap miskin. Mereka menempati daerah pemukiman liar dan kumuh, berada pada sekitar daerah pelabuhan. Dengan keadaan yang 'pas-pasan' tersebut sangat memungkinkan berpengaruh pada persepsi dan pola pencarian pengobatan jika mereka sakit.

Dari sisi lain, dengan tidak seimbangnyanya penyediaan sarana, lingkungan hidup, perumahan, pengolahan sampah, saluran air dan kondisi sosial masyarakat merupakan masalah tersendiri yang dapat muncul menyertai keberadaan kelompok ini, khususnya bidang kesehatan. Sehingga kemungkinan dapat memberikan kontribusi pada pengembangan persepsi sakit pada individu-individu kelompok tersebut yang pada gilirannya akan membentuk pola pencarian pengobatan jika individu atau keluarganya sakit. Sedangkan dalam rangka peningkatan kualitas dan aksesibilitas pelayanan kesehatan masyarakat termasuk masyarakat kelompok kumuh perkotaan diatas, persepsi tentang sehat - sakit dan pola pencarian pengobatan cukup memberi pengaruh yang signifikan.

Dengan berbagai faktor di atas sudah barang tentu tingkat morbiditas dan mortalitas penduduk daerah kumuh diperkirakan sangat tinggi. Oleh karena itu sangatlah penting untuk diketahui bagaimana persepsi sakit - sehat dan pola pencarian pengobatan penduduk daerah kumuh (khususnya daerah pelabuhan).

## TUJUAN PENELITIAN

Secara umum studi ini bertujuan mengetahui pola pencarian pengobatan dan persepsi sehat - sakit masyarakat daerah pelabuhan di perkotaan.

Secara khusus bertujuan:

1. Mengidentifikasi persepsi sehat- sakit masyarakat daerah pelabuhan di perkotaan.
2. Mengidentifikasi kebiasaan berobat masyarakat daerah pelabuhan jika mengalami sakit.
3. Mengidentifikasi tanggapan terhadap pelayanan kesehatan puskesmas.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan studi kualitatif yang dilakukan dengan populasi masyarakat daerah pelabuhan tanjung perak kecamatan Pabean Cantikan. Sedangkan sampel dipilih secara purposive sampling dengan responden pada masyarakat kurang mampu di daerah pelabuhan (Kumuh Perkotaan). Pemilihan responden dilakukan oleh ketua RT atau ketua RW setempat yang menurut pendapatnya di kawasan tersebut mereka dianggap kurang mampu. Sebagai dasar pemilihannya adalah : kepemilikan rumah, tanah, tanggungan keluarga dan sumber penghasilan. Respondennya adalah: Wanita Usia Subur (WUS) dan Angkatan Kerja Laki-laki (AKL). Pemilihan responden AKL dan WUS ini dimaksudkan karena pada ke-2 kelompok tersebut telah bisa memberikan persepsinya tentang hal yang dikaji di samping sebagian besar telah berpenghasilan/bekerja.

Lokasi studi di daerah Pelabuhan Tanjung Perak RW 9, RW 6 Kelurahan Perak Utara dan RW 2 Kelurahan Perak Timur Kecamatan Pabean Cantikan.

Pengumpulan data dilakukan dengan FGD (Focus Group Discussion) pada 3 kelompok WUS dan 3 kelompok AKL. Jumlah tiap kelompok antara 8–10 orang. Uji validasi data dilakukan dengan Triangulasi Sumber yaitu Cross Check hasil dengan hasil studi riset pada aspek yang sama dari peneliti/sumber lain (Sudarti, 1998 dan Solita, 1999).

Setelah hasil diskusi terkumpul maka pengolahan data dilakukan dengan menggabungkan informasi yang dicatat dan rekaman kaset, lalu dianalisis dengan menggunakan teknik "Content Analysis", Matriks dan analisis Diagram.

## HASIL

### Karakteristik Responden

Peserta FGD sebanyak 54 orang yang terdiri dari 28 (51,85%) orang laki-laki dan 26 (48,15%) orang wanita. Masing-masing terbagi dalam 3 kelompok.

Pada kelompok laki-laki masing-masing 7 (25%) orang berpendidikan lulus SD dan lulus SLTP serta 14 (50%) orang minimal SLTA. Sebanyak 22 (78,58%) orang bekerja wiraswasta/swasta, 3 (10,71%) orang PNS dan 3 (10,71%) orang pengangguran.

Pada kelompok wanita 14 (53,85%) orang berpendidikan lulus SD, 2 (7,69%) orang lulus SLTP dan 10 (38,46%) orang minimal lulus SLTA. Sebanyak

22 (84,62%) orang sebagai Ibu Rumah Tangga, masing-masing 2 (7,69%) orang bekerja swasta dan sebagai guru TK.

### Persepsi Sehat - sakit

Persepsi sakit dari hasil studi ini terbagi menjadi 2 kategori yaitu sakit untuk diri sendiri dan sakit untuk anak. Persepsi sakit untuk diri sendiri nampak dari hasil diskusi menunjukkan beberapa Variasi. Beberapa peserta menyatakan bahwa SEHAT itu jika keadaan jasmani dan rokhani tidak mengalami gangguan. Peserta lain menyebutkan bahwa SEHAT itu hanya secara fisik saja tidak terjadi gangguan. Akan tetapi masih belum ada yang menyatakan kriteria sehat seperti definisi dari WHO. Dari kedua kelompok diskusi (WUS dan AKL) ternyata ada sedikit perbedaan dalam persepsi SEHAT, dimana pada kelompok AKL nilai sehat agak 'melebar' dibandingkan pada kelompok WUS. Secara Matrik bisa dilihat di bawah:

Kelompok masyarakat	Persepsi sehat - sakit	
	Pada diri sendiri	Pada anak
AKL (Angkatan Kerja Laki-laki)	- Pilek itu belum sakit. - Masih bisa kerja itu belum sakit	- Anak sehat itu tidak lesu, banyak gerak, tidak rewel, makan lahap, bisa bermain.
WUS (Wanita Usia Subur)	- Sakit itu tubuh ada perubahan/kelainan - Sehat itu tidak nyeri, pikiran tenang, makan enak	- Anak sakit itu badannya panas, tiduran terus, menangis terus

*"Kalau masih bisa bekerja itu ..... ya ..... masih belum sakit .... belum apa-apa (sehat) .... tapi perlu dijaga kondisinya ....."*

*"Kalau masih pilek itu ..... belum termasuk sakit namanya ...."*

*(Kelompok AKL)*

*"Sehat itu ....ya..... yang nafsu makannya enak, tidak terasa nyeri/pusing ...."*

*"Orang sehat itu .....yang tidak terasa nyeri .... pikiran tenang ....makan terasa enak ....."*

*"Keadaan sakit itu .....jika keadaan tubuh ada kelainan ....biasanya begitu .... sekarang begini.....yang tadinya enak ..... sekarang tidak enak ....." (Kelp. WUS)*

Sedangkan jika persepsi tersebut diarahkan kepada anak mereka, dari kedua kelompok diskusi

umumnya peserta menyebutkan bukan hanya jasmani, rohani saja yang terjadi gangguan, namun juga sosialisasi.

*"Anak sehat itu .... tidak lesu .... tidak rewel ..... banyak gerak .... tidak minat gendong ...."*

*"Anak sehat itu .... ya .... makannya lahap ..... yang biasanya bermain dengan temannya .... ya ..... bermain .... lincah ...."*

*"Kalau anak itu .... tiduran terus ..... menangis terus tanpa sebab ..... badannya panas ..... itu sakit namanya ...."*

Sedangkan persepsi mengenai berat-tidaknya suatu penyakit, banyak peserta menyebutkan bahwa penyakit-penyakit seperti kanker, jantung, hepatitis termasuk jenis penyakit yang berat. Namun ada beberapa peserta mengilustrasikan berat-tidaknya penyakit itu dari bisa-tidaknya dia bangun/bekerja atau dari apa yang dimakan. Bahkan hampir seluruhnya (dari kedua kelompok diskusi) menyebutkan bahwa sakit gigi termasuk yang berat.

*"Penyakit yang berat itu ..... penyakit yang sulit diobati .... seperti kanker, liver, jantung, Aids ....."*

*"..... sakit gigi itu kelihatan sepele .... tapi termasuk berat ..... apalagi kalau sudah kumat ....."*

*"Sakit yang berat itu ..... sakit yang sudah tidak bisa bangun .... sudah 'KO'..."*

*".... seperti penyakit Tifus itu berat .... karena tidak boleh banyak kerja....."*

*"Penderita yang makan bubur itu .... sakitnya berat namanya ....."*

*"Sakit gigi itu berat namanya .... karena pekerjaan kita terganggu ....denger suara 'klinthing' saja rasanya 'cenut-cenut' ....."*

### Kebiasaan Berobat Jika Sakit

Dari kedua kelompok diskusi, kebiasaan untuk mencoba mengobati sendiri nampaknya lebih banyak disukai mereka. Hanya saja setelah tidak kunjung sembuh baru mereka membawa ke pelayanan tenaga kesehatan. Pelayanan terdekat umumnya menjadi pilihan, baik dokter swasta, puskesmas atau rumah sakit. Sakit yang ringan seperti pusing, batuk ringan mereka umumnya mengobati sendiri dengan obat-obat yang seperti di iklan televisi, radio, surat kabar dan mereka beli di warung-warung, toko obat terdekat.

*"Karena hanya pusing ..... ya saya obati saja dengan Bintang Tujuh .... saya jarang pergi ke dokter*

.... karena dengan Bintang Tujuh saja sembuh, baru setelah tidak sembuh .... saya ke Puskesmas ....”

”..... kalau saya pusing ... ya ... Paramex ..... saya beli di warung .....

”Sakit Maag saya , saya obati dengan obat maag yang ada .... baru kalau belum sembuh .... ke Puskesmas .... kalau belum sembuh juga ke ... dokter swasta ....”

”Saya sering masuk angin .... pertama ya .... kerokan .... jika tak sembuh .... baru saya minum Bodrex .... beli di warung... kalau masih belum sembuh .... ke Puskesmas...”

”Saya sering flu dan batuk ..... saya beri Decadryl ... murah ... jika bandel ke ... Puskesmas ....”

Akan tetapi pola ini agak berubah apabila yang sakit adalah anaknya, mereka menganggap lebih serius dan langsung membawanya ke tenaga kesehatan kendati biayanya mahal dan ‘diupayakan’ .

”Kalau anak sakit ..... langsung saya bawa ke dokter (swasta) ... lebih sreg ...”

”.....pernah anak saya kena demam berdarah .... langsung saya bawa ke Rumah Sakit PHC .....

”Kalau anak saya panas .... saya bawa ke dokter .... takut.... tidak saya bawa ke Puskesmas ... sebab ‘menter aja’ .....

”Kalau anak sakit ..... langsung saya bawa ke dokter swasta ... meskipun mahal khan bisa diusahakan jika pas tanggal tua .... pinjam.....”

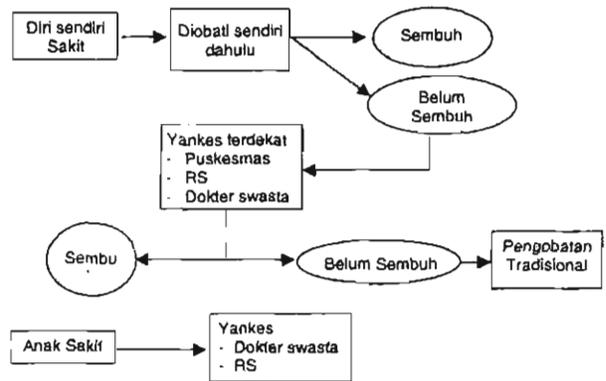
Meskipun demikian merangkap juga masih memanfaatkan pengobatan tradisional di antaranya shinshe, pijat urat dan jamu-jamu tradisional. Namun pemanfaatan pengobatan tradisional dilakukan setelah pengobatan modern dirasa kurang membawa hasil atau hanya untuk pencegahan yang dilakukan dengan jamu-jamu tradisional.

”..... dulu saya pernah kencing manis dan hernia , dari obat dokter .... karena nggak sembuh-sembuh .... saya coba ke pengobatan tradisional .... dengan darah ular cobra dan empedunya .....

”..... keluarga saya sering minum air rebusan temulawak .... untuk mencegah jimpe-jimpe (rematik) .....

”.... Dulu waktu pusing saya nggak sembuh-sembuh, saya ke tabib sinshe dan anaknya obatnya bisa 1 bulan, kalau ke dokter .... 1 minggu obatnya sudah habis ....”

Sehingga dapat digambarkan bagaimana pola pencarian pengobatan jika mereka atau anak mereka sakit seperti pada bagan di bawah:



### Tanggapan terhadap Pelayanan Kesehatan

Sebagian besar dari kelompok diskusi AKL lebih condong untuk berobat di RS PHC (Port Health Centre) jika mereka sakit dibandingkan ke puskesmas, karena jaraknya lebih dekat meskipun agak mahal, di samping jam kerjanya bisa sampai malam hari. Akan tetapi pada kelompok diskusi WUS nampaknya lebih memilih ke puskesmas dulu karena ongkosnya murah , kendati ada beberapa ibu yang merasa kurang bebas mengeluarkan uneg-unegnya jika datang ke puskesmas atau kurang puas jika tidak diperiksa dokternya sendiri atau obat puskesmas tidak manjur. Secara matrik dapat dilihat di bawah:

Kelompok masyarakat	Tanggapan terhadap Yankes (Puskesmas/RS)
AKL (Angkatan Kerja Laki-laki)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pilih RS karena jarak dekat, walau mahal</li> <li>- Pilih RS karena jam buka bisa sampai malam</li> </ul>
WUS (Wanita Usia Subur)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Di puskesmas tidak bebas keluaran uneg-uneg</li> <li>- Di puskesmas ongkos murah dan meriah</li> <li>- Di puskesmas obat tidak manjur</li> <li>- Di puskesmas yang periksa sering Mantri</li> <li>- Di puskesmas menunggu giliran lama</li> </ul>

”.... Kalau tak sembuh-sembuh saya sering ke RS PHC ..... enak .... Jaraknya dekat ....ya lebih mahal memang ....”

”..... saya bawa ke RS PHC .... Dekat .... dan jam buka RS bisa sampai malam .....” (Kelp. AKL)

"..... saya tidak pernah ke Puskesmas ..... tidak bebas mengeluarkan uneg-uneg penyakit yang diderita ....."

"..... jika tidak sembuh ..... saya bawa ke puskesmas .... ongkosnya murah .... sekaligus suntik ..... dan petugasnya baik dan ramah-ramah sama saya ....."

"..... kalau tak sembuh saya bawa ke Puskesmas .... murah dan meriah ....."

"..... kalau di puskesmas itu nunggunya lama .... antri lagi .... kadang-kadang obatnya nggak mandhi ....."

".....kalau tidak sembuh saya bawa langsung ke dokter swasta lebih puas .... kalau di puskesmas pelayanannya kurang diperhatikan ..... yang periksa sering mantri... bukan dokter .... dan tidak di stetoskope ....." (Klp. WUS)

## PEMBAHASAN

Dari hasil studi di atas ternyata persepsi sehat -sakit pada diri sendiri sedikit bergeser lebih 'lebar' pada kelompok AKL dibandingkan dengan kelompok WUS, di mana "kalau masih bisa menjalankan tugasnya/ bekerja itu berarti masih sehat, kendati individu tersebut Flu". Persepsi demikian sesuai dengan apa yang ditulis Sudarti (1998) bahwa "umumnya masyarakat tradisional memandang seseorang sebagai SAKIT jika orang tersebut kehilangan nafsu makannya atau gairah kerjanya, tidak dapat lagi menjalankan tugasnya sehari-hari secara optimal atau kehilangan kekuatan dan harus tinggal di tempat tidur". Maka dari itu persepsi ini menentukan tindakan dari individu tersebut apakah perlu dalam kondisi yang demikian mencari pengobatan (perilaku sakit). Ada 2 faktor utama yang menentukan perilaku sakit: (1) persepsi atau definisi individu tentang suatu penyakit, (2) kemampuan individu untuk melawan serangan penyakit tersebut (Solita S, 1999). Sementara menurut Soekijo (2003) mengatakan bahwa ada perbedaan persepsi yang berkisar antara penyakit (*disease*) dengan rasa sakit (*illness*). Hal ini yang menyebabkan beraneka ragamnya konsep sakit - sehat di masyarakat. Selanjutnya dikatakan bahwa adanya perbedaan konsep antara *disease* dan *illness* akan memunculkan 4 area kombinasi alternatif antara penyakit dan sakit.

	Penyakit (disease)	Tak hadir (not present)	Hadir (present)
Sakit (illness)			
Tak dirasa (not perceived)		I	II
Dirasakan (perceived)		III	IV

Area I menggambarkan bahwa seseorang tidak menderita penyakit dan juga tidak merasa sakit (no disease and no illness). Dalam keadaan demikian ini maka orang tersebut sehat menurut konsep petugas kesehatan.

Area II menggambarkan seorang mendapat serangan penyakit (secara klinis), tetapi orang itu sendiri tidak merasa sakit atau mungkin tidak dirasakan sebagai sakit (disease but no illness). Dalam kenyataannya area ini adalah yang paling luas wilayahnya. Artinya masyarakat yang secara klinis atau laboratoris menunjukkan gejala klinis bahwa mereka diserang penyakit tetapi mereka tidak merasakan sebagai sakit. Oleh karena itu mereka tetap menjalankan kegiatannya sehari-hari sebagaimana orang sehat. Dari sini keluar suatu konsep sehat masyarakat, yaitu sehat adalah orang yang dapat bekerja atau menjalankan pekerjaannya sehari-hari dan keluar konsep sakit jika seseorang sudah tidak dapat bangkit dari tempat tidur, tidak dapat menjalankan pekerjaannya sehari-hari.

Area III menggambarkan penyakit yang tidak hadir pada seseorang tetapi orang tersebut merasa sakit (illness but no disease). Hal ini mungkin karena gangguan psikis saja di mana orang merasa sakit tetapi secara klinis dan laboratoris tidak terbukti menderita penyakit.

Area IV menggambarkan adanya seseorang memang menderita penyakit dan juga ia rasakan sebagai rasa sakit (Illness with disease). Hal inilah sebenarnya yang dapat dikatakan sebagai benar-benar sakit.

Demikian halnya jika persepsi ini diarahkan terhadap anak mereka, bahwa persepsi mereka tentang sakit lebih 'ketat' dibanding kalau mereka sendiri yang sakit, yaitu ada perubahan fisik sedikit (demam) atau perubahan sosial sedikit (tidak mau main atau tidak lincah) sudah dianggap sakit. Namun hal ini lebih mengarah pada kriteria yang ditetapkan oleh WHO yaitu sehat itu bukan hanya menyangkut kondisi fisik saja melainkan juga mental dan sosial

seseorang. Nampaknya mereka lebih berhati-hati dalam menentukan batasan sehat - sakit pada anak mereka dibandingkan pada diri sendiri. Menurut Notoatmojo dan Sarwono (1996) dituliskan bahwa penilaian tentang kondisi kesehatan individu dapat dibedakan dalam 8 golongan, yaitu:

#### Status Kesehatan Individu

Tingkat	Demensi Sehat		
	Psikologik	Medis	Sosial
<i>Normativ Well</i>	Baik	Baik	Baik
<i>Pessimistic</i>	Sakit	Baik	Baik
<i>Socially ill</i>	Baik	Baik	Sakit
<i>Hypochondriacal</i>	Sakit	Baik	Sakit
<i>Medically ill</i>	Baik	Sakit	Baik
<i>Martyr</i>	Sakit	Sakit	Baik
<i>Optimistic</i>	Baik	Sakit	Sakit
<i>Seriously ill</i>	Sakit	Sakit	Sakit

Sumber: Notoatmojo dan Sarwono, 1986.

Di dalam pencarian pengobatan apabila mereka sakit, mereka umumnya mencoba untuk mengobatinya terlebih dahulu (terutama untuk penyakit yang ringan) dengan membeli obat-obat seperti yang diiklankan TV, Radio dan koran, kemudian setelah tidak sembuh baru berobat ke tenaga kesehatan. Pola yang demikian ini sesuai dengan apa yang dinyatakan oleh beberapa ahli seperti Patel (1987), Sudarti (1998), Schepers dan Nievaard (1990) yang ditulis oleh Solita (1999) bahwa di negara berkembang dan negara maju tindakan pertama yang dilakukan untuk mengatasi penyakit ialah mengobati sendiri atau *self medication*. Selanjutnya juga dituliskan bahwa di negara seperti Indonesia masih ada satu tahap lagi yang dilewati banyak penderita sebelum datang ke tenaga kesehatan yaitu berobat ke dukun atau pengobatan tradisional lainnya. Akan tetapi untuk pernyataan terakhir ini di dalam studi kami justru kejadiannya terbalik di mana penderita yang penyakitnya tidak kunjung sembuh dengan pengobatan tenaga kesehatan mereka kemudian mencari alternatif pengobatan tradisional seperti *sinshe* dan lain-lain. Untuk keadaan ini penulis (1995) pernah melakukan kajian terhadap 950 orang penderita yang datang berobat ke akupunktur, di mana 55,7% di antaranya sudah pernah berobat medis modern untuk penyakit yang sama. Hal ini kemungkinan karena pengaruh daerah pemukiman (perkotaan atau pedesaan) di mana di perkotaan dengan segala kemajuan teknologi, segala informasi

mutakhir lebih cepat diterima dibandingkan di perdesaan sehingga akan membentuk persepsi, penafsiran dan pemahaman yang berbeda terhadap pencarian pengobatan dengan mereka yang tinggal di perdesaan (yaitu: ke pengobatan modern dahulu baru kemudian ke alternatif tradisional jika tak sembuh-sembuh).

Selanjutnya dalam hal yang sama menurut Notoatmojo (2003) bahwa respons seseorang apabila sakit adalah melalui 5 tahapan yaitu: tidak bertindak (*no action*), tindakan mengobati sendiri (*self treatment*), mencari pengobatan tradisional (*traditional remedy*) khususnya untuk masyarakat perdesaan, membeli obat ke warung (*chemist shop*), ke pengobatan modern (puskesmas, RS) dan dokter praktik.

Beberapa pendapat para ahli yang dikutip Sudibyo (1999) yang berkaitan dengan konsep ini menyebutkan: "Individu melakukan tindakan berdasarkan atas pengalaman, persepsi pemahaman dan penafsiran atas suatu obyek stimulus atau situasi tertentu" (teori Aksi dari Max Weber). Selanjutnya bahwa "adanya pengetahuan tentang manfaat sesuatu hal akan menyebabkan orang mempunyai sikap positif terhadap hal tersebut, selanjutnya sikap positif ini akan mempengaruhi niat untuk ikut serta dalam kegiatan yang berkaitan dengan hal tersebut. Niat untuk ikut serta dalam suatu kegiatan akan menjadi tindakan apabila mendapat dukungan sosial dan tersedianya fasilitas" (Teori Feishbein dan Ajzen).

Terhadap pelayanan kesehatan puskesmas responden umumnya cenderung kurang tertarik, meskipun ada beberapa yang memanfaatkan hanya karena murah saja. Keengganan mereka memanfaatkan pelayanan puskesmas oleh karena berbagai kendala klasik yang pernah diungkap oleh beberapa penelitian sebelumnya. Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap hal tersebut adalah kualitas dan jenis layanan atau obat yang digunakan meragukan, tidak diperiksa oleh dokter, kurang bisa berkomunikasi, menemui dokter sulit, jam buka yang terbatas. Keadaan di atas tersebut sesuai dengan hasil analisis Budijanto dan Suharmiati (2005) atas data Surkesnas 2004 (Survei Kesehatan Nasional) yang menjelaskan bahwa pada rawat jalan di Indonesia tenaga yang memeriksa lebih banyak Perawat/Bidan (68,1%) dibandingkan tenaga dokter (66,9%). Selanjutnya pada rawat jalan puskesmas dijumpai faktor lama menunggu, keramahan petugas, kebebasan memilih

petugas serta diikuti dalam pengambilan keputusan merupakan variabel-variabel yang berpengaruh terhadap kepuasan pasien (Budijanto dan Suharmiati, 2005).

## KESIMPULAN

Dari hasil kajian dan pembahasan di atas, maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Persepsi sehat - sakit pada AKL (Angkatan Kerja Laki-laki) mempunyai intensitas 'lebih lebar' dibandingkan pada WUS (Wanita Usia Subur) di kelurahan Perak Utara dan Perak Timur kecamatan Pabean Cantikan Surabaya.
2. Responden cenderung mengobati sendiri lebih dahulu apabila mereka sakit, tetapi bila anak mereka sakit sering langsung dibawa ke tenaga kesehatan.
3. Warung, penjual obat/jamu menjadi tujuan untuk pencarian pengobatan sebelum ke pengobatan tenaga kesehatan.
4. Pemanfaatan pengobatan tradisional biasanya dilakukan bila penyakit tidak kunjung sembuh dengan pengobatan modern.
5. Pelayanan Puskesmas kurang diminati karena kualitas dan jenis obat diragukan, jam buka terbatas dan cara pelayanan tidak berkenan

## DAFTAR PUSTAKA

- Ananta Aris dan Arifin, 1991. *Projection of Indonesian Population 1990–2020*.
- Budijanto, Didik, 1995. Studi tentang Pelayanan Akupunktur di Indonesia. *Majalah Akupunktur Indonesia. Persatuan Akupunktur Seluruh Indonesia* No. 7.
- Budijanto, Didik dan Suharmiati, 2005. *Analisis Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kepuasan penderita rawat jalan dan rawat Inap di Indonesia*. Jakarta. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Demographic Institute. Population Projection Series No. 2. 1991.
- Notoatmojo, Soekidjo, dan Solita Sarwono, 1996. *Pengantar Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta. Badan Penerbit Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Notoatmojo, Soekidjo, 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta. Badan Penerbit Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Sarwono Solita, 1999. *Sosiologi Kesehatan. Beberapa Konsep beserta aplikasinya*. Jogjakarta: Gajahmada University Press.
- Sudibyo S, 1999. *Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Ibu Rumah tangga terhadap Obat Tradisional di desa Tapos - Bogor dan Faktor yang Mempengaruhinya*. Jakarta: Fakultas Pascasarjana Universitas Indonesia.