

# **ORIENTASI KESEHATAN MASYARAKAT MISKIN**

**(Studi Deskriptif tentang Orientasi Kesehatan dan Persepsi Sehat dan  
Sakit Masyarakat Miskin Penerima Bantuan Kesehatan di RW 16  
Kelurahan Gading Kecamatan Tambaksari Kota Surabaya)**

## **SKRIPSI**

Fis 5.13/07

Nur  
0



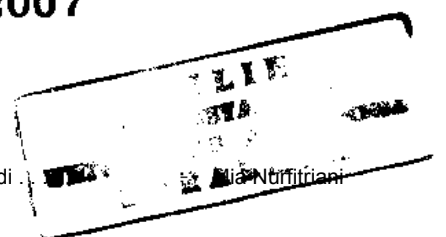
Disusun Oleh :

**MIA NURFITRIANI**

**NIM. 070116451**

**PROGRAM STUDI SOSIOLOGI  
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK  
UNIVERSITAS AIRLANGGA**

**Semester Gasal 2006/2007**



## SURAT PERNYATAAN

Saya Mia Nurfitriani, NIM 070116451 dengan ini menyatakan **bagian atau keseluruhan isi Skripsi ini tidak pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademis pada bidang studi dan /atau universitas lain dan tidak pernah dipublikasikan atau ditulis oleh individu selain penyusun kecuali bila dituliskan dengan format kutipan dalam skripsi.**

Tertanda, 19 Januari 2007



Mia Nurfitriani

# **ORIENTASI KESEHATAN MASYARAKAT MISKIN**

## **SKRIPSI**

**Maksud: sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan studi  
S1 pada Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik  
Universitas Airlangga**



**Disusun oleh  
MIA NURFITRIANI  
NIM 070116451**

**PROGRAM STUDI SOSIOLOGI  
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
Semester Gasal 2006 / 2007**



*Hasil jerih payah ini kupersembahkan  
untuk Bapak, Mama, D, Uti, Atung  
(Alm), mbah Kakung, Bu Ib  
(Almarhumah).*

## **LEMBAR PERSETUJUAN**

### **ORIENTASI KESEHATAN MASYARAKAT MISKIN**

**(Studi Deskriptif Tentang Orientasi Kesehatan dan Persepsi Sehat dan Sakit  
Masyarakat Miskin Penerima Bantuan Kesehatan di Rw 16, Kelurahan  
Gading, Kecamatan Tambaksari Surabaya)**

**Skripsi ini telah memenuhi persyaratan dan disetujui untuk diujikan**

**Surabaya 19 Desember 2006**

**Dosen Pembimbing**



**Drs. Septi Ariadi, MA**  
**NIP. 131 836 626**

## LEMBAR PENGESAHAN

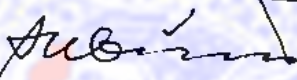
Skripsi ini telah diujikan pada

Hari Tanggal : **Senin, 8 Januari 2007**

Jam : **08.00**

**Tim Penguji**


**Ketua Penguji**




**Dr. I. B. Wirawan, SU**  
**NIP. 130 701 136**

**Anggota**

**Anggota**



**Karnaji, S.sos, M.si**  
**NIP. 132 162 037**



**Drs. Septi Ariadi, MA**  
**NIP. 131 836 626**

## **ABSTRAK**

### **"Orientasi Kesehatan Masyarakat Miskin"**

*Penulis : Mia Nufitriani*

Penelitian ini meneliti bagaimana persepsi sehat sakit menurut masyarakat miskin penerima bantuan kesehatan dan bagaimana orientasi kesehatan masyarakat miskin peneriman bantuan kesehatan. Menurut perspektif dari Suchman, Orientasi dibagi menjadi dua, yaitu orientasi kesehatan populer dan orientasi kesehatan ilmiah. Orientasi kesehatan mempunyai indikator pertama, tingkat pengetahuan terhadap penyakit, kedua tingkat skeptisisme terhadap perawatan medis, ketiga ketergantungan seseorang akibat penyakit.

Penelitian ini memakai metode penelitian yang bertipe deskriptif, dengan memilih lokasi di RW 16 Kelurahan Gading, Kecamatan Tambaksari Kota Surabaya. Teknik penarikan sampel yang digunakan adalah teknik random sampling sederhana dengan sampel 50 responden masyarakat penerima bantuan kesehatan. Teknik analisa data yang dilakukan pertama kali adalah skoring untuk variabel orientasi kesehatan, setelah itu didapat persentase orientasi ilmiah dan populer.

Hasil penelitian menunjukkan sebanyak 72% masyarakat gading berorientasi kesehatan ilmiah. Indikator nya bisa dilihat dari tingginya tingkat pengetahuan terhadap penyakit, rendahnya tingkat skeptisisme terhadap perawatan medis, rendahnya ketergantungan seseorang terhadap orang lain akibat penyakit. Orientasi kesehatan ilmiah bersifat objektif, profesional, dan impersonal, untuk memperkuat asumsi ini dihubungkan dengan jenis kelamin, usia, pendidikan dan jenis pekerjaan. Orientasi Ilmiah berada pada karakter responden berusia 36-45 tahun, berpendidikan rendah, jenis pekerjaan wiraswasta dan perbandingan seimbang untuk laki-laki dan wanita. Pada konsep sehat dan sakit masyarakat miskin Kelurahan Gading menganggap sakit sebagai perasaan sakit pada bagian tubuh tertentu yang mengganggu aktifitas sehari-hari, sedangkan sehat menurut masyarakat miskin adalah perasaan bahwa fisik tidak merasa sakit dan tidak ada aktifitas sehari-hari yang terganggu.

**Key Words:** Orientasi kesehatan, Masyarakat Miskin

## KATA PENGANTAR

Bermula dari banyaknya kasus-kasus penyelewengan dana yang seharusnya digunakan pemerintah sebagai bantuan kesehatan untuk mensubsidi masyarakat miskin yang memang sangat memerlukan. Banyak orang beranggapan bahwa masyarakat miskin, yang identik dengan pendidikan rendah, tidak menggunakan bantuan kesehatan dengan alasan tidak suka berurusan dengan birokrasi.

Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan bagaimana persepsi sehat dan sakit menurut masyarakat miskin, dan bagaimana orientasi kesehatan pada masyarakat miskin.

Penulis mengucapkan syukur karena diberikan kekuatan untuk menyelesaikan skripsi ini kepada Allah SWT, tak lupa dalam penelitian ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih sebesar-besarnya pada Bapak Budi Ketua RW 16 Kelurahan Gading beserta Responden di RW 16. Terimakasih kepada pembimbing kuliah Penulis Bapak Dwi Narwoko yang telah membimbing penulis selama ini, terimakasih kepada Bapak Septi Ariadi yang selalu membimbing skripsi dengan segala kelemahan penulis. Terimakasih kepada Bapak, Mama, D, (doa-doa yang tiada henti untuk anakmu) Uti, Atung (Alm), Mbah Kakung, Bu Ib (Almh), Keluarga Subari Wiyotosupadmo, S. H. yang telah menyemangati dan memaksa penulis untuk segera menyelesaikan skripsi dan pulang ke Jakarta., Keluarga Asmoeri Sastroprawiro, untuk doa-doa yang tiada henti. Keluarga Prof. Dr. dr. Sunaryo Hardjowijoto Sp.B., Sp.U. dan Ibu dr. Widorini MARS. (my second Fams), Astha, terimakasih atas kebaikannya selama



lima tahun ini. Mimi, Om, Via terimakasih untuk segala pelajaran hidupnya, mbak Mira teman sekamar selama 3 tahun terimakasih untuk segala ransum skripsi dan traktirannya. Terimakasih yang sangat sangat banyak untuk Intan, Ndut, Dian Rus (akhirnya...skripsi selesai!), Ningsih (atas naschatnya), Ari, Dinar, Eko (buat turun lapangannya), Adi, Munuk, Riga, Somath, Aries, Putra (*it was.*), Ratih, Ayu, Nurul, dan teman-teman 2001 yang lain. Teman Kost Pita, Tinta, Makasi ya! Teman-teman 2002 Yudha, Hery, Fitry. Anak-anak pos : Cabul, Gembok, Bogor, Lukman, Dina, Komeng, Budi, Iwan, Inul, Rizal, Enti, Jay, dan yang lainnya.

Terakhir terimakasih yang sangat banyak sekali dan tak terhingga kepada *shequ citnhlu* yang selalu menemani penulis kemanapun, dalam keadaan apapun, dan mendukung dengan apa yang dilakukan penulis "*LatretChamatrSitnaLy*".... dan semua orang yang mendukung saya.... Terima Kasih.....

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan skripsi ini banyak keterbatasan kemampuan serta ilmu pengetahuan yang dimiliki oleh penulis. Oleh karena itu penulis berharap dapat disempurnakan dengan berbagai kritik dan saran. Namun penulis berharap semoga skripsi ini dapat menambah wawasan dan pengalaman penulis sendiri dan pihak-pihak lain.

Penulis

## DAFTAR ISI

Judul Luar	i
Judul Dalam	ii
Pernyataan tidak plagiat	iii
Maksud Penulisan Skripsi	iv
Lembar Persembahan	v
Lembar Persetujuan Pembimbing	vi
Lembar Pengesahan	vii
Abstrak	viii
Kata Pengantar	x
Daftar Isi	xii
Daftar Tabel	
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
I. Latar Belakang Masalah	1
II. Rumusan Masalah	17
III. Tujuan Penelitian	17
IV. Manfaat Penelitian	17
V. Kerangka Teoritik :	18
1. Orientasi Kesehatan	18
2. Kemiskinan	22
3. Bantuan Kesehatan	26
VI. Metode Penelitian	28
1. Definisi Operasional	28
2. Tipe Penelitian	32
3. Lokasi Penelitian	33
4. Populasi dan Teknik Pengambilan Sampel	33
5. Teknik Pengumpulan Data	35
6. Teknik Analisa Data	36
<b>BAB II GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN</b>	
I. Kecamatan Tambaksari	38
1. Deskripsi umum	38
2. Komposisi Penduduk	39
II. Kelurahan Gading	43
1. Deskripsi Umum	43
2. Keadaan Penduduk	44
3. Pendidikan	49
4. Agama	51
5. Kesehatan	53

**BAB III TEMUAN DATA**

I.	Karakteristik Responden	58
II.	Kondisi Sosial Ekonomi	65
III.	Persepsi Sehat Sakit menurut keluarga miskin	73
IV.	Orientasi Kesehatan	83
V.	Peran Significant Other dalam mempengaruhi pengobatan	97

**BAB IV ANALISIS**

I.	Persepsi sehat sakit menurut keluarga miskin	106
II.	Orientasi Kesehatan	111

**BAB V KESIMPULAN**

I.	Kesimpulan	122
II.	Saran	123

Daftar Pustaka  
Lampiran



## DAFTAR TABEL

Tabel I. 1 Status kesehatan individu	31
Tabel II. 1 Penduduk Kecamatan Tambaksari berdasarkan Usia	39
Tabel II. 2 Mata Pencaharian Penduduk Kecamatan Tambaksari	41
Tabel II. 3 Jumlah Penduduk menurut usia	44
Tabel II. 4 Mata Pencaharian Penduduk Kelurahan Gading	45
Tabel II. 5 Mobilitas penduduk Kelurahan Gading	47
Tabel II. 6 Jumlah Sarana Pendidikan di Kelurahan Gading	49
Tabel II. 7 Jumlah Penganut Agama	51
Tabel II. 8 Perkumpulan Agama di Kelurahan Gading	52
Tabel III. 1 Jenis Kelamin Responden	57
Tabel III. 2 Usia Responden	58
Tabel III. 3 Agama Responden	59
Tabel III. 4 Pendidikan Terakhir Responden	60
Tabel III. 5 Status Pernikahan Responden	61
Tabel III. 6. Jumlah Anak Responden	62
Tabel III. 7 Status Ketenaga Kerjaan responden	63
Tabel III. 8 Jenis Pekerjaan Responden	64
Tabel III. 9 Penghasilan Responden	66
Tabel III. 10 Pengeluaran Responden	67
Tabel III. 11 Anggota keluarga yang ikut bekerja	68
Tabel III. 12 Status Tempat Tinggal	70
Tabel III. 13 Kondisi kesehatan responden saat ini	72
Tabel III. 14 Kondisi Kesehatan saat ini dengan 1 bulan yang lalu	74
Tabel III. 15 Persepsi sehat keluarga miskin	75
Tabel III. 16 Persepsi sakit keluarga miskin	77
Tabel III. 17 Reaksi responden terhadap sakit	80
Tabel III. 18 Saat Terakhir mengalami sakit	83
Tabel III. 19 Penyakit yang pernah di derita responden	84
Tabel III. 20 Penanganan Penyakit	85
Tabel III. 21 Alasan Respoden berobat ke dokter	86
Tabel III. 22 Alasan Tidak berobat ke dokter	87
Tabel III. 23 Tempat Berobat	88
Tabel III. 24 Kondisi kesehatan keluarga sebulan terakhir	89
Tabel III. 25 Penyakit parah dan tempat pengobatan	91
Tabel III. 26 Biaya menjadi kendala dan cara mengatasi	92
Tabel III. 27 Pengobatan alternatif dan alasannya	94
Tabel III. 28 Frekuensi berobat ketika sakit	96
Tabel III. 29 Pihak yang sering dimintai pendapat	97
Tabel III. 30 Alasan meminta pendapat orang lain	98
Tabel III. 31 Pengaruh peran significant other terhadap tindakan pengobatan	99
Tabel III. 32 Alasan tidak meminta pendapat orang lain	100
Tabel III. 33 Orientasi Kesehatan RW 16 Masyarakat Gading	101

Tabel IV. 1 Tabel Silang antara Orientasi kesehatan dan Jenis Kelamin	113
Tabel IV. 2 Tabel Silang antara Orientasi kesehatan dan Usia	115
Tabel IV. 3 Tabel Silang antara Orientasi kesehatan dan Pendidikan	116
Tabel IV. 4 Tabel Silang antara Orientasi kesehatan dan Jenis Pekerjaan	117





# BAB I

## PENDAHULUAN

### **I.1. Latar Belakang Masalah.**

Kesehatan hal yang sangat penting, dan termasuk hal yang mendasar dalam kehidupan manusia. Masalah kesehatan masyarakat, terutama di negara berkembang, pada dasarnya menyangkut dua aspek utama. Pertama adalah aspek fisik dan kedua adalah aspek non fisik. Aspek fisik meliputi tersedianya fasilitas sarana dan prasarana kesehatan pengobatan penyakit, seperti Rumah Sakit dan puskesmas yang memadai sehingga dimungkinkannya tersedia fasilitas kesehatan dari segala tingkat wilayah yang memudahkan pasien untuk berobat. Sedangkan aspek non fisik meliputi segala sesuatu yang berhubungan dengan perilaku kesehatan. Faktor perilaku kesehatan ini mempunyai pengaruh yang besar terhadap status kesehatan individu maupun masyarakat.

Perilaku manusia merupakan hasil dari segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. Dengan kata lain, perilaku merupakan respons atau reaksi seorang individu terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya. Respon ini dapat bersifat pasif (tanpa tindakan, seperti ; berpikir, berpendapat, bersikap) maupun aktif (dengan melakukan tindakan). Sesuai dengan batasan ini, perilaku kesehatan dapat dirumuskan sebagai segala bentuk



pengalaman dan interaksi individu dengan lingkungannya, khususnya yang menyangkut pengetahuan dan sikap tentang kesehatan, serta tindakannya yang berhubungan dengan kesehatan.

Perilaku aktif dapat dilihat, sedangkan perilaku pasif tidaklah tampak, seperti pengetahuan, persepsi, dan motivasi. Beberapa ahli membedakan bentuk-bentuk perilaku. Proses pembentukan atau perubahan perilaku dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor dari dalam dan luar individu (Solita Sarwono, 1993: 1-3). Pembangunan kesehatan sebagai salah satu upaya pembangunan nasional diarahkan guna tercapainya kesadaran, kemauan, dan kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Pembangunan kesehatan pada dasarnya menyangkut semua segi kehidupan, baik fisik, mental maupun sosial ekonomi. Dalam perkembangan pembangunan kesehatan selama ini, telah terjadi perubahan orientasi, baik tata nilai maupun pemikiran terutama mengenai upaya pemecahan masalah di bidang kesehatan yang dipengaruhi oleh politik, ekonomi, sosial budaya, pertahanan dan keamanan serta ilmu pengetahuan dan teknologi. Perubahan orientasi tersebut akan mempengaruhi proses penyelenggaraan pembangunan kesehatan. Di samping hal tersebut dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan perlu memperhatikan jumlah penduduk Indonesia yang besar, terdiri dari berbagai suku dan adat istiadat, menghuni ribuan pulau yang terpencar-pencar dengan tingkat pendidikan dan sosial yang beragam.



Kesehatan sesuatu hal yang penting bagi tiap tiap individu manusia, hal ini mutlak karena sehat adalah hak bagi seluruh individu manusia, begitu juga dengan masyarakat miskin. Masyarakat golongan menengah ke bawah ini juga mempunyai hak yang sama dengan masyarakat yang lain, yaitu hak untuk hidup sehat. Apabila hak ini tidak terpenuhi dikarenakan soal biaya, maka sepatutnya pemerintah membantu persoalan ini.

Tidak bisa dipungkiri, sejak krisis moneter terjadi pada pertengahan tahun 1997 sampai sekarang ini, dampaknya masih cukup terasa terutama bagi strata sosial ekonomi menengah kebawah. Masalah kemiskinan menjadi semakin luas dan semakin sulit untuk dipecahkan. Dimaksudkan miskin di sini bukan hanya sekedar kekurangan uang atau sekedar tidak dapat memenuhi kebutuhan sehari-harinya, tetapi lebih kepada suatu permasalahan yang sangat kompleks, baik dari segi faktor penyebabnya maupun dampak yang ditimbulkannya.

Diakui bahwa telah banyak studi yang dilakukan, tetapi pengentasan kemiskinan dan faktor apa penyebab kemiskinan itu masih belum dapat diidentifikasi secara tuntas. Untuk menentukan siapa yang tergolong miskin lazimnya digunakan patokan garis kemiskinan. Tetapi sesungguhnya batasan mengukur garis kemiskinan tersebut masih sering menimbulkan berbagai polemik. Secara sosiologis, kemiskinan sesungguhnya bukan semata-mata kurangnya pendapatan untuk memenuhi kebutuhan hidup pokok atau standart hidup layak, namun lebih dari itu esensi kemiskinan adalah menyangkut kemungkinan atau





probabilitas orang atau keluarga miskin untuk melangsungkan dan mengembangkan usaha serata taraf kehidupannya. (Suyanto, 2005:9-10)

Kemiskinan dibagi menjadi dua kategori. Pertama, kemiskinan alamiah, yakni kemiskinan yang timbul sebagai akibat sumber-sumber daya yang langka jumlahnya atau karena tingkat perkembangan teknologi yang sangat rendah. Kedua, kemiskinan buatan, yakni kemiskinan yang terjadi karena struktur sosial yang ada membuat anggota atau kelompok masyarakat tidak menguasai sarana ekonomi dan fasilitas-fasilitas secara merata. (Suyanto, 2005:12)

Keadaan sosial yang telah menghasilkan banyak orang miskin baru ini merupakan masalah sosial yang penting untuk segera diatasi. Jumlah siswa yang harus putus sekolah meningkat tajam di saat wajib belajar sedang giat-giatnya digalakkan. Keadaan gizi dan kesehatan masyarakat menurun sehingga mencapai titik yang memprihatinkan. Kenyataan ini harus diantisipasi untuk menghindari terdapatnya "generasi yang hilang" beberapa dasawarsa mendatang.

Kesehatan identik dengan penyakit, lalu bagaimana cara penanganan penyakit tergantung dari cara penyembuhan. Cara penyembuhan ini bisa dilakukan oleh siapapun, oleh pasien sendiri atau *self healing*.

Apabila sudah tidak bisa ditangani sendiri, maka individu tersebut membawanya ke pihak lain, dalam hal ini dokter atau Rumah sakit. Bagaimana proses ini berlanjut hingga tercapai suatu kesembuhan bagi si pasien adalah tergantung dari faktor yang penting, untuk kesembuhan



pasien adalah pelayanan kesehatan bagi si pasien. Pelayanan kesehatan disini bagaimana sikap dokter atau suster yang menangani, apakah komunikasi berjalan secara dua arah (antara dokter dan pasien) atau hanya satu arah saja (dokter berbicara, pasien hanya sebagai pelaksana dan tidak kritis), pelayanan kesehatan yang lain juga termasuk fasilitas yang kita dapatkan.

Pelayanan kesehatan semakin tak terjangkau merupakan fenomena yang riil di tengah masyarakat kita. Sehingga bagi rakyat kecil, yang hidup sehat saja terasa demikian susah, apalagi jika harus terkena penyakit. Istilahnya sudah jatuh tertimpa tangga. Tidak sehat berarti harus berhadapan dengan harga obat yang mahal, ongkos rumah sakit yang juga tidak sedikit, dan bisa-bisa malah jadi korban malapraktik dokter. Ujung-ujungnya, sembuh tidak sembuh jika orang miskin jatuh sakit yang tersisa hanyalah kebangkrutan. Oleh karena itu, urusan penyakit dan penanganannya sudah seperti lingkaran setan bagi kaum papa. Kemiskinan menjadikan lingkungan mereka begitu dekat dengan sumber penyakit. Namun dewasa ini penyakit tidak melulu karena perilaku hidup yang jorok. Ledakan industri makanan misalnya, ikut menceburkan masyarakat ke dalam kubangan penyakit berbahaya. (Eko Prasetyo;).

Pelayanan kesehatan yang ada sekarang bisa dikatakan tidak memadai dan tidak memuaskan bagi masyarakat. Banyak sekali contoh kasus- contoh kasus yang kita temukan di surat kabar, dan biasanya pelayanan kesehatan yang tidak memuaskan ini berimbas kepada



masyarakat miskin.

Suatu contoh kasus :

*"Program pemerintah yang bertajuk program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) untuk membantu keluarga miskin, sepertinya tidak berjalan efektif. Sebab, adakalanya dokter yang menangani keluarga miskin yang berobat di rumah sakit, sepertinya tidak mau tahu dengan kondisi ekonomi pasien, terutama dalam pemberian resep.*

*Malah para dokter berpendapat merekalah yang tahu kondisi medis pasien. Sehingga permintaan agar resep yang diberikan ada dalam DPHO (Daftar Plafon Harga Obat) dinilai sebagai bentuk intervensi pihak luar terhadap profesionalisme dokter. Bahkan, pasien JPS BK diperlakukan berbeda dengan pasien pada umumnya.*

*Kenyataan itu dialami pasien RSUD dr H Moh. Anwar, Murtasiyah alias Emar, 40, warga Dusun Grujugan, Desa Payudan Daleman, Kecamatan Guluk-Guluk. Meski penyakit usus buntunya sudah cukup parah, namun dia terpaksa pulang ke rumahnya.*

*Emar terpaksa dibawa pulang oleh keluarganya, karena dokter spesialis yang merawatnya, dr Hendra Setiawan, SpB mengharuskannya dibawa ke RS Dokter Soetomo Surabaya. Padahal pasien tersebut keluarga miskin yang sebelumnya dijanjikan akan dioperasi di Sumenep.*

*Yang membuat keluarga perempuan yang bekerja sebagai buruh penumbuk padi itu kaget, sehari sebelumnya dr Hendra telah memberi resep untuk persiapan operasi esok harinya.*

*"Secara medis kondisi pasien buruk, sehingga harus dirujuk ke Surabaya, saya tidak mau mengoperasinya karena peralatan yang ada kurang lengkap," ujar dr Hendra kepada wartawan.*

*Alasan yang disampaikan dokter spesialis itu, tidak bisa diterima keluarga pasien. Karena sebelumnya dokter itu telah memberi resep untuk persiapan operasi esok harinya. "Kalau memang harus dibawa ke Surabaya, kenapa mesti nyuruh membeli obat segala. Sebagai dokter tentu sudah bisa memperkirakan bisa di operasi di sini (Sumenep, Red.) atau tidak. Kalau memang tidak bisa jangan bilang bisa," ujar Matsin, anak tiri Emar kepada koran ini.*

*Perubahan sikap dr Hendra diduga tidak murni pertimbangan medis. Suami Emar, Adnan, 55, menduga perubahan sikap dokter yang merawat istrinya itu, karena tersinggung dengan salah seorang anggota keluarganya yang meminta agar resep yang diberikannya ada dalam DPHO untuk meringankan bebannya.*

*Menurutnya, permintaan tersebut disampaikan karena banyak obat yang diresepkan sang dokter tidak ada dalam DPHO. Sehingga dia harus pontang-panting cari uang untuk membelinya. "Katanya kalau keluarga miskin gratis,*



tapi saya selalu beli obat sendiri hingga sebesar hampir Rp 800 ribu. Katanya uang itu hanya jaminan dan bisa kembali. Tetapi setelah diurus, yang kembali hanya Rp 239 ribu," ungapnya.

Selain harus mengeluarkan biaya yang tidak sedikit, dia juga mengeluh pelayanan yang diperolehnya tidak sebagaimana mestinya. "Istri saya seperti ditelantarkan, sehari-hari tidak diurus sebagaimana pasien lain. Malah sikap perawat yang tidak ramah membuat kami semakin tertekan," ujarnya.

Sementara itu, dr Hendra Setiawan yang menangani perawatan Ny Murtasiah menjelaskan, keputusan merujuk pasiennya murni karena pertimbangan medis. "Kondisi pasien ini jelek sekali, sehingga saya ambil keputusan harus rujuk ke Surabaya, bukan karena apa-apa," katanya.

Dia membenarkan bahwa sebelumnya dia memberi resep untuk persiapan operasi. Tetapi setelah coba dengan obat-obatan tidak ada perkembangan, sehingga harus dirujuk ke Surabaya. "Kalau terpaksa saya mau mengoperasi, tetapi harus ada tanda tangan yang jelas dari keluarganya dengan risiko apapun," ungapnya. (zr)

[http://www.jawapos.co.id/index.php?act=detail\\_radar&id=93898&c=1061840](http://www.jawapos.co.id/index.php?act=detail_radar&id=93898&c=1061840)

#### Contoh kasus yang lain :

"SAYA berusaha tidak sakit. Kalau terasa pening sedikit, cepat beli obat di warung terus diminum. Pagi hari biasanya badan lebih enak," kata Samilah (42).

Pedagang bubur ayam itu terus menguraikan kiatnya agar tidak jatuh sakit sambil melayani pembeli yang datang dan pergi. Sebagian pembeli makan bubur di tempat, sebagian lagi minta dibungkus. Bubur ayam kaki lima yang berada di pertigaan di depan Stasiun TVRI Palembang cukup ramai, Senin (21/3) siang itu.

Samilah terus bercerita. Warga miskin yang sakit akan semakin sengsara apalagi jika tidak termasuk yang mendapat kartu keluarga miskin (gakin) sebab selain memenuhi biaya hidup yang makin mencekik, orang miskin yang sakit juga harus membayar biaya pengobatan.

"Yang sakit bisa saja datang ke puskesmas. Tapi harus mau mengeluarkan uang Rp 5.000 dan antri lama. Berobatnya juga harus berulang-ulang karena biasanya banyak yang tidak langsung sembuh. Obatnya yang itu-itu saja," tambah Samilah.

Sarjono (36), warga Kelurahan Lorok Pakjo, Kecamatan Ilir Barat I, yang kebetulan lagi lewat, ikut menimpali. Pengumpul barang bekas itu bercerita, seorang anaknya pernah sakit keras dan harus menjalani rawat inap di rumah sakit. Dia menghabiskan Rp 700.000 hanya dalam beberapa hari.

"Demi nyawa anak, saya terpaksa saya pinjam sana pinjam sini," katanya



sambil duduk membasuh peluh.

Bagi Sarjono, biaya pengobatan sebesar itu terlalu berat. Sebab penghasilannya cuma Rp 10.000 per hari. Dia harus menghidupi seorang istri dan tiga anak yang semuanya masih sekolah. Belum lagi setiap bulan membayar sewa kamar kontrakan Rp 100.000.

Jika saja Sarjono termasuk dalam data warga miskin sehingga berhak mengantongi kartu keluarga miskin, tentu beban berat itu terasa lebih ringan. Hanya saja hingga kini keluarga Sarjono belum juga terdaftar dan menerima kartu tersebut.

Ribuan warga miskin lain mengalami nasib seperti Sarjono. Mereka berpenghasilan rendah, untuk makan pun susah dan tidak memiliki tempat tinggal permanen. Tetapi mereka tidak termasuk sebagai warga miskin dalam catatan resmi puskesmas atau kelurahan. Mereka adalah orang-orang miskin yang terlewat program pelayanan kesehatan gratis dari pemerintah.

Puluhan orang-orang miskin seperti itu banyak datang ke puskesmas. Mereka harus rela antre lama, membeli karcis berobat sekitar Rp 3.000, dan membayar tambahan untuk obat atau penanganan khusus. Untuk urusan tambal atau cabut gigi, misalnya, mereka harus merogoh kocek dari Rp 7.500 hingga Rp 17.000.

Menurut Kepala Seksi Kesehatan Institusi Dinas Kesehatan Sumsel Liestuhayu Panhar, saat ini tim khusus dari Dinas Kesehatan Provinsi Sumsel sedang melakukan verifikasi data untuk program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM) sebagai kompensasi kenaikan harga bahan bakar minyak. Untuk sementara, kuota didasarkan survei Badan Pusat Statistik yang mendata total warga miskin di Sumsel sebanyak 1,3 juta jiwa. Data itu akan dicocokkan dengan data yang dihimpun dari lapangan sehingga lebih valid. (ilham khoiri)

Sumber: <http://www.kompas.com/> 17Dec2005,12.15

Kasus di atas contoh kecil dari banyaknya permasalahan pelayanan kesehatan, seharusnya pelaku pelayanan kesehatan tidak boleh membedakan antara pasien penerima bantuan kesehatan atau bukan. Kenyataan nya selama ini pelaku pelayanan kesehatan selalu membedakan antara pasien penerima bantuan kesehatan ataupun pasien yang datang atas biaya sendiri.

Di setiap diri manusia atau individu, pastilah mempunyai suatu pedoman bagaimana individu tersebut hidup. Kesehatan juga termasuk



pedoman manusia yang penting. Di dalam masing-masing individu terbentuklah suatu orientasi yang dinamakan orientasi kesehatan. Orientasi kesehatan inilah yang memandu manusia untuk selalu hidup sehat, memandu bagaimana hidup yang sehat membutuhkan suatu orientasi yang memandang ke masa depan. Orientasi kesehatan dibagi menjadi dua, yaitu (1) orientasi ilmiah : bersifat objektif, profesional, impersonal (2) orientasi populer : bersifat subjektif, awam dan personal.

Seharusnya, setiap warga Indonesia berhak mendapatkan kesejahteraan, dan kewajiban negara untuk memenuhinya. Pasal 34 UUD 1945 dijabarkan lebih lanjut oleh Undang-Undang Nomor 6 Tahun 1974 tentang Ketentuan Pokok Kesejahteraan Sosial. Pasal 1 UU 6/1974 menyatakan bahwa "Setiap warga negara berhak atas taraf kesejahteraan sosial yang sebaik-baiknya dan berkewajiban untuk sebanyak mungkin ikut serta dalam usaha-usaha kesejahteraan sosial". Selain usaha menciptakan sistem perekonomian yang sifatnya mendasar, perlu pula usaha yang sifatnya lebih pada pelaksanaan langsung di lapangan. Pengaturan yang bersifat lebih teknis di bawah UU 6/1974 adalah Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 42 tahun 1981 tentang Pelayanan Kesejahteraan Sosial Bagi Fakir Miskin. Pasal 2 ayat (1) dari PP 42/1981 di atas menyebutkan bahwa fakir miskin berhak mendapatkan pelayanan kesejahteraan sosial. Selanjutnya, ayat (2) pasal yang sama menyatakan bahwa pelayanan kesejahteraan sosial bagi fakir miskin tersebut meliputi bantuan sosial dan rehabilitasi sosial.



Bantuan sosial adalah bantuan bersifat sementara yang diberikan kepada keluarga fakir miskin agar mereka dapat meningkatkan taraf kesejahteraan sosialnya. Bantuan sosial yang diberikan dapat berbentuk bantuan santunan hidup, bantuan sarana usaha ekonomi produktif, atau bantuan sarana kelompok usaha bersama. Bantuan ini berupa bahan atau peralatan untuk menunjang usaha ekonomi produktif. Sesuai dengan asas kekeluargaan yang dianut, maka sarana usaha ekonomi produktif tersebut diberikan dan dikelola dalam sebuah kelompok usaha bersama yang berada dalam pembinaan pemerintah.

Kesehatan itu memiliki dua aspek, yakni kebebasan dan hak. Diatas semuanya itu, kesehatan sebenarnya menandai suatu kisaran otonomi dimana seorang manusia melakukan kontrol terhadap status biologisnya sendiri dan terhadap kondisi-kondisi di lingkungan terdekatnya. Dalam pengertian ini, kesehatan identik dengan derajat kebebasan hidup. Tetapi sistem medikal sekarang ini, membuat mekanisme kesehatan sangat bergantung kepada akumulasi modal, serta seberapa banyak uang yang bisa didapatkan para aparat kesehatan, artinya kesehatan sangat bergantung dari kemampuan atau penghasilan masing-masing orang.

Kondisi sosial dan ekonomi yang buruk ditandai oleh meningkatnya angka pengangguran yang diikuti oleh menurunnya daya beli dan tabungan masyarakat. Masyarakat rentan krisis kesulitan untuk memperoleh bahan kebutuhan pokok, baik karena harganya yang melonjak naik maupun karena menurunnya daya beli masyarakat. Kondisi



ini diikuti oleh menurunnya akses masyarakat rentan krisis untuk memperoleh pelayanan dasar pada fasilitas pendidikan dan kesehatan dasar termasuk untuk memperoleh obat-obatan dengan harga terjangkau. Selain itu kinerja kegiatan ekonomi rakyat ikut pula memburuk seiring dengan meningkatnya biaya produksi.

Berdasarkan kondisi tersebut diidentifikasi bahwa masalah utama yang dihadapi adalah kerawanan pangan, berkurangnya kesempatan kerja, berkurangnya penyediaan fasilitas sosial terutama kesehatan dan pendidikan, serta menurunnya kegiatan ekonomi rakyat. Sehubungan dengan kondisi krisis tersebut maka dalam upaya penyelamatan diperlukan serangkaian langkah guna mencegah dampak negatif yang lebih buruk akibat kondisi krisis tersebut.

Bantuan kesehatan untuk masyarakat miskin seringkali berubah-ubah wujud dan namanya, JPS, JPKN, GAKIN dan yang lainnya. Tetapi inti dari penelitian ini membicarakan tentang bantuan kesehatan dari pemerintah untuk masyarakat miskin, untuk itu pemerintah telah menetapkan kebijaksanaan jaring pengaman sosial (JPS), dan secara khusus menetapkan program jaring pengaman sosial dan pemberdayaan masyarakat (JPS-PM).

Program Jaring Pengaman Sosial (JPS) merupakan upaya pemerintah untuk menyalurkan bantuan kepada masyarakat dalam wadah pengelolaan keuangan yang lebih terpadu, transparan, dapat dipertanggungjawabkan, dan memberikan akses langsung kepada masyarakat secara cepat serta berkesinambungan. Jaringan Pengaman





Sosial (JPS) tercipta karena adanya kesadaran akan krisis yang beralih dengan cepat sekali dari suatu krisis moneter menjadi krisis ekonomi, krisis keamanan dan akhirnya jadi suatu krisis politik sosial dan krisis moral.

Hakekat dan tujuan JPS adalah untuk memicu dan memacu gerakan nasional penanggulangan dampak krisis yang berlanjut dan meletakkan landasan yang kukuh bagi tahap pembangunan selanjutnya. Menjadi landasan strategi dalam pemerataan dan penajaman program peningkatan peran serta aktif dalam berbagai program penanggulangan dampak krisis guna mencegah dampak negatif lebih jauh akibat kondisi krisis, memberikan bantuan langsung yang dapat dipergunakan sebagai modal usaha dan investasi sosial ekonomi disertai pendampingan untuk kegiatan sosial ekonomi produktif secara lestari.

Kegiatan-kegiatan JPS dapat dikelompokkan menjadi empat program besar, yaitu : **(1)** Meningkatkan penyediaan dan penyaluran bahan kebutuhan pokok serta bantuan bahan pangan bagi masyarakat miskin di perdesaan dan perkotaan (food security). **(2)** Meningkatkan penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dasar dan bantuan obat-obatan bagi masyarakat miskin di perdesaan dan perkotaan; **(3)** Meningkatkan penyediaan fasilitas pendidikan dan bantuan biaya pendidikan bagi peserta didik yang berasal dari kelompok masyarakat miskin, baik di perdesaan maupun perkotaan; **(4)** Meningkatkan penciptaan kesempatan kerja langsung dan kesempatan berusaha untuk menumbuhkan daya beli masyarakat miskin di perdesaan dan perkotaan (employment creation),



Menggerakkan kembali ekonomi rakyat dengan mendorong pembangunan kegiatan usaha ekonomi berskala kecil.

(<http://www.jps.or.id/1profil1.html> 19,07)

Program kesehatan yang berkaitan dengan penelitian ini dari berbagai program yang ada di JPS, dengan memprioritaskan pelayanan masyarakat di bidang kesehatan ( untuk memperbaiki dan menjaga tingkat kesehatan serta gizi keluarga miskin, pemeriksaan kehamilan dan pelayanan persalinan gratis bagi penduduk miskin, pemberian makanan tambahan untuk memulihkan ibu hamil, nifas dan menyusui dan dibidang pendidikan. Program ini dilaksanakan antara lain dalam bentuk pembebasan berbagai pungutan dan pemberian bea siswa ).

Pemprov Jatim meluncurkan program baru yang disebut Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) untuk membantu meringankan beban orang miskin dalam bidang kesehatan. Dijelaskan, program ini memang khusus diarahkan bagi orang miskin di Jatim, tetapi ke depan akan diarahkan juga kepada seluruh lapisan masyarakat. Program JPKM merupakan pengganti program Jaringan Pengamanan Sosial (JPS) dari pemerintah pusat. Pergantian nama dan sistem pelayanan kesehatan tersebut dilakukan karena program JPS sering terjadi penyimpangan dan sering tidak kena sasaran pada orang miskin.

Program baru ini, setiap orang yang terdaftar resmi sebagai orang miskin akan diberi kartu JPKM untuk pengobatan. Satu kartu berlaku untuk seluruh anggota keluarga dan dalam kartu tersebut dicantumkan



nama-nama anggota keluarga. Kartunya mirip seperti kartu asuransi kesehatan (Askes) yang selama ini digunakan oleh pegawai negeri sipil.

Para pemegang kartu tersebut akan mendapatkan pengobatan atau perawatan kesehatan gratis di rumah sakit milik pemerintah provinsi. Namun klaim perawatan yang diberikan sesuai dengan ketentuan-ketentuan yang sudah disepakati. Dana yang digunakan untuk JPKM diambil dari subsidi BBM khusus untuk kesehatan tahun 2004. Namun untuk tahun 2005 dan selanjutnya dana tersebut akan dialokasikan secara khusus lewat APBN dan APBD provinsi dan kabupaten/kota.

Sumber dana JPKM ini merupakan patungan antara pemerintah pusat, provinsi dan kabupaten/kota dengan komposisi pemerintah pusat 60 persen, provinsi dan kabupaten/kota masing-masing 20 persen, untuk tahun 2004 dana yang dialokasikan sebesar Rp 220 miliar dengan rincian subsidi BBM khusus untuk kesehatan sebesar Rp 132 miliar atau 60 persen dari pemerintah pusat sedangkan 40 persennya ditanggung oleh pemprov dan kabupaten/kota. (<http://jpkm-online.net/news.php?pid=186&act=detail> )

Pertambahan penduduk di Surabaya setiap tahunnya dengan fasilitas yang kurang dan krisis ekonomi yang masih ada membuat angka pengangguran semakin bertambah, dan dengan bertambahnya angka pengangguran maka dapat dipastikan angka kemiskinan juga bertambah. Berdasarkan catatan yang ada pertumbuhan populasi di Surabaya mengalami peningkatan, pada sensus tahun 1990 penduduk kota Surabaya mencapai angka 2.483.871 jiwa, hal ini mengalami kenaikan pada sensus



berikutnya tahun 2000 yaitu 2.599.796 jiwa, dan mengalami peningkatan lagi pada sensus terakhir tahun 2004 menjadi 2.649.485 jiwa.

Tahun 2000 angka kemiskinan mencapai 190.799 jiwa, sedangkan pada tahun 2001 meningkat sebanyak 35% menjadi 296.498 jiwa, sedangkan tahun 2002 angka kemiskinan mengalami sedikit penurunan, yaitu sebanyak 3.482 jiwa atau 1,17% menjadi 293.016 jiwa, lalu pada tahun 2003 mengalami peningkatan angka kemiskinan di Surabaya menjadi 362.308 jiwa, atau mengalami peningkatan sebanyak 69.292 jiwa atau 19,12%. Peningkatan ini tidak berlangsung lama, karena angka kemiskinan di Surabaya pada tahun 2004 menurun sebanyak 41.309 jiwa, atau sebanyak 11,40%.

Apabila dilihat dari persentasenya, berikut ini persentase masyarakat miskin di Surabaya dibandingkan dengan jumlah seluruh penduduk di Surabaya yaitu pada tahun 2000 sebanyak 7,31%, sedangkan pada tahun 2001 sebanyak 11,30% dari jumlah penduduk yang ada. Tahun 2002 sebanyak 11,11%, tahun 2003 sebanyak 13,48%, dan yang terakhir pada tahun 2004 sebanyak 12% dari jumlah penduduk di Surabaya. (Sumber : <http://jatim.bps.go.id/>)

Berdasarkan catatan yang ada memperlihatkan jumlah penduduk dan rumah tangga miskin yang terdapat di Surabaya masing-masing tercatat 296.498 jiwa, atau 11,4% dari total jumlah penduduk dan 80.109 KK atau 11,28% dari seluruh rumah tangga yang ada di Surabaya (BPS, 2002).



Pemerintah Kota (Pemkot) Surabaya dapat alokasi anggaran Jaring Pengaman Sosial (JPS) untuk keluarga miskin (Gakin) subsidi BBM dari pemerintah pusat sebesar Rp 2,6 Milyar. Namun sampai kemarin dana yang langsung diberikan pada puskesmas-puskesmas tersebut belum cair.

Menurut Rias Arimukti Plt Kepala Dinas Kesehatan Kota (DKK) Surabaya, dana tersebut untuk pemeliharaan kesehatan JPS bagi seluruh keluarga kurang mampu di Surabaya. Kata Rias, dana langsung di berikan ke rekening kepala puskesmas sebanyak 53 puskesmas serta 67 puskesmas pembantu di Surabaya. Meskipun kartu gakin belum ada, warga miskin bisa dilayani dengan surat keterangan dari RT, RW setempat atau kartu JPS lama. (<http://www.surabaya.go.id/berita.php?kode=362> 5.06 pm)

Semakin miskinnya orang miskin maka biaya untuk pengobatan semakin tidak terjangkau, dengan adanya Jaring Pengaman Sosial diharapkan beban orang miskin akan sedikit berkurang, karena kesehatan adalah segalanya. Tetapi, apa yang terjadi di lapangan adalah banyaknya penyelewengan dana yang seharusnya diperuntukkan untuk orang miskin, atau kesalahan dari aparat pemerintah di saat mendata orang miskin, yang seharusnya tidak mendapatkan jatah JPS tetapi malah mendapatkan dana tersebut.

Alasan itulah maka penulis ingin mengetahui masyarakat bagaimana miskin memandang kesehatan. Apakah kesehatan merupakan sesuatu hal yang penting atau mungkin hanya menjadi seperti aspek-aspek kehidupan lain yang tidak terlalu dipentingkan.



## **I.2. Rumusan Masalah**

1. Bagaimana persepsi keluarga miskin penerima bantuan kesehatan tentang konsep sehat dan sakit?
2. Bagaimana orientasi kesehatan keluarga miskin penerima bantuan kesehatan di Surabaya?

## **I.3. Tujuan Penelitian**

### **a. Tujuan umum**

Memberikan sumbangan pemikiran bagi kalangan akademisi terutama mereka yang tertarik pada kajian-kajian sosiologi kesehatan, terutama kaitannya dengan orientasi kesehatan bagi masyarakat miskin.

### **b. Tujuan khusus**

Diketuinya Orientasi dan Konsep sehat dan sakit masyarakat miskin diharapkan bisa diketahui oleh masyarakat dan bisa merubah pandangan masyarakat tentang kesehatan pada orang miskin.

## **I.4. Manfaat Penelitian**

### **a. Manfaat akademis.**

Manfaat penelitian ini adalah sebagai sumber informasi untuk membantu para peneliti sosial untuk lebih mengembangkan hasil penelitian ini dengan tujuan mampu mengembangkan ilmu-ilmu sosial, khususnya sosiologi kesehatan di masa mendatang. Dapat memperkaya khasanah pengetahuan baik bagi peneliti sendiri maupun bagi pihak-pihak lain yang tertarik dengan permasalahan penelitian ini.



## b. Manfaat praktis

Manfaat dari penelitian ini adalah supaya masyarakat mengetahui orientasi kesehatan masyarakat miskin dan persepsi sehat sakitnya. Sehingga hasil dari penelitian ini dapat digunakan untuk melakukan penelitian selanjutnya.

## **I.5. Kerangka Teoritik**

Setiap manusia atau individu pasti ingin sehat, bahkan bisa dikatakan bahwa sehat adalah investasi kita dimasa tua. Tetapi di masa sekarang ini dimana harga-harga barang meningkat, termasuk biaya kesehatan dan harga obat-obatan yang ikut menjulang tinggi. Karena alasan inilah mengapa penulis ingin mengkaji lebih lanjut tentang masyarakat miskin ditinjau dari orientasi kesehatannya.

### **I. Orientasi kesehatan**

Apabila dilihat secara umum, masyarakat Indonesia mempunyai sifat parokialisme dimana parokialisme diartikan sebagai suatu keadaan sosial dimana terdapat rasa kesukuan yang kuat, solidaritas persahabatan yang tinggi dan sangat berorientasi pada tradisi dan otoritas dalam keluarga, maka dari itu peneliti memakai konsep dari Suchman (1966), dengan asumsi masyarakat yang di teliti oleh Suchman hampir sama dengan tipe masyarakat yang akan saya teliti di Kelurahan Gading.

Suchman, seseorang yang melakukan penelitian tentang perilaku kesehatan yang kaitannya dengan faktor sosial budaya. Dimana pola sosial



terlihat pada cara orang mencari, menemukan dan melakukan perawatan medis.

Suchman menyebutkan empat unsur sebagai faktor utama perilaku sakit, (1) perilaku itu sendiri; menyangkut perilaku dan resikonya :mencari pertolongan medis, fragmentasi perawatan medis, mengundurkan upaya mencari pertolongan, melakukan pengobatan sendiri, menghentikan pengobatan. (2) sekuensi; sekuensi peristiwa medis terbagi atas lima tingkatan, yaitu: pengalaman terhadap penyakit, penilaian terhadap peran cacat, kontak dengan perawatan medis, menjadi pasien, sembuh atau masa rehabilitasi. (3) tempat atau ruang lingkup (komunitas, persahabatan, struktur, keluarga). Struktur sosial ditentukan oleh kondisi sosial dari 3 tingkatan kelompok, yaitu tingkat komunitas(derajat hubungan sosial), tingkat sosial (solidaritas persahabatan), tingkat keluarga (kuat tidaknya orientasi terhadap tradisi dan otoritas) (4) variasi perilaku sebelum tahapan perawatan medis; kemajuan pada tiap tahap penyakit.

Orientasi kesehatan menurut Suchman dibagi menjadi dua, yaitu (1)orientasi ilmiah : bersifat objektif, profesional, impersonal (2)Orientasi populer : bersifat subjektif, awam dan personal.

Model penelitian Suchman yang terpenting adalah menyangkut pola sosial dari perilaku sakit yang tampak pada cara orang mencari, menemukan, dan melakukan perawatan medis.

Saat orang mengira dirinya sakit, maka orang akan mencoba mengurangi atau mengontrol gejala tersebut melalui pengobatan sendiri,





terhadap gejala tersebut berupa rasa takut atau cemas. Kesimpulan yang diambil seseorang atas dirinya, pasti berbeda-beda di setiap individunya. Secara teoritis, setelah tahap pengalaman gejala hingga tahap mengira bahwa dirinya sakit, terbuka beberapa alternatif yang dapat dipilih seseorang, misalnya menolak anggapan bahwa dirinya sakit atau mengulur waktu mencari pertolongan medis.

Suchman memformulasikan suatu pernyataan teoritis mengenai hubungan antara struktur sosial dan orientasi medis dengan variasi respons individu terhadap penyakit dan perawatan medis. Dalam pengembangan model ini, Suchman membahas fungsi dari faktor lain (tempat, variasi respon terhadap penyakit, dan perawatan medis) sesuai dengan kelima tahap penyakit dan proses perawatan medis tersebut.

Struktur sosial kelompok ditentukan oleh keadaan sosial dari tiga tingkat kelompok, yaitu (1) tingkat komunitas, dalam tingkat ini derajat hubungan sosial diukur dengan kuat tidaknya rasa kesukuan (2) persahabatan, pada tingkat ini tingkat sosial diukur dari solidaritas persahabatan (3) keluarga, pada tingkat ini ditandai dengan kuat tidaknya orientasi terhadap tradisi dan otoritas.

Parokialisme diartikan sebagai suatu keadaan sosial dimana terdapat rasa kesukuan yang kuat, solidaritas persahabatan yang tinggi dan sangat berorientasi pada tradisi dan otoritas dalam keluarga. Orientasi kesehatan seseorang dilihat sebagai suatu kontinum yang dibedakan menjadi dua, yaitu orientasi ilmiah yang lebih bersifat objektif, profesional, dan impersonal, lalu yang kedua orientasi populer yang



bersifat subjektif, awam, dan personal. Dimana orientasi ini lebih disesuaikan menurut tingkat pengetahuan pasien mengenai penyakit, skeptisisme terhadap perawatan kesehatan dan ketergantungan seseorang akibat penyakit.

Orientasi kesehatan populer ditandai oleh rendahnya tingkat pengetahuan tentang penyakit, tingginya tingkat skeptisisme terhadap perawatan medis, dan tingginya tingkat ketergantungan seseorang terhadap orang lain akibat penyakit.

Orientasi kesehatan ilmiah ditandai oleh tingginya tingkat pengetahuan tentang penyakit, rendahnya tingkat skeptisisme terhadap perawatan medis, dan rendahnya tingkat ketergantungan seseorang terhadap orang lain akibat penyakit.

## **II. Kemiskinan**

Masyarakat miskin biasanya menjadi korban dari semua yang terjadi di negara ini, semua dampak masyarakat miskin pasti merasakannya. Mulai dari naiknya BBM yang berimbas kepada kenaikan kebutuhan-kebutuhan pokok sampai kepada kesehatan, naiknya harga obat-obatan dan kurang meratanya subsidi pemerintah. Semua kembali lagi dampaknya bagi orang miskin.

Miskin didefinisikan oleh banyak ahli-ahli, mulai dari ahli ekonomi, ahli sosial, dan ahli-ahli yang lain. Masing-masing mempunyai pendapatnya. Secara sosiologis, kemiskinan sesungguhnya bukan semata-mata kurangnya pendapatan untuk memenuhi kebutuhan hidup pokok



atau standart hidup layak, namun lebih dari itu esensi kemiskinan adalah menyangkut kemungkinan atau probabilitas orang atau keluarga miskin untuk melangsungkan dan mengembangkan usaha seraf taraf kehidupannya. (Suyanto, 2005:9-10)

Kemiskinan dibagi menjadi dua kategori. Pertama, kemiskinan alamiah, yakni kemiskinan yang timbul sebagai akibat sumber-sumber daya yang langka jumlahnya atau karena tingkat perkembangan teknologi yang sangat rendah. Kedua, kemiskinan buatan, yakni kemiskinan yang terjadi karena struktur sosial yang ada membuat anggota atau kelompok masyarakat tidak menguasai sarana ekonomi dan fasilitas-fasilitas secara merata. (Suyanto, 2005:12)

Selo Soemardjan (1980) mengatakan bahwa yang dimaksud dengan kemiskinan struktural atau kemiskinan buatan adalah kemiskinan yang diderita oleh suatu golongan masyarakat, karena struktur sosial masyarakat itu tidak dapat ikut menggunakan sumber-sumber pendapatan yang sebenarnya tersedia bagi mereka. Kemiskinan struktural biasanya terjadi di dalam suatu masyarakat dimana terdapat perbedaan yang tajam antara si kaya dengan si miskin. Walaupun mereka yang tergolong miskin termasuk dalam golongan yang mayoritas tetapi dalam realita mereka tidak mempunyai kekuatan apa-apa untuk memperbaiki jalan hidupnya. Ciri-ciri utama dari kemiskinan struktural ialah tidak terjadinya suatu mobilitas sosial vertikal, walaupun terjadi sifatnya lambat sekali, hal ini dikarenakan terkurungnya struktur sosial, yang menyebabkan mereka tidak bersemangat untuk meningkatkan taraf



hidup mereka. Struktur sosial yang berlaku telah melahirkan rintangan yang menghalangi mereka untuk maju. Contoh gampang adalah keluarga miskin tidak mampu menyekolahkan anaknya sampai selesai, yang mengakibatkan mereka berpendidikan rendah. Ciri-ciri lain dari kemiskinan struktural adalah timbulnya ketergantungan yang kuat pihak si miskin terhadap kelas sosial ekonomi di atasnya. (Suyanto, 2005:12-14)

Masyarakat miskin didalamnya terdapat suatu siklus, yang disebutnya siklus penyebab wabah yang melanda orang miskin. Siklus ini dijelaskan bahwa orang miskin selalu menjadi sasaran untuk wabah penyakit, hal ini dikarenakan orang miskin mempunyai tiga aspek yang membuatnya gampang untuk terkena wabah penyakit, (1) ongkos kesehatan yang mahal, hal ini menyebabkan orang miskin tidak sanggup untuk berobat. (2) sanitasi lingkungan yang buruk, dikarenakan pendidikan yang rendah, maka orang miskin tidak mempunyai kesadaran untuk berperilaku sehat. (3) gizi makanan yang rendah, dengan tidak adanya uang untuk membeli makanan yang bergizi, maka asupan yang diterima oleh balita-balita yang ada hanyalah sekedarnya, dengan gizi yang rendah maka akan menyebabkan terjadinya malnutrisi, seperti busung lapar dan ketahanan tubuh yang rendah sehingga mudah untuk terserang wabah penyakit. (Prasetyo; 2005; 44)

Batasan kemiskinan yang diberikan oleh Sajogjo adalah (1) untuk daerah perkotaan, seseorang dikatakan miskin apabila mengkonsumsi beras kurang dari 480 kg/th. Bisa dikatakan miskin sekali apabila mengkonsumsi beras kurang dari 360 kg/th. Lalu dikatakan paling miskin



apabila mengkonsumsi beras kurang dari 270 kg/thn. Kedua (2) untuk daerah pedesaan, seorang dikatakan miskin apabila mengkonsumsi beras kurang dari 320 kg/thn. Bisa dikatakan miskin sekali apabila mengkonsumsi kurang dari 240kg/thn. Lalu dikatakan paling miskin apabila mengkonsumsi beras kurang dari 180 kg/thn.

Faktor-faktor yang menimbulkan kemiskinan perlu dibedakan secara konseptual antara kemiskinan alamiah (*natural poverty*) dan kemiskinan buatan (*artificial poverty*).

Kemiskinan alamiah bisa diartikan kemiskinan karena sumber daya yang tersedia jumlahnya sangat langka dan atau tingkat perkembangan teknologi yang sangat rendah, sedangkan kemiskinan buatan adalah kemiskinan terjadi karena pelebagaan-pelebagaan yang membuat anggota masyarakat tertentu tidak dapat memanfaatkan sumber daya atau fasilitas – fasilitas yang tersedia. Merujuk pada pengertian kemiskinan buatan, dalam perkembangannya kemudian muncul istilah yang cukup populer, yaitu kemiskinan struktural.

Masyarakat adalah kumpulan dari berbagai keluarga, menurut BKKBN masyarakat miskin terdiri dari keluarga yang miskin, atau hidup di bawah rata-rata. Keluarga Pra Sejahtera dan Keluarga Sejahtera Tahap 1 termasuk dalam kategori miskin dalam BKKBN, definisi keluarga Pra sejahtera adalah keluarga yang belum mampu memenuhi kebutuhan dasarnya secara minimal yaitu sandang, pangan, papan dan kesehatan. Sedangkan keluarga sejahtera tahap 1 adalah keluarga yang telah dapat



memenuhi kebutuhan dasar secara minimal tetapi belum mampu memenuhi kebutuhan psikologi dan sosial.

Kelurahan Gading mempunyai kriteria-kriteria tersendiri dalam menentukan kategori miskin, ketua Rw dan para kader-kader menetapkan batasan-batasan dan memilah-milah orang yang bagaimana yang termasuk dalam kategori miskin, kategori yang diberikan, yang pertama jelas harus punya KTP dan KK Surabaya, penghasilan kurang dari Rp. 400.000 sebulan, membeli baju hanya satu kali dalam tiga bulan, banyak atau tidaknya kepemilikan barang, bagaimana kesehatan dalam satu bulan. Kriteria-kriteria seperti inilah yang akan dipakai dalam penelitian ini.

### **III. Bantuan Kesehatan (Jaring pengaman Sosial/ASKESKIN )**

Krisis ekonomi telah mengakibatkan dampak buruk terhadap status kesehatan dan gizi masyarakat, terutama keluarga miskin. Penyebab utamanya adalah menurunnya kemampuan masyarakat miskin untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang memadai. Keadaan inilah yang menjadi alasan utama dikeluarkannya program bantuan kesehatan antara lain JPS-BK, ASKESKIN

Pertama yaitu, Program Jaring Pengaman Sosial (JPS) merupakan upaya pemerintah untuk menyalurkan bantuan kepada masyarakat dalam wadah pengelolaan keuangan yang lebih terpadu, transparan, dapat dipertanggung jawabkan, dan memberikan akses langsung kepada masyarakat secara cepat serta berkesinambungan.



Jaringan Pengaman Sosial (JPS) tercipta karena adanya kesadaran akan krisis yang beralih dengan cepat sekali dari suatu krisis moneter menjadi krisis ekonomi, krisis keamanan dan akhirnya jadi suatu krisis politik sosial dan krisis moral.

Kegiatan-kegiatan JPS dapat dikelompokkan menjadi empat program besar, yaitu : **(1)** Meningkatkan penyediaan dan penyaluran bahan kebutuhan pokok serta bantuan bahan pangan bagi masyarakat miskin di perdesaan dan perkotaan (food security). **(2)** Meningkatkan penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dasar dan bantuan obat-obatan bagi masyarakat miskin di perdesaan dan perkotaan; **(3)** Meningkatkan penyediaan fasilitas pendidikan dan bantuan biaya pendidikan bagi peserta didik yang berasal dari kelompok masyarakat miskin, baik di perdesaan maupun perkotaan; **(4)** Meningkatkan penciptaan kesempatan kerja langsung dan kesempatan berusaha untuk menumbuhkan daya beli masyarakat miskin di perdesaan dan perkotaan (employment creation), Menggerakkan kembali ekonomi rakyat dengan mendorong pembangunan kegiatan usaha ekonomi berskala kecil.

(<http://www.jps.or.id/1profil1.html> 19,07)

Berbagai program yang ada di JPS, program kesehatan yang berkaitan dengan penelitian ini. Program jaring pengaman sosial bidang kesehatan merupakan salah satu upaya pemerintah dalam bidang kesehatan untuk mengatasi dampak krisis ekonomi terhadap kesehatan keluarga miskin. Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan adalah program



bantuan kepada keluarga miskin berupa pelayanan kesehatan, pelayanan kebidanan, pembeian makanan tambahan dan pemeliharaan kesehatan.

Karena dirasa program JPS tidak efektif, dengan adanya penyelewengan dana-dana yang ada maka JPS dihapuskan, dan program bantuan kesehatan ini lalu dikelola bersama oleh ASKES, pelayanan yang diberikan oleh ASKES terbagi menjadi; yang pertama ASKES PNS dan ASKES NON PNS, dan ASKES untuk GAKIN termasuk ke dalam ASKES NON PNS , dengan biaya dari pemerintah. Untuk mendapatkan akses bantuan kesehatan ini, persyaratannya adalah dengan membawa surat-surat keterangan tidak mampu dari RT RW dan Puskesmas di tempat tinggalnya.

## **I.6. Metode Penelitian**

### **I. 6.1. Definisi Operasional**

Definisi Operasional merupakan konsep-konsep sosial yang sudah diterjemahkan dan memberitahukan bagaimana caranya mengukur suatu variabel. Dengan kata lain, definisi operasional adalah semacam petunjuk pelaksanaan bagaimana caranya mengukur variabel (Singarimbun, 1986:46)

Untuk menghindari meluasnya penelitian serta memberikan arah penelitian maka diberikan batasan-batasan penelitian. Tujuannya adalah untuk memberikan arah dan batas terhadap analisis data baik sekunder maupun primer.





Untuk memperjelas ruang lingkup, maka peneliti menggunakan beberapa konsep, yaitu:

#### **a. Orientasi kesehatan**

Variabel ini lebih kepada bagaimana kesadaran seseorang akan situasi, tempat, waktu, praktis, atau lingkungan serta arah tindakan yang berhubungan dengan kesehatan. Variabel orientasi kesehatan mempunyai indikator pertama, tingkat pengetahuan terhadap penyakit, kedua tingkat skeptisisme terhadap perawatan medis, ketiga ketergantungan seseorang akibat penyakit.

Orientasi kesehatan terbagi menjadi dua, yaitu Orientasi Ilmiah dan Orientasi Populer. Orientasi ilmiah bersifat objektif, profesional, dan impersonal. Orientasi ilmiah mempunyai tolak ukur yang pertama tingkat pengetahuan terhadap penyakit yang tinggi hal ini yang menyebabkan individu bersifat objektif, kedua; tingkat skeptisisme terhadap perawatan medis yang rendah yang menyebabkan individu tersebut bersifat profesional, ketiga; rendahnya tingkat ketergantungan seseorang terhadap orang lain untuk meyakinkan penyakitnya yang menyebabkan individu tersebut bersifat impersonal.

Kedua yaitu orientasi kesehatan populer, orientasi ini bersifat subjektif, awam, dan personal. Orientasi ini mempunyai tolak ukur yang pertama rendahnya tingkat pengetahuan tentang penyakit yang menyebabkan individu bersifat subjektif, kedua tingginya tingkat skeptisisme terhadap perawatan medis yang menyebabkan



individu tersebut bersifat awam, ketiga tingginya tingkat ketergantungan seseorang terhadap orang lain untuk meyakinkan penyakitnya yang menyebabkan individu tersebut bersifat personal.

#### **b. Persepsi keluarga miskin tentang konsep sehat dan sakit**

Penentuan kondisi tubuh seseorang terkadang lebih banyak unsur-unsur yang bersifat subjektif, ketimbang unsur-unsur obyektif. Persepsi masyarakat tentang sehat-sakit ini sangatlah dipengaruhi oleh unsur pengalaman masa lalu, di samping unsur sosial budaya, dan sebaliknya petugas kesehatan berusaha sedapat mungkin menerapkan kriteria medis yang obyektif yang tampak guna mendiagnosa kondisi fisik seorang individu. (Sarwono, 1993:30).

Secara ilmiah, penyakit diartikan sebagai gangguan fungsi fisiologis dari suatu organisme sebagai akibat dari infeksi atau tekanan dari lingkungan, penyakit bersifat objektif. Sedangkan definisi sakit adalah penilaian individu terhadap pengalaman menderita suatu penyakit yang ditandai dengan perasaan tidak enak.

Batasan sehat menurut *World Health Organization* adalah “*a state complete physical, mental and social wellbeing*”, dari batasan inilah jelas terlihat bahwa sehat itu tidak hanya menyangkut kondisi fisik, melainkan juga kondisi mental dan sosial seseorang.



Sehat dapat diartikan perasaan bahwa fisik dan rohani tidak merasa sakit dan lingkungan sekitar dianggap tidak mengundang penyakit – penyakit. Sehat juga bisa di definisikan sebagai perasaan bahwa fisik dan rohani tidak merasa sakit, tetapi ada individu yang beranggapan bahwa sehat adalah perasaan bahwa fisik tidak merasa sakit dan tidak ada aktifitas yang terganggu.

Sakit dapat didefinisikan sebagai perasaan sakit pada bagian tubuh tertentu tetapi tidak mengganggu aktivitas sehari-hari, perasaan sakit pada bagian tubuh tertentu yang mengganggu aktivitas sehari-hari, atau perasaan sakit pada bagian tubuh tertentu yang mengganggu aktivitas sehari-hari sehingga perlu mendapat perawatan atau pengobatan.

Penilaian tentang kondisi kesehatan individu menurut Solita Sarwono dibagi menjadi 8 golongan, yaitu :

**Tabel I. 1**  
**Status kesehatan individu**

Tingkat	Dimensi Sehat		
	Psikologis	Medis	Sosial
Normally Well	baik	baik	baik
Pessimistic	sakit	baik	baik
Socially Ill	baik	baik	sakit
Hypochondriacal	sakit	baik	sakit
Medically Ill	baik	sakit	baik
Martyr	sakit	sakit	baik
Optimistic	baik	sakit	sakit
Seriously Ill	sakit	sakit	sakit

Sumber: Solita Sarwono; 33



Ukuran status kesehatan individu menurut tabel diatas tidaklah mutlak. Banyak keadaan di mana individu dapat melakukan fungsi sosialnya secara normal, padahal secara medis menderita penyakit. Terkadang ada individu yang terganggu secara sosial dan psikologis padahal secara medis mereka tergolong sehat.

Perlu dijelaskan bahwa masyarakat terbentuk dari agregasi keluarga. Kumpulan keluarga adalah masyarakat, jadi dapat dikatakan bahwa persepsi dari masing-masing keluarga bisa menjadi persepsi dari suatu masyarakat. Begitu pula dengan pendistribusian bantuan kesehatan, dimana bantuan tersebut diberikan kepada masyarakat miskin melalui jaminan kesehatan bagi keluarga miskin, kartu ASKESKIN yang dibagikan berlaku untuk seluruh keluarga, tidak hanya satu orang saja. Bisa dikatakan bahwa persepsi keluarga dapat mewakili persepsi masyarakat yang ada.

### **1.6.2. Tipe Penelitian**

Penelitian ini menggunakan penelitian deskriptif, yang terkait memanfaatkan teknik-teknik survei sosial, seperti wawancara terstruktur dan kuisioner-kuisioner yang tersusun.

Penelitian ini menggunakan metode penelitian survai, yaitu penelitian yang mengambil sampel dari satu populasi dan menggunakan kuesioner sebagai alat pengumpulan data yang pokok. Dalam survei,



informasi yang dikumpulkan dari responden dengan menggunakan kuesioner (Singarimbun, 1989:3).

### **I.6.3. Lokasi penelitian**

Penentuan lokasi penelitian peneliti memilih berdasarkan atas permasalahan penelitian yang akan diteliti, tiga daerah termiskin di Surabaya yaitu Sawahan, Tambaksari dan Semampir. (Bappeko dan BKKBN kota surabaya; 2003). Apabila dilihat dengan jarak tempuh untuk fasilitas umum seperti rumah sakit, daerah yang terdekat dengan Rumah Sakit Dr.Soewandhi adalah wilayah Kecamatan Tambaksari, Kelurahan Gading. Kelurahan Gading dipilih sebagai lokasi penelitian karena dari seluruh Kelurahan yang ada di Tambaksari, kelurahan Gadinglah yang menerima bantuan kesehatan terbanyak dibanding kelurahan lain, yaitu sebanyak 2975 Kepala Keluarga dan 10.193 jiwa.

### **I.6.4. Populasi dan teknik pengambilan sampel**

Populasi atau universe adalah jumlah keseluruhan dari unit analisa pelayanan ciri-cirinya akan diduga. Populasi dapat dibedakan pula antara populasi sampling dengan populasi sasaran. (Singarimbun; 1994, 152).

Populasi yang dipilih dalam penelitian ini harus mempunyai hubungan yang erat dengan masalah yang ingin diteliti. Populasinya adalah seluruh masyarakat miskin penerima bantuan kesehatan atau gakin di kecamatan Tambaksari. Sampel yang diambil dalam penelitian



ini adalah masyarakat miskin penerima bantuan kesehatan yang berada di Kelurahan Gading.

Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah pengambilan sampel acak sederhana (*Simple Random Sampling*). Sample acak sederhana adalah sebuah sampel yang diambil sedemikian rupa sehingga tiap unit penelitian atau satuan elementer dari populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk dipilih sebagai sampel.

Ada dua metode pengambilan sampel acak sederhana, yaitu dengan pengundi unsur-unsur penelitian atau satuan-satuan elementer dalam populasi. Lalu yang kedua adalah dengan mengundi tabel angka acak (Random).

Metode pengambilan sampel acak sederhana ini dipergunakan peneliti pada keadaan, yang pertama apabila hanya diketahui nama-nama atau identifikasi dari satuan-satuan elementer dalam populasi yang akan diteliti, dimana tidak terdapat keterangan-keterangan yang lain. Yang kedua apabila tidak didapatkan metode pengambilan sampel lain yang lebih efisien dari metode ini.

Syarat untuk menggunakan metode sampling acak ini adalah harus tersedianya daftar kerangka sampling (*sampling frame*), sifat populasi harus homogen, keadaan populasi tidak terlalu tersebar secara geografis.

Terdapat 22 RW di kelurahan Gading, RW 16 dipilih sebagai lokasi penelitian karena penerima bantuan terbanyak di Kelurahan Gading terdapat di RW ini. Peneliti meminta daftar penerima bantuan kesehatan



pada Ketua RW 16, dengan adanya kerangka sampling ini maka bisa diundi untuk memilih responden. Terdapat 114 Kepala Keluarga yang mendapatkan bantuan kesehatan di Kelurahan Gading, lalu diundi dan diambil sebanyak 50 responden dari 9 RT.

Penelitian ini tidak membahas penerima bantuan sebagai subjek, tetapi hanya sebagai objek. Penelitian ini menyamaratakan status untuk masyarakat miskin, baik itu penerima bantuan kesehatan atau tidak tetapi bukan berarti peneliti meremehkan bantuan kesehatan, hanya saja untuk penelitian ini lebih ditujukan kepada bagaimana orientasi kesehatan dan persepsi sehat dan sakit bagi masyarakat miskin.

#### **1.6.5. Teknik pengumpulan data**

Data adalah bagian yang tidak kalah penting dengan bagian-bagian yang lain. Tanpa data, maka penelitian yang hendak dilakukan tidak akan bermakna. Tanpa data pula peneliti tidak dapat melakukan analisis untuk menjawab permasalahan yang ada, dengan demikian terdapat macam-macam pengumpulan data yang membantu peneliti untuk menemukan jawaban atas permasalahan yang diajukan, yaitu :

##### **a. Pengambilan data primer**

Teknik pengumpulan data digunakan instrument penelitian berupa kuisisioner dan diharapkan dapat diperoleh data yang sesungguhnya dari sasaran penelitian. Kuisisioner digunakan sebagai pedoman wawancara terstruktur dengan alternative jawaban yang sudah disediakan, selain itu dilakukan wawancara



tak berstruktur secara terbuka dan lebih memperdalam permasalahan yang sedang diteliti.

#### **b. Pengambilan data sekunder**

Data sekunder adalah data-data yang bersifat tertulis yang berhasil dikumpulkan oleh peneliti. Data-data sekunder ini berupa data yang di dapat dari kecamatan, kelurahan, buku, majalah, berita koran, internet dan sebagainya. Data ini dipakai sebagai pelengkap temuan untuk mendukung topik dan permasalahan yang hendak diteliti

#### **1.6.6. Teknik analisis data**

Analisa data adalah proses penyederhanaan data kedalam bentuk yang lebih mudah dibaca dan diinterpretasikan. Penyederhanaan data ini dilakukan melalui tabel frekuensi yang didasarkan pada data yang diperoleh melalui kuisioner, tepatnya melalui variabel variabel yang diolah (Singarimbun, 1995; 273).

Setelah dilakukan penelitian, hal yang selanjutnya dilakukan adalah memberi nilai pada tiap jawaban. Untuk variabel orientasi kesehatan, berawal dari tiga indikator orientasi kesehatan, yaitu tingkat pengetahuan terhadap penyakit, skeptisisme terhadap perawatan medis, dan ketergantungan seseorang akibat penyakit (peran significant other). Untuk yang menjawab orientasi kesehatan ilmiah diberi nilai 2, sedangkan untuk yang menjawab orientasi kesehatan populer diberi nilai 1. Jadi jumlah jawaban tertinggi adalah 6 dan jumlah jawaban terendah adalah 3.





Setelah dikategorikan menjadi orientasi kesehatan populer dan orientasi kesehatan ilmiah untuk memperkuat dugaan, maka variabel orientasi kesehatan disilangkan dengan umur, pendidikan, jenis pekerjaan dengan jenis kelamin. Setelah disilangkan maka akan terlihat jelas bagaimana orientasi kesehatan masyarakat Kelurahan Gading.

Analisa tabulasi silang atau teknik elaborasi adalah metode analisa yang paling sederhana tetapi memiliki daya menerangkan cukup kuat untuk menjelaskan hubungan antar variabel. Hubungan variabel-variabel penelitian, dalam hal ini efek variabel pengaruh terhadap variabel terpengaruh, dilihat dengan membandingkan distribusi persentase pada kategori-kategori variabel pengaruh (Singarimbun, 1995:273)



## BAB II

### GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN

Pada bab ini akan diuraikan profil dan gambaran umum Kelurahan Gading, dan kecamatan Tambaksari sebagai seting penelitian yang tidak lain bertujuan untuk memberikan gambaran secara singkat dan menyeluruh tentang berbagai aspek kehidupan di Kelurahan Gading dan Kecamatan Tambaksari yang meliputi kondisi geografis, ekonomi, sosial dan budaya.

#### I. Kecamatan Tambaksari

##### I. 1. Deskripsi Umum

Kelurahan Gading adalah bagian kecil dari Kecamatan Tambaksari, maka perlu mendeskripsikan sedikit tentang aspek kehidupan sosial budaya dan ekonomi di Kecamatan Tambaksari.

Sebelah Utara Kecamatan ini berbatasan dengan Kecamatan Bulak, Sebelah Selatan Berbatasan dengan Kelurahan Gubeng, sedangkan untuk sebelah Timur berbatasan dengan Kecamatan Mulyorejo, untuk sebelah Barat berbatasan langsung dengan Kelurahan Genteng.

Kadaan geografis Kecamatan Tambaksari ini mempunyai tinggi 4m dari permukaan laut, dengan suhu udara maksimum 37°C dan mempunyai suhu Minimum 25°C. Jumlah curah hujan terbanyak adalah 143 hari, dimana banyaknya curah hujan sebanyak 192 mm/thn.



Kecamatan Tambaksari mempunyai wilayah yang seluruhnya berbentuk dataran dan berombak. Total wilayah sebesar 904.703 Ha, sebanyak 868.843 Ha dipakai untuk pekarangan, bangunan, dan emplasement., sedangkan 35.92 Ha dipakai untuk keperluan fasilitas umum seperti lapangan olahraga, taman rekreasi, jalur hijau dan kuburan.

Kecamatan Tambaksari termasuk kecamatan yang besar dengan adanya 6 kelurahan, yaitu Kelurahan Rangkah, Tambaksari, Pacar Keling, Pacar Kembang, Ploso, dan Gading. Jarak pusat pemerintahan wilayah kecamatan dengan kelurahan terjauh adalah 2 kilometer dengan jarak tempuh sekitar 0,5 jam.

## **I.2 Komposisi Penduduk**

Luas wilayah 904.703 Ha, kepadatan penduduk Kelurahan Tambaksari sebesar 22.894 jiwa/km. Jumlah penduduk Kecamatan Tambaksari pada tahun 2005 sebanyak 218.039 jiwa, dengan jumlah penduduk perempuan sebanyak 108.452 jiwa atau 49,74% dari jumlah penduduk dan jumlah penduduk pria sebanyak 109.587 atau 50,26% dari jumlah seluruh penduduk. Jumlah Kepala Keluarga sebanyak 53.238 KK, dari keseluruhan jumlah tersebut terdapat Warga Negara Asing yang berasal dari Cina RRC sebanyak 775 jiwa dan Warga Negara Indonesia keturunan Asing sebanyak 27.254 jiwa. Dapat diketahui bahwa perbandingan jumlah penduduk antara pria dan wanita berbanding seimbang, yaitu 49,74% Perempuan dan 50,26% laki-laki.



Tabel II. 1 di bawah ini adalah jumlah penduduk Kecamatan Tambaksari berdasarkan Usia dan Jenis kelamin pada tahun 2005.

**TABEL II. 1**

**Penduduk Kecamatan Tambaksari berdasarkan Usia**

No	Golongan Umur	Jumlah	Persen (%)
1	0-4 tahun	21.808	10%
2	5-9 tahun	20.931	9,59%
3	10-14 tahun	19.623	8,99%
4	15-19 tahun	20.495	9,39%
5	20-24 tahun	17.979	8,24%
6	25-29 tahun	16.452	7,54%
7	30-34 tahun	18.333	8,40%
8	35-39 tahun	17.443	7,99%
9	40-44 tahun	9.376	4,3%
10	45-49 tahun	54.506	24,99%
11	> 50 tahun	1093	0,5%
	<b>Total</b>	<b>218.039</b>	<b>100%</b>

Sumber: Monografi Kecamatan Tambaksari 2005

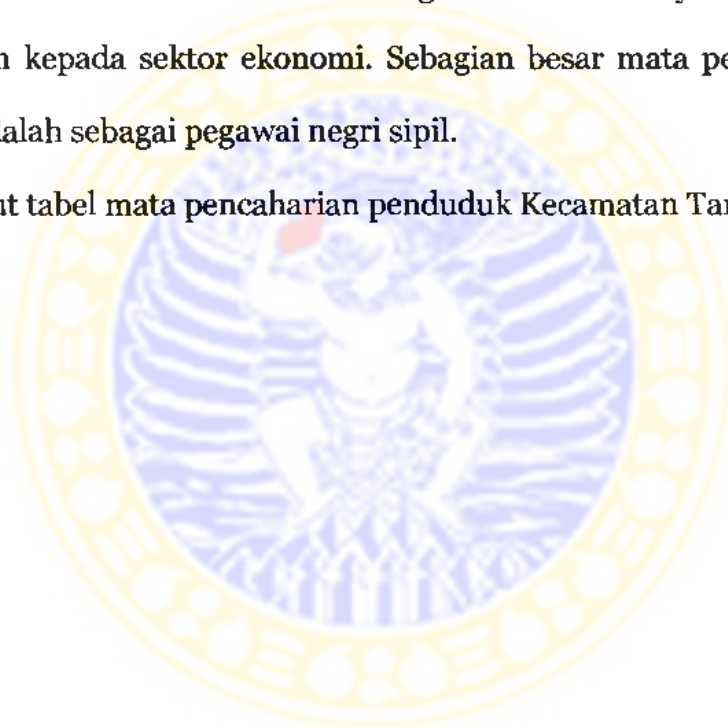
Pada tabel II. 1 dapat diketahui bahwa jumlah penduduk usia produktif (15-56 tahun) di Kecamatan Tambaksari pada tahun 2005 sebanyak 100.078 jiwa atau 45,89% dari jumlah penduduk yang ada, sedangkan jumlah penduduk yang termasuk usia belum produktif (0-14 tahun) dan penduduk yang termasuk ke dalam usia yang tidak produktif



(lebih dari 57 tahun) sebanyak 117.961 jiwa atau sebesar 54,10%, dengan perincian sebanyak 62.362 jiwa atau 28,60% masuk dalam usia yang belum produktif, dan penduduk yang termasuk dalam usia tidak produktif sebanyak 55.599 atau 25,49%.

Jika dilihat dari mata pencaharian, penduduk di wilayah kecamatan Tambaksari tidak ada yang bergantung ke pertanian atau nelayan, oleh karena dua profesi tersebut tidak memungkinkan maka mayoritas orang-orang beralih kepada sektor ekonomi. Sebagian besar mata pencaharian penduduk adalah sebagai pegawai negeri sipil.

Berikut tabel mata pencaharian penduduk Kecamatan Tambaksari





**TABEL II. 2**

**Mata Pencaharian Penduduk Kecamatan Tambaksari**

No	Jenis Pekerjaan	Jumlah	Persen
1	Pengusaha Sedang / besar	53	0,05%
2	Pengrajin / industri kecil	126	0,122%
3	Buruh industri	24374	23,77%
4	Buruh bangunan	8398	8,19%
5	Pedagang	56761	55,36%
6	Pengangkutan	2050	1,99%
7	Pegawai Negri Sipil	8923	8,70%
8	ABRI	1822	1,77%
9	Peternak Sapi	1	0.0009%
10	Peternak Domba	6	0,0058%
	<b>Total</b>	<b>102.514</b>	<b>100%</b>

Sumber: Monografi Kecamatan Tambaksari 2005

Informasi tentang Kecamatan Tambaksari penulis tulis hanya sebagian kecil saja, karena kelurahan Gading sebagai tempat penelitian, maka untuk penjelasan berikutnya akan membahas tentang Kelurahan Gading



## II. Kelurahan Gading

### II.1. Deskripsi Umum

Penelitian ini dilakukan di Kelurahan Gading Kecamatan Tambak Sari Kota Surabaya Propinsi Jawa Timur. Sebelah **Utara** Kelurahan ini berbatasan dengan Kelurahan Bulak dan Kelurahan Tanah Kali Kedinding, sebelah **Timur** berbatasan dengan Kelurahan Komplek Kenjeran dan Kelurahan Kalijudan, sebelah **Selatan** berbatasan dengan Kelurahan Ploso, sedangkan sebelah **Barat** berbatasan dengan Kelurahan Rangkah dan Kelurahan Tambak Rejo. Keadaan geografis di Kelurahan Gading ini mempunyai ketinggian tanah 4m dari permukaan laut, dan mempunyai curah hujan 1.400 Mm/Thn, hal ini yang menyebabkan suhu udara rata-rata di Kelurahan Gading Adalah 26-37°C.

Kelurahan Gading ini berjarak dari pusat pemerintahan kecamatan sejauh 4 Km, terhitung jauh apabila dibandingkan dengan kelurahan lainnya. Jarak kelurahan Gading dengan Ibukota Kabupaten atau Kota Surabaya berjarak 5 Km, sedangkan jarak Kelurahan Gading dengan Ibukota Propinsi adalah sejauh 8 Km, dan jarak Kelurahan Gading dengan Ibukota Negara Yaitu Jakarta adalah 864 Km.

Luas total wilayah Kelurahan Gading adalah 348 Ha, dengan perincian tanah yang bersertifikat sebanyak 1778 buah dengan luas wilayah 173 Ha, dan sisanya sebesar 175 Ha dengan status tanah tak bersertifikat. Kelurahan Gading termasuk pada posisi kelurahan yang mudah dicapai dengan angkutan kota yang ada. Hanya untuk menyusuri



kelurahan Gading ini tidak semua kendaraan dapat melewati jalan di kelurahan Gading, karena jalan yang sempit dan berbentuk gang yang berarti hanya bisa dilewati oleh pejalan kaki atau pengendara motor saja.

## II.2. Keadaan Penduduk

Luas wilayah Kelurahan Gading sebesar 348 Ha, jumlah penduduk Kelurahan Gading pada tahun 2005 sebanyak 78.610 jiwa, laki-laki sebanyak 39.570 jiwa atau sebesar 50,33% dari jumlah penduduk seluruhnya dan perempuan sebanyak 39.040 jiwa atau sebesar 49,67% dari jumlah penduduk seluruhnya. Sebenarnya jumlah perbandingan penduduk antara pria dan wanita hampir sama jumlahnya atau sebanding.

Jumlah kepala keluarga yang ada di Kelurahan Gading adalah 16.039 Kepala keluarga. Dari jumlah seluruh penduduk 99,99% penduduk di kelurahan Gading berkewarganegaraan Indonesia, sedangkan hanya 1% dari seluruh jumlah penduduk yang berkewarganegaraan asing, sebanyak 4 orang yaitu China. Kelurahan Gading terdapat 218 Rukun Tetangga dan 22 Jumlah Rukun Warga.

Tabel II. 3 menggambarkan jumlah penduduk menurut usia :





**Tabel II. 3**  
**Jumlah Penduduk menurut Usia**

<b>Usia</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Persentase</b>
0-9 tahun	1.566	1,99
10-19 tahun	11.745	14,94
20-29 tahun	15.661	19,92
30-39 tahun	23.491	29,88
40-49 tahun	16.692	21,23
> 50 tahun	9.451	12,04
<b>Jumlah</b>	<b>78.610</b>	<b>100</b>

Sumber: Monografi Kelurahan Gading tahun 2005

Menurut tabel diketahui bahwa jumlah penduduk pada tahun 2005 sebanyak 78.610 jiwa, dimana usia 4-6 tahun terdapat 1.566 jiwa atau 1,99% dari jumlah keseluruhan penduduk yang ada. Sedangkan untuk usia 7-12 tahun terdapat sebanyak 11.745 jiwa atau sebesar 14,94% dari jumlah keseluruhan penduduk yang ada. Untuk usia 13-15 tahun terdapat 15.661 jiwa atau sebesar 19,92% dari keseluruhan jumlah penduduk, sedangkan pada usia 20-26 tahun terdapat 23.491 jiwa atau sebesar 29,88% dari jumlah keseluruhan penduduk yang ada, dalam kategori usia 20-26 merupakan usia terbanyak yang ada di kelurahan Gading, untuk usia 27-40 tahun terdapat 16.692 jiwa dan sebesar 21,23 % dari jumlah keseluruhan penduduk yang ada, untuk kategori terakhir yaitu usia 41 tahun ke atas terdapat sebanyak 9.451 jiwa atau sebesar 12,04% dari keseluruhan yang ada.



Menurut data yang didapat, sebenarnya pembagian jumlah penduduk ini terbagi menjadi dua, yaitu kelompok usia menurut pendidikan yaitu usia antara 4-15 tahun, dan yang kedua kelompok usia menurut tenaga kerja yaitu usia antara 20-40 tahun, dan penulis berkesimpulan bahwa penduduk yang berusia lebih dari 40 tahun dianggap sudah tidak memasuki usia produktif, karena itu tidak dimasukkan ke dalam kategori kelompok tenaga kerja.

Mata pencaharian penduduk di wilayah kelurahan tidak ada yang bergantung ke pertanian atau nelayan, oleh karena dua profesi tersebut tidak memungkinkan maka mayoritas orang-orang beralih kepada sektor ekonomi. Sebagian besar mata pencaharian penduduk adalah sebagai wiraswasta. Berikut tabel jumlah penduduk menurut mata pencaharian

**Tabel II. 4**

**Mata Pencaharian Penduduk Kelurahan Gading**

<b>Mata Pencaharian</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Persentase</b>
Karyawan	3.131	9,36
Wiraswasta	23.491	70,27
Pertukangan	5.669	16,95
Pensiunan	751	2,24
Jasa	387	1,15
<b>Jumlah</b>	<b>33.429</b>	<b>100</b>

Sumber: Monografi Kelurahan Gading tahun 2005

Menurut tabel II. 4 , bisa di ketahui bahwa mata pencaharian terbanyak terdapat pada bidang wiraswasta, dimana wiraswasta disini



maksudnya adalah dalam bidang perdagangan. Jumlah orang yang berwiraswasta sebanyak 23.491 jiwa atau sebanyak 70,27%. Bidang pertukangan terdapat 5.669 jiwa yang mata pencahariannya bekerja dalam bidang ini, atau sebesar 16,95% dari keseluruhan jumlah yang ada. Bidang mata pencaharian peringkat ke tiga yang diminati adalah sebagai karyawan, tidak diketahui sebagai karyawan swasta atau pegawai negeri. Bidang jasa terdapat sebanyak 387 jiwa orang atau sebanyak 1,15% dari jumlah yang ada. Bidang jasa ini bergerak dalam bidang angkutan publik, seperti angkutan dan ojek. Terakhir adalah pensiunan, dimana terdapat 387 jiwa atau sebesar 2,24% dari jumlah penduduk yang ada.

Setiap kelurahan pasti akan ada terjadinya mobilitas penduduk, baik itu kelahiran, kematian, kedatangan dan kepindahan. Berikut tabel mobilitas penduduk,

**Tabel II. 5**  
**Peristiwa Vital Kelurahan Gading**

<b>Jenis mobilitas</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Persentase</b>
Kelahiran	1.386	23,42
Kematian	330	5,57
Kedatangan	3.062	51,74
Berpindah	1.139	19,24
<b>Jumlah</b>	<b>5.917</b>	<b>100</b>

Sumber: Monografi Kelurahan Gading tahun 2005

Menurut tabel II. 5 , bisa dilihat dengan jelas bahwa kedatangan mengalami mobilitas yang paling banyak, pada tahun 2005 sebanyak



3.062 jiwa yang datang menetap di kelurahan gading ini atau sebesar 51,74 dari jumlah yang ada, sedangkan untuk kelahiran terdapat jumlah sebanyak 1386 atau persentase sebanyak 23,42% dari jumlah penduduk yang ada. Kematian terdapat 330 jiwa yang meninggal pada tahun 2005 atau sebesar 5,57% dari jumlah penduduk yang ada, untuk berpindah, terdapat 1.139 jiwa yang berpindah dari kelurahan gading ini, atau sebesar 19,24% dari jumlah penduduk yang ada. Apabila dilihat dari perbandingan antara perpindahan dan kedatangan dapat diambil kesimpulan apabila lebih banyak penduduk yang datang menetap di kelurahan Gading dari pada penduduk yang berpindah dari kelurahan Gading.

Kelurahan Gading yang berlokasi di jalan Kenjeran no. 424 mempunyai 8 orang perangkat kelurahan, yaitu 1 orang sebagai sekretaris Kelurahan, 2 orang sebagai kepala seksi, dan 5 orang sebagai staff. Kelurahan Gading melayani masyarakat, jenis layanan seperti layanan umum, layanan kependudukan, dan layanan legalisasi. Layanan umum seperti mengurus kepindahan dan lain sebagainya, untuk layanan kependudukan seperti mengurus KTP atau mengurus Kartu Keluarga dan lain-lain, untuk layanan legalisasi contohnya apabila orang membutuhkan izin untuk membuka usaha atau izin yang lainnya maka membutuhkan legalisasi untuk diteruskan ke Kecamatan. Tahun 2005 jumlah layanan masyarakat yang dilakukan kelurahan Gading adalah sebagai berikut, pelayanan umum sebanyak 671 orang , untuk pelayanan kependudukan sebanyak 3.338 orang, lalu untuk pelayanan legalisasi sebanyak 54 orang. Menurut data yang di dapat jelas terlihat layanan yang sering digunakan



oleh masyarakat Gading adalah layanan kependudukan, yaitu sebesar 82,15% dari jumlah yang ada.

### II.3 . Pendidikan

Pendidikan di Kelurahan Gading terdapat fasilitas yang lengkap, jenjang pendidikan dari mulai kelompok bermain atau play group sampai SMTA ada di kelurahan Gading. Berikut tabel sarana pendidikan,

**Tabel II. 6**  
**Jumlah Sarana Pendidikan di Kelurahan Gading**

<b>Sarana</b>	<b>Jumlah Gedung</b>	<b>Jumlah Guru</b>	<b>Jumlah Murid</b>
<b>A. Pendidikan Umum</b>			
Kelompok bermain	5	11	107
Tk	22	44	572
Sekolah Dasar	13	127	2738
SMTA	2	23	902
SMTA	1	12	154
<b>B. Pendidikan Khusus</b>			
Pondok Pesantren	2	14	694
Madrasah	2	12	489
<b>Jumlah</b>	<b>47</b>	<b>243</b>	<b>5656</b>

Sumber: Monografi Kelurahan Gading tahun 2005

Tabel II. 6 dapat dilihat secara umum bahwa kelompok bermain yaitu untuk anak-anak yang berumur 1-2 tahun sebanyak 5 kelompok



bermain, dengan jumlah guru sebanyak 11 orang guru dan murid sebanyak 107 murid.

Tingkat pendidikan taman kanak kanak, Kelurahan Gading mempunyai 22 Taman Kanak-kanak dengan guru sebanyak 44 guru dan jumlah murid sebanyak 572 murid. Tingkat Sekolah Dasar terdapat 13 sekolah dasar di Kelurahan Gading dengan jumlah guru sebanyak 127 guru dan jumlah murid sebanyak 2738. Tingkat Sekolah Menengah Tinggi Pertama terdapat 2 dengan banyaknya guru 23 orang, dan jumlah murid sebanyak 902, pada tingkat selanjutnya terdapat 1 SMTA dengan jumlah guru 12 dan jumlah murid sebanyak 154 murid. Tingkat pendidikan paling banyak terdapat pada tingkat Taman Kanak-kanak dan paling sedikit terdapat pada tingkat SMTA. Hal ini dimungkinkan karena pada tingkat Taman Kanak-kanak tidak begitu diperhitungkan bagus atau tidaknya sekolah tersebut, tetapi semakin tinggi tingkat sekolahnya maka semakin diperhitungkan kualitas dari sekolah tersebut. Kemungkinan besar banyak murid yang melanjutkan pendidikan SMTA Atau SMTP di luar Kelurahan Gading, dengan perhitungan bahwa sekolah yang berada di luar Kelurahan Gading kualitasnya lebih bagus dan bisa lebih menjamin masa depan seseorang untuk lebih baik.

Sarana-sarana lain yang terdapat di Kelurahan Gading, tidak terdapat data yang lengkap, untuk sarana olahraga, kesenian, kebudayaan dan sosial, sarana olahraga terdapat 3 jenis untuk 3 macam olahraga (sepak bola, bulu tangkis, Volly) sebanyak 3 buah. Terdapat 5 jenis olahraga yang biasa dimainkan penduduk di kelurahan Gading, dan jumlah



perkumpulan olahraga sebanyak 24 buah, jika dilihat dengan jumlah sarana olahraga yang ada, maka sebenarnya fasilitas untuk olahraga kurang, untuk sarana sosial terdapat 21 buah sarana untuk 2 jenis sarana sosial.

Perumahan terdapat 9.142 rumah dengan bangunan permanen, untuk bangunan rumah semi permanen sebanyak 1.208, dan rumah dengan bangunan non permanen yaitu sebanyak 291 rumah.

#### II. 4. Agama

Dengan toleransi yang cukup tinggi bisa dipastikan perbedaan agama tidak mempengaruhi kerukunan antar warga, berikut data nya:

**Tabel II. 7**  
**Jumlah Penganut Agama**

<b>Penganut agama</b>	<b>Jumlah Jiwa</b>	<b>Persentase</b>
Islam	66.815	84,99%
Kristen	5.520	7,02%.
Katolik	3.154	4,01%,
Hindu	1.183	1,5%
Budha	1.971	2,50%
<b>Jumlah</b>	<b>78.610</b>	<b>100%</b>

Sumber: Monografi Kelurahan Gading tahun 2005

Menurut data yang terdapat di lapangan, dari jumlah penduduk sebanyak 78.610 jiwa, sebanyak 66.815 jiwa atau 84,99% beragama islam, dan penganut agama kristen sebanyak 5.520 jiwa atau sebanyak 7,02%.



Sedangkan untuk penganut agama yang lain yaitu Katholik sebanyak 3.154 jiwa atau 4,01%, penganut agama Hindu sebanyak 1.183 jiwa atau sebesar 1,5% dari jumlah penduduk yang ada, yang terakhir yaitu penganut agama Budha sebanyak 1.971 jiwa atau sebanyak 2,50% dari jumlah penduduk yang ada.

Sarana peribadatan yang ada di Kelurahan Gading Kecamatan Tambaksari Surabaya adalah jumlah Masjid sebanyak 26 buah, lalu Mushalla berjumlah lebih banyak lagi, yaitu sebanyak 97 buah dan masing-masing dimanfaatkan untuk kegiatan keagamaan, misalnya pengajian rutin. Untuk Gereja, di kelurahan Gading terdapat 12 gereja. Sedangkan jumlah wihara di kelurahan Gading ini hanya terdapat 1 buah saja. Untuk penganut agama Hindu, sarana peribadatannya tidak terdapat satu pun di kelurahan Gading ini.

Dari data yang ada, berbagai keberagaman agama pastilah menyebabkan adanya kegiatan sosial yang berkaitan dengan agama masing-masing, berikut tabel berbagai perkumpulan agama yang ada di Kelurahan Gading,





**Tabel II. 8**

**Perkumpulan Agama di Kelurahan Gading**

<b>Nama Perkumpulan</b>	<b>Jumlah Kelompok</b>	<b>Jmlah Anggota</b>
Majelis Ta'lim	21	5013
Majelis Gereja	6	751
Majelis Budha	2	158
Majelis Hindu	1	91
Remaja Masjid	38	5189
Remaja Gereja	7	236
<b>Jumlah</b>	<b>75</b>	<b>11438</b>

Sumber: Monografi Kelurahan Gading tahun 2005

Dengan jumlah yang banyak seperti data diatas, maka seluruh kegiatan perkumpulan agama juga berjalan lancar, masing-masing dari majlis ini berfungsi untuk mengguyubkan sesama jamaah atau jemaat. Perkumpulan agama ini semakin efektif apabila hari raya keagamaan semakin dekat harinya. Untuk persoalan toleransi agama, Kelurahan ini memiliki solidaritas yang tinggi antar sesama agama. Setiap orang saling menghormati agama lain selain agamanya sendiri.

## **II. 5. Kesehatan**

Jumlah puskesmas yang ada di kelurahan Gading sebanyak 1 puskesmas, dan mempunyai puskesmas pembantu sebanyak 2 puskesmas dengan jumlah dokter yang berpraktik di Kelurahan Gading sebanyak 23 dokter.

Kelurahan Gading mempunyai 1 puskesmas untuk melayani 22 RW atau melayani sekitar 78. 610 jiwa. Puskesmas yang letaknya di



wilayah Kapas Lor Gg 1 ini dikepalai oleh seorang dokter wanita, Ibu Hunainah. Puskesmas yang baru direnovasi ini mempunyai staff hanya 14 orang, hal ini dirasa kurang oleh Kepala Puskesmas. Staff yang berjumlah 14 orang ini termasuk diantaranya 2 dokter (1 dokter PNS sebagai dokter umum, 1 dokter kontrak sebagai dokter gigi), bidan 3 orang, dan perawat 1 orang.

Adanya keterbatasan Sumber Daya Manusia maka hampir semua staff yang ada di puskesmas tersebut berperan ganda, semisal seorang staff bekerja di bidang administrasi, tetapi bisa juga bekerja di bagian apotek. Seorang dokter juga bisa berperan sebagai perawat.

Puskesmas mempunyai jam operasional yaitu mulai jam 07.30 pagi sampai dengan jam 10.00 pagi, atau bisa saja jam operasional tersebut bertambah apabila pasien terus datang. Sehari pasien yang mendatangi puskesmas mencapai  $\pm$  100 orang. Setelah tidak ada lagi pasien, maka puskesmas baru bisa ditutup, lalu para staff yang bekerja di puskesmas mulai bergerak turun lapangan untuk menjangkau pasien-pasien yang tidak terjangkau oleh puskesmas, ini dinamakan Pusling atau Puskesmas keliling. Puskesmas Gading mempunyai 5 pusling yang berada pada titik-titik terjauh dari puskesmas. Setiap pusling terdapat lemari yang menyimpan berbagai macam obat-obatan untuk penyakit yang ringan. Apabila petugas puskesmas telah selesai dengan pekerjaannya, maka masing-masing petugas menuju pusling yang telah di tentukan, biasanya pusling ini buka setiap jam 10 atau jam 10.30 pagi, disetiap pusling selain petugas dari puskesmas terdapat kader.



Kepala Puskesmas mengatakan, Kader di Kelurahan Gading ini sangat berfungsi sekali dan sangat melancarkan program-program yang dilaksanakan oleh puskesmas. Setiap 1 Rw terdapat 1 kader, jadi puskesmas kelurahan Gading ini mempunyai 22 kader untuk 22 Rw, dan 1 RT mempunyai 1 kader. Apabila di jumlahkan seluruhnya terdapat 22 kader untuk tingkat RW dan 218 kader untuk tingkat RT, dengan banyaknya kader yang ada maka puskesmas sangat terbantu dengan kehadiran para kader-kader ini.

Setiap bulan kader tingkat RW ini di kumpulkan oleh kepala puskesmas untuk pemberitahuan program-program baru, atau untuk mengevaluasi hasil kerja dari para kader tersebut. Apabila ada informasi atau program-program yang baru, maka masing-masing kader dari tingkat RW akan memberitahukan atau meneruskan informasinya kepada kader-kader yang ada di tingkat RT. Kader terbagi menjadi beberapa bagian, antara lain Kader Kesehatan, Kader Keluarga Berencana, Kader Ibu dan Anak. Biasanya yang menjadi kader adalah istri dari ketua RW, tetapi tidak menutup kemungkinan apabila masyarakat ingin menjadi kader puskesmas.

Penyakit yang ditangani Puskesmas Kelurahan Gading ini bermacam-macam, dari penyakit ringan yang membutuhkan penanganan yang rendah seperti hanya sekedar jahit menjahit sampai dengan penanganan dan penyakit yang parah. Penyakit yang parah termasuk pnemoni (radang paru), KP (TBC) kolesterol, jantung dan yang lain-lain. Prinsip dari puskesmas Gading ini selama bisa di tangani oleh petugas



puskesmas maka akan di tangani, setelah tidak bisa di tangani oleh petugas puskesmas baru pasien di rujuk ke Rumah Sakit.

Puskesmas Kelurahan gading mempunyai posyandu yang tersebar di 50 tempat di wilayah kelurahan Gading, 1 posyandu melayani kurang lebih 1000 balita, pembagian wilayah untuk posyandu adalah, 1 posyandu melayani 4 sampai 5 wilayah atau RT yang di buka 1 bulan sekali untuk pembagian makanan tambahan bagi ibu hamil dan balita, untuk makanan tersebut mendapat bantuan dari Lembaga Swadaya Masyarakat, makanan tambahan tersebut berupa mi instan yang dimasak terlebih dahulu untuk ibu hamil, dimana mie instan tersebut dipesan khusus dan diberi asupan vitamin tambahan, begitu juga dengan biskuit yang diberikan untuk bayi di atas enam bulan, dalam satu hari diberikan satu bungkus biskuit, dan di berikan selama satu bulan gratis. Program makanan tambahan ini sudah berjalan selama tiga tahun sejak tahun 2003.

Adanya makanan tambahan gratis inilah, timbul masalah baru bagi posyandu. Seluruh masyarakat berbondong-bondong menuju posyandu untuk mendapatkan makanan tambahan gratis, yang menjadi masalah adalah banyak balita-balita baru yang tidak terdaftar di posyandu tersebut. Masalah ini dikarenakan banyak penduduk di kelurahan Gading adalah warga musiman, dimana pada masa panen mereka akan pulang ke daerahnya masing-masing, tetapi pada saat masa bercocok tanam, mereka akan kembali lagi ke kelurahan Gading.

Posyandu mempunyai masalah, untuk pemeriksaan bagi ibu-ibu yang hamil, apabila mereka kembali ke daerah asalnya maka pemeriksaan



untuk bayi dalam kandungan otomatis akan terputus. Setelah kembali ke Kelurahan Gading, ibu-ibu tersebut sudah melahirkan, dan banyak yang bayi-bayinya rawan kekurangan gizi. Masalah kekurangan gizi seperti ini seharusnya bisa dicegah apabila kehamilan ibu dipantau oleh petugas puskesmas dan di periksa secara rutin dan berkelanjutan. Permasalahan seperti inilah yang kerap dihadapi oleh puskesmas Kelurahan Gading.





## **BAB III**

### **TEMUAN DATA**

Pada bab ini diuraikan temuan-temuan data yang diperoleh peneliti melalui wawancara terhadap 50 orang penduduk miskin penerima bantuan kesehatan yang berlokasi di Rw 16 Kelurahan Gading Kecamatan Tambaksari Surabaya dengan menggunakan instrument kuesioner. Secara lebih detail pada bagian ini diuraikan perihal karakteristik responden, yang meliputi jenis kelamin, usia, agama, pendidikan terakhir, status pernikahan, serta jumlah anak responden. Selain karakteristik responden, dideskripsikan kondisi sosial ekonomi dan persepsi sehat sakit menurut keluarga miskin, orientasi kesehatan dan peran significant other dalam pengambilan keputusan untuk berobat.

#### **III. 1. Karakteristik Responden**

##### **III. 1. 1 Jenis Kelamin**

Berdasarkan hasil riset yang dilakukan di RW 16 Kelurahan Gading Kecamatan Tambaksari Surabaya dengan mewawancarai sebanyak 50 responden, di peroleh data bahwa penduduk miskin yang ditemui jenis kelamin perempuan.



**Tabel III. 1.**

**Jenis Kelamin Responden**

<b>Jenis Kelamin</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase</b>
Laki-laki	23	46
Perempuan	27	54
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Sumber : kuesioner no 3

Apabila dilihat dari tabel III. 1, dapat di katakan bahwa responden yang diwawancarai di Rw 16 Kelurahan Gading, sebanyak 46% adalah laki-laki dan sisanya yaitu 54% adalah perempuan dan jika dilihat dari persentase dan jumlah perbandingan antara responden laki-laki dan perempuan, hampir seimbang antara perbandingan laki-laki dan perempuan.

**III. 1. 2 Usia**

Semakin bertambahnya usia seseorang terkadang kondisi fisik akan semakin menurun. Hal ini wajar, karena hampir semua orang akan mengalami fase tersebut. Seringkali penurunan kondisi fisik ini disertai juga dengan penurunan kondisi kesehatan yang bisa memberikan dampak negatif yaitu menjadi sakit-sakitan dan lemah terhadap penyakit, sehingga menjadi rentan akan penyakit.

Berikut data usia responden yang terdapat di Rw 16 Kelurahan Gading.



**Tabel III.2**  
**Usia Responden**

<b>Usia Responden</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase</b>
25-34 Tahun	8	16
35-44 Tahun	21	42
45-54 Tahun	9	18
55-64 Tahun	8	16
65-74 Tahun	3	6
> 74 Tahun	1	2
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Sumber : kuesioner No. 2

Hasil penelitian di Rw 16 Kelurahan Gading, dengan responden sebanyak 50 masyarakat miskin yang menerima bantuan kesehatan, sebagian besar berusia antara 41-45 tahun sebanyak 28% responden. Usia 36-40 tahun terdapat 7 orang atau sekitar 14% dari 50 responden yang ada. Usia produktif antara umur 25 tahun sampai dengan 55 tahun terdapat lebih dari separuh responden, atau memiliki persentase lebih dari 50%, pada usia produktif ini banyak yang mendapatkan bantuan kesehatan, usia produktif ini biasanya didominasi oleh keluarga keluarga muda, yang bertempat tinggal di rumah kontrakan.

Penerima bantuan kesehatan ini merata dari segala umur. Mulai dari keluarga kecil sampai dengan para lansia, semua mendapatkan bantuan kesehatan dengan cara pengobatan gratis.

Semakin bertambah umur seseorang, maka semakin besar resiko untuk terkena penyakit, tetapi kenyataannya hanya sedikit orang tua yang mendapatkan bantuan kesehatan. Hal ini dikarenakan para orang





tua tersebut tidak mengetahui bahwa dirinya sebenarnya mendapatkan hak untuk bantuan kesehatan.

### III. 1. 3 Agama

Agama yang dianut oleh penduduk Kelurahan Gading tidak jauh berbeda dengan Kelurahan lainnya di Surabaya, dari hasil pendataan ditemukan ada tiga agama yang dipeluk, yaitu Islam, Kristen dan Katolik.

Berikut data penganut agama di kelurahan Gading RW 16:

**Tabel III. 3**  
**Agama Responden**

<b>Agama Responden</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase</b>
Islam	46	92
Kristen	3	6
Katolik	1	2
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Sumber : kuesioner No.4

Hasil penelitian yang dilakukan, pemeluk agama Kristen sebanyak 6%, dan sebanyak 2% menganut agama Katolik sedangkan sebanyak 92% beragama islam, hal ini dapat dibuktikan dengan adanya musholla di masing-masing RT, 1 musholla terdapat dalam 1 gang dan 1 Rt, dimana setiap seminggu sekali mengadakan pengajian rutin dan bulanan.



### III. 1. 4 Pendidikan

Pendidikan yang pernah dilalui oleh responden nantinya akan berpengaruh terhadap berbagai hal yang akan dijalani responden, mulai dari mendapatkan pekerjaan, status sosial, logika cara berpikir dan yang lainnya. Berikut data pendidikan terakhir yang di berhasil ditekuni responden :

**Tabel III. 4**  
**Pendidikan Terakhir Responden**

<b>Pendidikan Terakhir</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase</b>
Tidak Sekolah	10	20
Sekolah Dasar	25	50
SMP	12	24
SMU	2	4
Universitas	1	2
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Sumber : kuesioner No. 6

Data yang diperoleh terlihat jelas tingkat pendidikan responden pada umumnya rendah. Sebanyak 50% hanya sekolah sampai Sekolah Dasar. Sebanyak 20% atau 10 responden yang tidak sekolah, sementara itu jumlah responden yang berhasil menempuh pendidikan pada tingkat Sekolah Menengah Pertama hanya sebanyak 12 responden atau sebanyak 24%, sisanya 2 orang responden menamatkan Sekolah Menengah Umum. Data yang ada hanya sebanyak 1 orang responden yang berpendidikan Universitas. Tingkat pendidikan rendah adalah tingkat SD dan tidak sekolah, untuk tingkat pendidikan menengah adalah Sekolah Menengah



Pertama dan Sekolah Menengah Umum, untuk tingkat pendidikan tinggi adalah universitas

### III. 1. 5 Status Pernikahan

Dalam pernikahan, lazimnya pengambilan keputusan tidak lagi di kendalikan atau dipegang oleh satu orang saja, tetapi oleh dua orang, yaitu suami istri. Untuk memutuskan suatu hal yang berkenaan dengan keluarga pastilah dengan cara *rembugan* atau diskusi. Begitu juga dengan hal-hal yang berkenaan dengan kesehatan .

Berdasarkan wawancara yang dilakukan terhadap 50 orang responden, diperoleh data tentang status perkawinan, sebagai berikut :

**Tabel III. 5**

#### **Status Pernikahan Responden**

<b>Status</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase</b>
Menikah	38	76
Duda / Janda	12	24
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Sumber: kuesioner No.5

Tabel III. 5 menunjukkan bahwa lebih dari separuh atau 76% responden statusnya adalah menikah, sedangkan status duda atau status janda hampir seperempat atau 24% dari lima puluh responden yang di wawancarai, di Kelurahan Gading responden yang berstatus duda atau janda biasanya tinggal bersama anaknya.



### III. 1. 6 Jumlah Anak

Anggapan banyak anak banyak rejeki mungkin sudah tidak populer lagi di masyarakat sekarang ini. Dengan banyaknya anak maka beban ekonomi menjadi semakin berat, apalagi bagi masyarakat kalangan kelas bawah dengan jumlah anak relatif tidak sedikit. Berikut data jumlah anak yang dimiliki responden :

**Tabel III. 6.**  
**Jumlah Anak Responden**

Jumlah Anak	Frekuensi	Persentase
1-2 Anak	20	40
3-4 Anak	18	36
5-6 Anak	6	12
7-8 Anak	2	4
> 8 Anak	4	8
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Sumber: kuesioner No.7

Tabel III. 6 menunjukkan bahwa dari 50 responden yang ditanyai sekitar 40% atau 20 responden mempunyai satu sampai dua anak dalam satu keluarga. Sekitar sepertiga nya atau 36% menjawab mempunyai tiga sampai empat anak, sedangkan 12% dari responden mempunyai anak lima sampai enam anak. Bagi masyarakat miskin banyaknya jumlah anak memberikan kemungkinan besar berpengaruh terhadap jenjang pendidikan dari anak-anak tersebut. Semakin banyak keluarga tersebut mempunyai anak maka kemungkinan untuk putus sekolah semakin besar juga, dikarenakan karena ke tidakmampuan orang



tua untuk menyekolahkan anaknya sampai jenjang yang tinggi. Hal ini dialami apabila sebuah keluarga mempunyai anak sebanyak lima sampai enam orang anak di dalam keluarga, seringkali anak pertama putus sekolah, dan mulai bekerja untuk membantu ekonomi keluarga.

### III. 2. Kondisi Sosial Ekonomi.

#### III. 2. 1. Jenis pekerjaan responden

Pekerjaan sebagai penopang hidup, itu anggapan tentang bekerja bagi masyarakat miskin. Dengan bekerja berarti kebutuhan sehari-hari keluarga bisa tercukupi, walau tidak berlebih. Bagaimana posisi seseorang dalam pekerjaannya memiliki kaitan dengan tinggi tidaknya pendidikan, dengan pendidikan yang rendah sudah pasti hanya bisa mendapatkan posisi pekerjaan yang rendah pula.

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan terhadap 50 responden dengan menggunakan kuesioner, diperoleh data tentang status ketenagakerjaan responden, sebagai berikut:

Tabel III. 7

#### Status Ketenagakerjaan responden

Jenis	Frekuensi	Persentase
Bekerja, tetap	24	48
Bekerja, Tidak Tetap	19	38
Tidak Bekerja	7	14
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Sumber: kuesioner No.8



Tabel III. 7 menunjukkan bahwa dari 86% responden yang bekerja, hanya 48% saja yang memiliki pekerjaan tetap seperti wiraswasta, jasa, guru dan pensiunan yang diberi gaji tetap bulanan. Data yang ada menunjukkan bahwa sekitar 38% responden bekerja tetapi tidak memiliki pekerjaan yang tetap dan penghasilan yang tidak tetap. Pekerjaan tidak tetap yang dimiliki penduduk Kelurahan Gading seperti buruh pabrik, buruh bangunan, tukang becak dan yang lainnya, sedangkan sebanyak 7% responden tidak bekerja adalah ibu rumah tangga dan janda-janda yang sudah lansia

**Tabel III. 8**  
**Jenis Pekerjaan Responden**

<b>Jenis Pekerjaan</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase</b>
Buruh Pabrik	1	2
Wiraswasta	16	32
Buruh Bangunan	11	22
Becak	5	10
Jasa	8	16
Guru	1	2
Pensiunan	1	2
Tidak Bekerja	7	14
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Sumber: kuesioner No.9

Data pada tabel III. 8 menunjukkan bahwa mayoritas responden (32%) dari 50 bekerja di sektor wiraswasta. Kebanyakan responden yang berwiraswasta memiliki usaha membuka warung kecil-kecilan dan alakadarnya untuk menjual makanan, minuman dan meracang di pagi hari



untuk tetangga, ada juga responden yang berjualan buah keliling dan usaha-usaha yang lainnya.

Jenis pekerjaan lain yang ditekuni responden adalah buruh bangunan yaitu sebanyak 22%. Pekerjaan ini termasuk pekerjaan yang tidak tetap, bisa dalam waktu satu bulan buruh bangunan hanya bekerja selama 14 hari, setelah itu biasanya menganggur selama tiga atau empat minggu. Sebanyak 16% bekerja di bidang Jasa seperti "office boy", mencuci baju bagi orang lain atau biasa disebut laundry rumahan. Terdapat 10% responden yang menjadi tukang becak, dengan penghasilannya tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

### **III. 2. 2. Penghasilan Perbulan**

Selain pekerjaan dan pendidikan aspek lain yang perlu diketahui adalah jumlah penghasilan yang diterima responden dalam satu bulan. Pentingnya mengetahui penghasilan perbulan supaya terlihat apakah seseorang pantas mendapatkan bantuan kesehatan atau tidak.

Penghasilan perbulan juga menjadi tolak ukur bagi petugas pendata untuk bantuan kesehatan, dari penghasilan bisa terlihat apakah seseorang memang pantas mendapat bantuan atau tidak, sehingga bantuan benar-benar mengena kepada yang membutuhkan.

Berikut data penghasilan responden yang didapat dalam satu bulan:



**Tabel III. 9**  
**Penghasilan Responden**

<b>Penghasilan</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase</b>
< 100.000	1	2
Rp. 101.000-200.000	27	54
Rp. 201.000-300.000	13	26
Rp. 301.000-400.000	3	6
Rp. 410.000-500.000	4	8
Rp. 501.000-600.000	2	4
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Sumber: kuesioner No. 11

Berdasarkan data yang ada, menunjukkan separuh dari jumlah seluruh responden atau sekitar 50% responden berpenghasilan antara Rp. 101.000- Rp. 200.000 sebulan. Hal ini wajar mengingat banyak responden yang berprofesi tukang becak, buruh bangunan yang pekerjaannya tidak tetap.

Sedangkan sebanyak 26% dari 50 responden mengatakan bahwa penghasilan dalam satu bulan antara Rp. 201.000- Rp. 300.000. Biasanya yang berpenghasilan sebesar ini bekerja dalam bidang wiraswasta, entah itu berjualan atau pun menjaga toko.

### **III. 2. 3. Pengeluaran Perbulan**

Selain penghasilan selama satu bulan, perlu diketahui juga pengeluaran selama satu bulan, dengan mengetahui pengeluaran selama satu bulan maka dapat diketahui apakah dengan penghasilan perbulan dapat mencukupi kebutuhan dalam satu bulan atau bisa jadi pengeluaran





dalam satu bulan melebihi dari penghasilan yang ada. Berikut tabel yang menjelaskan pengeluaran responden dalam satu bulan :

**Tabel III. 10**  
**Pengeluaran Responden**

<b>Pengeluaran</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persepsi</b>
< Rp. 200.000	4	8
Rp. 200.000-250.000	14	28
Rp. 251.000-300.000	12	24
Rp. 301.000-350.000	11	22
Rp. 351.000-400.000	4	8
Rp. 401.000-450.000	5	10
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Sumber: kuesioner No. 12

Tabel III. 10 menunjukkan sebanyak 28% dari 50 responden mengeluarkan biaya hidup sebanyak Rp. 200.000- Rp. 250.000 untuk satu bulan. Sebanyak 24% mengeluarkan biaya hidup sebanyak Rp. 251.000 - Rp. Rp. 300.000 dalam satu bulan. Lebih dari 50% dari responden mengatakan kalau penghasilan dalam satu bulan tidak cukup untuk memenuhi kebutuhannya selama satu bulan, dan bisa terpenuhi dengan cara berhutang dengan tetangga.

### **III. 2. 4. Anggota keluarga yang ikut bekerja**

Menjadi tulang punggung keluarga tidaklah selalu harus kepala keluarga ataupun suami. Semua anggota keluarga seperti istri, orang tua maupun anak bisa berperan dalam ekonomi keluarga, dengan adanya



anggota keluarga yang bekerja, beban ekonomi keluarga akan sedikit lebih ringan. Berikut data mengenai anggota keluarga yang ikut bekerja :

**Tabel III. 11**

**Anggota keluarga yang ikut bekerja**

Anggota keluarga	Frekuensi	Persentase
Suami/ istri	7	14
Orang Tua	1	2
Anak	14	28
Tidak Ada yang Bekerja	28	56
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Sumber: kuesioner No. 13 dan 14

Tabel III. 11 menunjukkan bahwa 56% responden tidak ada yang bekerja, atau penghasilan keluarga sepenuhnya bergantung kepada kepala keluarga atau suami, sedangkan 28% dari responden mendapatkan penghasilan tambahan dari anak yang bekerja membantu ekonomi keluarga. Anak yang membantu ekonomi keluarga biasanya anak-anak pertama atau sulung yang putus sekolah karena ketidakmampuan orang tua untuk membayar sekolah. Pilihan bagi orang tua hanya membayar sekolah atau belanja untuk pemenuhan kebutuhan hidup sehari-hari. Sedangkan sebanyak 14% dari 50 responden mendapatkan penghasilan tambahan dari pasangan yang ikut bekerja.



### **III. 2. 5. Kepemilikan Tabungan**

Hubungan antara kepemilikan tabungan dengan orientasi bisa dilihat apabila seseorang mempunyai tabungan maka orang tersebut termasuk orang yang berorientasi akan masa depan.

Hasil yang diperoleh menyebutkan hampir seluruh responden, sebanyak 47 responden atau sekitar 94% dari responden menyebutkan tidak mempunyai tabungan. Hal ini dirasa tidak perlu karena responden tidak mempunyai sisa uang untuk ditabung, semua penghasilan habis untuk biaya hidup selama satu bulan bahkan kurang untuk satu bulan.

Sedangkan hanya 3 orang atau 6% dari seluruh responden yang memiliki tabungan, alasan responden memiliki tabungan adalah sebagai simpanan untuk modal usaha dan apabila sewaktu-waktu untuk keperluan yang mendadak dan tidak direncanakan. Wujud tabungan yang dimiliki responden dalam bentuk uang dan disimpan di lemari atau kamar saja.

### **III. 2. 6. Status Tempat Tinggal**

Tempat tinggal atau rumah adalah kebutuhan yang utama bagi keluarga, termasuk dalam tiga kebutuhan dasar manusia yaitu sandang, pangan, papan. Berikut ini data mengenai status kepemilikan tempat tinggal responden :



**Tabel III. 12**  
**Status Tempat Tinggal**

Status	Frekuensi	Persentase
Sendiri	23	46
Orang Tua	8	8
Warisan	3	6
Kontrak / kost	16	32
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Sumber: kuesioner No. 18

Tabel III. 12 terdapat 23 orang atau sebanyak 46% dari seluruh responden status kepemilikan rumahnya adalah punya sendiri, walaupun hanya berukuran lima kali empat meter tetapi status kepemilikan milik sendiri, lalu sebanyak 32% menyebutkan bahwa status tempat tinggalnya adalah kontrak atau kost.

Untuk tempat tinggal kost bisa dikatakan sangat tidak memadai untuk sebuah keluarga yang sudah mempunyai anak. Sebanyak 8% dari seluruh responden status kepemilikan rumahnya adalah milik orang tua. Misalkan orang tua mempunyai tanah, lalu tanah tersebut dibagi sesuai jumlah anaknya dan dibangun untuk rumah anaknya.

Kondisi fisik bangunan rumah dari tempat tinggal responden rata-rata beratap seng atau genteng biasa, lalu untuk tembok hampir seluruhnya menggunakan tembok batako, sedangkan untuk lantai terdapat banyak perbedaan, tapi sebagian besar tegel untuk rumah kost, sedangkan untuk rumah kepemilikan sendiri lebih banyak semen.



### **III. 3. Persepsi sehat sakit menurut keluarga miskin**

Penentuan kondisi tubuh seseorang terkadang lebih banyak unsur-unsur yang bersifat subjektif, ketimbang unsur-unsur obyektif. Persepsi masyarakat tentang sehat-sakit ini sangat dipengaruhi oleh unsur pengalaman masa lalu, di samping unsur sosial budaya, dan sebaliknya petugas kesehatan berusaha sedapat mungkin menerapkan kriteria medis yang obyektif yang tampak guna mendiagnosa kondisi fisik seorang individu. (Sarwono, 1993;30).

Sub bab selanjutnya dijelaskan tentang bagaimana keluarga miskin di dalam melihat konsep sehat sakit terhadap diri sendiri. Masing-masing individu berbeda dalam memandang konsep sehat dalam dirinya, sama halnya untuk konsep sakit. Kondisi ini sangat berpengaruh bagaimana seseorang mengambil keputusan untuk menentukan dirinya sakit atau tidak dan nantinya akan berpengaruh terhadap pengambilan keputusan akan berobat dimana. Persoalan ini menjadi penting karena dari persepsi sehat-sakit ini nantinya berpengaruh terhadap orientasi kesehatannya.

#### **III. 3. 1. Kondisi Kesehatan saat ini menurut persepsi responden**

Kondisi kesehatan responden saat ini nantinya akan menunjukkan bagaimana seseorang mengetahui keadaan dari dirinya, dan juga mengetahui kapan dirinya sehat atau kapan dirinya sakit. untuk



proses selanjutnya akan berpengaruh terhadap bagaimana cara pengobatannya. Berikut tabel kondisi kesehatan responden saat ini :

**Tabel III. 13**

**Kondisi kesehatan responden saat ini**

<b>Kondisi Kesehatan</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase</b>
Buruk	6	12
Tidak Begitu sehat	15	30
Sehat	29	58
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Sumber: kuesioner No. 20

Tabel III. 13 menunjukkan bahwa lebih dari separuh atau 58% dari seluruh responden kondisinya sehat, sehat di sini diartikan apabila dalam satu bulan terakhir tidak mengalami sakit atau bersinggungan dengan perawatan medis, yang berarti bisa melakukan semua pekerjaan tanpa ada hambatan sedikit pun.

Kategori tidak begitu sehat terdapat 30% dari seluruh responden, biasanya tidak begitu sehat dapat diartikan penyakit yang di derita bertingkat ringan, seperti flu, pusing-pusing dan yang lainnya. Kondisi tidak begitu sehat di artikan dalam kurun waktu satu bulan 1 sampai 2 kali bersinggungan dengan perawatan medis.

Terdapat 12% dari seluruh responden yang kondisi kesehatannya saat diwawancara buruk, seperti sakit jantung, darah tinggi dan biasanya kondisi kesehatan yang buruk di miliki oleh lansia. Kondisi buruk bisa diartikan dalam kurun waktu satu bulan bersinggungan dengan perawatan medis lebih dari 3 kali.



### III. 3. 2. Kondisi Kesehatan saat ini dengan 1 bulan yang lalu

Apabila dibandingkan antara kesehatan saat ini dengan satu bulan yang lalu, akan terlihat peningkatan taraf kesehatan atau penurunan tingkat kesehatan yang didapat. Peningkatan taraf kesehatan di mungkin apabila responden memperhatikan kesehatannya dan juga memperhatikan lingkungannya supaya tidak terjangkit suatu penyakit.

Responden peduli akan dirinya untuk persoalan kesehatan bisa dibuktikan dengan mengetahui kondisi kesehatan satu bulan yang lalu dan dapat diartikan responden mengetahui riwayat sakit sehat dirinya.

Perbandingan antara bulan ini dan satu bulan yang lalu terdapat peningkatan taraf kesehatan, pada saat diwawancara persentase kondisi kesehatan mencapai 58%, berarti meningkat sebanyak 8% dari bulan yang lalu yaitu sebanyak 50%. Untuk kondisi kesehatan dengan kategori tidak begitu sehat juga mengalami peningkatan taraf kesehatan, bulan lalu sebesar 40% tetapi untuk kondisi saat ini menjadi 30%.

Berbeda dengan yang lain, kondisi kesehatan yang buruk meningkat sebanyak 2%, satu bulan yang lalu persentase responden dengan kondisi kesehatan yang buruk mencapai 10% sedangkan pada saat wawancara persentase kondisi kesehatan responden yang buruk menjadi 12%.

Tabel III. 14 menunjukkan kondisi kesehatan saat ini dibandingkan satu bulan yang lalu :



Tabel III. 14

Kondisi Kesehatan saat ini dengan 1 bulan yang lalu

Kondisi Kesehatan	Frekuensi	Persentase
Buruk	5	10
Tidak Begitu Sehat	20	40
Sehat	25	50
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Sumber: kuesioner No. 21

### III. 3. 3. Persepsi Sehat Keluarga Miskin

Setiap individu memandang dirinya sehat terhadap dirinya sendiri atau terhadap keluarganya secara berbeda, hal ini dipengaruhi akan pemahaman seseorang terhadap konsep sehat terhadap dirinya.

Sehat dapat diartikan perasaan bahwa fisik dan rohani tidak merasa sakit dan lingkungan sekitar dianggap tidak mengundang penyakit – penyakit. Sehat juga bisa di definisikan sebagai perasaan bahwa fisik dan rohani tidak merasa sakit. Tetapi ada individu yang beranggapan bahwa sehat adalah perasaan bahwa fisik tidak merasa sakit dan tidak ada aktifitas sehari-hari yang terganggu, sehat itu tidak hanya menyangkut kondisi fisik, melainkan juga kondisi mental dan sosial seseorang.

Tabel III. 15 ini menunjukkan bagaimana persepsi sehat keluarga miskin :





**Tabel III.15**

**Persepsi sehat keluarga miskin**

<b>Definisi Sehat</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase</b>
Perasaan bahwa fisik dan rohani tidak merasa sakit	2	4
Perasaan bahwa fisik tidak merasa sakit dan tidak ada aktifitas sehari-hari yang terganggu	47	94
Perasaan bahwa fisik dan rohani tdk merasa sakit dan lingkungan yang sehat	1	2
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Sumber: kuesioner No. 22

Data yang didapat menunjukkan bahwa hampir seluruh atau sekitar 94% responden menjawab bahwa sehat menurut mereka adalah perasaan bahwa fisik tidak merasa sakit dan tidak ada aktifitas sehari-hari yang terganggu.

Seperti yang telah dikatakan oleh salah satu responden, Ibu Sumarning, berumur 65 tahun, bekerja sebagai jualan pecel di rumahnya.

*"sehat iku..... sing penting yo iso kerjo, golek dhuwik mbak! nek gak kerjo gak entuk dhuwik mbak, mangan opo aq? Gawe mangan anak ambe putu"*

*(sehat itu... yang penting ya bisa kerja, mencari uang mbak! Kalau tidak kerja tidak dapat uang, makan apa saya? Uangnya untuk makan anak sama cucu saya.)*

Responden Ibu Enti, 44 tahun bekerja sebagai buruh pabrik tekstil mendefinisikan bahwa sehat adalah:

*"sehat iku ya.....awak kulo gak ono sing loro, ato pegel-pegel. Mangan enak, kerjo enak, urip enak, gak stress, pokoke kabeh enak lah!"*

*(sehat itu ya..... badan saya tidak ada yang sakit, atau pegel-pegel. Makan enak, kerja enak, hidup saya enak, tidak stress, pokoknya semuanya enak lah!)*



Responden lain, Bapak Djayadi, 30 tahun, bekerja sebagai buruh bangunan :

*"sehat iku...gak loro mbak! awak enak.. pokoke iso ngelakoni kegiatan sehari-hari.. aku kerjone buruh mbak.. nek loro-loro an, anak ambek bojoku gak mangan la'an?"*

*( sehat itu.....tidak sakit mbak! Badan enak.... Yang penting bisa melakukan kegiatan sehari-hari.... Kerja saya buruh mbak..kalau sakit-sakitan, anak dan istri saya tidak makan dong?)*

Responden yang lain lagi, Bapak Imam, 40 tahun, bekerja sebagai tukang becak:

*"sehat sing penting awak gak loro, iso kerjo enak!awak iku rasane fit...nek misale loro... mesti dimarikno cepet-cepet, ben ndang waras ndang iso kerjo maneh"*

*(sehat yang penting badan tidak sakit, bisa kerja enak! Badan itu rasanya fit...kalaupun misalnya sakit... mesti disembuhkan cepat-cepat, supaya cepat waras dan supaya bisa kembali bekerja )*

Berjalannya kegiatan sehari-hari tanpa adanya keluhan sakit, itulah definisi sehat bagi masyarakat miskin penduduk Gading. Kegiatan sehari hari di sini adalah responden bisa kerja mencari uang untuk makan, sedangkan hanya 4% saja yang menjawab pengertian sehat menurut responden adalah perasaan bahwa fisik dan rohani tidak merasa sakit, dan 2% saja yang menjawab sehat adalah perasaan bahwa fisik dan rohani tidak merasa sakit serta lingkungan yang mendukung kesehatan.



### III. 3. 4. Persepsi Sakit Keluarga Miskin

Masing-masing individu berbeda dalam memandang konsep sakit dalam dirinya, dalam kuesioner yang ditanyakan pertanyaan mengenai konsep sehat dan sakit ini dengan menggunakan *open question* yang setelah dijawab oleh 50 responden lalu dikategorikan oleh peneliti menjadi tiga bagian dengan mengacu kepada definisi operasional yang tercantum di bab 1. Tabel III. 16 menjelaskan persepsi sakit bagi keluarga miskin:

**Tabel III. 16**  
**Persepsi sakit keluarga miskin**

<b>Definisi Sakit</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase</b>
Perasaan sakit pada bagian tubuh tertentu tapi tidak mengganggu aktivitas sehari-hari	4	8
Perasaan sakit pada bagian tubuh tertentu yang mengganggu aktifitas sehari-hari	39	78
Perasaan sakit pada bagian tubuh tertentu yang mengganggu aktivitas sehari-hari sehingga perlu mendapatkan pengobatan	7	14
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Sumber: kuesioner No. 23

Data yang didapat di atas 78% responden menjawab persepsi sakit menurut responden adalah perasaan sakit pada bagian tubuh tertentu yang mengganggu aktifitas sehari-hari. Responden yang sakit tidak bisa bekerja untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari dan jelas akan mengurangi pemasukan keuangan untuk satu hari, sedangkan hanya 14% yang mengatakan perasaan sakit pada bagian tubuh tertentu yang



mengganggu aktivitas sehari-hari sehingga perlu pengobatan, dan sisanya sebanyak 8% mempunyai definisi sakit sebagai perasaan sakit pada bagian tubuh tertentu yang mengganggu aktivitas sehari-hari.

Seperti yang dijelaskan responden berikut, Ibu Sumardiyanto, 48 tahun, bekerja sebagai penjual sayur. Mendefinisikan sakit sebagai :

*"nek loro iku yo awakku nyeri, trus gak duwe dui gawe mangan, gak iso masak, gak iso nyuci-nyuci, gak kerjo lah. Pokoke ganggu kerjaan"*

*(kalau sakit itu ya badan saya nyeri, trus tidak punya uang untuk makan, tidak bisa masak, tidak bisa cuci-cuci, tidak bekerja lah. Pokoknya sangat mengganggu pekerjaan).*

Seperti yang dijelaskan oleh Ibu Sumarning, 65 tahun, berjualan pecel, mendefinisikan sakit adalah :

*"loro sangat mengganggu! Awak kabeh gak enak.. isoke mek turu tok aelgak iso lapo-lapo..sakno bojo ambek anak-anak.. mboten enten sing ngerumat"*

*(sakit sangat mengganggu! Badan semua rasanya tidak enak...bisanya hanya tidur saja!tidak bisa melakukan kegiatan apa-apa.. kasian suami dan anak-anak saya..tidak ada yang mengurus)*

Menurut Bapak Djayadi, usia 30 tahun dan bekerja sebagai buruh bangunan. Mendefinisikan sakit adalah :

*"loro iku yooo aku gak oleh dhuwik, soale gak kerjo.. gara-gara awak gak enak, awak loro kabeh, nek iso ya ndang di marikno, ben ndang waras ndang iso kerjo golek dhuwik maneh!"*

*(sakit itu yaaaa saya tidak dapat uang, soalnya tidak bekerja...gara-gara badan rasanya tidak enak, badan sakit semua. Kalau bisa ya cepat disembuhkan supaya cepat sehat dan bisa kerja mencari uang lagi)*



Definisi sakit oleh tiga responden diatas, bisa digunakan sebagai referensi untuk dijadikan suatu definisi bagi seluruh masyarakat Gading, dikarenakan masyarakat Gading termasuk masyarakat yang homogen.

### **III. 3. 5. Identifikasi Sakit terhadap Diri Sendiri**

Biasanya individu melalui dua tingkat analisa didalam menganalisa kondisi tubuhnya, pertama batasan sakit menurut orang lain, maksudnya orang-orang di sekitar individu yang sakit, mengenali gejala sakit pada diri individu itu dan mengatakan bahwa individu tersebut sakit dan perlu mendapatkan pengobatan. Penilaian dari orang lain ini sangat besar artinya pada anak-anak dan bagi orang-orang dewasa yang menolak kenyataan bahwa dirinya sakit.

Analisa yang kedua adalah batasan sakit menurut diri sendiri maksudnya individu itu sendiri mengenali gejala penyakitnya dan menentukan apakah dia akan mencari pengobatan atau tidak. Analisa orang lain dapat sesuai atau bertentangan dengan analisa individu, namun biasanya analisa itu mendorong individu untuk mencari pengobatan (Sarwono, 1993; 36)

Terkadang di dalam mendefinisikan sakit individu membutuhkan pengakuan dari orang lain untuk meyakinkan bahwa dirinya sakit. Data yang diperoleh menunjukkan bahwa sebanyak 78% dari responden mengidentifikasi suatu penyakit dari gejala yang dialami oleh responden, dan hanya 22% yang menjawab bahwa identifikasi sakit nya diketahui dari orang lain.



### III. 3. 6. Reaksi responden terhadap sakit

Semakin cepat seseorang mengetahui bahwa dirinya sakit, berarti semakin mengetahui konsep sehat atau sakit untuk diterapkan pada dirinya sendiri, dan juga semakin cepat penyakitnya bisa disembuhkan supaya bisa kembali bekerja.

Responden ditanyakan berapa lama anda membutuhkan waktu sampai mengetahui bahwa anda sakit pada waktu pengambilan data. Didapat data sebagai berikut :

Tabel III. 17

#### Reaksi responden terhadap sakit

Lama Respon	Frekuensi	Persentase
Langsung mengetahui	24	48
1-2 hari	10	20
3-4 hari	10	20
> 5 hari	9	18
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Sumber: kuesioner No. 25

Berdasarkan tabel III. 17, hampir separuh responden atau sebanyak 48% mengatakan apabila merasakan gejala sakit, reaksi pertamakali yang dilakukan adalah langsung dilakukan tindakan penyembuhan, baik itu pergi berobat ke dokter ataupun langsung di obati sendiri menggunakan obat umum yang telah ada. Sebanyak 20% menjawab mereka mengetahui bahwa dirinya sakit setelah 1-2 hari, dan 20% juga selama 3-4 hari. Terkadang individu tidak merasa kalau dirinya



sakit karena masih bisa mengerjakan pekerjaan sehari-hari dan tidak terganggu oleh rasa sakit.

Setiap individu berproses melalui tahap-tahap memutuskan apakah dirinya sehat atau sakit, tahap-tahap tersebut sebagai berikut, pertama; tahap pengenalan gejala, pada tahap ini individu memutuskan bahwa dirinya dalam keadaan sakit dengan ditandai adanya gejala dan merasa tubuhnya tidak enak. Kedua tahap asumsi peranan sakit setelah merasakan sakit maka individu tersebut berupaya untuk mencari pengobatan, individu mulai mencari pengakuan atau membutuhkan peranan dari orang lain seperti keluarga, teman untuk mengatakan bahwa individu tersebut sakit. Ketiga; tahap kontak dengan pelayanan kesehatan, individu mulai bersinggungan dengan pelayanan kesehatan untuk mencapai suatu kesembuhan. Tahap keempat; tahap ketergantungan si sakit, dimana individu hanya bisa bersikap pasrah dan menggantungkan diri terhadap prosedur pengobatan. Tahap kelima; tahap penyembuhan atau rehabilitasi, dimana tahap ini individu yang sakit memutuskan untuk melepaskan diri dari peranan sebagai orang sakit. (Suchman, 1966 dalam Muzaham; 1995; 45)

### III. 4. Orientasi Kesehatan

Orientasi kesehatan bisa diartikan bagaimana kesadaran seseorang akan situasi, tempat, waktu, praktis, atau lingkungan serta arah tindakan yang berhubungan dengan perilaku kesehatan. Orientasi



kesehatan mempunyai indikator pertama, tingkat pengetahuan terhadap penyakit, kedua tingkat skeptisisme terhadap perawatan medis, ketiga ketergantungan seseorang akibat penyakit. (Al Barry; 2001; 401)

Orientasi kesehatan itu sendiri terbagi menjadi 2, yaitu orientasi kesehatan ilmiah bersifat objektif, profesional, dan impersonal (significant other) dan orientasi kesehatan populer, orientasi ini bersifat subjektif, awam, dan personal.

Subbab ini akan menjelaskan temuan data tentang bagaimana orientasi kesehatan masyarakat miskin kelurahan gading dan bagaimana pemanfaatan bantuan kesehatan bagi masyarakat miskin.

### **III. 4. 1. Terakhir kali responden mengalami kondisi sakit**

Ketika responden mengetahui kapan dirinya terakhir sakit, bisa diartikan responden peduli akan sejarah sehat sakitnya. Hal tersebut termasuk kepedulian terhadap diri sendiri,

Pada waktu pengambilan data melalui kuesioner, responden ditanyakan kapan terakhir kali responden sakit, maksud dari pertanyaan ini adalah untuk mengetahui sejarah kesehatannya, apakah sakit-sakitan atau sehat. Berikut tabel dari data yang didapat :





**Tabel III. 18**

**Saat Terakhir mengalami sakit**

<b>Terakhir Sakit</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase</b>
1 minggu yang lalu	20	40
2 minggu yang lalu	4	8
3 minggu yang lalu	2	4
> 3minggu yg lalu	14	28
Tidak ingat	10	20
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Sumber: kuesioner No. 27

Data yang didapat mengatakan bahwa 20 responden atau 40% responden menjawab terakhir kali mengalami sakit satu minggu yang lalu, sebanyak 14 responden atau 28% mengalami terakhir kali sakit lebih dari 3 minggu yang lalu, sedangkan sebanyak 10 responden atau 20% dari responden yang tidak ingat kapan terakhir kali sakit.

**III. 4. 2. Penyakit yang pernah di derita responden**

Penyakit yang pernah di derita oleh responden nanti akan berpengaruh terhadap tingkat pengetahuannya terhadap suatu penyakit, semakin responden mengetahui penyakit apa yang pernah dideritanya maka semakin besar pengetahuannya terhadap penyakit.

Berikut penyakit yang pernah di derita responden :



**Tabel III. 19**

**Penyakit yang pernah di derita responden**

<b>Tingkat Penyakit</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase</b>
Ringan	27	54
Sedang	18	36
Serius	5	10
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Sumber: kuesioner No. 28

Data yang didapat sebanyak 54% responden pernah mengalami penyakit ringan, untuk penyakit sedang 36% yang pernah mengalaminya, sedangkan hanya 5% dari seluruh responden yang pernah mengalami sakit parah.

Pengklasifikasian penyakit ringan, sedang dan rendah di bagi berdasarkan penanganan yang diberikan oleh penderita. Penyakit ringan apabila penyakit tersebut bisa di sembuhkan dengan meminum obat yang dijual secara umum, seperti penyakit pusing, demam, flu, badan pegal-pegal, dan lainlain. Untuk penyakit sedang apabila penyakit tersebut tidak bisa disembuhkan dengan meminum obat umum, dan dapat disembuhkan apabila pergi berobat ke dokter untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut. Sedangkan untuk penyakit serius apabila dokter mengharuskan pasien untuk menginap di rumah sakit untuk diobati dan bisa lebih intensif untuk diawasi oleh pihak yang memang di bidangnya.



### III. 4. 3. Penanganan Penyakit

Bagaimana individu menangani penyakit yang diderita jelas berbeda antara satu dengan yang lain, sesuai dengan kemampuan dan persepsi terhadap penyakit yang dideritanya. Semakin cepat penanganan penyakit maka semakin cepat pula responden mencapai suatu kesembuhan.

Pada 50 responden ditanyakan bagaimana penanganan terhadap individu yang mengalami sakit, berikut data yang diperoleh :

**Tabel III. 20**  
**Penanganan Penyakit**

Penanganan	Frekuensi	Persentase
Dibawa langsung ke dokter	7	14
2-3 hari baru ke dokter	7	14
4-5 hari baru ke dokter	3	6
>5 hari baru ke dokter	3	6
Tidak dibawa ke dokter	30	60
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Sumber: kuesioner No. 29 dan 30

Seluruh responden yang ditanya, hanya 14% yang menjawab penanganannya dengan cara langsung dibawa ke dokter. Keseluruhannya 40% dari seluruh responden yang di bawa ke dokter, sedangkan sebanyak 60% responden yang lain tidak dibawa ke dokter, sedangkan sebanyak 14% dari 50 responden membawanya ke dokter setelah 2 sampai 3 hari sakit. Hal seperti ini dikarenakan responden tidak merasakan kalau dirinya sakit, setelah melakukan kegiatan sehari-hari selama 2-3 hari,



setelah lebih dari 2 hari baru terasa efek dari penyakit yang diderita responden.

Sebanyak 40% dari seluruh responden membawa sakit tersebut berobat ke dokter, tabel dibawah ini memuat alasan- alasan responden untuk memilih berobat ke dokter :

**Tabel III. 21**

**Alasan Respoden berobat ke dokter**

<b>Alasan</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase</b>
Tidak tahu cara mengobati	4	8
Tidak bisa disembuhkan sendiri	5	10
Penyakit yang berbahaya	1	2
Supaya cepat sembuh	10	20
Tidak berobat ke dokter	30	60
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Sumber: kuesioner No. 31

Pada tabel III. 21 menunjukkan 20% dari seluruh responden berobat ke dokter supaya cepat sembuh, sedangkan 10% yang lain berobat ke dokter dengan alasan tidak bisa menyembuhkan sendiri penyakit yang dideritanya. Sebanyak 8% berobat ke dokter karena tidak tahu cara mengobati penyakitnya.

Alasan sebagian responden yang membawa berobat ke dokter adalah semakin cepat sembuh semakin cepat untuk bisa mencari nafkah kembali. Responden mengatakan apabila sakit maka akan dibawa ke dokter praktek, bukan ke rumah sakit. Dokter praktek yang dimaksud di sini adalah dokter praktek di sekitar rumah , atau dokter-dokter umum



yang terdapat di klinik-klinik kecil 24 jam, sebanyak 60% dari 50 responden menjawab tidak membawa ke dokter apabila sakit, tabel di bawah menunjukkan alasan-alasan kenapa tidak berobat ke dokter

Berikut alasan-alasan responden tidak berobat ke dokter :

**Tabel III. 22**  
**Alasan Tidak berobat ke dokter**

<b>Alasan</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase</b>
Tidak ada biaya	14	24
Tidak perlu ke dokter	7	14
Penyakit yg di derita ringan	9	18
Berobat ke dokter	20	40
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Sumber: kuesioner No. 32

Sebanyak 24% menjawab alasan kenapa tidak dibawa ke dokter ketika sakit adalah mengenai keterbatasan biaya, kalau memang bisa disembuhkan sendiri tidak ada masalah asalkan mereka bisa kembali bekerja untuk mencari nafkah. Sebanyak 14% merasa tidak perlu untuk ke dokter, selain tidak terbiasa juga merasa untuk apa ke dokter kalau I responden memang nanti pada akhirnya bisa sembuh dengan sendirinya. Terakhir sebanyak 18% dari seluruh responden mengatakan tidak perlu ke dokter dengan alasan penyakit yang di derita ringan jadi bisa diobati sendiri dengan obat yang dijual secara umum.



### III. 4. 4. Tempat untuk Berobat bagi Responden

Tempat untuk berobat bagi responden merupakan suatu pilihan bebas, dan biasanya tergantung kepada jenis penyakit yang diderita. Untuk penyakit yang ringan seperti flu, demam, dan yang lain akan dibawa ke puskesmas saja.

Pada 50 responden ditanyakan akan dibawa berobat kemana apabila responden atau keluarga responden ada yang sakit. Diperoleh data sebagai berikut :

**Tabel III. 23**  
**Tempat Berobat**

Tempat Berobat	Frekuensi	Persentase
Diobati Sendiri	9	18
Pengobatan Alternatif	1	2
Dokter Praktek	6	12
Puskesmas	28	56
Rumah Sakit	6	12
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Sumber: kuesioner No. 33

Tabel III, 23 menunjukkan lebih dari separuh dari 50 responden atau sebanyak 56% menjawab tempat berobat yang sering didatangi ketika sakit adalah puskesmas. Hal ini dikarenakan pengobatan di sana tidak dipungut biaya selama pasien termasuk penerima bantuan kesehatan dari pemerintah. Semua penyakit sebenarnya bisa ditangani oleh puskesmas, tetapi kadang kala apabila puskesmas sudah berusaha



semampunya tetapi masih tidak bisa sembuh atau memerlukan penanganan lebih lanjut maka akan dirujuk ke rumah sakit dengan membawa surat pengantar. Sebanyak 18% dari seluruh responden menjawab akan mengobati sendiri penyakitnya, yaitu dengan meminum obat yang sudah di jual umum, dan biasanya untuk penyakit yang berkategori penyakit ringan. Sebanyak 12% menjawab akan dibawa ke rumah sakit, tetapi sebagian besar masyarakat mengeluhkan sistem pengobatan gratis ini dikarenakan birokrasi yang terlalu rumit. Jarang ada responden yang mau mengurus kalau diberi rujukan ke rumah sakit. Mereka akan meminta kepada dokter di puskesmas untuk menyembuhkan penyakitnya dengan segala cara asalkan tidak ke rumah sakit.

### **III. 4. 5 Kondisi kesehatan keluarga**

Kondisi kesehatan keluarga mencerminkan bagaimana perilaku kesehatan yang dialami oleh keluarga tersebut. Apabila anggota keluarga jarang sakit, kemungkinan tindakan preventif untuk menjaga kesehatan terbilang bagus. Kepada 50 responden ditanyakan bagaimana kondisi kesehatan keluarga dalam kurun waktu sebulan ini, diperoleh data sebagai berikut :



**Tabel III. 24**

**Kondisi kesehatan keluarga sebulan terakhir**

Kondisi	Tidak Pernah Sakit		1-2 kali sakit		3-4 kali sakit		> 7 kali sakit		Total	
	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
Ayah	24	48	18	36	6	12	2	4	50	100
Ibu	19	38	14	28	11	22	6	12	50	100
Anak	23	46	12	24	7	14	8	16	50	100

Sumber: kuesioner No. 34

Data yang diperoleh dari 50 responden adalah mayoritas keadaan keluarga dalam sebulan terakhir ini termasuk dalam hitungan sehat. Kondisi kesehatan ayah dalam satu bulan ini 48% menjawab tidak pernah sakit, sedangkan 36% menjawab dalam sebulan ayah hanya 1-2 kali sakit, untuk sisanya 12% menjawab dalam waktu 1 bulan ayah bisa 3-4 kali sakit, sedangkan yang lebih dari 7 kali sakit di dalam sebulan terdapat sebanyak 4% saja. Kondisi kesehatan ibu, 38% menyebutkan bahwa ibu tidak pernah sakit selama sebulan terakhir ini, 28% menyebutkan dalam kurun waktu 1 bulan ibu sakit sebanyak 1-2 kali, untuk sisanya 22% menyatakan bahwa ibu dalam 1 bulan sakit sebanyak 3-4 kali, sedangkan untuk sakit yang lebih dari 7 kali terdapat 12%. Untuk rata-rata kesehatan anak selama satu bulan sebanyak 46% menjawab anak tidak pernah sakit, 24% menjawab anak dalam satu bulan mengalami sakit sebanyak 1-2 kali sakit.





Apabila dilihat secara rata-rata dapat disimpulkan kondisi keluarga responden termasuk kategori sehat atau jarang sakit, walaupun sakit tetapi hanya 1-2 kali saja dalam satu bulan.

### III. 4. 6. Penyakit Parah

Penyakit parah ialah penyakit yang penyembuhannya tidak bisa lewat obat umum ataupun pergi ke praktek dokter, dalam penyakit parah dokter mengharuskan pasien untuk menginap di rumah sakit untuk diobati dan bisa lebih intensif untuk diawasi oleh pihak yang memang di bidangnya. Berikut data yang diperoleh dari 50 responden yang diwawancarai :

**Tabel III. 25**

#### **Penyakit parah dan tempat pengobatan**

<b>Tempat Pengobatan</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase</b>
Rumah Sakit	13	26
Puskesmas	3	6
Dokter Praktik	3	6
Alternatif	0	0
Obat sendiri	0	0
Tidak pernah sakit parah	31	62
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Sumber: kuesioner No. 35 dan 36

Sebanyak 64% dari seluruh responden mengatakan tidak pernah sakit parah, hanya 38% saja responden yang pernah mengalami sakit parah. Dari 38 % tersebut 26% mengatakan tempat penanganan untuk orang yang menderita sakit parah dibawa ke rumah sakit, karena memang



puskesmas sudah tidak sanggup lagi untuk merawat pasien parah, oleh karena itu dirujuk ke rumah sakit untuk mendapatkan perawatan yang lebih maksimal.

Penyebab dari penyakit parah bermacam-macam, 20% menjawab penyebab dari penyakit parah adalah karena virus, 6% orang menjawab penyakit parah nya disebabkan oleh turunan, sedangkan 10% nya penyakit parah karena terlalu capai sehingga diharuskan untuk menginap di rumah sakit atau opname.

#### **III. 4. 7. Biaya Menjadi Kendala dan cara mengatasinya**

Biaya seringkali menjadi kendala bagi masyarakat miskin. Untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari saja sudah sulit, terlebih lagi apabila ada anggota keluarga yang sakit dan mesti melakukan pengobatan.

Kepada 50 responden ditanyakan apakah biaya menjadi suatu kendala dalam berobat, dan bagaimana cara dari responden untuk mengatasinya, berikut jawaban nya:



**Tabel III. 26**

**Biaya menjadi kendala dan cara mengatasi**

<b>Cara mengatasi</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase</b>
Berhutang	18	36
Menjual barang	13	26
Meminjam koperasi	2	4
Dipertimbangkan dengan keluarga (patungan biaya)	2	4
Tidak ada uang tidak berobat	3	6
Harus Diadakan uang bagaimanapun caranya	3	6
Biaya tidak menjadi kendala	9	18
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Sumber: kuesioner No. 38 dan 39

Bagi masyarakat miskin biaya selalu menjadi kendala untuk mengambil keputusan berobat, dengan adanya gakin sebagian masyarakat miskin sedikit bernafas lega, dari 50 responden yang di temui, 82% nya mengatakan bahwa biaya menjadi suatu kendala bagi mereka, hanya 18% yang menyatakan biaya tidak menjadi suatu kendala untuk berobat. Responden yang menyatakan bahwa biaya menjadi suatu kendala. 36% nya menjawab berhutang menjadi salah satu solusinya, sedangkan sebanyak 26% mengatakan cara mengatasi kendala biaya dengan menjual barang-barang yang dipunyai, ada juga responden yang mengatasi kendala dengan cara meminjam kepada koperasi sebanyak 4%, yang terakhir sebanyak 16% menjawab mempunyai cara yang lain untuk mengatasi kendala biaya di dalam proses pengobatan.



Cara yang lain dimaksudkan di sini adalah 3 orang responden menjawab harus diadakan walau bagaimanapun caranya nanti, 2 orang responden mengatakan dipertimbangkan dengan keluarga terlebih dahulu ataupun patungan biaya untuk pengobatan, yang terakhir sebanyak 3 orang mempunyai prinsip kalau tidak punya ada biaya untuk berobat maka tidak berobat, tipe seperti ini termasuk ke dalam tipe orang yang tidak mau berhutang, lebih baik tidak berobat daripada harus mengutang kepada orang lain.

#### **III. 4. 8. Pengobatan Alternatif**

Bagi responden yang tidak pergi berobat ke dokter, pengobatan alternatif menjadi pilihan lain dalam pengobatan. Biasanya orang pergi ke alternatif apabila penyakit yang diderita tidak mencapai suatu kesembuhan ketika dirawat oleh pengobatan medis atau dokter. Pengobatan alternatif menjadi salah satu penyelesaian dalam pengobatan dikarenakan biaya yang lebih murah, kebiasaan ataupun saran dari orang lain.

Kepada 50 responden ditanyakan pernah atau tidak pergi ke pengobatan alternatif, serta ditanyakan alasannya mengapa pergi berobat ke alternatif, tabel III. 27 akan memaparkan data nya:



**Tabel III.27**

**Pengobatan alternatif dan alasannya**

<b>Alasan pergi</b>	<b>Total</b>	<b>Persentase</b>
Biaya	7	14
Kebiasaan	1	2
Saran orang lain	6	12
Tidak pernah ke alternatif	36	72
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Sumber: kuesioner No. 40 dan 41

Dari 50 orang responden 72% menjawab tidak pernah pergi berobat ke alternatif, sedangkan sebanyak 28% pernah pergi berobat ke alternatif dengan berbagai alasan. Alasan responden pergi berobat ke pengobatan alternatif adalah karena faktor biaya, sebanyak 14% responden yang menjawab biaya. Atas saran orang lain menjadi alasan yang berikutnya, yang dipilih oleh 12% dari seluruh responden. Hanya 2% saja yang memilih alasan kebiasaan sebagai alasan untuk berobat ke pengobatan alternatif. Pengobatan alternatif yang dipilih responden berupa terapi batu giok, pengobatan melalui pranasukma atau tenaga dalam, terapi akupuntur, dan terapi yang lainnya.

### **III. 5. Peran Significant Other dalam mempengaruhi cara pengobatan**

Saat orang mengira dirinya sakit, maka orang akan mencoba mengurangi atau mengontrol gejala tersebut melalui pengobatan sendiri, sementara itu pihak keluarga dan teman-teman dimintai nasehat. Sistem rujukan awam dapat mempengaruhi seseorang untuk berperan sakit,



sedangkan upaya mendiskusikan gejala itu dengan orang-orang terdekat atau “orang penting” lainnya bertujuan untuk memperoleh “pengakuan” yang diperlukan agar seseorang mendapat kebebasan dari tuntutan dan tanggung jawab sosial tertentu . (Muzaham; 45; 1995)

### III. 5. 1. Frekuensi berobat ketika sakit

Ketika seseorang sakit, tentunya akan melakukan tindakan pengobatan, entah pengobatan ke dokter ataupun pengobatan alternatif. Penyakit kategori ringan biasanya dengan berobat 1 kali saja sudah mengalami kesembuhan, tetapi untuk kategori penyakit sedang membutuhkan 2-3 kali berobat.

Kepada 50 orang responden ditanyakan berapa kali berobat kalau sakit, berikut data yang didapat :

**Tabel III. 28**

#### **Frekuensi berobat ketika sakit**

<b>Berobat</b>	<b>Fekkuensi</b>	<b>Persentase</b>
1 kali berobat	23	46
2 kali berobat	16	32
3 kali berobat	6	12
> 3 kali berobat	5	10
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Sumber: kuesioner No. 42

Data yang didapat sebanyak 46% dari seluruh responden mengatakan bahwa hanya dibutuhkan satu kali untuk berobat ke dokter dan mencapai kesembuhan sedangkan untuk 32% lainnya menjawab



dibutuhkan 2 kali berobat baru tercapai kesembuhan, 3 kali berobat juga dilakukan oleh 12% dari seluruh responden.

### III. 5. 2. Peran orang lain dalam membuat keputusan berobat

Peran orang lain sangat penting di dalam membuat keputusan untuk berobat, terkadang ada orang yang tidak merasa sakit untuk mengetahui sakit perlu diberitahu oleh pihak ke tiga, hal ini seperti yang di katakan di atas, berikut data yang ditanyakan pada 50 responden :

**Tabel III. 29**  
**Pihak yang sering dimintai pendapat**

<b>Pihak yang dimintai</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase</b>
Keluarga Inti	8	16
Keluarga non inti	2	4
Tetangga	10	20
Teman	4	8
Kader PKK	5	10
Tidak meminta pendapat	21	42
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Sumber: kuesioner No. 43, 44, 45, 46.

Data pada tabel III. 29 diketahui bahwa sebanyak 42% menjawab tidak meminta pendapat kepada orang lain, tetapi responden yang menjawab meminta pendapat terhadap orang lain sebanyak 58% dari jumlah seluruh responden. Bagi responden yang meminta pendapat, 20%



paling banyak meminta pendapat kepada tetangga, sebanyak 16% meminta pendapat kepada keluarga inti, lalu sebanyak 10% meminta pendapat kepada yang dianggap tahu, seperti kader PKK dan hanya 8% yang meminta pendapat kepada teman.

### III. 5. 3. Alasan meminta pendapat orang lain

Meminta dan bertanya pendapat kepada orang lain bisa mempengaruhi keputusan untuk berobat kemana, dan memantapkan anggapan yang ada di dalam dirinya. Berikut alasan kenapa responden meminta pendapat orang lain, data yang didapat sebagai berikut :

**Tabel III. 30**

#### **Alasan meminta pendapat orang lain**

<b>Alasan</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase</b>
Tidak tahu caranya	7	14
Merasa ragu akan cara pengobatan	13	26
Meyakinkan kepada diri sendiri	9	18
Tidak meminta pendapat orang lain	21	42
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Sumber: kuesioner No. 47

Data yang ada menyebutkan, sebanyak 26% mengatakan alasannya mengapa meminta pendapat orang lain adalah merasa ragu akan cara pengobatan yang nantinya akan dijalani. Sekitar 18% responden ingin meyakinkan kepada diri sendiri dan memutuskan apakah perlu atau tidak dilakukan pengobatan. Sisanya sebanyak 14% mengatakan alasannya adalah ketidaktahuan akan cara dari pengobatan tersebut.





### III. 5. 4. Pengaruh peran significant other terhadap tindakan pengobatan

Besar pengaruh pendapat orang lain terhadap tindakan pengobatan responden penting untuk ditanyakan, dikarenakan kita bisa mengetahui sejauh apa responden akan melakukan reaksi setelah menanyakan kepada orang lain. Ketika ditanyakan diperoleh hasil sebagai berikut :

**Tabel III. 31**

#### **Pengaruh peran significant other terhadap tindakan pengobatan**

<b>Besar pengaruh</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase</b>
Langsung melakukan pendapatnya	13	44,82
Mempertimbangkan kembali pendapatnya	10	34,48
Meminta pendapat orang lain lagi (second opinion)	5	17,25
Tidak terpengaruh atas pendapat orang lain	1	3,45
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100</b>

Sumber: kuesioner No. 50

Data yang didapat adalah 29 responden meminta pendapat kepada orang lain serta bagaimana pengaruhnya terhadap tindakan, sedangkan 21 responden yang lainnya tidak meminta pendapat orang lain yang dijelaskan pada tabel 32.

Data yang terdapat pada tabel III. 31 menunjukkan pengaruh peran significant other terhadap tindakan responden. Sebanyak 13 responden atau 44,82% mengatakan langsung melakukan pendapat orang



lain, tanpa adanya “second opinion” dari orang lain, sedangkan sebanyak 10 responden atau 34,48% mengatakan mempertimbangkan kembali pendapat orang lain, dan sebanyak 5 responden atau 17,25% mengatakan akan meminta pendapat orang lain kembali.

### III. 5. 5. Alasan tidak meminta pendapat orang lain

Ada juga responden yang tidak membutuhkan adanya pendapat orang lain untuk mengambil keputusan dalam berobat. Hal ini dimungkinkan karena responden sudah merasa tahu, merasa tidak perlu dan alasan-alasan yang lainnya.

Setelah ditanyakan kepada 50 responden, 21 responden yang menyatakan tidak meminta pendapat orang lain dengan berbagai alasan. Berikut alasan-alasan kenapa responden tidak meminta pendapat orang lain :

**Tabel III. 32**

#### **Alasan tidak meminta pendapat orang lain**

<b>Alasan</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase</b>
Merasa tidak perlu	11	52,38
Sudah pernah melakukan sebelumnya	6	28,57
Merasa sudah tahu	4	19,05
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>

Sumber: kuesioner No. 48

Sebanyak 21 responden atau 42% responden yang tidak meminta pendapat orang lain, 11 responden atau 52,38% menjawab merasa tidak perlu untuk menanyakan pendapat kepada orang lain, lalu



sebanyak 6 orang responden atau 28,57% menjawab sudah pernah melakukan pengobatan seperti itu sebelumnya, sebanyak 4 orang responden atau 19,05% mengatakan merasa sudah tahu jadi tidak perlu untuk meminta pendapat kepada orang lain.

Sewaktu meminta pendapat orang lain, sebanyak 36% menjawab orang yang dimintai pendapat pernah mengalami kejadian seperti yang dialami oleh responden sedangkan sebanyak 22% mengatakan orang yang dimintai pendapat tidak pernah mengalami kejadian serupa seperti responden, untuk orang yang dimintai pendapat tetapi tidak pernah mengalami kejadian yang sama dengan responden, sebanyak 18% mengatakan bahwa yang dimintai pendapat mempunyai informasi tentang penyakit yang dialami oleh responden, dan sebanyak 4% tidak mempunyai informasi tentang penyakit yang dialami oleh responden

Orientasi kesehatan masyarakat Gading dapat disimpulkan dari data yang diperoleh. Orientasi kesehatan mempunyai indikator pertama; tingkat pengetahuan terhadap penyakit, kedua; tingkat skeptisisme terhadap perawatan medis, yang ketiga; adalah ketergantungan seseorang terhadap penyakit. Setelah melalui proses skoring, dengan nilai tertinggi enam dan nilai terendah adalah tiga didapat data sebagai berikut :



**Tabel III. 33**  
**Orientasi Kesehatan**

<b>Orientasi</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Persentase</b>
Orientasi Populer	14	28
Orientasi Ilmiah	36	72
<b>Jumlah</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Data pada tabel III. 32 menyebutkan sebanyak 14 dari 50 responden atau 28% berorientasi Populer. Tolak ukur dari orientasi populer adalah rendahnya tingkat pengetahuan terhadap penyakit, tingginya sikap skeptisisme terhadap perawatan medis, dan tingginya tingkat ketergantungan seseorang terhadap orang lain untuk meyakinkan penyakitnya.

Data pada tabel III. 32 menyebutkan sebanyak 36 responden dari 50 responden atau 72% berorientasi Ilmiah. Tolak ukur orientasi ilmiah adalah yang pertama tingkat pengetahuan terhadap penyakit yang tinggi, kedua; tingkat skeptisisme terhadap perawatan medis yang rendah, ketiga; rendahnya tingkat ketergantungan seseorang terhadap orang lain untuk meyakinkan penyakitnya.



## BAB IV

### ANALISIS

Penelitian ini mencoba untuk menjelaskan gambaran orientasi kesehatan masyarakat miskin dan persepsi sehat sakit keluarga miskin.

Bab IV ini menghubungkan antara teori yang telah dipaparkan dalam Bab I dengan temuan data pada Bab III, sehingga dapat menggambarkan bagaimana orientasi kesehatan masyarakat miskin dan persepsi sehat sakit keluarga miskin.

#### 1. PERSEPSI SEHAT SAKIT MENURUT KELUARGA MISKIN

Sehat dapat diartikan perasaan bahwa fisik dan rohani tidak merasa sakit dan lingkungan sekitar dianggap tidak mengundang penyakit – penyakit. Sehat juga bisa di definisikan sebagai perasaan bahwa fisik dan rohani tidak merasa sakit, tetapi ada individu yang beranggapan bahwa sehat adalah perasaan bahwa fisik tidak merasa sakit dan tidak ada aktifitas sehari-hari yang terganggu, sehat itu tidak hanya menyangkut kondisi fisik, melainkan juga kondisi mental dan sosial seseorang

Sakit dapat didefinisikan sebagai perasaan sakit pada bagian tubuh tertentu tetapi tidak mengganggu aktivitas sehari-hari, perasaan sakit pada bagian tubuh tertentu yang mengganggu aktivitas sehari-hari, atau perasaan sakit pada bagian tubuh tertentu yang mengganggu aktivitas sehari-hari sehingga perlu mendapat perawatan atau pengobatan. (Sarwono; 1993; 33).



Temuan data yang di dapat menggambarkan bahwa sebagian besar masyarakat Kelurahan Gading mempunyai persepsi sehat sebagai perasaan bahwa fisik terasa sakit dan tidak ada aktifitas sehari-hari yang terganggu, sedangkan untuk persepsi sakitnya adalah perasaan sakit pada bagian tubuh tertentu yang mengganggu aktifitas sehari-hari.

Seperti yang telah dikatakan oleh salah satu responden, Ibu Sumarning, berumur 65 tahun, bekerja sebagai jualan pecel di rumahnya.

***“ sehat iku..... sing penting yo iso kerjo, golek duwik mbak!nek gak kerjo gak entuk duwik mbak, mangan opo aq? Gawe mangan anak ambe putu”***

*(sehat itu... yang penting ya bisa kerja, mencari uang mbak! Kalau tidak kerja tidak dapat uang, makan apa saya? Uangnya untuk makan anak sama cucu saya.)*

Responden Ibu Enti, 44 tahun bekerja sebagai buruh pabrik tekstil mendefinisikan bahwa sehat adalah:

***“sehat iku ya.....awak kulo gak ono sing loro, ato pegel-pegel. Mangan enak, kerjo enak, urip enak, gak stress, pokoke kabeh enak lah!”***

*(sehat itu ya..... badan saya tidak ada yang sakit, atau pegel-pegel. Makan enak, kerja enak, hidup saya enak, tidak stress, pokoknya semuanya enak lah!)*

Responden lain, Bapak Djayadi, 30 tahun, bekerja sebagai buruh bangunan :

***“sehat iku...gak loro mbak! awak enak.. pokoke iso ngelakoni kegiatan sehari-hari.. aku kerjone buruh mbak.. nek loro-loro an, anak ambek bojoku gak mangan la'an?”***

*( sehat itu.....tidak sakit mbak! Badan enak.... Yang penting bisa melakukan kegiatan sehari-hari.... Kerja saya buruh mbak..kalau sakit-sakitan, anak dan istri saya tidak makan dong?)*



Pendapat Ibu Enti dan Ibu Sumarning dan Bapak Djayadi bisa menggambarkan bagaimana persepsi sehat yang ada di Rw 16 Kelurahan Gading, bisa diambil kesimpulan seperti demikian karena masyarakat Gading termasuk masyarakat yang homogen, jadi bisa langsung disimpulkan bagaimana karakter masyarakat Gading.

Terbukti pada temuan data, 94% mengatakan bahwa persepsi sehat menurut keluarga miskin adalah perasaan bahwa fisik terasa sakit dan tidak ada aktifitas sehari-hari yang terganggu, dan 78% mengatakan bahwa persepsi sakit menurut keluarga miskin adalah perasaan sakit pada bagian tubuh tertentu yang mengganggu aktifitas sehari-hari. Sesuai dengan teorinya bahwa pandangan orang mengenai kriteria tubuh sehat atau sakit, sifatnya tidaklah selalu objektif bahkan lebih banyak unsur subyektifitas dalam menentukan kondisi tubuh seseorang. (Sarwono; 1993; 30).

Persepsi masyarakat atas persepsi sehat sakit ini sangatlah dipengaruhi oleh unsur-unsur pengalaman masa lalu, dan unsur sosial budaya, sedangkan pada pihak medis atau dalam hal ini petugas kesehatan harus berusaha sedapat mungkin menerapkan kriteria medis yang objektif berdasarkan gejala yang tampak guna mendiagnosa keadaan fisik seseorang.(Sarwono; 1993; 30).

Seperti yang dijelaskan pada teori persepsi sehat sakit; umumnya, masyarakat traditional memandang seseorang sebagai sakit apabila orang tersebut kehilangan nafsu makannya atau gairah kerjanya, tidak dapat lagi menjalankan tugas sehari-hari secara optimal atau



kehilangan kekuatan sehingga harus tinggal di tempat tidur (Sudarti, 1988 dalam Sarwono; 1993; 31). Teori tersebut sama dengan keadaan yang ada di kelurahan Gading Rw 16, masyarakat kelurahan Gading merasa kalau dirinya sakit apabila tidak bisa melakukan pekerjaannya sehari-hari.

Seperti yang dijelaskan responden berikut, Ibu Sumardiyanto, 48 tahun, bekerja sebagai penjual sayur. Mendefinisikan sakit sebagai :

***"nek loro iku yo awakku nyeri, trus gak duwe dui gawe mangan, gak iso masak, gak iso nyuci-nyuci, gak kerjo lah. Pokoke ganggu kerjaan"***

*(kalau sakit itu ya badan saya nyeri, trus tidak punya uang untuk makan, tidak bisa masak, tidak bisa cuci-cuci, tidak bekerja lah. Pokoknya sangat mengganggu pekerjaan).*

Apabila dilihat dari tabel I. 1 mengenai status kesehatan individu, kategori sakit masyarakat gading termasuk Medically Ill, yang dimaksud medically ill adalah apabila kondisi psikologis seseorang baik, kondisi medisnya sakit dan kondisi sosialnya baik. Sebanyak 78% masyarakat gading status kesehatannya adalah medically Ill, yaitu perasaan sakit pada bagian tubuh tertentu yang mengganggu aktifitas sehari-hari.

Perbandingan antara kondisi kesehatan responden sekarang dan satu bulan yang lalu bisa dikatakan kondisi kesehatan masyarakat Gading termasuk ke dalam kondisi sehat, kondisi dimana perasaan bahwa fisik tidak merasa sakit dan tidak ada aktifitas sehari-hari yang terganggu. Sebanyak 58% dari seluruh responden mengatakan bahwa kondisi kesehatannya saat ini termasuk kategori sehat.





Apabila dibandingkan dengan kondisi kesehatan satu bulan yang lalu, 50% responden mengatakan bahwa kondisi kesehatannya pada saat ini lebih baik.

Dalam teori persepsi sehat sakit dan perilaku sakit disebutkan dalam menganalisa tubuhnya, biasanya seseorang melalui dua tingkat analisa, yang pertama batasan sakit menurut orang lain dan batasan sakit menurut diri sendiri. Temuan data yang ada menyatakan bahwa 78% masyarakat miskin menganalisa bahwa dirinya mulai merasa sakit dari gejala-gejala yang ada, dengan kata lain masyarakat miskin menganalisa gejala sakit yang ada menurut diri sendiri.

Batasan sakit menurut diri sendiri apabila individu itu sendiri mengenali gejala penyakitnya dan menentukan apakah akan mencari pengobatan atau tidak. Analisa orang lain dapat sesuai atau bertentangan dengan analisis individu, namun biasanya analisa itu mendorong individu untuk mencari upaya pengobatan. (Sarwono; 1993; 36).

Apabila dilihat dari berbagai definisi yang di ungkapkan oleh responden melalui wawancara, dapat dilihat kalau responden mendefinisikan sehat dan sakit melalui kelangsungan kegiatan sehari-hari responden. Apabila tidak mengganggu pekerjaan maka di definisikan sehat, apabila sudah mengganggu kegiatan sehari-hari maka didefinisikan sakit.



## 2. ORIENTASI KESEHATAN

Orientasi kesehatan lebih kepada bagaimana kesadaran seseorang akan situasi, tempat, waktu, praktis, atau lingkungan serta arah tindakan yang berhubungan dengan kesehatan. Orientasi kesehatan mempunyai indikator pertama, tingkat pengetahuan terhadap penyakit, kedua tingkat skeptisisme terhadap perawatan medis, ketiga ketergantungan seseorang akibat penyakit.

Orientasi kesehatan terbagi menjadi dua, yaitu (1) Orientasi Ilmiah dan Orientasi Populer. Orientasi ilmiah bersifat objektif, profesional, dan impersonal (significant other). Orientasi ilmiah mempunyai tolak ukur yang pertama tingkat pengetahuan terhadap penyakit yang tinggi hal ini yang menyebabkan individu bersifat objektif, kedua; tingkat skeptisisme terhadap perawatan medis yang rendah yang menyebabkan individu tersebut bersifat profesional, ketiga; rendahnya tingkat ketergantungan seseorang terhadap orang lain untuk meyakinkan penyakitnya yang menyebabkan individu tersebut bersifat impersonal.

Kedua yaitu (2) orientasi kesehatan populer, orientasi ini bersifat subjektif, awam, dan personal, orientasi kesehatan populer mempunyai tolak ukur yang pertama rendahnya tingkat pengetahuan tentang penyakit yang menyebabkan individu bersifat subjektif. Kedua tingginya tingkat skeptisisme terhadap perawatan medis yang menyebabkan individu tersebut bersifat awam. Ketiga tingginya tingkat ketergantungan seseorang terhadap orang lain untuk meyakinkan



penyakitnya yang menyebabkan individu tersebut bersifat personal (Muzaham; 1995; 47)

Data-data yang berhubungan dengan hasil temuan data disimpulkan dari hasil kuesioner-kuesioner yang ditanyakan kepada responden. Suchman di dalam teorinya membagi orientasi kesehatan menjadi dua, orientasi ilmiah dan populer, dari data yang ada 80% dari responden mengetahui kapan terakhir kali mengalami sakit, option jawaban terdiri dari lamanya waktu terakhir kali sakit serta option jawaban tidak ingat. Semakin responden mengetahui kapan terakhir kali dirinya mengalami sakit berarti semakin orang tersebut mengetahui sejarah dari kesehatannya sendiri dan bisa diartikan orang tersebut mempunyai tingkat pengetahuan terhadap penyakit yang tinggi.

Data berikutnya pengkategorian penyakit menurut responden, penyakit menjadi tiga kategori, menjadi penyakit ringan sebanyak 54% , penyakit sedang sebanyak 36% dan penyakit parah sebanyak 10% .

Penyakit ringan apabila penyakit tersebut bisa di sembuhkan dengan meminum obat yang dijual secara umum, seperti penyakit pusing, demam, flu, badan pegal-pegal, dan lainlain.

Untuk penyakit sedang apabila penyakit tersebut tidak bisa disembuhkan dengan meminum obat umum, dan dapat disembuhkan apabila pergi berobat ke dokter untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut.



Penyakit serius apabila dokter mengharuskan pasien untuk menginap di rumah sakit untuk diobati dan bisa lebih intensif untuk diawasi oleh pihak yang memang di bidangnya.

Semakin pasien bisa mengidentifikasi penyakitnya, berarti semakin tinggi tingkat pengetahuannya terhadap penyakit. Bisa dikatakan seperti ini karena dengan mengetahui penyakit yang di derita akan berguna untuk mengetahui penanganan pengobatan untuk penyakitnya.

Seperti yang dikatakan dalam teorinya Suchman, bahwa ada empat unsur yang merupakan faktor utama di dalam perilaku sakit, yaitu (1) perilaku itu sendiri, yang mencakup konsep-konsep yang menggambarkan alternatif perilaku yaitu ; mencari pertolongan medis dari berbagai sumber, fragmentasi perawatan medis, menanggukkan upaya mencari pertolongan sesuai gejala yang dirasakan, melakukan pengobatan sendiri dan menghentikan prosedur pengobatan. (2) sekuensinya, sekuensi peristiwa medis dibagi menjadi 5 tingkat, yaitu : pengalaman dengan gejala penyakit, penilaian terhadap peran sakit, kontak dengan perawatan medis, jadi pasien dan yang terakhir sembuh atau masa rehabilitasi. (3) tempat atau ruang lingkup, (4) variasi perilaku selama tahap-tahap medis. (Muzaham, 1995; 45).

Setelah melakukan identifikasi penyakit kepada diri sendiri dengan cara mempunyai pengalaman dengan gejala penyakit yang pernah di derita , hal yang dilakukan berikutnya adalah penilaian terhadap peran sakit, dimana dalam proses ini membutuhkan adanya suatu pengakuan dari orang lain (significant others) bahwa dirinya sakit.



Data yang ada sebanyak 58% mengatakan responden meminta pendapat orang lain, diantaranya mereka meminta pendapat ke keluarga inti maupun non inti, tetangga, teman dan juga kader PKK. Alasan kenapa meminta kepada orang lain adalah ketidaktahuan bagaimana caranya dari pengobatan tersebut, masih ragu akan cara pengobatannya, ataupun hanya untuk menyakinkan kepada diri sendiri akan pengobatan yang akan dijalani. Seperti yang dikatakan dalam teorinya bahwa dengan meminta pendapat orang lain maka orang tersebut bersifat impersonal, membutuhkan pengakuan dari orang lain untuk mensahkan bahwa orang tersebut sakit. Dengan asumsi seperti itu maka bisa dikatakan berorientasi ilmiah.

Setelah melewati penilaian terhadap peran sakit dan membutuhkan adanya pernyataan dari orang lain bahwa dirinya sakit, tahap selanjutnya adalah melakukan kontak dengan perawatan medis. Hasil temuan data menyebutkan bahwa 80% dari seluruh responden melakukan kontak dengan perawatan medis, perawatan medis disini adalah dokter praktik sebanyak 12%, puskesmas 62% dan rumah sakit 12% yang kesemuanya merupakan suatu institusi pemerintah. Apabila dilihat dari pemilihan tempat berobat, bisa disimpulkan bahwa masyarakat gading mempunyai tingkat yang rendah terhadap skeptisisme perawatan medis, dimana hal ini merujuk kepada orientasi kesehatan yang ilmiah. Kontak dengan paramedis membutuhkan waktu bagi responden, ada yang langsung dibawa ke dokter, menunggu 2-3 hari, ato lebih dari 5 hari baru dibawa ke dokter, sedangkan sisanya yang tidak ke dokter



memanfaatkan adanya bantuan program kesehatan bagi masyarakat miskin berupa pengobatan gratis di puskesmas setempat. Sebanyak 40% dari responden melakukan kontak dengan paramedis, yaitu pergi ke dokter dengan berbagai alasan yang berbeda, diantaranya karena tidak bisa disembuhkan sendiri, tidak tahu cara mengobati, supaya cepat sembuh dan termasuk ke dalam penyakit yang berbahaya, dengan perginya responden tersebut melakukan pengobatan dapat diartikan tingkat skeptisnya terhadap perawatan medis rendah.

Hasil data di lapangan, menyatakan sebanyak 82% biaya menjadi persoalan dalam masalah kesehatan, tetapi hal ini bisa teratasi dengan adanya bantuan pengobatan gratis dari pemerintah, yang membebaskan masyarakat miskin untuk berobat dengan membawa kartu gakin yang bisa digunakan di puskesmas. Adanya gakin maka akses masyarakat miskin untuk kesehatan menjadi terbuka kembali, setelah sebelumnya akses tersebut tertutup dikarenakan tidak adanya biaya.

Setelah melakukan scoring untuk variabel orientasi kesehatan didapat persentase perbandingan antara orientasi kesehatan populer dan ilmiah, perbandingan tersebut orientasi kesehatan populer sebanyak 28% dan untuk orientasi kesehatan ilmiah sebanyak 72%.

Hasil temuan data menyebutkan orientasi kesehatan masyarakat miskin kelurahan Gading mayoritas berorientasi kesehatan ilmiah yang bersifat objektif, profesional, dan impersonal. Dengan indikator tingginya tingkat pengetahuan terhadap penyakit, rendahnya



tingkat skeptisisme terhadap perawatan medis, rendahnya tingkat ketergantungan seseorang akibat penyakit.

Dapat disimpulkan bahwa mayoritas masyarakat gading berorientasi kesehatan ilmiah. Untuk lebih memahami bagaimana karakteristik masyarakat Gading untuk persoalan orientasi kesehatan, berikut tabel silang antara orientasi kesehatan dan variabel-variabel pendukung.

**Tabel IV. 1**

**Tabel Silang antara Orientasi kesehatan dan Jenis Kelamin**

Orientasi Kesehatan	Jenis Kelamin		Total
	Laki-Laki	Perempuan	
<b>Orientasi Populer</b>	6 (26,08 %)	8 (29,62%)	<b>14 (28%)</b>
<b>Orientasi Ilmiah</b>	17 (73,92%)	19 (70,38%)	<b>36 (72%)</b>
<b>Total</b>	<b>23 (100%)</b>	<b>27 (100%)</b>	<b>50 (100%)</b>

Sumber : Tabel III.1 dan kesimpulan

Tabel IV. 1 menunjukkan bahwa orientasi kesehatan populer sebanyak 28%, orientasi kesehatan ilmiah sebanyak 72%. Orientasi populer untuk jenis kelamin laki-laki sebanyak 26,08% dan untuk jenis kelamin perempuan sebanyak 29,62%, sedangkan orientasi kesehatan ilmiah laki-laki sebanyak 73,92% dan perempuan sebanyak 70,38%.



Seperti yang dijelaskan responden berikut, Ibu Sumardiyanto, 48 tahun, bekerja sebagai penjual sayur :

*"nek awak ku gak enak, pusing-pusing ambek demam, tak gowo nak puskesmas, soale gak mbayar obate. Mek bayar 2500 gawe loket tok!"*

*(kalau badan saya tidak enak, pusing-pusing dan demam, saya bawa ke puskesmas, karena tidak membayar. Hanya membayar 2500 untuk loket saja!)*

Menurut Bapak Djayadi, usia 30 tahun dan bekerja sebagai buruh bangunan :

*"loro yo nang puskesmas to!gratis... wong cilik ngene iki mestine digratismo kabeh! Soale wis bingung golek duwik gawe mangan!engko nek loro tambah bingung golek duwik gawe berobat!"*

*("sakit ya ke puskesmas!gratis...orang kecil begini mestinya harus digratisin semua! Soalnya sudah bingung mencari uang untuk makan, nanti kalau sakit tambah bingung mencari uang untuk berobat!")*

Berikut tabel silang antara Orientasi kesehatan dan hubungannya dengan usia responden :





Tabel IV. 2

Tabel Silang antara Orientasi kesehatan dan Usia

Orientasi	Usia						Total
	25-35	36-45	46-55	56-65	66-75	> 76	
Populer	2 (25%)	2 (9,52%)	4 (44,44%)	3 (37,5%)	2 (66,67%)	1 (100%)	14 (28%)
Ilmiah	6 (75%)	19 (90,48%)	5 (55,56%)	5 (62,5%)	1 (33,33%)	0	36 (72%)
Total	8 (100%)	21 (100%)	9 (100%)	8 (100%)	3 (100%)	1 (100%)	50 (100%)

Sumber : Tabel III.2 dan kesimpulan

Tabel IV.2 menunjukkan bahwa orientasi ilmiah terbanyak berada pada range umur 36-45 tahun yaitu sebanyak 90,48%, sedangkan untuk orientasi populer menunjukkan angka hanya 9,52% saja. Usia 25-35 tahun orientasi populer terdapat 25% dan orientasi ilmiahnya terdapat 75%, sedangkan di range usia 46-55 tahun, orientasi populernya terdapat 44,44% dan untuk orientasi ilmiahnya terdapat 55,56%. Usia 56-65 tahun, orientasi populernya terdapat 37,5% dan untuk orientasi ilmiahnya terdapat 62,5%. Usia 66-75 tahun orientasi populernya terdapat 66,67% dan untuk orientasi ilmiahnya terdapat 33,33%.

Menurut responden Ibu Mismah usia 38 tahun, ibu Rumah tangga, :

*"bojo kulo kerjone mbecak, kulo mboten kerjo. Dhuwike gak sepiro'o, nek misale anak e sakit ato kulo ambek bojo loro ya nang puskesmas!mbantu sanget!"*

*("suami saya kerjanya tukang becak, saya tidak kerja. Uang tidak banyak, kalau misalnya anak sakit atau saya dan suami sakit ya ke puskesmas!sangat membantu sekali")*



Menurut responden yang lain, ibu Rasikun 76 tahun, tidak bekerja, :

*"Nek loro ya diobati dewe, nggawe obat sing tuku nang warung. Wis mari.. nek nang puskesmas aku wegah..."*

*("kalo sakit ya diobati sendiri, memakai obat yang dibeli di warung, sudah sembuh..kalo ke puskesmas saya enggan...")*

Berikut tabel silang antara Orientasi kesehatan dan pendidikan responden, :

**Tabel IV. 3**

**Tabel Silang antara Orientasi kesehatan dan Pendidikan**

Orientasi Kesehatan	Pendidikan			Total
	Rendah	Sedang	Tinggi	
<b>Populer</b>	9 (25,71%)	5 (35,71%)	0	<b>14</b> <b>(28%)</b>
<b>Ilmiah</b>	26 (74,29%)	9 (64,29%)	1 (100%)	<b>36</b> <b>(72%)</b>
<b>Total</b>	<b>35</b> <b>(100%)</b>	<b>14</b> <b>(100%)</b>	<b>1</b> <b>(100%)</b>	<b>50</b> <b>(100%)</b>

Sumber : Tabel III.4 dan kesimpulan

Kategori pendidikan rendah adalah tidak sekolah dan Sekolah Dasar, sedangkan untuk kategori sedang adalah gabungan Sekolah Menengah Pertama (SMP) dan Sekolah Menengah Atas (SMA).

Pendidikan tingkat rendah terdapat orientasi populer sebanyak 25,71% , dan untuk Orientasi Ilmiahnya sebanyak 74,29%, sedangkan pada tingkat pendidikan sedang terdapat 35,71% untuk orientasi kesehatan populernya dan 64,29% untuk orientasi kesehatan ilmiah.



Dapat dilihat orientasi kesehatan ilmiah justru ada di tingkat pendidikan yang rendah, yaitu Tidak sekolah dan SD, walaupun tidak sekolah ataupun hanya tamat SD tidak mempengaruhi bagaimana orientasi kesehatan responden, hal ini dikarenakan giatnya para kader posyandu yang melakukan penyuluhan tentang kesehatan.

Menurut responden Bapak Siswoto, 36 tahun, pendidikan terakhir SMP dan bekerja sebagai buruh bangunan:

*"nek loro ya nang puskesmas! Gak Mbayar, bayaran kulo piro sih mbak? Wong dibayar harian, yo mek cukup digawe mangan sak dio-dino"*

*("kalau sakit ya ke puskesmas, tidak bayar. Bayaran saya berapa sih mbak? Saya dibayar harian, ya cukupnya untuk makan sehari-hari saja")*

Berikut tabel silang antara orientasi kesehatan dan jenis pekerjaan responden :

**Tabel IV. 4**

**Tabel Silang antara Orientasi kesehatan dan Jenis Pekerjaan**

Orientasi	Jenis Pekerjaan								Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	
Populer	1 100%	3 18,75%	5 45,45%	2 40%	1 12,5%	0	0	2 28,57%	14 28%
Ilmiah	0	13 81,25%	6 54,54%	3 60%	7 87,5%	1 100%	1 100%	5 71,43%	36 72%
Total	1 100%	16 100%	11 100%	5 100%	8 100%	1 100%	1 100%	7 100%	50 100%

Sumber : Tabel III.9 dan kesimpulan



Keterangan:

- |                    |           |                 |
|--------------------|-----------|-----------------|
| 1 → Buruh Pabrik   | 4 → Becak | 7 → Pensiunan   |
| 2 → Wiraswasta     | 5 → Jasa  | 8 → Tidak kerja |
| 3 → Buruh bangunan | 6 → Guru  |                 |

Orientasi ilmiah paling banyak terletak dalam kategori Jenis pekerjaan Wiraswasta, sebanyak 13 orang atau 81,25%, untuk jenis pekerjaan buruh bangunan terdapat sebanyak 45,45% berorientasi populer dan 54,54% berorientasi Ilmiah. Jenis pekerjaan tukang becak, sebanyak 40% berorientasi kesehatan Populer dan 60% berorientasi ilmiah, jenis pekerjaan bidang jasa, sebanyak 12,5% berorientasi populer dan 87,5% berorientasi ilmiah.



## **BAB V**

### **KESIMPULAN**

Pada bab v ini, penulis berusaha untuk menyajikan kesimpulan dari data-data yang didapat di lapangan, yang telah diolah dan diinterpretasi pada bab-bab sebelumnya. Kesimpulan ini merupakan jawaban empiris terhadap permasalahan penelitian yang ingin diketahui sejak awal penelitian. Peneliti juga memberikan saran untuk objek penelitian.

#### **I. Kesimpulan**

Berdasarkan pada rumusan masalah, bagaimana persepsi keluarga miskin penerima bantuan kesehatan tentang sehat-sakit dan bagaimana orientasi kesehatan keluarga miskin penerima Jaring Pengaman Sosial di Surabaya.

1. Persepsi keluarga miskin tentang sehat sakit, persepsi sehat sakit menurut keluarga miskin lebih kepada sebatas fisik. Hal ini dipengaruhi oleh tingkat pendidikan yang rendah. Masyarakat miskin menganggap dirinya sakit apabila ada perasaan sakit pada bagian tubuh tertentu yang mengganggu aktifitas sehari-hari. Sedangkan sehat menurut masyarakat miskin adalah perasaan bahwa fisik tidak merasa sakit dan tidak ada aktifitas sehari-hari yang terganggu.



2. Orientasi kesehatan, dari hasil temuan data yang ada maka dapat disimpulkan masyarakat miskin penerima bantuan kesehatan di Kelurahan Gading berorientasi kesehatan ilmiah. Hal ini diukur dari tingkat pengetahuan terhadap penyakit, skeptisisme terhadap perawatan medis, serta ketergantungan seseorang akibat penyakit. Orientasi ini bersifat objektif, profesional, dan impersonal. Orientasi ilmiah ini berada pada karakter responden berusia 36-45 tahun, berpendidikan rendah (tidak sekolah dan Sekolah Dasar), jenis pekerjaannya wiraswasta, sedangkan perbandingannya seimbang untuk komposisi laki-laki dan wanita.

## **II. Saran**

Agar masyarakat mengubah pandangannya tentang masyarakat miskin, dan mulai beranggapan bahwa masyarakat miskin peduli terhadap kesehatannya.

## DAFTAR PUSTAKA

### Buku

- Al Barry, M Dahlan Yacob, 2001. *Kamus sosiologi antropologi*. Surabaya : Indah Media.
- Arikunto, Suharsimi, Prof. Dr., 1996. *Prosedur Penelitian, Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Muzaham, Fauzi, 1995. *Memperkenalkan Sosiologi Kesehatan*. Jakarta : Universitas Indonesia Press.
- Notoatmodjo, Soekidjo, Prof. Dr., 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Prasetyo, Eko, 2004. *Orang Miskin Dilarang Sakit*. Yogyakarta : Resist Book.
- -----, 2005. *Orang Miskin Tanpa Subsidi*. Yogyakarta : Resist Book.
- Sarwono, Solita, 1993. *Sosiologi Kesehatan : beberapa konsep dan aplikasinya*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Singarimbun, Masri, 1989. *Metode Penelitian Survai*. Jakarta : LP3ES
- Suyanto, Bagong, 2003. *Penanggulangan Kemiskinan Kota Surabaya*. Surabaya : Pemerintah Kota Surabaya.

### Internet

- [Http://www.jawapos.co.id/index.php?act=detail\\_radar&id=93898&c=10](http://www.jawapos.co.id/index.php?act=detail_radar&id=93898&c=10)

6 Download Igloo 18.40, 27 Desember 2005

- [Http://www.kompas.com/](http://www.kompas.com/) 17Desember 2005, Igloo, 13.00
- [Http ://perpunda. Jakarta. Go.id/simkota/ALI-JPS. Htm](http://perpunda.jakarta.go.id/simkota/ALI-JPS.htm) 17.30

### **Surat Kabar**

- Media Indonesia, 25 Mei 2005 : Jaminan Kesehatan Masyarakat Dikeluhkan
- Media Indonesia, 31 Mei 2005: Ramai-Ramai memanipulasi data penduduk Miskin.
- Koran Tempo, 4 Mei 2005 : Kriteria Keluarga Miskin Dirubah
- Kompas, 28 April 2005 : Kesehatan Gratis baru sebatas angan.

### **Skripsi**

- Rahmawati, Fitriana, 2002. Implementasi Program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan, Administrasi Negara





12. Pengeluaran perbulan?..... 12( )
13. Adakah Anggota Keluarga responden yang ikut bekerja? 13( )  
 1. Ya 2. Tidak
14. Jika Ya, siapa sajakah yang bekerja? 14( )  
 1. Suami/ Istri 2. Ortu/Mertua 3. Anak
15. Apakah responden saat ini mempunyai tabungan? 15( )  
 1. Ya 2. Tidak
16. Jika memiliki, diwujudkan dalam bentuk apa tabungannya? 16( )  
 1. Uang 4. disimpan di Bank  
 2. Perhiasan  
 3. Barang
17. Apa alasan responden dalam menabung? 17( )  
 1. Untuk keperluan mendadak  
 2. Untuk masa depan anak  
 3. Untuk Modal usaha  
 4. Untuk rencana masa depan
18. Bagaimana status kepemilikan tempat tinggal responden? 18( )  
 1. Milik Sendiri  
 2. Milik Ortu/Mertua  
 3. Milik Warisan  
 4. Mengontrak  
 5. Lainnya
19. Bagaimana keadaan/kondisi fisik rumah responden? 19( )  
 a. Atap : 1. Seng  
 2. genteng biasa  
 3. pelepah daun
- b. Dinding : 1. Bambu/sesek 20( )  
 2. Papan kayu /triplek  
 3. tembok batako  
 4. semi tembok dan papan
- c. Lantai : 1. tanah 21( )  
 2. Semen  
 3. Tegel  
 4. Teraso  
 5. Keramik

### C. Persepsi Sehat Sakit Keluarga Miskin

20. Bagaimana keadaan kesehatan anda sekarang ini? 22( )  
 1. buruk 2. tidak begitu sehat 3. sehat
21. Dibandingkan dengan 1 bulan yang lalu, bagaimana kesehatan anda sekarang? 23( )  
 1. buruk 2. tidak begitu sehat 3. sehat
22. Menurut responden, sehat itu apa? (open question)..... 24( )
23. Menurut reponden Sakit itu apa? (open Question)..... 25( )

24. Bagaimana anda tahu kalau anda sakit? 26( )  
 1. Gejala yang ada                      2. dari orang lain
25. Kapan Anda mengetahui penyakit yang anda derita? 27( )  
 1. langsung tahu                      3. 3-4 hari  
 2. 1-2 hari                              4. > 5 hari

### D. Orientasi Kesehatan

26. Bagaimana Keadaan kesehatan anda sekarang ini? 28( )  
 1. sehat                                      2. tidak sehat
27. Kapan Terakhir kali anda sakit? 29( )  
 1. Seminggu yang lalu  
 2. 2 minggu yang lalu  
 3. 3 minggu yang lalu  
 4. > 3 minggu yang lalu  
 5. Tidak ingat.
28. Penyakit yang pernah diderita sekarang ini? 30( )  
 1. Ringan (Flu, pusing, dll)  
 2. Sedang (asma, kolesterol, asam urat)  
 3. Serius (kanker, leukimia, dll)
29. Apakah Bapak/ibu langsung membawa untuk diperiksa dokter? 31( )  
 1. Ya    2. Tidak
30. Kalau Iya, selang beberapa hari setelah mengetahui anda sakit? 32( )  
 1. langsung dibawa  
 2. 2-3 hari  
 3. 4-5 hari  
 4. > 5 hari
31. Kenapa membawanya ke dokter? 33( )  
 1. tidak tahu cara mengobati  
 2. tidak bisa disembuhkan sendiri  
 3. penyakitnya berbahaya  
 4. Supaya Cepat sembuh
32. Kalau Tidak, mengapa? 34( )  
 1. tidak punya uang  
 2. merasa tidak perlu  
 3. penyakitnya ringan
33. Jika ada yang sakit, antara anda atau keluarga kemana akan membawanya? 35( )  
 1. Rs  
 2. Puskesmas  
 3. Dokter Praktik  
 4. Alternatif (dukun/paranormal)  
 5. Diobati sendiri
34. Dalam setahun terakhir ini, bagaimana kondisi kesehatan keluarga Responden?



46. Jika Non keluarga, 51( )  
 1. tetangga 2. teman 3. lainnya....
47. Mengapa anda meminta pendapat orang lain? 52( )  
 1. tidak tahu caranya  
 2. masih ragu akan cara pengobatan / awam  
 3. meyakinkan kepada diri sendiri  
 4. lainnya....
48. Kalau Tidak, mengapa? 53( )  
 1. tidak perlu  
 2. sudah pernah melakukannya sebelumnya  
 3. merasa sudah tahu.
49. Apakah anda menuruti sarannya? 54( )  
 1. ya 2. tidak
50. Sebesar apa pengaruh pendapat orang lain terhadap tindakan anda? 55( )  
 1. langsung melakukan pendapatnya  
 2. dipertimbangkan kembali  
 3. meminta pendapat orang lain lagi  
 4. tidak berpengaruh
51. Apakah orang yang anda tanyakan saran pernah mengalami penyakit yang anda alami? 56( )  
 1. ya 2. tidak
52. Jika tidak, apakah orang tersebut mempunyai informasi tentang penyakit tersebut? 57( )  
 1.ya 2.tidak

Terima Kasih



PEMERINTAH KOTA SURABAYA  
KECAMATAN TAMBAKSARI  
**KELURAHAN GADING**

Jl. Kenjeran 424, Telp./Fax. (031) 3817433  
SURABAYA

Surabaya, 20 Juli 2006

Nomor : 072 / 289 / 436.7.5.3 / 2006  
Sifat : B i a s a  
Lampiran : -  
Perihal : Permohonan Ijin Survey /  
Research

Kepada  
Yth. Sdr. 1.Ketua RW. X  
2.Ketua RW XI  
3.Ketua RW XII  
4.Ketua RW XVI  
5.Ketua RW XVII

Kelurahan Gading

di-

SURABAYA

Meneruskan surat dari Camat Tambaksari Kota Surabaya, tanggal 18 Juli 2006, No : 072/307/436.7.5/2006, Perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat, maka bersama ini kami memberikan ijin kepada :

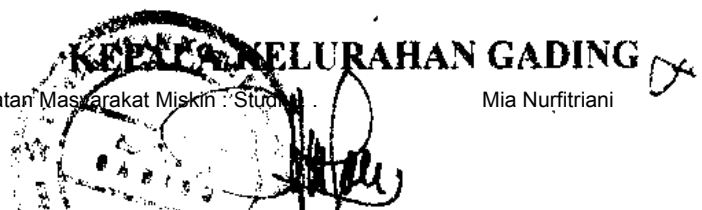
Nama : MIA NURFITRIANI  
Alamat : Jl.Jemursari 1/2 Surabaya  
Pekerjaan : Mahasiswa Universitas Airlangga Surabaya  
Pengikut : -

Untuk melakukan Survey / Research dengan Thema "ORIENTASI KESEHATAN MASYARAKAT PENERIMA JPS" di wilayah saudara selama 3 (tiga) bulan terhitung mulai tanggal surat dikeluarkan.

Adapun syarat – syarat / ketentuan sebagai berikut :

1. yang bersangkutan harus mentaati ketentuan – ketentuan / peraturan yang berlaku dimana dilakukannya survey/research.
2. Yang bersangkutan sesudah melakukan survey / research harap melaporkan hasil pelaksanaannya.
3. Memberikan laporan hasil survey / research dimaksud kepada pihak Kelurahan.

Demikian untuk menjadikan maklum.





PEMERINTAH KOTA SURABAYA  
KECAMATAN TAMBAKSARI  
**KELURAHAN GADING**

Jl. Kenjeran 424, Telp./Fax. (031) 3817433  
SURABAYA

Surabaya, 20 Juli 2006

Nomor : 072/259/436.7.5.3 / 2006  
Sifat : B i a s a  
Lampiran : -  
Perihal : Permohonan Ijin Survey /  
Research

Kepada  
Yth. Sdr. 1.Ketua RW. X  
2.Ketua RW XI  
3.Ketua RW XII  
4.Ketua RW XVI  
5.Ketua RW XVII

Kelurahan Gading

di-

SURABAYA

Meneruskan surat dari Camat Tambaksari Kota Surabaya, tanggal 18 Juli 2006, No : 072/307/436.7.5/2006, Perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat, maka bersama ini kami memberikan ijin kepada :

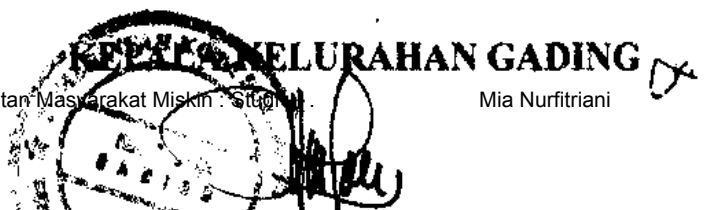
Nama : MIA NURFITRIANI  
Alamat : Jl.Jemursari 1/2 Surabaya  
Pekerjaan : Mahasiswa Universitas Airlangga Surabaya  
Pengikut : -

Untuk melakukan Survey / Research dengan Thema "ORIENTASI KESEHATAN MASYARAKAT PENERIMA JPS" di wilayah saudara selama 3 (tiga) bulan terhitung mulai tanggal surat dikeluarkan.

Adapun syarat – syarat / ketentuan sebagai berikut :

1. yang bersangkutan harus mentaati ketentuan – ketentuan / peraturan yang berlaku dimana dilakukannya survey/research.
2. Yang bersangkutan sesudah melakukan survey / research harap melaporkan hasil pelaksanaannya.
3. Memberikan laporan hasil survey / research dimaksud kepada pihak Kelurahan.

Demikian untuk menjadikan maklum.





PEMERINTAH KOTA SURABAYA  
**KECAMATAN TAMBAKSARI**

Jl. Mendut 7, Telp. (031) 5032003  
 SURABAYA - 60131

Surabaya, 18 Mei 2006

Kepada :  
 Yth. 1. Sdr. Ka. Puskesmas Gading  
 2 Sdr. Ka. Kelurahan Gading

di-

SURABAYA

nomor : 072/35/1436.7.5/2006  
 tanggal : -  
 ampunan : -  
 perihal : Permohonan Ijin Survey / Research

Berdasarkan Surat Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Perlindungan Masyarakat Kota Surabaya tanggal 20 April 2006 No.072/758/436.5.3/2006 perihal pada pokok surat, maka bersama ini memberikan ijin kepada :

Nama : **MIA NURFITRIANI**  
 Alamat : Jl. Jemursari 1/2 Surabaya  
 Pekerjaan : Mahasiswa Universitas Airlangga Surabaya  
 Pengikut : -

Untuk melakukan Survey/Research dengan Tema “ **ORIENTASI KESEHATAN MASYARAKAT PENERIMA JPS** ” di wilayah kerja Saudara selama 3 (tiga) bulan terhitung mulai tanggal surat dikeluarkan.

Adapun syarat-syarat/ketentuan sebagai berikut :

1. Yang bersangkutan harus mentaati ketentuan-ketentuan/peraturan-peraturan yang berlaku dimana dilakukannya kegiatan survey/research.
2. Yang bersangkutan sesudah melakukan survey/research harap melaporkan hasil pelaksanaannya.
3. Memberikan laporan hasil survey/research dimaksud kepada pihak Kecamatan.

Demikian untuk menjadi maklum.

**CAMAT TAMBAKSARI**

**WARSI TO, BA. SH**  
**PENATA TK.I**  
**NIP. 510 037 218**

embusan :  
 Yth. 1. Sdr. Ka. Bakesbang dan Liumas;  
 2. Sdr. Ka. Bag. Pemerintahan  
 Kota Surabaya.  
 3. Sdr. Mia Nurfitriani



**PEMERINTAH KOTA SURABAYA**  
**BADAN KESATUAN BANGSA DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT**

Jl. Jaksa Agung Suprpto No. 2 & 4 Telp. 031 - 5473284, 5343000  
**SURABAYA - 60272**

**SURAT KETERANGAN**

Untuk melakukan Survey / Research  
Nomor : 072 / **768** / 436.5.3 / 2006

**MEMBACA** : SURAT DARI : **UNIVERSITAS AIRLANGGA SURABAYA**  
NOMOR : 064/J03.1.13/PP/2006  
TANGGAL : 22 Maret 2006  
PERIHAL : Ijin Penelitian

**MENGINGAT** : 1. Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah  
2. Perda Kota Surabaya Nomor 15 tahun 2005 tentang Organisasi Lembaga Teknis Kota Surabaya ( Lembaran Daerah Kota Surabaya tahun 2005 No. 4 / D )  
3. Peraturan Walikota Surabaya Nomor 71 tahun 2005 tentang Penjabaran Tugas & Fungsi Bakesbang & Linmas Kota Surabaya  
4. Surat Kadit Sospol Prop. Dati I Jatim Nomor : 300 / 1885 / 303 / 1999 tentang Proses perijinan, Survey, KKN, PKL, dan sejenisnya di Jatim.

Dengan ini menyatakan tidak keberatan dilakukan Riset / Pengabdian Masyarakat oleh :

**N a m a** : **MIA NURFITRIANI**  
**Al a m a t** : Jl. Jemursari 1 / 2 Surabaya  
**P e k e r j a a n** : Mahasiswa  
**Tema / Acara Survey / Riset** : **ORIENTASI KESEHATAN MASYARAKAT PENERIMA JPS**  
**Daerah / tempat dilakukan survey** : **KOTA SURABAYA ( Dinas Sosial, BKKBN, Kecamatan Sawahan, Kecamatan Tambaksari, Kecamatan Semampir )**  
**Lamanya Survey** : 3 ( Tiga ) Bulan, TMT Surat dikeluarkan  
**Pengikut** : -

Syarat – syarat / ketentuan sebagai berikut :

1. Yang bersangkutan harus mentaati ketentuan / peraturan yang berlaku dimana dilakukan kegiatan Survey / Riset / Penelitian.
2. Dilarang menggunakan Questionare diluar desigh yang telah ditentukan.
4. Yang bersangkutan sebelum dan sesudah melakukan Survey / Research / Kegiatan harap melaporkan pelaksanaan dan hasilnya pada Dinas / Instansi yang bersangkutan.
5. Surat Keterangan ini akan dicabut / tidak belaku apabila yang bersangkutan tidak mematuhi syarat – syarat serta ketentuani – ketentuan seperti tersebut di atas.

Surabaya, **20 APR 2006.**

**an. KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT KOTA SURABAYA**

**Tembusan** : Kepada Yth.

1. Sdr. Gubernur Prop. Jawa Timur  
Up. Ka Bakesbang Jatim
2. Sdr. Ka Dinas Sosial Kota Surabaya
3. Sdr. Ka BKKBN Kota Surabaya
4. Sdr. Camat Sawahan



**EROSO, S.Sos.**  
Penata Tk I