
**MODEL KEPERCAYAAN KESEHATAN DALAM SISTEM PENGOBATAN
MASYARAKAT DI KABUPATEN ROKAN HILIR**

Caska¹⁾ dan Achmad Hidir²⁾

¹⁾ Pusat Penelitian Kependudukan/

Program Studi Pendidikan Ekonomi FKIP Universitas Riau;

²⁾ Pusat Penelitian Kependudukan/Jurusan Sosiologi FISIPOL Universitas Riau

Jl. HR. Subrantas KM 12,5 Simpang Panam Pekanbaru Riau Indonesia 28293

e-mail: riodirgantoro@yahoo.com

ABSTRAK. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui: 1) perilaku pemanfaatan fasilitas kesehatan dan cara pemanfaatannya; 2) karakteristik penderita dalam perspektif demografi dan jenis penyakit; dan 3) hubungan antara kondisi ekonomi keluarga dengan perilaku pemanfaatan fasilitas kesehatan. Lokasi penelitian di Kecamatan Pasir Limau Kapas Kabupaten Rokan Hilir. Sampelnya adalah Desa Panipahan 65 KK dan Teluk Pulau 45 KK. Hasil penelitian: 1) Perilaku pemanfaatan fasilitas kesehatan dilakukan dengan menggabungkan pemanfaatan fasilitas kesehatan Sendiri (S), Medis (M), dan Nonmedis (N). Dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan, keluarga penderita memanggil dukun, bidan atau mantri ke rumah untuk melakukan pemeriksaan dan memberikan pengobatan; 2) Karakteristik penderita yaitu 33,63% tergolong penyakit yang berhubungan dengan kulit dan 30,9 % berkaitan dengan "saluran nafas" seperti batuk, asma dan sebagainya; dan 3) Kondisi ekonomi keluarga berkaitan dengan pola pemeliharaan kesehatan dan pemanfaatan fasilitas kesehatan.

Kata Kunci: model kepercayaan kesehatan, sistem pengobatan masyarakat.

**HEALTH BELIEF MODEL IN SOCIETY MEDICINAL TREATMENT SYSTEM IN
ROKAN HILIR SUB-PROVINCE**

ABSTRACT. The objectives of this research are: 1) to know the behavior in using of health facility and ways of its usage; 2) patient characteristic in demography perspective and disease type; 3) the correlation between the condition of economics family and the behavior in using of health facility. The research was located in district of sub-province Pasir Limau Kapas Rokan Hilir. The sample are Panipahan 65 head family and Teluk Pulau 45 head family. The result of this research: 1) the behaviorial in using facility was conducted by combining usage of self-health facility (S), Medical (M), and Non Medical (N), In using health facility, patient's family call health service (indigeneous medical or shaman, midwife, or doctor) come to their house for inpection and give medication; 2) patient's characteristic those are 33,63% pertained disease related to skin, and 30,9%

related to breath like cough, asthma, and etc; 3) Condition of economics family related to health maintenance pattern and health facility.

Keyword: health belief model, society medicinal treatment system.

PENDAHULUAN

Secara geografis pusat-pusat kesehatan masyarakat hanya menarik orang-orang dalam radius lima kilometer (5 km) saja. Lebih jauh dari itu maka biaya transportasi merupakan beban yang terlalu berat bagi calon pasien. Ini artinya sepanjang jarak ke Puskesmas itu dapat ditempuh dengan berjalan kaki atau menggunakan sepeda, masyarakat masih mau berkunjung ke sana, tetapi bila lebih dari itu maka masyarakat harus mengeluarkan biaya ekstra; apalagi biasanya orang yang sakit itu enggan untuk bepergian dengan jarak yang terlalu jauh terutama bila harus berjalan kaki atau bersepeda. Konsekuensinya introduksi kesehatan modern (Puskesmas) tidak serta merta memiliki efek positif bagi semua lapisan masyarakat, terutama masyarakat pedesaan. (Rienks dan Iskandar, 1985).

Dalam konteks pemanfaatan tenaga bidan desa, penelitian Tinuk Istiarti (1998) menyatakan bahwa ternyata bidan desa belum banyak dimanfaatkan sebagaimana fungsinya. Hanya sekitar 25% responden menggunakan bidan desa untuk perawatan kehamilan sedangkan untuk persalinan lebih sedikit lagi yaitu hanya 16% saja, sebagian besar masyarakat desa masih banyak menggunakan jasa pengobat tradisional.

Hal serupa ditemui dari hasil kajian Ali Ghufroon Mukti (1998), bahwa untuk sebagian masyarakat desa pemanfaatan kesehatan modern (bidan desa) masih mengalami kendala. Mereka masih menganggap bahwa bersalin dengan menggunakan jasa dukun bayi lebih memberikan rasa mantap dan rasa aman karena dukun bayi berpengalaman. Selain itu mengundang dukun bayi berarti melakukan *babar pindah*. Maksudnya setelah selesai bersalin, dukun bayi sekaligus memijit ibu dan bayinya serta melakukan upacara yang berkaitan dengan kelahiran, misalnya membuat bubur merah-putih, mencukur rambut bayi, dan menindik. Di samping itu, mereka beranggapan bahwa biaya dukun bayi lebih murah daripada bidan, meskipun hal ini tidaklah selalu benar. Akan tetapi yang jelas pembayaran jasa dukun bayi dapat diangsur dan tidak selalu berupa uang kontan.

Hasil kajian lain yang terbaru adalah yang dilakukan (Yenina Akmal, 2002) yang melakukan kajian tentang pemanfaatan Puskesmas pada masyarakat Sentani di daerah Jayapura-Papua. Dari kajiannya itu ia sampai pada kesimpulan bahwa sebagai ujung tombak pemerintah dalam pelayanan kesehatan, Puskesmas hampir tidak dapat memenuhi harapan masyarakat, khususnya bagi ibu hamil. Pola kerja tenaga medik (Bidan) hanya menganggap pasien (ibu hamil) sebagai objek dan kurangnya upaya membina hubungan interpersonal dengan pasien serta

kurangnya sensitivitas terhadap budaya setempat, menjadi penyebab buruknya kondisi. Kondisi ini diperburuk dengan kurangnya penghargaan pemerintah terhadap bidan serta kurangnya dana operasional. Situasi dan kondisi itu diperburuk lagi dengan rendahnya rata-rata tingkat pendidikan perempuan Sentani. Semuanya itu telah membuat ibu-ibu hamil suku Sentani enggan datang ke puskesmas untuk memeriksakan kandungannya atau untuk bersalin.

Dengan demikian dari beberapa ilustrasi dan temuan yang dirujuk itu tampak bahwa pembangunan kesehatan modern (baik introduksi Puskesmas, perawat maupun bidan desa) untuk peningkatan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi masyarakat pedesaan dengan perilaku dan dalam lingkungan sehat, bermutu secara adil dan merata untuk meningkatkan derajat kesehatan yang optimal belum sepenuhnya berhasil terutama untuk masyarakat lapisan bawah pedesaan. Ini disebabkan karena masyarakat pedesaan masih memiliki berbagai alternatif dalam pemeliharaan kesehatannya.

Salah satu alternatif adalah pengobatan melalui dukun tradisional, menurut Muzaham (1995) masih banyak orang merasa sakit kemudian mengobati penyakitnya dengan jalan pergi ke dukun mencapai 34,8%; mengobati sendiri penyakitnya 6,0% dan sisanya bisa saja mereka pergi ke dokter atau melakukan berbagai kombinasi pola pengobatan. Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat kita khususnya yang tinggal di pedesaan perilaku pengobatannya masih memanfaatkan fasilitas kesehatan non medis.

Persoalan seperti ini sebenarnya membutuhkan penjelasan sosiologis untuk mencari cara pemecahannya serta untuk mengetahui dan mempelajari cara orang untuk meminta pertolongan medis (*help-seeking*). Pola-pola seperti inilah yang sering dikenal dengan model kepercayaan terhadap layanan kesehatan (*Health Belief Model*). Berkaitan dengan itu maka penelitian ini ingin menjelaskan tentang: (1) Bagaimana perilaku pemanfaatan fasilitas kesehatan dan cara pemanfaatannya ?; (2) Bagaimana karakteristik penderita dalam perspektif demografi dan jenis penyakit ?; dan (3) Apakah ada hubungan antara kondisi ekonomi keluarga dengan perilaku pemanfaatan fasilitas kesehatan ?

Tujuan penelitian adalah: (1) Untuk mengetahui perilaku pemanfaatan fasilitas kesehatan dan cara pemanfaatannya; (2) Untuk mengetahui karakteristik penderita dalam perspektif demografi dan jenis penyakit; dan (3) Untuk menganalisis hubungan antara kondisi ekonomi keluarga dengan perilaku pemanfaatan fasilitas kesehatan.

Setelah penelitian ini dilakukan, diharapkan informasi yang diperoleh dapat digunakan sebagai bahan kajian dan pertimbangan: (1) Pemerintah dalam mewujudkan Visi Indonesia Sehat 2010 dan Riau Sejahtera 2020; (2) Dinas Kesehatan Kabupaten Rokan Hilir dalam melakukan kebijakan kesehatan khususnya dalam introduksi dan pembenahan sektor kesehatan primer di pedesaan; dan (3) Unit pelaksana teknis kesehatan primer (Puskesmas) dalam introspeksi dan reposisi dalam pelayanan kesehatan pada masyarakat.

METODE PENELITIAN

Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian dipilih secara *purposive* di Kecamatan Pasir Limau Kapas Kabupaten Rokan Hilir pada bulan Mei sampai dengan Agustus Tahun 2009. Lokasi ini ditentukan dengan pertimbangan bahwa Kecamatan ini merupakan daerah pesisir dan jauh dari akses fasilitas layanan perkotaan.

Populasi dan Sampel Penelitian

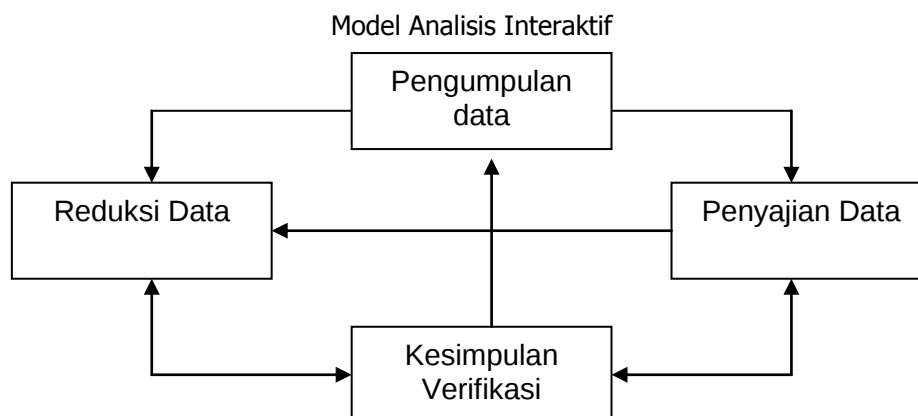
Sampel Desa untuk mewakili Kecamatan Pasir Limau ditentukan dua Desa yaitu: 1) Desa Penipahan yang berpenduduk sebanyak 435 Kepala Keluarga (KK) dan Desa Teluk Pulau 300 KK. Dari masing-masing desa sampel diambil secara acak sebanyak 15% sehingga sampel untuk Desa Panipahan 65 KK dan desaTeluk Pulau 45 KK maka total sampel sebanyak 110 KK. Unit analisisnya adalah keluarga (bukan individu) dengan demikian sampel terpilih (KK) merupakan informan utama dalam memberikan keterangan yang berkaitan dengan objek penelitian.

Teknik pengumpulan data

(1) Wawancara Terpimpin; (2) Wawancara Mendalam; dan (3) Dokumentasi. Data sekunder diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten, Puskesmas, Kantor Camat, dan Kantor Desa.

Analisis Data

Analisis data digunakan pendekatan perpaduan kuantitatif dan kualitatif (*mixing method*). Untuk pendekatan kualitatif digunakan untuk memahami fenomena individu dalam hal mencari, menemukan dan mendeskripsikan perilaku masyarakat terkait dengan masalah kesehatan. Data yang diperoleh melalui pendekatan kuantitatif dianalisis dengan model interaktif. Dengan melalui tahapan pengumpulan data, reduksi data, penyajian data dan kesimpulan hasil/verifikasi secara siklus atau secara simultan sebagai mana bagan berikut:



Reduksi data adalah proses pemilihan, pemusatan perhatian pada penyederhanaan, pengabstrakan dan transformasi data kasar yang muncul dari catatan lapangan. Sedangkan penyajian data adalah informasi yang tersusun yang memberikan kemungkinan adanya penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan. Dalam penelitian ini disajikan dalam bentuk naratif. Demikian halnya dengan penarikan kesimpulan pada penelitian kualitatif adalah merupakan sebagian dari kegiatan konfigurasi yang utuh yang diteruskan dengan melakukan verifikasi.

Dilihat dari alur penelitian tampak bahwa penelitian dan analisis data dilakukan dalam suatu proses yang pelaksanaannya sudah dimulai sejak pengumpulan data dilakukan dan dikerjakan secara intensif.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Perilaku Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan

Hasil dari tabulasi data menunjukkan bahwa perilaku pemanfaatan fasilitas kesehatan dilakukan dengan menggabungkan pemanfaatan fasilitas kesehatan Sendiri (S), Medis (M), dan Nonmedis (N). Artinya tiga pilihan layanan fasilitas kesehatan ini tidak pernah dimanfaatkan keluarga secara terpisah tetapi dilakukan dengan menggabungkan ketiga fasilitas kesehatan tersebut untuk mendapatkan kesembuhan dari penyakitnya.

Keluarga melakukan perilaku pemanfaatan fasilitas kesehatan dengan cara memanfaatkan lebih dari 1 (satu) fasilitas yang ada sehingga membentuk variasi perilaku. Jika dikelompokkan, keluarga cenderung berakhir melakukan pengobatan dengan memanfaatkan fasilitas kesehatan Nonmedis (N). Perilaku ini terdiri dari: pengobatan fasilitas kesehatan sendiri, dilanjutkan ke pengobatan medis dan non medis (S-M-N) sebanyak 43,63%; pengobatan Medis dilanjutkan ke pengobatan Non Medis (M-N) sebanyak 32,72%, dan Pengobatan Sendiri dilanjutkan ke pengobatan Non Medis (S-N) sebanyak 10,90%. Kondisi ini menunjukkan, keluarga belum merasakan adanya perubahan "menjadi sembuh" dengan hanya memanfaatkan 1 (satu) fasilitas kesehatan. Artinya, keluarga masih memerlukan pengobatan lanjut atau berganti fasilitas Non Medis dalam hal ini dukun atau pengobatan alternatif lainnya sampai akhirnya sembuh.

Selain itu, hanya ada sekitar 11% keluarga yang cenderung memanfaatkan fasilitas kesehatan yang berakhir pada pengobatan Medis (M). Perilaku ini terdiri dari: pengobatan fasilitas kesehatan Non Medis dilanjutkan ke pengobatan Medis (N-M) sebesar 6,36%; pengobatan Sendiri dilanjutkan ke pengobatan Medis dan Non Medis (S-N-M) sebesar 4,54%; dan pengobatan Sendiri dilanjutkan ke pengobatan Medis (S-M) sebesar 1,85%. Kondisi ini menunjukkan, keluarga belum merasakan adanya perubahan "menjadi sembuh" meskipun sudah pernah mencari dan mendapatkan pengobatan Sendiri atau pengobatan Non Medis.

Artinya, keluarga masih memerlukan pengobatan lanjut atau berganti memanfaatkan fasilitas Medis baik melalui Bidan, "mantri" atau dokter yang praktek di Puskesmas sampai akhirnya sembuh.

Konsep teori Tindakan Sosial dari Parson menjelaskan bahwa dalam mencapai tujuan (penyembuhan) ada komponen alat (fasilitas layanan) yang bisa dipilih. Dari hasil temuan menunjukkan ternyata keluarga dalam melakukan pencarian pengobatan dapat dilihat dari cara keluarga mendapatkan dan perilaku urutan pemanfaatannya. Demikian juga dengan penerapan konsep pilihan rasional dalam berperilaku menjelaskan bahwa orang bertindak karena mempunyai tujuan dan tujuan itu ditentukan oleh nilai atau pilihan. Tujuan dalam hal ini adalah sembuh, sehingga perilaku apapun yang dipilihnya hanya karena menginginkan kesembuhan.

Upaya mencari kesembuhan dimaksud apabila dikelompokkan pada fasilitas terakhir yang dimanfaatkan karena merasa sudah sembuh ada dua kategori, yaitu berakhir (merasa sudah sembuh) dengan Perilaku Pemanfaatan fasilitas kesehatan Non Medis dan berakhir (merasa sudah sembuh) dengan Perilaku Pemanfaatan fasilitas kesehatan Medis. Hal ini membuktikan Perilaku Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan Non Medis (jika ditotal lebih dari 85%) merupakan kelembagaan sosial di bidang kesehatan yang mendominasi dan paling banyak difungsikan oleh masyarakat dalam layanan pengobatan. Artinya dalam fenomena sosial, dimana dalam posisi pengobatan dengan melihat aspek peran pelayanan fasilitas kesehatan Non Medis masih berpotensi dalam memberikan fungsi dan peran yang tetap dibutuhkan dalam pelayanan pengobatan.

Dari analisis pemanfaatan layanan kesehatan, terjadi berbagai macam variasi perilaku. Artinya, dimanfaatkannya fasilitas kesehatan dengan berbagai variasi perilaku dimaksudkan untuk menunjukkan bahwa masyarakat selalu berusaha untuk "meringankan penderitaan" bahkan kesembuhan dari penyakit. Dalam teori pertukaran melalui variasi perilaku pemanfaatan fasilitas kesehatan, dapat dijelaskan bahwa :

- Tindakan masa lalu memperoleh imbalan (kepuasan), maka tindakan itu akan diulang untuk masa kini, artinya jika sudah tidak puas (belum sembuh) dengan pengobatan Medis, maka ganti atau meneruskan dengan Non Medis atau sebaliknya.
- Aktivitas seseorang yang dilakukan dalam waktu tertentu selalu memperoleh imbalan (kepuasan), maka aktivitas yang sama akan sering dilakukan orang lain; artinya seseorang yang telah berpengalaman mendapatkan fasilitas pengobatan Non Medis dan sembuh akan dijadikan *referensi* bagi pihak lain.
- Aktivitas itu memberikan nilai bagi seseorang, maka aktivitas tersebut akan sering dilakukan.
- Dalam jangka waktu tertentu aktivitas itu selalu memperoleh imbalan, maka nilai imbalan tersebut akan menurun, sehingga tidak menarik orang melakukannya lagi.

- Dalam jangka waktu tertentu suatu aktivitas dilakukan seseorang bagi orang lain memperoleh imbalan tidak setimpal, maka kemungkinan besar orang itu akan memperlihatkan tingkah laku tidak menyenangkan; Dalam hal ini dimungkinkan masyarakat merasakan tidak sembuh atau kecewa dengan fasilitas Medis sehingga tidak akan mau memanfaatkannya lagi.
- Dalam pertukaran sosial selain menerima imbalan, juga diharapkan dari adanya kemungkinan orang itu tidak kena marah atau hukuman apabila ia berbuat suatu kesalahan.

Cara Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan Medis: Perspektif Budaya

Pada umumnya, dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan medis, penderita datang ke tempat pelayanan. Tetapi "keunikan" yang tidak banyak dilakukan oleh masyarakat lain pada saat memanfaatkan layanan kesehatan medis adalah keluarga penderita dapat memanggil tenaga pelayanan dimaksud (dukun, bidan atau mantri) untuk melakukan pemeriksaan dan memberikan pengobatan datang ke rumah.

Dari data lapangan menunjukkan bahwa nelayan di daerah ini masih ada sebagian yang berketurunan dari Jawa (putra Jawa kelahiran Sumatera), tetapi nampaknya secara umum tidak ada perbedaan budaya dalam pola pemanfaatan layanan kesehatan. Dari hasil tabulasi data menunjukkan ada 71,18% keluarga mendatangi tempat pelayanan kesehatan medis, dan ada 28,82 % keluarga dengan cara memanggil tenaga medis untuk datang ke rumah penderita. Keluarga yang mendatangi fasilitas pelayanan kesehatan medis, umumnya mengeluarkan biaya Rp 5.000,00 – Rp 10.000,00 jika ke Puskesmas Pasir Limau Kapas menggunakan jasa ojek. Demikian juga jika mereka ke Bidan Rata-rata biaya pengobatan biasanya berkisar Rp 5.000,00 – Rp 20.000,00 sudah termasuk obat (jenis generik). Kecuali jika obat yang diperlukan tidak tersedia, keluarga harus "menebus" sendiri obat di apotek dan harus menempuh perjalanan ke Bagan Siapi-api. Sementara itu, biaya yang dikeluarkan keluarga untuk petugas jika dipanggil ke rumah penderita minimal sebesar Rp 25.000,00 dan sudah termasuk obat.

Pelayanan yang dianggap dapat terjangkau ini, dijadikan sebagai pertimbangan keluarga dalam memilih cara memanfaatkan fasilitas kesehatan. Dalam hal ini keluarga lebih memilih untuk memanggil petugas datang ke rumah dari pada penderita dibawa ke tempat praktek pelayanan Medis.

Sebagaimana kehidupan nelayan pada umumnya, perspektif evolusioner kehidupan masyarakat di wilayah ini tampak sederhana dan bersahaja berkembang menjadi masyarakat yang kompleks. Secara tidak langsung, dampak adanya struktur kekuasaan (*power structure*) pengaruh kehidupan kota tidak dapat dihindari. Indikator ini ditunjukkan salah satunya dengan hadirnya alat komunikasi yang berupa *hand phone* (HP). Telephone genggam telah membuktikan sebagai alat "pendekat jarak, penyingkat waktu" termasuk untuk menghubungi petugas

kesehatan medis (bidan, mantri, atau beberapa dukun) untuk bersedia datang ke rumah penderita, atau ada "utusan" untuk menjemputnya.

Ada beberapa pertimbangan keluarga lebih memilih memanggil petugas kesehatan dari pada membawa penderita ke tempat fasilitas pelayanan kesehatan Medis, yaitu: kepraktisan, hemat waktu, biaya terjangkau. dan tidak "menambah penderitaan" karena harus menempuh perjalanan yang tidak nyaman.

Karakteristik Aspek Penderita : Perspektif Demografi dan Jenis Penyakit

Pemanfaatan fasilitas kesehatan oleh keluarga ditunjukkan dalam rangka mencari pengobatan penyakit bagi individu penderita. Dalam penelitian ini, identitas karakteristik aspek penderita dilihat dari jenis kelamin, umur saat sakit, jenis penyakit yang diderita.

Aktivitas sebagai nelayan memerlukan kemampuan tenaga kerja yang relatif lebih besar jika dibandingkan dengan mengolah pertanian dengan menggunakan alat traktor. Sehingga, tidak menutup kemungkinan bahwa dengan aktivitas ini pula berpeluang munculnya berbagai jenis penyakit. Dilihat dari persentase jenis penyakit, terbesar yaitu 33,63% tergolong penyakit yang berhubungan dengan kulit dan 30,90 % adalah berkaitan dengan "saluran nafas" seperti batuk, asma dan sebagainya.

Tabel 1. Identitas penderita berdasarkan Jenis kelamin, Umur dan Jenis Penyakit di Desa Panipahan dan Desa Teluk Pulau, 2009

Identitas penderita	Desa Panipahan		Desa Teluk Pulau		Total	
	F	%	F	%	F	%
a. Jenis kelamin						
- Perempuan	34	30,90	23	20,90	57	51,81
- Laki-laki	31	28,18	22	20,00	53	48,19
Total	65	59,09	45	40,90	110	100
b. Umur						
- Kurang dari 12 th	4	3,63	3	2,72	7	6,36
- 13 - 20 th	29	26,36	20	18,18	49	44,54
- Lebih dari 21 th	32	29,09	22	20,00	54	49,10
Total	65	59,09	45	40,90	110	100
c. Jenis Penyakit						
- Saluran Nafas	23	20,90	11	10,00	34	30,90
- Pencernaan	11	10,00	9	8,18	20	18,18
- Degeneratif	4	3,63	5	4,54	9	8,18
- Otot Syaraf	4	3,63	6	5,45	10	9,09
- Kulit	23	20,90	14	12,72	37	33,63

Total	65	59,09	45	40,90	110	100
-------	----	-------	----	-------	-----	-----

Sumber: Hasil Penelitian, 2009

Hubungan Kondisi Ekonomi Keluarga dan Perilaku Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan

Perilaku pemanfaatan fasilitas kesehatan berdasarkan kondisi ekonomi keluarga berkaitan dengan persepsi keluarga terhadap kecukupan pendapatan yang diperoleh. Jika pendapatan yang diperoleh dari hasil nelayan dirasakan belum cukup untuk memenuhi kebutuhan keluarga dan bahkan memiliki hutang, maka pilihan jawaban yang disediakan adalah "tidak cukup dan punya hutang". Dalam hal ini keluarga dikategorikan dalam kondisi ekonomi kurang. Tetapi jika keluarga sudah merasakan cukup, maka pilihan jawaban yang disediakan adalah "cukup, tidak punya hutang". Dalam hal ini keluarga dikategorikan dalam kondisi ekonomi cukup. Bahkan jika keluarga memiliki tabungan, maka jawaban yang disediakan adalah "cukup dan memiliki tabungan". Dalam hal ini keluarga dikategorikan mapan.

Pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan yang dilakukan keluarga terbanyak 40% adalah dengan perilaku diawali dengan pengobatan sendiri (S) kemudian Medis diteruskan Non Medis (S-M-N). Pemanfaatan fasilitas layanan kesehatan, dilihat dari kondisi ekonomi keluarga cenderung untuk melakukan pengobatan Sendiri lebih dulu sebelum mencari pengobatan lainnya. Ini menunjukkan bahwa ada upaya keluarga untuk berusaha "tidak melibatkan" orang lain.

Di sisi lain ada sekitar 24,54 % dengan pola (M-N). Alasan pilihan perilaku ini; keluarga sudah terbiasa dengan pelayanan medis, keluarga tidak menghendaki adanya resiko yang dianggap lebih membahayakan dengan mencoba terlebih lagi kondisi ekonomi yang "masih punya hutang". Sebaliknya, bagi keluarga dengan kondisi ekonomi mapan, pemanfaatan Medis menjadi yang pertama dilakukan dengan alasan bahwa kesehatan merupakan "aset" yang tidak dapat tergantikan dengan "uang".

Konsep *Health Belief Model (HBM)* menjelaskan bahwa tindakan memanfaatkan fasilitas kesehatan sebagai wujud perilaku salah satunya didasarkan pada *predisposing factor*. Dalam konteks penelitian ini, faktor tersebut salah satunya dilihat dari keadaan ekonomi. Bahkan Kroeger menambahkan pertimbangan *characteristic of the service*. Artinya, pilihan perilaku pemanfaatan fasilitas kesehatan salah satunya didasarkan pada pertimbangan tingkat kecukupan kondisi ekonomi.

Terkait dengan motivasi masyarakat "miskin" untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan medis dan non medis, dapat dilihat dari motif tindakan yang mereka pilih sebagai arah pencapaian tujuan untuk pemenuhan kebutuhan (sembuh dari penyakit). Sementara, teori tindakan sosial versi Weber lebih bersifat subyektif yang lebih mengedepankan aspek paradigma definisi sosial. Oleh sebab itu, menurut Weber untuk memahami apa makna dibalik tindakan sosial seseorang harus dipahami lebih dahulu apa motif dari tindakan tersebut. Tindakan ini

merupakan emosional atau bahkan tradisional bila dikaitkan dengan motif lain yang muncul sebagai subyektifitas dalam menentukan pilihannya sendiri. Karena manusia adalah mahluk intersubjektif, maka tidak mungkin didekati dengan metode obyektif. Sehingga metode yang tepat untuk memahami makna tindakan seseorang adalah dengan melakukan penelitian secara subyektif dengan memahami makna dibalik tindakan. Hal ini didasarkan pada makna dan manfaat serta tradisi masyarakat dalam memandang layanan kesehatan yang ada.

Sementara itu, teori tindakan sosial versi Parsons, selalu diperhitungkan sarana dan tujuannya. Tindakan sosial ini hanya dapat dijelaskan dalam hubungannya dengan kesempatan atau hambatan yang datang dari kondisi situasi. Termasuk kondisi ekonomi saat keluarga memerlukan pengobatan. Dengan keterbatasan kondisi ekonomi, keluarga tetap berusaha agar penderita sembuh dari sakit dan pilihan layanannya adalah cenderung Non Medis karena merasa lebih terjangkau dari sisi biaya (penghitungan ekonomi).

Selain itu, dalam masyarakat yang sederhana umum terjadi di daerah pedesaan, jumlah pranata dalam kehidupan masyarakat yang ada juga terbatas termasuk fasilitas kesehatan. Sementara itu, pilihan atas tindakan tadi dikontrol dan distimuli oleh lingkungan internal dan eksternalnya sebagai arah untuk mencapai dan memenuhi kebutuhan pengobatan. Dengan demikian, keterbatasan pranata (lingkungan eksternal) dikontrol juga oleh lingkungan internal salah satunya adalah kondisi ekonomi.

Dari penjelasan tersebut, maka tampak bahwa tindakan melakukan pilihan untuk menentukan ke arah mana yang akan dituju dalam rangka mencari layanan kesehatan ditentukan oleh kondisi situasional dan norma yang berlaku. Pilihan arah pengobatan ini dipahami secara *voluntaristik*, dimaksudkan bahwa : a) Tindakan itu diarahkan pada tujuannya, dalam hal ini mencari kesembuhan; b) Tindakan terjadi dalam suatu situasi dimana beberapa elemennya sudah pasti dalam hal ini adalah adanya keterbatasan biaya dan c) Secara normatif tindakan itu diatur sehubungan dengan penentuan alat dan tujuan, bahwa pilihan Non Medis sudah menjadi pilihan masyarakat secara turun temurun.

Selain itu, berbagai hal yang dijadikan alasan keluarga memanfaatkan fasilitas layanan kesehatan non medis sebagai pilihan terakhirnya adalah:

- Pada umumnya, fasilitas kesehatan Medis yang dimanfaatkan bukan spesialis medis untuk penyakit tertentu sehingga diagnosis yang dida-patkan dari pelayanan tentang penyakit kurang tepat. Konsekuensinya pengobatan dan terapi yang diberikan pada penderita belum maksimal. Di satu sisi, jika keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan medis dari tenaga spesialis penyakit, tidak dimilikinya sejumlah biaya yang memadai.
- Karena keterbatasan biaya untuk "menebus" obat, maka obat yang dibeli hanya sebagian dari jumlah jenis obat maupun sebagian dari jumlah dosis yang seharusnya (seharusnya lima jenis obat hanya terbeli dua jenis obat; seharusnya untuk dosis lima hari, hanya terbeli untuk tiga hari).

- Karena keterbatasan biaya, maka keluarga tidak melakukan "rawat jalan" sebagaimana yang dianjurkan.
- Konsekuensi dari perilaku dimaksud maka resiko dari penyakit dirasakan menjadi "parah" atau lama tidak segera sembuh; dalam kondisi seperti ini keluarga merasa "tidak puas".
- Keluarga sengaja "lari" dari pengobatan medis untuk menghindari tindakan operasi yang ditawarkan.
- Penderita merasa "takut" melihat peralatan medis dan merasa "takut" dari dampak pengobatan medis (misalnya takut rambut menjadi rontok setelah dilakukan tindakan medis).
- Sulitnya daya jangkau terkait dengan ketersediaan transportasi menuju fasilitas medis yang diharapkan.
- Sulitnya keluarga memenuhi persyaratan administrasi dalam hal kelengkapan surat yang diperlukan untuk tindakan medis.
- Ada kendala secara psikologis jika berinteraksi dengan tenaga medis (dokter) berdasarkan pengalaman sebelumnya. Tenaga medis "memperlakukan" penderita tidak simpatik, terkesan "dimarahi". Dalam kondisi ini keluarga merasa sudah menderita ditambah pula perlakuan yang tidak ramah.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

1. Perilaku pemanfaatan fasilitas kesehatan dilakukan dengan menggabungkan pemanfaatan fasilitas kesehatan Sendiri (S), Medis (M), dan Nonmedis (N). Dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan, keluarga penderita memanggil tenaga pelayanan kesehatan (dukun, bidan atau mantri) ke rumah untuk melakukan pemeriksaan dan memberikan pengobatan.
2. Karakteristik penderita yaitu 33,63% tergolong penyakit yang berhubungan dengan kulit dan 30,90 % berkaitan dengan "saluran nafas" seperti batuk, asma dan sebagainya.
3. Kondisi ekonomi keluarga berkaitan dengan pola pemeliharaan kesehatan dan pemanfaatan fasilitas kesehatan.

Saran-saran

1. Terkait dengan pelayanan kesehatan. Berbagai kebijakan dimaksud dapat menyangkut hal a) peningkatan sarana prasarana fasilitas kesehatan medis untuk dapat melakukan diagnosis penyakit dengan lebih teliti sehingga dapat dengan tepat memberikan pengobatan; b) perlunya fasilitasi tenaga non medis sebagai *team work* dalam melakukan pemeliharaan & pemulihan kesehatan penderita atas rujukan dari tim medis; c) pembinaan secara intensif melalui kelompok nelayan dalam sosialisasi menjaga keselamatan dan kesehatan pekerjaan di bidang perikanan; d) membangun interaksi dan komunikasi antar kelembagaan sosial kesehatan dalam memelihara kondisi

kesehatan masyarakat berdasarkan budaya lokal; e) kebijakan yang menyangkut kemudahan akses dan tata laksana pelayanan medis terkait dengan jam buka praktek, ketenagaan yang siap dihubungi sewaktu-waktu (mantri/bidan desa bertempat tinggal di tempat tugas) sehingga masyarakat dapat memanfaatkan fasilitas pelayanan medis secara maksimal.

2. Terkait dengan temuan tercapainya tujuan merasa sembuh dengan kecenderungan pemanfaatan fasilitas kesehatan non medis maka perlu kajian dengan melakukan uji klinis terhadap indikator sembuh dimaksud.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih disampaikan kepada Direktur DP2M Kementerian Pendidikan Nasional RI yang telah membiayai Hibah Penelitian Unggulan Lokal DIPA Universitas Riau Tahun Anggaran 2009.

DAFTAR PUSTAKA

Akmal, Y (2002)., Kondisi Sosial Budaya Suku Sentani dan Implikasinya Pada Perilaku Ibu Hamil Dalam Memanfaatkan Pelayanan Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) di Puskesmas. Studi Kasus : Di Kecamatan Sentani, Kabupaten Jayapura.

Caska dan Hidir, A. (2009). Health Belief Model dalam Sistem Pengobatan Masyarakat (Studi Komparatif Sistem Sosial Ekonomi, Budaya dan Demografi Masyarakat Pesisir dalam Upaya Pengobatan di Kabupaten Rokan Hilir). Pekanbaru: Pusat Penelitian Kependudukan UR.

Mukti, A. G. (1998). Menjaga Mutu Pelayanan Bidan Desa: Penerapan Metode Belajar Berdasar Masalah. Yogyakarta: Pusat Penelitian Kependudukan UGM.

Muzaham, F. (1995). Memperkenalkan Sosiologi Kesehatan. Jakarta: UI Press.

Rienks, A. S. dan Iskandar, P. (1985). Penyakit dan Pengobatan di Jawa Tengah: Persepsi Desa Kontra Pemerintah, dalam Michael R Dove (Eds), Peranan Kebudayaan Tradisional Indonesia Dalam Modernisasi. Jakarta: Yayasan Obor Indonesia.

Suharyadi dan Purwanto, S. K. (2009). Statistika Untuk Ekonomi dan Keuangan Modern, Buku I. Jakarta: Salemba Empat.

Tinuk Istiarti. (1998). Pemanfaatan Tenaga Bidan Desa. Yogyakarta: Pusat Penelitian Kependudukan UGM.