

DAFTAR SKEMA

Skema 1.1 Kerangka Konseptual Konstruksi Sosial (Berger & Luckmann)	21
Skema 1.2 Alur Metode Analisis Data.....	34
Skema 3.1 Model Perilaku Pencarian Pengobatan.....	83
Skema 4.1 Tipifikasi Perilaku Hidup Sehat Warga Kampung Pemulung	114

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Kota Surabaya pada tahun 2018 mendapatkan berbagai penghargaan di kancah Internasional, diantaranya yaitu *Lee Kuan Yew World City Prize* dalam kategori Special Mention, ASEAN Tourism Forum dalam kategori *Clean Tourist City Standard Award*, dan *Guangzhou Internasional Award* dalam kategori *Online Popular City*. Taman kota dibangun untuk mewujudkan Kota Surabaya yang bersih dan sehat. Taman kota dapat dimanfaatkan untuk kebutuhan berkumpul warga Surabaya. Kemajuan Kota Surabaya diapresiasi dan dijadikan *role model* pembangunan dan perencanaan kabupaten atau kota di seluruh Indonesia.

Kota Surabaya di tengah kemajuan dan kemegahan masih terdapat permukiman kumuh di pinggir kota. Menurut Azrul Azwar (1996), permukiman kumuh (*slum area*) adalah kondisi lingkungan dan rumah yang tidak teratur dan kotor. Permukiman kumuh disebabkan oleh migrasi yang tinggi dan urbanisasi. Masalah urbanisasi dipengaruhi oleh lahan pertanian warga desa yang semakin sedikit sehingga tidak mampu menyerap tenaga kerja untuk menggarap lahan. Selain itu, keinginan warga desa untuk mencari kehidupan dan pekerjaan yang layak mendorong untuk pindah ke kota. Sebagian besar warga desa yang pindah ke kota mengisi ruang-ruang pekerjaan pada sektor informal. Pekerjaan pada sektor informal ini pada umumnya menggunakan tenaga dan sedikit sekali mengandalkan keterampilan yang terlatih.

Surabaya sebagai kota metropolitan di Indonesia merupakan daerah dengan permukiman padat penduduk. BPS Kota Surabaya (2014) tercatat bahwa jumlah penduduk Kota Surabaya sampai dengan tahun 2014 adalah 3.200.424 jiwa dengan kepadatan penduduk rata-rata adalah 8.463 jiwa per Km². Kota Surabaya jika ditinjau berdasarkan lokasi permukiman kumuhnya dibedakan menjadi lima yaitu di pinggiran rel kereta api, pinggiran sungai, drainase kota, sekitar pantai dan tambak. Permasalahan permukiman kumuh terjadi pada sebagian besar kota di

Indonesia, seperti di Kota Medan yang terdapat persebaran permukiman kumuh di sepanjang rel kreta api, daerah inti kota, daerah industri, daerah pelabuhan, dan bantaran sungai. Daerah permukiman kumuh yang berada di bantaran sungai rawan terhadap banjir (Pinem, 2011). Selain itu, permukiman kumuh (*slum area*) juga terdapat di daerah bantaran Sungai Bengawan Solo. Kota Surakarta memiliki kepadatan tinggi, pola permukiman tidak teratur, legalitas lahan yang masih dipertanyakan, dan daerah terpinggirkan di antara saluran utama sungai dan tanggul alam, sehingga lahan yang berada di bantaran sungai memiliki potensi banjir yang cukup tinggi dengan tingkat erosi yang besar (Arleni, 2009).

Permukiman kumuh (*slum area*) yang ada di Kota Surabaya dipetakan seluas 150 hektar yang dilihat dari kebersihan lingkungan, ketersediaan drainase, sanitasi rumah dan kondisi permukiman di sekitarnya. Menurut penelitian yang dilakukan Barbara, et al (2014) beberapa lokasi di Kawasan Pusat Kota Surabaya yang masuk kategori permukiman kumuh dua diantaranya yaitu; Kelurahan Wonorejo yang sebagian besar penduduknya adalah warga asli Kota Surabaya yang memiliki tingkat pendidikan rendah, dari tidak sekolah sama sekali hingga tamatan SD/Sederajat. Penduduk yang tinggal di kawasan ini sebagian besar memiliki legalitas lahan berupa hak sewa. Namun, Kelurahan Wonorejo ini memiliki sistem drainase dan pembuangan cukup baik. Selain Kelurahan Wonorejo, terdapat Kelurahan Gembong yang sebagian besar penduduknya bermata pencaharian sebagai pedagang dan wiraswasta. Berbeda dengan Kelurahan Wonorejo, di Kelurahan Gembong ini penduduknya merupakan pendatang dan tingkat kepadatannya cukup tinggi. Kepemilikan lahan para penduduknya yaitu hak sewa dengan konstruksi bangunan tidak permanen.

BPS Kota Surabaya (2018) mencatat bahwa Keputih merupakan salah satu kelurahan yang berada di Kecamatan Sukolilo, di Kawasan Timur Kota Surabaya. Luas wilayah kelurahan sebesar 14,40 km² dan memiliki jumlah penduduk 16.980 jiwa dengan jumlah kepala keluarga 3.465 dan luas wilayah 14,40 km², berarti mempunyai kepadatan penduduk rata-rata 1.179,16 jiwa/km². Tepatnya di Keputih Tegal Selatan lokasinya masuk ke gang sehingga tidak tampak dari jalan raya.

Bangunan rumah warga setempat bertipe semi-permanen menggunakan material kayu sebagai bahan utama. Rumah warga setempat digunakan sebagai lokasi pengumpulan barang rongsokan dengan fasilitas sanitasi dan kebersihan yang rendah.

Permukiman kumuh menjadi permasalahan bagi sebagian besar pemerintahan di Indonesia khususnya pada Kota Surabaya yang berhubungan dengan *epidemiologi*¹ penyakit, perilaku dan perubahan gaya hidup, dan kualitas sanitasi dan kebersihan yang rendah sehingga memerlukan peran tenaga medis dalam pengendalian dan persebaran penyakit (Budiarto, 2003). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Christopher Westgard, et al (2018) menunjukkan bahwa salah satu strategi untuk mengatasi krisis sumber daya manusia untuk kesehatan adalah “pengalihan tugas”, dalam konteks layanan kesehatan, oleh karena itu dibutuhkan peran dari masyarakat itu sendiri dalam meningkatkan taraf kesehatan. Masyarakat yang telah diberikan pelatihan melakukan penyuluhan dari rumah ke rumah.

Namun, penyuluhan seperti itu seringkali mengalami hambatan yang disebabkan oleh tradisi dan kepercayaan masyarakat yang melekat kuat. Sebagaimana diteliti oleh Atik Triratnawati (2017) di Teluk Bintuni, Papua Barat yaitu ibu-ibu generasi tua di Sumuri lebih menyukai bersalin ke dukun bayi daripada bidan. Kedekatan hubungan mereka dengan dukun bayi hampir tanpa jarak karena mereka memiliki persamaan budaya dan bahasa. Sementara itu bidan tetap dianggap sebagai orang luar atau asing.

Faktor penunjang kesehatan yaitu perilaku masyarakat dalam mencari pengobatan pada masyarakat slum area sebagaimana diteliti oleh Moses K. Muriithi (2013) di Kenya dapat dipengaruhi oleh beberapa hal diantaranya; (1) Jarak pasien dengan fasilitas kesehatan, (2) Kualitas layanan kesehatan, (3) Kepercayaan masyarakat, (4) Waktu menunggu perawatan, (5) Informasi layanan, (6) Gender, (7) Jumlah anggota dalam rumah tangga, (8) Pendidikan, (9) Pekerjaan, dan (10) Biaya pengguna. Selain itu, mencegah persebaran penyakit dapat tercipta dengan

¹ Ilmu yang mempelajari penyebaran, perkembangan atau perluasan suatu penularan penyakit di dalam suatu kelompok penduduk atau masyarakat

pola hidup sehat yang tercerminkan dari kondisi rumah yang notabene sebagai tempat untuk bergaul, berlindung, melepaskan penat, menjalin rasa kekeluargaan, penentu status sosial, dan sebagai determinan kesehatan masyarakat.

Rumah yang layak memiliki standar sarana prasarana seperti kebersihan lingkungan, penyediaan air bersih, penyediaan MCK, sanitasi pembuangan sampah, transportasi, dan pelayanan sosial yang memadai (Kriegger & Higgins, 2002). Dengan demikian, rumah yang sehat yaitu bangunan yang digunakan sebagai tempat tinggal dan berlindung dengan dua indikator yaitu faktor lingkungan sehat dan faktor sosial yang mendukung warga untuk melaksanakan kegiatan secara baik dan produktif.

Menurut American Public Health Association (APHA) rumah dikatakan sehat apabila; (1) memenuhi kebutuhan fisik dasar seperti temperatur, penerangan, ventilasi yang cukup, dan frekuensi kebisingan sebesar 45-55 dB.A, (2) memenuhi kebutuhan kejiwaan, (3) melindungi penghuni dari penyakit menular dengan memiliki penyediaan air, sarana pembuangan sampah, dan saluran pembuangan air limbah yang memenuhi syarat kesehatan, serta (4) melindungi penghuni dari kecelakaan dan bahaya, seperti kebakaran karena arus pendek listrik, keracunan, dan kecelakaan lalu lintas (Sanropie, 1992).

Studi terdahulu banyak meneliti topik kemiskinan pada masyarakat slum area sedangkan aspek konstruksi perilaku hidup sehat pada masyarakat permukiman kumuh jarang dikaji. Penulis tertarik meneliti permukiman kumuh di Keputih Tegal Selatan karena warga sekitar permukiman kumuh memiliki konstruksi sosial tentang hidup sehat yang unik dengan standar kesehatan modern. Penulis memilih kawasan Keputih Tegal Selatan sebagai lokasi penelitian karena masih terdapat permukiman kumuh di tengah Kota Surabaya yang maju dengan pesat dan masyarakatnya mampu bertahan hidup serta menyesuaikan diri pada lingkungan permukiman yang kumuh tersebut.

Oleh karena itu, peneliti berupaya mencari pembaharuan terkait konstruksi sosial terhadap perilaku hidup sehat warga permukiman kumuh dan diharapkan penelitian ini dapat menghasilkan sebuah alternatif tentang pandangan konstruksi perilaku hidup sehat yang ada di masyarakat. Peneliti berusaha untuk memberikan kajian akademis yang dapat digunakan sebagai instrumen pengambilan keputusan pemerintah dalam meningkatkan taraf kesehatan yang ada di Indonesia.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas dapat dirumuskan permasalahan yaitu bagaimana konstruksi perilaku hidup sehat warga kampung pemulung di Keputih Tegal Selatan?

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan dialektika pemahaman yang terdapat pada warga kampung pemulung di Keputih Tegal Selatan terkait perilaku hidup sehat. Penelitian ini menjelaskan proses individu dalam memaknai standar kesehatan modern dalam dunia eksternal di kehidupannya sehari-hari. Proses objektivasi merupakan fase dimana individu mengalami pertarungan makna antara standar kesehatan modern dan realitas kehidupannya. Perilaku hidup sehat mengalami pemaknaan baru oleh individu pada proses internalisasi.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Akademis

Manfaat dari penelitian ini adalah memaparkan perbedaan pemaknaan perilaku hidup sehat warga kampung pemulung berdasarkan tipifikasi Berger dan Luckmann. Perbedaan pemaknaan tersebut terjadi melalui proses dialektika individu dengan dunia eksternalnya. Individu memaknai perilaku hidup sehat sesuai dengan proses objektivasi dengan realitas sehari-hari sehingga menciptakan perilaku yang unik dalam proses internalisasi.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Memperkaya kajian yang bertema konstruksi sosial tentang perilaku hidup sehat di slum area bagi akademisi khususnya FISIP Universitas Airlangga.
2. Melahirkan proposisi atau konsep yang relevan dengan realitas sosial yang dikonstruksikan oleh subjek yang diteliti mengenai perilaku hidup sehat.
3. Memberikan alternatif pandangan tentang konstruksi perilaku hidup sehat pada masyarakat slum area.

1.5 Tinjauan Pustaka

1.5.1 Studi Terdahulu

Soedjadi Keman (2005) bagian kesehatan lingkungan, FKM Universitas Airlangga melakukan studi penelitian tentang kesehatan perumahan dan lingkungan pemukiman. Penelitian deskriptif ini menyatakan bahwa perumahan tidak hanya dilihat dari kondisi fisik namun juga lingkungannya. Sehingga lingkungan perumahan tidak hanya meliputi semua layanan yang diperlukan, fasilitas, perangkat yang diperlukan dan kebutuhan untuk kesehatan fisik, namun terdapat kebutuhan terhadap kesehatan mental serta kesejahteraan sosial keluarga dan individu. Sebagai contoh, perumahan baru atau lama yang sudah memiliki saluran limbah dan pasokan air biasanya terhubung dengan sistem saluran milik masyarakat luas atau regional dan dilayani oleh organisasi pengumpulan dan pembuangan sampah di seluruh daerah.

Didik Budijanto dan Betty Roosihermatie (2006) melakukan penelitian pada tahun 2006 tentang persepsi sehat - sakit dan pola pencarian pengobatan masyarakat daerah pelabuhan. Penelitian tersebut menggunakan metode kualitatif dan teknik pengumpulan data dengan melakukan FGD (Focus Group Discussion) pada dua kriteria yaitu; 3 kelompok Wanita Usia Subur (WUS) dan 3 kelompok Angkatan Kerja Laki-Laki (AKL), yang tiap kelompoknya terdapat 8-10 anggota dengan penghasilan dibawah rata-rata. Lokasi penelitian berada di RW 2, RW 6, dan RW 9 Kelurahan Perak Utara, Kecamatan Pabean Cantikan, daerah pelabuhan Tanjung Perak. Studi ini bertujuan untuk melihat pola pencarian pengobatan, tanggapan terhadap layanan pusat kesehatan, dan persepsi orang sakit di komunitas pelabuhan. Hasil penelitian menunjukkan persepsi sakit pada pekerja laki-laki lebih longgar sebab selama sakit tersebut tidak mengganggu pekerjaan mereka itu bukan jadi masalah. Sedangkan untuk wanita usia subur cenderung lebih peka jika mengalami perubahan pada kondisi tubuhnya maka ia segera mencari pengobatan. Tetapi kedua kelompok mempunyai pandangan yang sama terhadap kesehatan anak mereka. Anak-anak dinilai sehat apabila dapat aktif melakukan kegiatan, tidak

rewel, dan sebagainya. Sebagian besar masyarakat kurang mempercayai pengobatan tradisional atau alternatif.

Dinar SM Lubis, dkk (2010) melakukan studi penelitian tentang perilaku hidup bersih dan sehat penduduk migran di kawasan permukiman kumuh di Kota Denpasar. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kuantitatif yang dilakukan oleh bagian promosi kesehatan dan bagian biostatik Fakultas Kedokteran, Universitas Udayana Bali. Penelitian ini mengidentifikasi indikator kesehatan diri, keluarga, dan lingkungan yang ada di kawasan kumuh pada 273 penduduk berusia diatas 16 tahun dari 20 kawasan permukiman kumuh Kota Denpasar. Penelitian ini memaparkan indikator-indikator kesehatan sesuai dengan standar kesehatan medis modern seperti intensitas pemeriksaan gigi ke rumah sakit atau puskesmas, jumlah perokok aktif, intensitas sarapan pagi, intensitas konsumsi buah dan sayur, intensitas balita ke posyandu, rutinitas berolahraga, dan sebagainya. Hasil penelitian menunjukkan masyarakat tempat penelitian ini berlangsung memiliki taraf kesehatan yang rendah, sehingga terdapat perilaku yang berisiko menurunkan status kesehatan mereka. Penelitian tersebut memiliki fokus utama yaitu memberikan informasi dan edukasi kesehatan terhadap masyarakat permukiman kumuh yang ada di Kota Denpasar terhadap pentingnya perilaku hidup bersih dan sehat.

Rusli Cahyadi (2011) seorang peneliti di bidang ekologi manusia, Pusat Penelitian Kependudukan, Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia (LIPI) menyampaikan makalah ini dalam seminar akhir penelitian PKK LIPI. Penelitian kualitatif yang membahas tentang kesepakatan bersama mengenai kondisi perkampungan kumuh yaitu menghubungkan pertumbuhan populasi yang cepat, kemiskinan dan keterbatasan lingkungan. Ini menjelaskan bahwa faktor internal orang miskin adalah penyebab utama kerusakan lingkungan. Penelitian ini adalah upaya untuk menggali pandangan lain. Dikatakan bahwa faktor eksternal, yaitu kebijakan pemerintah, adalah penyebab utama. Kasus yang digunakan yaitu sistem pengolahan limbah yang buruk dari pemerintah yang mengakibatkan buruknya lingkungan perkotaan. Setiap kegiatan dan upaya yang dilakukan oleh masyarakat permukiman kumuh untuk menyelesaikan permasalahan pengolahan limbah selalu

tidak memiliki dukungan dan konektivitas dengan pengolahan limbah dari pemerintah. Sebagai implikasi, penelitian ini menawarkan pandangan lain terhadap keberadaan daerah kumuh dan liar. Hal tersebut merupakan kesinambungan dengan kebijakan pemerintah.

Indra Taufik (2013) melakukan penelitian tentang persepsi masyarakat terhadap pemulung. Penelitian tersebut menggunakan metode penelitian deskriptif kualitatif yang dilakukan di permukiman TPA Bukit Pinang, Samarinda Ulu. Penelitian ini menggunakan landasan teori konstruksi sosial. Pandangan masyarakat terhadap pemulung merupakan pekerjaan yang dianggap negatif karena hidup ditengah lingkungan yang kotor dan berbau busuk. Masyarakat menilai bahwa kondisi tersebut memiliki pengaruh terhadap kesehatan warganya. Dilain sisi, masyarakat juga menilai pemulung memiliki nilai positif yaitu untuk mengurangi jumlah sampah yang tidak tertata kemudian memilahnya. Dalam segi kesehatan masyarakat menyatakan bahwa pemulung sangat kurang karena udara yang ada di lingkungan kumuh tersebut mengandung gas metan beracun dan tidak tersedianya sarana Mandi Cuci Kakus (MCK) yang baik. Masyarakat juga memiliki pendapat lain terkait kesehatan yaitu karena pemulung sudah cukup lama tinggal di lingkungan seperti itu sehingga membuat mereka kebal dan sudah terbiasa dengan kondisi lingkungan yang ada. Dalam aspek pendidikan mayoritas memiliki tingkat pendidikan yang masih rendah, ada yang hanya tamat Sekolah Menengah Pertama (SMP) bahkan ada yang tidak lulus Sekolah Dasar (SD).

Moses K. Muriithi (2013) melakukan penelitian yang dilakukan pada tahun berjudul "*The Determinants Of Health-Seeking Behavior In A Nairobi Slum, Kenya*" penelitian ini menjelaskan tentang pemilihan perawatan kesehatan yang dilakukan oleh masyarakat slum area di Kenya. Penelitian yang berbasis pada pemikiran ekonometrik (kuantitatif) yang mempengaruhi permintaan layanan kesehatan masyarakat. Secara garis besar dalam penelitian tersebut terdapat beberapa indikator yang menentukan pemilihan perawatan kesehatan warga yaitu; (1) Jarak, jauh-dekatnya pasien dengan fasilitas kesehatan sangat berpengaruh pada proses pencarian pengobatan antara layanan kesehatan dengan mengeluarkan biaya

atau pengobatan sendiri, (2) Kualitas layanan kesehatan, menunjukkan hasil yang signifikan karena layanan yang diberikan oleh rumah sakit/ klinik swasta lebih baik dibandingkan dengan rumah sakit umum, (3) Kepercayaan, ini erat kaitannya dengan hubungan pasien-agensi kesehatan pada hasil yang dirasakan setelah pengobatan atau selama pengobatan berlangsung, (4) Waktu menunggu, lama tidaknya pasien menunggu dirawat mempengaruhi kecenderungan pasien dalam memilih cara pengobatan, (5) Informasi layanan, meningkatnya informasi tentang kualitas layanan maka meningkatkan antusiasme masyarakat dalam memilih fasilitas kesehatan tersebut, (6) Gender, menunjukkan perbedaan intensitas kunjungan ke tempat layanan kesehatan dan menunjukkan bahwa perempuan lebih sensitif terhadap status kesehatan mereka, (7) Ukuran rumah tangga, semakin banyak anggota keluarga maka semakin jarang mengunjungi layanan kesehatan dikarenakan masalah biaya, (8) Pendidikan, individu dengan pendidikan tinggi mampu membedakan kualitas layanan kesehatan yang baik dan lebih peka dengan kesehatan, (9) Pekerjaan, individu dengan pekerjaan formal lebih memilih pengobatan profesional daripada pengobatan sendiri, (10) Biaya pengguna, peningkatan retribusi mengurangi kemungkinan mencari perawatan kesehatan dari penyedia layanan kesehatan formal dibandingkan dengan perawatan sendiri.

Masitah Effendi (2013) melakukan studi sebagai syarat mendapatkan Sarjana Sosiologi tentang pemanfaatan sistem pengobatan tradisional (battra) di puskesmas. Studi kuantitatif deskriptif yang dilakukan di Puskesmas Gundih Surabaya ini bertujuan untuk mengetahui pemanfaatan obat tradisional oleh masyarakat. Hasil temuan menunjukkan bahwa masyarakat menggunakan obat tradisional untuk pengobatan dan terapi. Alasan masyarakat lebih memilih obat tradisional yang disediakan puskesmas yaitu karena berasal dari bahan alami dan teknik pengobatan yang alami, memiliki efek samping ringan, dan lebih murah. Masyarakat merasakan efektivitas dan kecocokan dengan pengobatan tradisional yang disediakan puskesmas dibandingkan dengan cara pengobatan lain.

Atik Triratnawati (2017) melakukan penelitian berjudul Dominasi Medis Modern Atas Medis Tradisional Suku Sumuri, Teluk Bintuni, Papua Barat.

Penelitian etnografi dengan memahami pasien puskesmas secara langsung dan berpartisipasi aktif, wawancara penduduk, petugas kesehatan, tokoh masyarakat. Pada penelitian ini menjelaskan orientasi pemilihan pengobatan dari tradisional ke medis modern, dikarenakan perusahaan minyak dan gas giat mengenalkan metode pengobatan yang lebih modern, sehingga antusiasme masyarakat untuk menggunakan Puskesmas lebih tinggi daripada penyembuhan alami. Namun, generasi tua lebih memilih menggunakan penyembuhan tradisional dibandingkan modern.

Elpidia A.C dan Yanto Budisusanto (2017) studi penelitian deskriptif kuantitatif yang dilakukan oleh mahasiswa Teknik Geomatika, ITS memberikan gambaran tentang identifikasi terhadap slum area yang ada di Keputih, Surabaya Timur. Dalam mengidentifikasi indikator permukiman kumuh, penelitian ini menggunakan tujuh parameter kekumuhan dengan metode skoring. Penelitian ini menghasilkan hanya terdapat dua klasifikasi kekumuhan di wilayah tersebut, 14 RT termasuk dalam bukan permukiman kumuh dan 10 RT diklasifikasikan sebagai permukiman kumuh ringan. Kemudian, dari hasil analisis parameter terdapat faktor tingkat proteksi kebakaran dan kondisi penyediaan air minum yang masih sangat minim. Penelitian ini menghasilkan peta klasifikasi permukiman kumuh yang ada di Keputih.

Christopher Westgard, Diego M, dan Renuka N (2018) melakukan penelitian deskriptif kuantitatif mengenai salah satu strategi untuk mengatasi krisis sumber daya manusia adalah “pengalihan tugas”, dalam konteks layanan kesehatan, ini dapat dicapai dengan mendelegasikan tugas kepada anggota masyarakat yang sudah dilatih untuk menyediakan beberapa layanan kesehatan dasar bagi mereka. Mereka dapat menjadi *Community Health Workers* (CHW) untuk bekerja pada komunitas tersebut memberikan bantuan preventif, kuratif, dan pengembangan kepada mereka. Dalam hal ini *Community Health Workers* yang memberikan informasi kesehatan ke rumah-rumah yang dinilai paling efektif dalam memberikan edukasi mengenai pesan kesehatan, membangun hubungan positif dengan pengasuh, dan menciptakan suasana hangat ketika kunjungan ke rumah-rumah.

Penelitian ini memiliki fokus utama yaitu pada keberhasilan kinerja para pekerja kesehatan masyarakat dalam menyampaikan pesan kesehatan yang telah ditetapkan oleh medis modern dalam hal ini World Health Organization (WHO) terhadap masyarakat di Loreto, Peru.

Tabel 1.1 Matriks Studi Terdahulu

NO.	STUDI TERDAHULU	KRITIK
1.	<p>“Kesehatan Perumahan dan Lingkungan Pemukiman”</p> <p>Keterangan: Soedjajadi Keman (2005) - Deskriptif</p>	<p>Tentang standar kesehatan permukiman dan lingkungan yang berbasis pada World Health Organisation (WHO), sehingga mengabaikan realitas bahwa adanya permukiman kumuh.</p>
2.	<p>“Persepsi Sehat - Sakit dan Pola Pencarian Pengobatan Masyarakat Daerah Pelabuhan”</p> <p>Keterangan: Didik B dan Betty R (2006) - Kualitatif</p>	<p>Persepsi sehat-sakit melalui perspektif wanita usia subur dan angkatan kerja laki-laki, penelitian selanjutnya akan lebih luas ruang lingkup sosialnya.</p>
3.	<p>“Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Penduduk Migran di kawasan Pemukiman Kumuh di Kota Denpasar”</p> <p>Keterangan: Dinar SM Lubis, dkk (2010) - Deskriptif Kuantitatif</p>	<p>Penelitian ini kurang memperhatikan aspek kondisi ekonomi masyarakat yang ada di masyarakat migran. Sehingga proses memaknai kesehatan masyarakat migran berbeda dengan standar medis modern.</p>
4.	<p>“Kaum Miskin Kota, Sampah, dan Rumah (Studi tentang Akses Migran Miskin terhadap Sumber Daya Lingkungan dan Perumahan di Tangerang)”</p> <p>Keterangan: Rusli Cahyadi (2011) - Kualitatif</p>	<p>Berisi kritik terhadap pemerintah, memiliki pandangan lain bahwa kemiskinan dan sampah tidak hanya dari faktor internal, namun faktor eksternal kebijakan pemerintah. Peneliti selanjutnya juga akan memberikan gambaran atau alternatif pandangan baru terkait kesehatan pada masyarakat slum area.</p>

5.	<p>“Persepsi Masyarakat Terhadap Pemulung Di Permukiman TPA Kelurahan Bukit Pinang Kecamatan Samarinda Ulu”</p> <p>Keterangan: Indra Taufik (2013) - Kualitatif</p>	<p>Penelitian berupa “persepsi” yang dinilai kurang tepat dalam kajian Sosiologi. Kurang komprehensif dalam melakukan penelitian, sehingga dikhawatirkan bias dengan pendapat masyarakat awam.</p>
6.	<p>“<i>The Determinants Of Health-Seeking Behavior In A Nairobi Slum, Kenya</i>”</p> <p>Keterangan: Moses K. Muriithi (2013) - Ekonometrik (Kuantitatif)</p>	<p>Kental dengan pertimbangan untung-rugi antara pelayanan kesehatan dan individu dalam memilih pengobatannya. Sehingga peneliti kurang mendalami konstruksi masyarakat dalam memilih pengobatannya.</p>
7.	<p>“Pemanfaatan Sistem Pengobatan Tradisional (Batra) di Puskesmas Gundhi Surabaya”</p> <p>Keterangan: Masitah Effendi (2013) - Kuantitatif Deskriptif</p>	<p>Konsumsi obat tradisional ketika sakit dalam perspektif masyarakat kelas menengah ke bawah, tidak dipungkiri apabila kelas sosial-ekonomi lainnya juga melakukan hal serupa atau bahkan memiliki pandangan lain terkait pencarian pengobatan yang kurang diperhatikan oleh peneliti.</p>
8.	<p>“<i>Modern Medicine Domination Over Traditional Medicine in Sumuri Ethnic, Bintuni Bay, West Papua</i>”</p> <p>Keterangan: Atik Triratnawati (2017) - Kualitatif</p>	<p>Studi ini kurang menyeluruh dalam melihat bagaimana perubahan itu dikonstruksikan dalam masyarakat tradisional. Sehingga peneliti hanya mendapatkan cerita atau pengalaman yang dirasakan informan di lapangan tanpa mempertimbangkan faktor lain yang mempengaruhinya.</p>

<p>9.</p>	<p>“Identifikasi Terhadap Permukiman Kumuh Yang Ada di Keputih”</p> <p>Keterangan:</p> <p>Elpidia A.C dan Yanto B (2017) - Deskriptif Kuantitatif</p>	<p>Penelitian khas mahasiswa teknik yaitu kental sekali dengan pengukuran-pengukuran, sehingga penelitian tersebut cenderung memaparkan saja tanpa menggali informasi lebih dalam.</p>
<p>10.</p>	<p>“<i>Performance Evaluation of Community Health Workers: Case Study in the Amazon of Peru</i>”</p> <p>Keterangan:</p> <p>Christopher Westgard, dkk (2018) - Deskriptif Kuantitatif</p>	<p>Mengenai tugas dan fungsi <i>Community Health Workers</i> dalam mewujudkan standar kesehatan yang sesuai dengan medis modern. Tanpa disadari bahwa standar yang dibentuk oleh masyarakat dapat berbeda dengan yang telah ditetapkan oleh lembaga kesehatan</p>

1.5.2 Kerangka Teori

Penelitian ini menggunakan teori konstruksi sosial yang bermaksud untuk memahami perilaku hidup sehat yang ada pada masyarakat kampung pemulung di Keputih Tegal Selatan Kota Surabaya. Teori ini digunakan sebagai upaya peneliti untuk menambah wawasan dan pengetahuan teoritis terkait hasil studi dan konsep yang berkaitan dengan isu dalam penelitian ini. Teori konstruksi sosial yang digunakan sebagai pisau analisis penelitian ini didapat dari buku karya Peter L. Berger dan Thomas Luckmann yang sudah diterjemahkan dengan judul *Tafsir Sosial Atas Kenyataan: Risalah Tentang Sosiologi Pengetahuan* tahun 1990. Di dalam buku tersebut juga terdapat Tipifikasi konstruksi sosial yaitu; Objektivasi, Eksternalisasi, dan Internalisasi.

Selain itu, peneliti juga menggunakan konsep-konsep kesehatan untuk mempertajam analisis terhadap hasil temuan penelitian. Beberapa konsep kesehatan yang digunakan peneliti adalah konsep perilaku hidup sehat yaitu; *Pertama*, konsep perilaku hidup sehat oleh Skinner yaitu membahas tentang perilaku manusia ketika mendapat rangsangan (stimulus) dan upaya untuk meresponnya; *Kedua*, konsep perilaku kesehatan menurut Becker yang menjelaskan tentang perilaku manusia untuk mempertahankan kesehatan dan perilaku manusia ketika sakit; *Ketiga*, konsep dimensi/aktivitas perilaku hidup sehat oleh Alonso yaitu menjelaskan upaya atau cara manusia dalam menerapkan perilaku hidup sehat mulai dari prevention, detection, promotion, hingga protection.

1.5.2.1 Pemikiran Peter L. Berger & Thomas Luckmann

Teori Konstruksi Sosial

Dalam teori ini memahami bahwa kenyataan itu dibangun secara sosial, dengan pokok bahasan yaitu kenyataan dan pengetahuan. Kenyataan adalah suatu kualitas yang diakui keberadaannya dan tidak tergantung pada kehendak manusia. Sedangkan pengetahuan yaitu kepastian bahwa realitas tersebut merupakan nyata dan memiliki karakteristik yang jelas serta spesifik (Berger & Luckmann, 1990). Menurut Berger dan Luckmann, dalam memahami pengetahuan terdapat dua objek

realitas yang berkaitan, yaitu realitas subjektif dan realitas objektif. Realitas subjektif yaitu pengetahuan yang dimiliki setiap individu dalam memahami realitas sosial melalui proses internalisasi. Realitas subjektif yang dimiliki setiap individu merupakan bekal untuk melanjutkan pada proses eksternalisasi dan interaksi sosial pada masyarakat. Proses eksternalisasi ini mendorong individu secara kolektif untuk melakukan proses objektivasi sehingga melahirkan realitas objektif yang baru yang dimaknai sebagai fakta sosial (Polomo, 2010).

Realitas objektif merupakan definisi realitas yang kompleks dan dihayati oleh setiap individu sebagai fakta dalam bentuk pikiran dan tindakan yang terpola. Pikiran dan tindakan dari individu yang telah paten dan terpola merupakan dasar dalam pembentukan realitas sosial. Atas dasar itulah kemudian Berger dan Luckmann menyatakan bahwa pembentukan realitas akal sehat antar individu merupakan proses pengobjektivan dari proses pemaknaan dari setiap individu dalam masyarakat (Berger & Luckmann, 1990). Berger dan Luckman menekankan bahwa dalam proses pengobjektifan dibutuhkan kesadaran yang selalu intensional karena ia selalu terarah pada objek (Berger & Luckmann, 1990). Keterbatasan manusia yang mengakibatkan dasar kesadaran (esensi) itu tidak dapat disadari, sehingga manusia hanya mampu menyadari kenyataan fisik dan batiniah secara subjektif.

Oleh karena itu, pandangan Berger dan Luckmann dapat dipahami bahwa realitas kehidupan sehari-hari merupakan suatu rangkaian (*continuum*) berbagai tipifikasi (Berger & Luckmann, 1990). Pada satu sisi, terdapat individu-individu yang berinteraksi secara tatap muka dengan intensif; dan di sisi lain, terdapat pemahaman akan realitas yang sifatnya tidak terlihat dalam interaksi tatap muka. Dalam konteks ini, struktur sosial merupakan jumlah keseluruhan tipifikasi dan pola-pola interaksi yang terjadi berulang-ulang melalui tipifikasi, dan ia merupakan satu unsur yang esensial dari kenyataan hidup sehari-hari.

Proses Eksternalisasi

Dunia manusia adalah dunia yang dibentuk oleh aktivitas fisik maupun mental manusia itu sendiri secara terus-menerus ke dalam dunia (Berger & Luckmann, 1994). Manusia menghasilkan berbagai jenis alat, dan dengan alat-alat itu pula manusia mengubah lingkungan fisis dan alam sesuai dengan kehendaknya. Manusia menciptakan bahasa dan membangun simbol-simbol yang meresapi semua aspek kehidupannya. Eksternalisasi merupakan tahap pengenalan atas hal baru yang dibentuk oleh manusia itu sendiri. Menurut Berger dan Luckmann proses eksternalisasi adalah tahap penyesuaian diri dengan dunia sosiokultural sebagai produk manusianya.

Eksternalisasi kemudian melembagakan aturan sosial sehingga struktur itu merupakan proses yang berkelanjutan (*continuum*). Sederhananya, proses eksternalisasi dipengaruhi oleh kepemilikan pengetahuan (*stock of knowledge*) yang ada pada diri individu. Kepemilikan pengetahuan dalam diri individu merupakan akumulasi dari pengetahuan akal sehat (*common sense knowledge*). *Common sense* merupakan pengetahuan yang dimiliki tiap diri individu dalam realitas sosialnya sehari-hari. Menurut Berger, manusia adalah pencipta kenyataan sosial yang objektif melalui proses eksternalisasi, sebagaimana kenyataan objektif mempengaruhi kembali manusia melalui proses internalisasi.

Dalam kaitannya dengan konstruksi perilaku hidup sehat warga kampung pemulung di keputih tegal selatan yaitu terlihat pada gambaran pengetahuan masyarakat kampung pemulung tentang perilaku hidup sehat. Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) merupakan program yang dibentuk oleh pemerintah untuk mewujudkan masyarakat di seluruh pelosok Indonesia dapat meningkatkan taraf kesehatannya. Kesehatan merupakan bagian terpenting dalam kehidupan, tubuh dalam kondisi sehat akan mempengaruhi berlangsungnya kehidupan manusia itu sendiri. Perilaku hidup sehat yang telah disosialisasikan oleh lembaga pemerintah dalam hal ini adalah pusat-pusat kesehatan masyarakat yang ada di tiap wilayah juga mengharapkan peningkatan aktivitas fisik guna meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Muncul pemikiran dialektis atas kenyataan yang terjadi pada individu.

Individu yang dilema atas standar kesehatan modern dengan kenyataan pada kehidupan sehari-hari.

Proses Objektivasi

Bagi Berger, masyarakat adalah produk manusia, berakar pada fenomena eksternalisasi (Berger & Luckmann, 1994). Meskipun semua produk kebudayaan berasal dari kesadaran manusia, namun produk bukan serta-merta dapat diserap kembali begitu saja ke dalam kesadaran. Kebudayaan memiliki dunianya sendiri berada di luar subjektivitas manusia. Dunia yang diproduksi manusia memperoleh sifat realitas objektif. Berger dan Luckmann (1990) menyatakan bahwa semua aktivitas manusia yang terjadi dalam eksternalisasi dapat mengalami proses pembiasaan (*habitualisasi*) yang kemudian mengalami pelembagaan (*institusionalisasi*). Dunia kelembagaan adalah aktivitas manusia yang diobjektivasi. Dunia sosial yang telah memperoleh sifat objektif, tetap tidak dapat dilepaskan dari status ontologisnya, dari aktivitas manusia yang menghasilkannya.

Objektivasi yang terjadi pada kampung pemulung terlihat dari dilaksanakan atau tidaknya konsep perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) yang telah disosialisasikan oleh lembaga kesehatan seperti puskesmas, posyandu, dan kader-kader lingkungan. Sosialisasi perilaku hidup sehat yang dilakukan oleh warga kampung pemulung apakah sudah sesuai dengan konsep perilaku hidup sehat versi medis dan bagaimana warga kampung pemulung memaknainya. Dalam penerapannya, perilaku hidup sehat yang dimaknai oleh warga kampung pemulung memiliki perbedaan dengan konsep medis. Kesadaran dari dalam diri individu dalam menentukan tindakannya terkait pola hidup sehat inilah yang kemudian disebut dengan objektivasi.

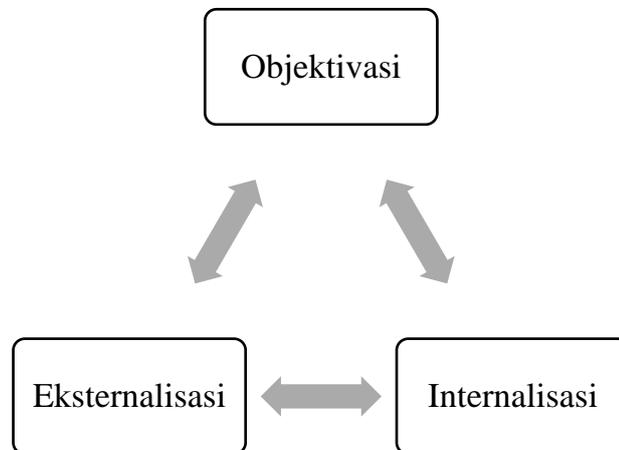
Kesadaran dari dalam diri individu warga kampung pemulung terkait perilaku hidup sehat merupakan hasil atau dampak dari proses eksternalisasi yang telah dijelaskan sebelumnya. Warga yang telah mendapatkan materi penyuluhan perilaku hidup sehat kemudian dapat mempertimbangkan dengan mulai

membentuk pola pikir terkait relevansi materi penyuluhan perilaku hidup sehat tersebut dengan dirinya sendiri maupun lingkungannya.

Proses Internalisasi

Dalam internalisasi, individu memposisikan diri sebagaimana lembaga atau organisasi sosial yang ia ikuti (Berger & Luckmann, 1990). Internalisasi merupakan peresapan kembali realitas oleh manusia dan mentransformasikannya kembali dari struktur- struktur dunia objektif ke dalam struktur-struktur kesadaran subjektif (Berger & Luckmann, 1994). Subjektivitas itu tersedia secara objektif bagi individu yang menginternalisasi dan memaknainya, baik yang memiliki kesesuaian makna maupun tidak antara kedua subjeknya. Selanjutnya apabila individu telah sampai pada proses internalisasi inilah baru dapat dikatakan sebagai anggota dalam masyarakat, melalui proses sosialisasi (Berger & Luckmann, 1990). Ada dua macam sosialisasi, yaitu: *Pertama*, sosialisasi primer merupakan sosialisasi pertama kali ketika individu dalam masa kanak-kanak. *Kedua*, sosialisasi sekunder merupakan proses selanjutnya ketika individu memasuki dunia objektif masyarakatnya.

Dalam hal ini penerimaan perilaku hidup sehat oleh individu warga kampung pemulung dalam pelaksanaannya dapat dikatakan sebagai internalisasi. Penerimaan itu tentu tidak serta merta merupakan konsep yang diberikan oleh medis. Jika sebelumnya pada proses eksternalisasi dan objektivasi, individu diberikan keleluasaan untuk memodifikasi dan menyesuaikan konsep perilaku hidup sehat dari medis dengan diri individu itu sendiri. Pada tahap internalisasi ini kenyataan itu diciptakan kembali oleh individu. Warga permukiman kampung pemulung yang awalnya tidak mengetahui konsep perilaku hidup bersih versi medis, kemudian setelah melalui tahap proses sosialisasi warga dapat memodifikasi kenyataan perilaku hidup sehat tersebut dalam bentuk dilaksanakan atau tidaknya materi penyuluhan tersebut. Selanjutnya pemodifikasian tersebut diciptakan kembali melalui kebiasaan (*habit*) yang dilakukan warga terkait perilaku hidup sehat.



Skema 1.1 Kerangka Konseptual Konstruksi Sosial (Berger & Luckmann)

1.5.2.2 Konsep Perilaku dan Perilaku Kesehatan

Konsep Perilaku

Menurut **Skinner** (dalam Ariadi, 2011), perilaku adalah respon atas rangsangan dari luar (stimulus). Apabila ditinjau menurut bentuk respon atas stimulus, maka perilaku dibedakan menjadi 2 yaitu:

- a) Perilaku tertutup (*covert behavior* atau *unobservable behavior*): yakni respon atas stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*covert*). Respon terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan/kesadaran, dan sikap
- b) Perilaku terbuka (*overt behavior*): yaitu respon atas stimulus dalam bentuk tindakan nyata (terbuka). Respon atas stimulus dalam bentuk tindakan atau praktik (*practice*) dan dapat dengan mudah diamati orang lain.

Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan adalah respon atas rangsangan (stimulus) yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, minuman, serta lingkungan. Perilaku kesehatan diklasifikasikan menjadi 3 yaitu:

- a) Perilaku pemeliharaan kesehatan (*health maintenance*): Usaha individu untuk memelihara kesehatan agar tidak sakit dan usaha penyembuhan jika sudah sakit.
- b) Perilaku penggunaan sistem/fasilitas pelayanan kesehatan atau perilaku pencarian pengobatan (*health seeking behavior*): Upaya atau tindakan individu pada saat menderita penyakit dan/atau kecelakaan. Upaya tersebut dapat berwujud mengobati diri sendiri hingga mencari layanan kesehatan.
- c) Perilaku kesehatan lingkungan: Tindakan individu dalam merespon lingkungan, baik fisik maupun sosial-budayanya agar lingkungan tidak berpengaruh buruk terhadap kesehatannya.

Klasifikasi perilaku kesehatan menurut **Becker** (dalam Ariadi, 2011):

- a) Perilaku hidup sehat (*health behavior*): Upaya untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya, meliputi; mengonsumsi makanan dengan menu seimbang (*appropriate diet*), olahraga teratur, tidak merokok, tidak mengonsumsi minuman keras dan narkoba, istirahat cukup, mampu mengendalikan stres, serta gaya hidup yang berdampak baik bagi kesehatannya.
- b) Perilaku sakit (*illness behavior*): Mencakup respon individu terhadap sakit dan penyakit, persepsinya terhadap sakit, pengetahuan tentang penyebab dan gejala sakit, pengobatan penyakit, dan sebagainya.
- c) Perilaku peran sakit (*the sick role behavior*): Merupakan peran yang mencakup hak-hak orang sakit dan kewajiban sebagai orang sakit. Hak dan kewajiban ini harus diketahui oleh pasien maupun orang terdekat (keluarga); tindakan untuk memperoleh kesembuhan,

mengetahui fasilitas atau sarana pelayanan kesehatan atau tempat penyembuhan penyakit yang layak, mengetahui hak pelayanan, dan mengetahui kewajiban pasien terhadap orang lain.

Dimensi/ Aktivitas Perilaku Kesehatan menurut **Alonso** (dalam Ariadi, 2011):

Menurut Alonso, perilaku kesehatan dapat dikategorikan dalam empat dimensi yaitu;

- i) Prevention, yang bertujuan meminimalisir resiko terkena penyakit, sakit, atau kecelakaan.
- ii) Detection, aktivitas mendeteksi penyakit sebelum symptom (gejala) muncul termasuk pemeriksaan medis.
- iii) Promotion, upaya mendorong dan mempersuasi individu untuk meningkatkan status kesehatan.
- iv) Protection, kegiatan protektif dilakukan lebih kepada tingkat masyarakat daripada individu. Termasuk dalam menciptakan lingkungan sehat, meliputi lingkungan fisik maupun sosial.

1.6 Metode Penelitian

1.6.1 Paradigma Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif yang bertujuan untuk mengamati, menganalisis, dan memahami realitas sosial, tidak hanya realitas yang nampak namun fenomena yang samar-samar atau bahkan dibalik yang tampak. Penelitian ini menekankan pada proses dan pemaknaan melalui pengumpulan data empiris, seperti pengamatan, wawancara, dan interaksi yang menggambarkan kebiasaan dan permasalahan yang terjadi dalam kehidupan individu dan masyarakat (Denzin & Lincoln, 2009). Peneliti menjadi instrumen kunci dalam mengumpulkan data empiris. Peneliti fokus terhadap makna yang disampaikan informan dengan merefleksikan peran sesuai dengan isu penelitian. Penelitian ini bersifat dinamis sehingga bisa jadi mengubah pertanyaan, strategi, dan/atau sasaran informan dari rencana awal (Denzin & Lincoln, 2009).

Pendekatan konstruksi sosial, memandang kesehatan bersifat dialektis. Kesehatan dipahami dalam realitas subjektif dan realitas objektif. Kesehatan dalam realitas subjektif merupakan pengetahuan yang dimiliki setiap individu dalam proses kehidupannya. Realitas objektif adalah kenyataan dan kebiasaan tindakan yang tertata dan dipahami oleh setiap individu dalam masyarakat. Kemudian, pengetahuan tentang kesehatan dapat berubah seiring dengan bertambahnya intensitas interaksi sosial pada lingkungan sekitarnya. Proses eksternalisasi menyebabkan individu melakukan objektivasi tentang pengetahuan kesehatan yang baru. Penyesuaian yang terjadi secara terus-menerus akan menciptakan sikap kesadaran berpikir yang sehat.

1.6.2 Batasan Konsep

Penelitian ini berfokus pada konstruksi sosial perilaku hidup sehat bagi masyarakat slum area (permukiman kumuh) di Keputih Tegal Selatan. Oleh karena itu, penelitian ini memiliki konsep sebagai berikut:

1. **Konstruksi Sosial:** Merupakan proses pemaknaan dan pemberian arti terhadap suatu realitas sosial. Proses memahami konstruksi sosial Berger dan Luckmann terdapat tiga momen (tipifikasi) yaitu eksternalisasi, objektivasi, dan internalisasi. Tipifikasi tersebut kemudian dapat dipahami bahwa konstruksi sosial merupakan suatu pemaknaan yang dilakukan oleh individu terhadap lingkungannya.
2. **Perilaku Hidup Sehat:** yaitu respon yang diberikan individu atas stimulus berupa sakit atau penyakit, pelayanan kesehatan, dan lingkungan. Pemaknaan sakit yang dimiliki oleh warga kampung pemulung. Upaya untuk mempertahankan kesehatan pada diri sendiri dan upaya pencarian pengobatan (*health seeking*) individu ketika mengalami kondisi sakit.
3. **Slum Area:** Merupakan kondisi lingkungan dan rumah yang tidak layak huni baik secara fisik maupun sosial. Permukiman kumuh banyak dihuni oleh masyarakat migran yang mengandalkan pekerjaan informal dan kasar serta tanpa pelatihan keterampilan yang memadai. Dalam hal ini peneliti memilih kampung pemulung sebagai setting penelitian.

1.6.3 Setting Sosial

Adapun lokasi penelitian yang dilakukan berada di permukiman warga miskin. Warga sebagian besar memiliki bahan utama bangunannya yaitu kayu dan atapnya berupa asbes atau seng. Permukiman kumuh ini terdapat di kawasan Surabaya timur, tepatnya di Keputih Tegal Selatan bekas Tempat Pembuangan Akhir (TPA) sampah sebelum dipindahkan ke TPA Benowo. Mayoritas penduduk berasal dari luar Kota Surabaya. Permukiman warga dapat dikatakan tidak layak huni dan kurang mendukung dalam hal kesehatan.

Permukiman yang dihuni oleh pengumpul sampah (pemulung) plastik, kardus, dan kaleng ini mendiami lokasi tersebut turun-temurun. Kondisi lingkungan yang tidak layak dapat kita lihat ketika melewati area permukiman tersebut. Warga sekitar tidak jarang mengeluhkan bau yang menyengat ketika hujan tiba dan angin menyebarkan aromanya.

1.6.4 Penentuan Informan

Penentuan informan dalam metode penelitian kualitatif berupaya menjangkau sebanyak-banyaknya informasi dari berbagai sumber yang berkaitan dengan konteks penelitian (Moleong, 2013). Sehingga ketepatan dalam menentukan informan akan menentukan juga ketepatan data. Penentuan informan secara *purposive* yaitu menentukan informan secara sengaja yang telah ditentukan peneliti berdasarkan kriteria-kriteria tertentu.

Dalam penelitian ini didapatkan delapan informan, dengan empat informan warga asli kampung pemulung dan empat informan pendukung seperti Ketua RT, Kader Lansia, Tukang Pijat, dan Dokter.

1. Informan NR

Informan pertama yang saya temui adalah ibu NR. Awal pertemuan dengan ibu NR ini ketika peneliti melakukan observasi pertama kali ke kampung pemulung di keputih tegal selatan. Ibu NR pernah berurusan dengan Rumah Sakit hingga mengeluarkan biaya cukup mahal ketika persalinan dengan operasi caesar. Ibu NR melakukan operasi caesar karena darah tinggi dan kejang-kejang saat akan melaksanakan persalinan. Ibu NR ini berusia 34 tahun yang memiliki tiga anak; anak yang pertama laki-laki bernama Wahyu berusia 12 tahun dan duduk di kelas enam sekolah dasar, anak keduanya perempuan bernama Ajeng berusia 8 tahun dan duduk di kelas dua sekolah dasar, dan yang terakhir laki-laki bernama Putra masih berusia 9 bulan. Anak pertama dan anak kedua belajar di bangku sekolah yang sama yaitu SD Islam Yapita, Keputih. Ibu NR adalah pemilik toko kelontong yang menjual beberapa macam kebutuhan pokok seperti mie instan, minyak, dan

gula serta makanan dan minuman ringan lainnya. Toko yang dimiliki ibu NR ini berjualan dalam skala kecil. Toko yang dimiliki oleh ibu NR merupakan satu-satunya yang ada pada kampung tersebut. Ibu NR juga membantu suaminya membersihkan hasil rongsokan di rumahnya. Ibu NR menikah di usia cukup muda yaitu pada usia 20 tahun. Namun, menurut penuturannya umurnya saat itu sudah tergolong “Perawan Tua” dalam kultur budaya yang dianut oleh ibu NR. Ibu NR merupakan keturunan suku madura. Orang tua ibu NR asli Bangkalan, Madura juga tinggal dan menetap di kampung pemulung sejak masih muda kedua orang tuanya sudah bekerja sebagai pemulung rongsokan di Surabaya. Pendidikan terakhir ibu NR adalah Madrasah Ibtidaiyah atau tamatan sekolah dasar (SD).

2. Informan SA

Informan kedua yaitu pak SA. Awal pertemuan kami yaitu pada saat saya hari kedua setelah observasi hari pertama dengan ibu NR. Pada saat itu ketika saya bersepeda kemudian pak SA kebetulan sedang duduk santai di toko milik ibu NR. Pak SA ini bekerja sebagai pemulung. Pak SA berdomisili di Probolinggo. Pak SA berusia 46 tahun dan memiliki 5 orang anak dimana kelima anaknya sudah bekerja. Sama halnya dengan bu NR, pak SA menikah pada usia yang cukup muda yaitu 17 tahun. Kelima anaknya ini memiliki pendidikan paling tinggi yaitu pada SMK. Anak pertama dan kedua pak SA ini hanya lulusan SD bekerja serabutan di Sidoarjo, anak ketiga perempuan tidak bekerja karena ikut dengan suaminya, dan anak keempat dan kelima pak SA ini sedang duduk di bangku SMK di Probolinggo bersama istri pak SA. Istri pak SA juga bekerja untuk membantu melanjutkan kehidupannya dan kedua anaknya yang masih sekolah sebagai buruh pabrik. Pak SA sudah 20 tahun pindah ke Surabaya untuk bekerja sebagai pemulung rongsokan. Pak SA jarang pulang kampung yaitu 3-5 bulan sekali karena tidak memiliki uang untuk pulang kampung. Pak SA sebelumnya merupakan buruh tani di kampung halamannya yaitu Probolinggo kemudian karena tanah garapannya semakin sedikit yang disebabkan oleh pembangunan pabrik-pabrik sehingga sempat menganggur.

3. Informan FA

Informan selanjutnya yaitu ibu FA. Awal pertemuan kami yaitu diarahkan oleh ibu NR ketika saya berkunjung untuk yang ketiga kalinya dengan beliau. Pendidikan terakhir Ibu FA adalah tidak tamat sekolah dasar. Ibu FA ini merupakan ibu dengan 2 anak. Anak pertama ibu FA perempuan berusia 17 tahun bernama Ayu dan anak kedua laki-laki bernama Bayu berusia 8 tahun. Anak pertamanya sudah menikah dan anak kedua masih duduk di bangku Sekolah Dasar. Ibu FA sehari-hari bekerja membersihkan barang-barang hasil rongsokan yang telah dikumpulkan oleh suaminya. Bersama dengan suaminya membersihkan botol plastik, kaleng bekas, kardus bekas untuk kemudian dijual kepada pengepul sampah. Ibu FA ini ternyata masih saudara dengan ibu NR, beliau adalah adik iparnya ibu NR. Kedua orang tuanya merupakan warga asli Probolinggo. Menikah di usia 15 tahun dan melakukan persalinan pertama kali pada usia 17 tahun. Ibu FA bekerja membantu suaminya di bagian membersihkan rongsokan (botol/gelas plastik, kardus, seng, dlsb). Kedua anaknya berhenti ASI pada usia yang sama yaitu 5 bulan kemudian diganti dengan susu kaleng pengganti ASI dan diselingi dengan air gula.

4. Informan RO

Informan selanjutnya adalah Ibu RO. Awal mula pertemuan kami adalah ketika saya wawancara dengan ibu FA. Setelah saya dan bu FA berbincang, saya langsung meminta kesediaan bu RO untuk saya wawancarai keesokan harinya karena saat itu sudah pukul 20.30 malam, sehingga kurang etis sekiranya bertamu di waktu-waktu istirahat. Ibu RO sudah berada di depan rumahnya sambil menggendong anak keduanya bernama Rizal yang berusia 1 tahun 3 bulan. Ibu RO memiliki 2 orang anak dan melahirkan dengan operasi caesar. Ibu RO adalah ibu rumah tangga yang sehari-hari membantu suaminya untuk membersihkan sampah. Ibu RO memulai beraktivitas pukul 04.30 untuk sholat subuh dan mengurus anak pertamanya yang akan berangkat sekolah. Anak pertama ibu RO bernama Afif yang berusia 4

tahun. Afif saat ini sedang berada di kelas TK 0 kecil. Kemudian, ibu RO memandikan kedua anaknya sebelum memulai aktivitas, sedangkan suami bu RO sudah sejak pagi bekerja mencari sampah di perumahan-perumahan seperti pakuwon dan wisma permai. Penghasilan beliau tidak tentu, besarnya uang yang didapatkan sesuai dengan perolehan sampah plastik, kardus, dan kaleng dari suami. Kegiatan sehari bu RO yaitu membersihkan sampah plastik dan mengumpulkannya untuk kemudian dijual ke pengepul sampah plastik. Ibu RO mengeluhkan bahwa saat ini harga rongsokan mulai turun tidak seperti yang dulu. Berbanding terbalik dengan harga-harga kebutuhan pokok yang kian melonjak. Ibu RO untuk mempertahankan kehidupannya, beliau menjual jajan gorengan di warung depan rumahnya. Warung yang bu RO buat merupakan warung yang kecil, hanya terdapat 1 tempat gorengan (sosis, tempura, cireng), 1 buah kompor gas, dan diletakan di sebuah meja. Dengan usaha yang demikian akan menambah pemasukan keluarga.

5. Informan RI

Informan selanjutnya yaitu bapak RI. Awal mula saya bertemu dengan beliau yaitu dari informasi yang disampaikan oleh ibu NR bahwa ketua RT kampung tersebut adalah bapak RI. Selain itu dari pihak kelurahan ketika saya minta izin penelitian juga diarahkan untuk bertemu dengan bapak RI sebagai ketua RT. Pak RI berusia 57 tahun dan memiliki 3 orang anak; anak pertamanya laki-laki yang sudah menduduki bangku perkuliahan di Institut Teknologi Sepuluh Nopember (ITS) jurusan Sistem Perkapalan, anak keduanya perempuan yaitu kelas 2 SMA di Surabaya, dan anak terakhirnya juga perempuan yaitu kelas 3 SMP di Surabaya. Pak RI ini sudah menjabat sebagai ketua RT selama 20 tahun. Tiga periode awal yaitu menjabat sebagai ketua RT kemudian dilanjutkan sebagai wakil ketua RW satu periode, periode selanjutnya menjadi ketua RW, dan tiga periode selanjutnya pak RI kembali menjabat sebagai ketua RT 02/RW 08 Keputih tegal selatan. Selain itu pak RI merupakan karyawan honorer di Fakultas Teknik Kelautan, ITS dan pemilik kantin di tempat ia bekerja. Pak RI

mengetahui banyak hal terkait sejarah dan kondisi warga kampung pemulung sejak masih aktifnya Tempat Pembuangan Akhir (TPA) Keputih hingga saat ini. Konflik yang pernah terjadi pada warga yang pro pemindahan TPA dengan warga pemulung yang menolak pemindahan TPA. Kondisi warga terkait kesadaran terhadap kesehatan juga beliau memahami, berdasarkan antusias warga dalam menghadiri kegiatan-kegiatan yang bersifat menjaga dan merawat kesehatan baik dari lembaga kesehatan maupun dari mahasiswa. Dalam akhir pertemuan kami, beliau menanyakan dimana tempat tinggal saya. Ternyata pak RI adalah teman bermain voli ayah saya ketika sama-sama masih muda dulu di keputih, bahkan hingga saat ini ketika ada pertandingan dies natalis ITS masih sering bertemu antara FTI tempat ayah saya bekerja dan FTK tempat pak RI bekerja.

6. Informan NI

Informan ibu NI merupakan salah satu kader yang ada di kampung tersebut. Awal mula kami bertemu yaitu pada saat setelah berkunjung ke rumah pak RI. Pak RI mengarahkan saya untuk menuju kediaman ibu NI sebagai kader lingkungan yang mengurus masalah yang saya tanyakan. Ibu NI merupakan kader balita dan lansia RT 02 Keputih tegal selatan. Ibu NI berusia 52 tahun dan sudah memiliki cucu. Ibu NI sudah menggeluti kegiatan kader ini lebih dari 20 tahun. Pada usia 45 tahun ibu NI juga memasuki usia lansia sehingga selain menjadi kader ibu NI juga bagian dari anggota lansia RT 02. Ibu NI menyatakan bahwa kegiatan posyandu balita dilaksanakan 2 kali selama satu bulan di balai RT 02 dan kegiatan posyandu lansia dilaksanakan setiap sebulan satu kali dilaksanakan bergilir di tiap RT. Ibu NI menyatakan kalau hambatan kegiatan lansia ini masih sedikit antusias warganya, alasannya berbagai macam mulai dari malu karena kebiasaan warga yaitu menggunakan sarung sedangkan ketika kegiatan lansia diwajibkan menggunakan pakaian olahraga hingga alasan tidak ada konsumsinya. Ibu NI juga menyampaikan hambatannya dalam kegiatan posyandu balita terkait antusias warga yang kurang.

7. Informan SU

Informan pak SU merupakan salah satu tukang pijat yang kondang di kampung tersebut. Awal mula pertemuan kami yaitu disarankan oleh bu NI terkait pola pengobatan warga di kampung pemulung. Pak SU berusia 40 tahun dan memiliki satu orang anak yang bernama Putri yang sedang duduk di bangku kelas 4 sekolah dasar. Anak semata wayangnya ini memiliki beberapa prestasi di bidang olahraga karate. Sejak kecil Putri diikutkan kursus karate di teman ibunya, hingga saat ini Fitri terus mengikuti turnamen atau kejuaraan karate tingkat nasional junior. Pak SU dan istri sebenarnya dikaruniai satu orang anak lagi, namun meninggal sejak di kandungan (keguguran). Pak SU sebelum menjadi tukang pijat yaitu bekerja di CP Penyapuan jalan selama 5 tahun. Pak SU mendapatkan kemampuan memijat urat yaitu turunan dari bapaknya yang bekerja sebagai tukang pijat urat juga. Pak SU menuturkan bahwa warga sekitar sering memanfaatkan jasanya untuk melakukan pengobatan ketika pegel linu, mual, dan sakit kepala. Pak SU juga dapat memijat orang dengan keluhan penyakit *stroke*. Pak SU tidak mematok harga pasti untuk membayar jasanya terhadap warga. Uang yang diberikan kepada pak SU juga bervariasi sesuai dengan kondisi perekonomian warga. Apabila pasiennya adalah warga kampung pemulung biasanya pak SU diberikan Rp. 10.000 hingga Rp. 20.000 dan apabila pasiennya berasal dari kalangan menengah ke atas maka bisa mendapatkan hingga Rp. 100.000 dalam sekali datang.

8. Informan NA

Informan dokter NA merupakan seorang dokter. Dokter NA merupakan dokter swasta yang menjadi rujukan paling sering oleh warga sekitar keputih selain puskesmas. Dokter NA juga pernah bekerja di puskesmas selama 3 tahun kontrak. Setelah 3 tahun selesai kontrak beliau mendirikan praktik kecil-kecilan tidak jauh dari puskesmas keputih, yaitu di Jl. KH. Ahmad Dahlan. Dokter NA berusia 51 tahun dan memiliki suami sebagai dokter spesialis bedah saraf. Dokter NA memiliki 4 orang anak dimana

anak pertama dan keduanya juga seorang dokter dan anak ketiga dan keempatnya masih bersekolah tingkat SMA. Dokter NA ini sudah bekerja di lingkungan warga keputih selama kurang lebih 25 tahun, sehingga dapat memahami bagaimana penyakit yang dialami warga keputih ketika masih ada Tempat Pembuangan Akhir (TPA) hingga saat ini.

Tabel 1.2 Informasi Umum Informan

INFORMAN	USIA	PENDIDIKAN	PEKERJAAN	PENGHASILAN
NR	36	SD	Pemulung	+/- 800 ribu
SA	65	Tidak Sekolah	Pemulung	+/- 400 ribu
FA	42	SD	Pemulung	+/- 500 ribu
RO	28	SD	Pemulung	+/- 800 ribu
SU	40	SD	Tukang Pijat	+/- 3 juta
NI	50	SMP	Kader Posyandu Balita & Lansia	-
RI	57	SMK	Ketua RT	+/- 5 juta
NA	51	Pendidikan Dokter Umum	Dokter	(tidak berkenan disebutkan)

1.6.5 Metode Pengumpulan Data

Peneliti menggunakan beberapa pendekatan pengumpulan data. Pengumpulan data awal peneliti menggunakan jenis Observasi yang bertujuan untuk mengetahui perilaku dan aktivitas masyarakat di lokasi penelitian. Peneliti mengajukan beberapa pertanyaan yang umum dan bersifat *open-ended*. Jenis pengumpulan data observasi ini memungkinkan informan bebas memberikan pandangannya terhadap peneliti. Jenis pengumpulan data selanjutnya yaitu *Indepth Interview* atau wawancara mendalam bertujuan untuk menggali informasi dari informan jauh lebih lengkap dan mendalam. Peneliti dapat bertatap muka (*face-to-face*) dengan informan sehingga lebih memahami kondisi informan.

Jenis pengumpulan data terakhir yaitu dengan merekam Audio Wawancara yang dilakukan dengan informan. Peneliti dapat mengulas kembali wawancara yang dilakukan dengan informan secara lengkap. Peneliti juga dapat mengajukan pertanyaan wawancara kepada informan lebih luwes dan terperinci. Data yang telah didapat dari informan kunci kemudian dilanjutkan dengan metode *Snowball* yaitu dengan bertanya kepada informan yang memiliki konteks dalam penelitian, sehingga mampu melengkapi dan memperdalam hasil penelitian ini.

1.6.6 Metode Analisis

Secara garis besar analisis data yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan metode yang bersifat induktif dan dalam bentuk narasi. Tahapan dalam mengumpulkan data penelitian, peneliti memulainya dengan observasi awal yang dilakukan di lokasi penelitian konstruksi pola hidup sehat terjadi. Peneliti melakukan pengumpulan data informan yang masuk dalam kriteria. Penelitian ini berlangsung sampai data yang diperoleh mengalami kejenuhan atau data mengalami pengulangan informasi yang diberikan dari beberapa informan sehingga pengumpulan data dihentikan. Pengumpulan data yang diperoleh berupa hasil dari apa yang dilihat dan didengar, baik dalam percakapan secara langsung atau dari hasil rekaman, khususnya pada percakapan wawancara mendalam (*indepth interview*) yang diolah dalam bentuk percakapan tulisan (*transcript*).