

**PENGARUH KARAKTERISTIK KELUARGA TERHADAP
TINDAKAN PENCARIAN PENGOBATAN BAYI
DI KECAMATAN KLAMBU
KABUPATEN GROBOGAN**



Tesis

Untuk memenuhi sebagian persyaratan
mencapai derajat Sarjana S – 2

Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat

Oleh:

Sugiyanto

NIM: E4A 000 113

**PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO SEMARANG
NOPEMBER 2002**

PENGESAHAN TESIS

Yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa tesis yang berjudul :
**Pengaruh Karakteristik Keluarga terhadap Tindakan Pencarian Pengobatan Bayi
di Kecamatan Klambu Kabupaten Grobogan**

Yang dipersiapkan dan disusun oleh :
Sugiyanto
NIM : E4A 000 113
Konsentrasi : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji pada tanggal 16 Desember 2002
dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima.

Pembimbing Utama

Pembimbing Anggota



Dra. Ayun Sriatmi, M.Kes.
NIP. 131 958 815



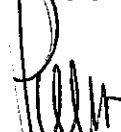
dr. Bagoes Widjanarko, M.PH.
NIP. 131 962 236

Penguji



Sri Tjahjowati, S.KM., M.Kes.
NIP. 140 130 774

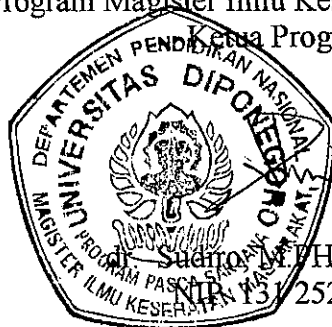
Penguji



dr. Anneke Suparwati, M.PH
NIP. 131 610 340

Semarang, 20 Desember 2002

Universitas Diponegoro
Program Pasca Sarjana
Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Kesehatan Program



Sugiyanto, M.PH, DR (PH)
NIP. 131 252 965

PERNYATAAN

Penelitian ini benar-benar saya lakukan sendiri setelah terlebih dahulu mendapat persetujuan proposalnya oleh pembimbing dan penguji. Didalam pelaksanaannya saya telah mendapat ijin tertulis dari Kantor Kesatuan bangsa dan Perlindungan Masyarakat Propinsi Jawa Tengah dan Kantor Kesatuan Bangsa dan Perlindungan Masyarakat Kabupaten Grobogan, serta mendapat ijin dari Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Grobogan. Sebelum memasuki kecamatan, puskesmas dan desa saya menghadap untuk mendapatkan ijin dari birokrat yang berangkutan. Penelitian ini tidak mencontoh penelitian yang sudah ada, tidak melakukan manipulasi hasil dan tidak ada tekanan untuk menampilkan hasil-hasil tertentu. Sumber-sumber data yang kami peroleh telah terlebih dahulu saya minta persetujuannya untuk secara sukarela memberikan informasi yang sebenarnya. Hasil-hasil wawancara saya sertakan identitas responden dan substansinya.

Purwodadi, 22 Oktober 2002

Sugiyanto.

MOTTO

*Sesungguhnya Allah tidak akan merubah suatu kaum,
kecuali kaum itu yang berusaha merubah nasibnya sendiri.*

*Evaluasilah apa yang telah kau kerjakan kemarin,
Kerjakanlah dengan sempurna apa yang harus diselesaikan hari ini,
Rencanakan apa yang harus dikerjakan besok.*

*Hari ini harus lebih baik dari kemarin,
Besok harus lebih baik dari hari ini.*

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Sugiyanto
Tempat, Tanggal lahir : Batang, 14 Pebruari 1963
Agama : Islam
Alamat : Jl. TM. Pahlawan Gg. Amarta II No. 12 Purwodadi
Grobogan 58111

A. Riwayat Hidup

1. Tahun 1975, lulus Sekolah Dasar Negeri Madugowongjati, Kecamatan Tersono, Kabupaten Batang.
2. Tahun 1978, lulus SMP Pemda Tersono, Batang.
3. Tahun 1981, lulus SMA Negeri Batang.
4. Tahun 1983, lulus Sekolah Pembantu Ahli Gizi (SPAG) Pekalongan.
5. Tahun 1995, lulus Pendidikan Ahli Madya (PAM) Gizi di Malang.
6. Tahun 2001, lulus Fakultas Kesehatan Masyarakat (FKM) UNDIP Semarang.
7. Tahun 2001 sampai sekarang menjadi mahasiswa Program Pasca Sarjana UNDIP Semarang, program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat.

B. Riwayat Pekerjaan

1. Tahun 1985 – 1986, staf Sub-seksi gizi pada Seksi Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Dinas Kesehatan Kabupaten Grobogan.
2. Tahun 1986 – 1992, pelaksana gizi Puskesmas Toroh I, Kabupaten Grobogan.
3. Tahun 1996 – 1999, tenaga pelaksana gizi pada Dinas Kesehatan Kabupaten Grobogan.

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah swt. yang maha pengasih dan maha penyayang atas berkah dan ridho-Nya sehingga dapat menyelesaikan tesis ini tepat pada waktunya.

Dalam penyusunan tesis ini, penulis tidak lepas dari bimbingan, ujian dan dorongan dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Dra. Ayun Sriatmi, M.Kes. selaku pembimbing utama dan sekaligus penguji tesis.
2. dr. Bagoes Widjanarko, M.PH. selaku pembimbing pendamping dan dosen penguji tesis.
3. dr. Anneke Suparwati, M.PH. selaku dosen penguji tesis.
4. Ibu Sri Tjahjowati, SKM., M.Kes. selaku dosen penguji tesis.
5. dr. H. Singgih Pudjirahardjo, selaku Kepala dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Grobogan, yang memberikan ijin tempat penelitian.
6. drg. Robby Hartono, selaku Kepala Puskesmas Klambu yang merupakan lokasi penelitian.
7. dr. Budi Setiawan, selaku Ymt. Kepala Puskesmas Klambu yang memberikan arahan teknis pelaksanaan penelitian di lapangan.
8. Karyawan Puskesmas Klambu yang telah memberikan bantuan teknis pelaksanaan penelitian dilapangan.
9. Teman-teman yang selalu memberikan semangat, membantu penyusunan proposal, pelaksanaan, pengolahan data dan diskripsi hasil penelitian.

Semoga Allah swt. memberikan imbalan pahala yang sepadan dengan amalnya. Dan penulis berharap tesis ini dapat memberikan manfaat pada pihak-pihak yang berkepentingan.

Semarang, Desember 2002

Penulis

Sugiyanto

ABSTRACT

Sugiyanto

THE CORRELATION BETWEEN FAMILY'S CHARACTERISTICS AND MEDICAL TREATMENT
SEEKING OF BABY IN SUB DISTRICT KLAMBU OF DISTRICT GROBOGAN

Base on the "Healthy Profile" annually report of Grobogan Health Office has IMR 17.5 per 1.000 life birth in the year 2.000. In Grobogan there are many variation of IMR among the sub districts. Sub district of Klambu has the highest infants mortality 24 of 613 life birth, but the baby's visited to Public Health Center are lowers (5,8%) compare with the others.

To clearly the baby's health problems we conducted interview to health employees that the result are the babies usually will find the medicine but they are fragmented to health workers and traditional healers. Usually they will come to traditional healer if their foetus handled by traditional healer, but if their delivery handled by midwife they will come to midwife for the first aid. Interview to a group of baby's mothers who had variation of age, education level, job, economic status and medical experience found that almost half of them went to traditional healer for the first

This research was conducted to find out the correlation between family's characteristic and the first medical treatment seeking. This is a descriptive study using the cross sectional approach. 214 respondents of all villages in sub district of Klambu were taken with simple random sampling procedure. Data were collected by questioners and completed by interview to baby's mothers, cadre and health employee. Hypothesis test used *Contingency and Logistic Regression*.

The result show that the babies got sick in a last month period are 80,8%. The 96,5% took effort against disease and 3,5% didn't do anything. 51,5% went to modern healer, consist of public health center (PHC) 12%, posyandu 4,2%, midwife 21%, doctor practice 9,0%, clinic 2,4%, paramedical practice 1,8% and hospital 1,2%. As much as 48,5% babies visited to traditional healers, they were consist of traditional midwife 35,3%, taken drug by themselves 8,4%, traditional healer 2,4% and taken traditional medicine by themselves 2,4%. The characteristic respondents are ages, educational level, job, type of family, income, disease perception, modern medical perception, modern medical experience and social support of modern medical. The weak correlation occurred between job and the first medical treatment ($C = 0,261$). The disease perception, modern medical perception and modern medical experience have strongly enough correlation with the first medical treatment ($C = 0,316$, $C = 0,364$, $C = 0,349$). The weak correlation also occurred between job and disease perception with the first use of drug ($C = 0,225$, $C = 0,244$). But the strongly enough correlation occurred between modern medical perception with the first use of drug ($C = 0,316$) and modern medical experience with the first use of drug ($C = 0,363$). Result from the logistic regression analysis just one variable useable to complete the regression model. Prediction of using the health worker is 0,772 modern medical experience, and modern drug is 0,795 modern medical experience.

It need to increase using of health worker and modern good drug distribution of health workers with enough medicine. It also need to decrease the risk of traditional treatment with well coordination between health workers and traditional healers.

Key words: Family's characteristic, modern medical treatment, traditional healer.

Bibliography : 69 (1983 – 2002).

ABSTRAKSI

Sugiyanto

PENGARUH KARAKTERISTIK KELUARGA TERHADAP TINDAKAN PENCARIAN
PENGOBATAN BAYI DI KECAMATAN KLAMBU KABUPATEN GROBOGAN

Profil Kesehatan Kabupaten Grobogan tahun 2000 mencatat AKB sebesar 17.5 per 1.000 kelahiran hidup. Diantara kecamatan dalam Kabupaten terdapat perbedaan besar dan kecamatan Klambu memiliki AKB tertinggi yaitu 24 dari 613 kelahiran hidup, tetapi kunjungan bayi ke puskesmas rendah (5,8%) dibanding puskesmas lain.

Untuk memperjelas permasalahan yang ada maka dilakukan wawancara pada petugas kesehatan dan diperoleh keterangan bahwa bayi akan berobat pada dukun jika persalinannya ditolong oleh dukun bayi, tetapi jika persalinannya ditolong oleh tenaga kesehatan maka pengobatan pertama bila sakit pada pengobatan moderen. Wawancara pada ibu bayi dengan berbagai tingkat umur, pendidikan, pekerjaan, status ekonomi dan pengalaman pengobatan yang berbeda menemukan hampir separoh mencari pengobatan tradisional pada pengobatan pertama.

Penelitian ini dimaksudkan untuk mengetahui pengaruh karakteristik keluarga terhadap tindakan pertama pencarian pengobatan bayi. Studi diskriptif dengan pendekatan Cross sectional. Sampel 214 keluarga bayi yang dipilih secara random sederhana dari 581 keluarga bayi di kecamatan Klambu. Responden adalah ibu bayi, dan data diperoleh menggunakan kuesioner yang dilengkapi dengan wawancara dengan ibu bayi, kader dan petugas kesehatan. Uji hipotesis menggunakan analisis koefisien Kontingensi dan Regresi Logistik.

Hasil peneilitian mencatat 80,8% bayi sakit dalam satu bulan terakhir. 96,5% mencari pengobatan dan 3,5% tidak berobat. 51,5% mencari pengobatan moderen terdiri dari puskesmas 12%, posyandu 4,2%, bidan 21%, dokter praktek swasta 9,0%, klinik 2,4%, perawat praktek 1,8% dan rumah sakit 1,8%. Sebanyak 48,5% mencari pengobatan tradisional terdiri dari dukun bayi 35,5%, memberi obat sendiri 8,4%, dukun sembur 2,4% dan mengobati sendiri dengan obat tradisional 2,4%. Karakteristik keluarga meliputi umur ibu, pendidikan ibu, besar keluarga, pendapatan dan dukungan sosial tidak berhubungan dengan tindakan pertama pengobatan bayi. Ada pengaruh lemah antara pekerjaan ibu dengan tindakan pertama pengobatan bayi ($C=0,261$). Pengaruh cukup kuat terjadi antara persepsi penyakit dengan tindakan pengobatan pertama ($C=0,319$), persepsi tentang pengobatan moderen dengan tindakan pertama pengobatan ($C=0,364$), dan pengalaman pengobatan moderen dengan tindakan pertama pengobatan ($C=0,349$). Pengaruh lemah juga terjadi antara pekerjaan ibu dan persepsi tentang penyakit dengan jenis obat pertama dimanfaatkan ($C=0,225$, $C=0,244$). Pengaruh cukup kuat terjadi antara persepsi pengobatan moderen dan pengalaman pengobatan moderen dengan jenis obat yang pertama dimanfaatkan ($C=0,316$, $C=0,363$). Uji regresi logistik menunjukkan pengalaman pengobatan moderen dapat memprediksi jenis pengobat dan obat yang pertama dimanfaatkan. Prediksi berobat pada tenaga kesehatan adalah 0,772 pengalaman pengobatan moderen dan prediksi menggunakan obat moderen adalah 0,795 pengalaman pengobatan moderen.

Untuk meningkatkan pengobatan pada tenaga kesehatan dan penggunaan obat moderen perlu ada distribusi tenaga kesehatan pada semua desa dengan menyediakan obat yang memadai. Untuk mengurangi resiko pengobatan tradisional maka perlu ada wadah koordinasi antara tenaga kesehatan dan pengobat tradisional.

Kata kunci: Karakteristik keluarga, tindakan pengobatan moderen, pengobatan traditional.
Bibliografi : 69 (1983 – 2002).

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Lembar Pernyataan	ii
Persembahan	iii
Motto	iv
Daftar Riwayat Hidup	v
Kata Pengantar	vi
Abstraksi	vii
Daftar Isi	viii
Daftar Tabel	ix
Daftar Lampiran	x
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah	6
C. Keaslian Penelitian	7
D. Manfaat Penelitian	9
E. Tujuan Penelitian	9
F. Lingkup Penelitian	11
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Sehat dan Sakit	12
B. Pelayanan Kesehatan	16
C. Jenis Pelayanan Kesehatan	19
D. Mutu Pelayanan Kesehatan	30
E. Kebutuhan Pelayanan Kesehatan	33
F. Persepsi Pelayanan Kesehatan	35
G. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	38
H. Karakteristik Keluarga	44
I. Landasan Teori	51
BAB III METODA PENELITIAN	
A. Kerangka Konsep	52
B. Hpotesis	52
C. Variabel Penelitian	53
D. Definisi Operasional	54
E. Jenis Penelitian	60
F. Lokasi Penelitian	60
G. Populasi	60
H. Sampel	60
I. Responden dan Unit Analisis	61
J. Pengumpulan Data	61
K. Tenaga Peneliti	63
L. Pengolahan Data	63

BAB IV HASIL PENELITIAN	
A. Pelaksanaan Penelitian	66
B. Gambaran Umum Wilayah	66
C. Sampel Penelitian	75
D. Karakteristik Responden	84
E. Tindakan Pengobatan Bayi	91
F. Analisa Bivariat	93
G. Keeratan Hubungan	108
H. Analisa Multivariat	110
BAB V PEMBAHASAN	
1. Kesakitan Bayi	114
2. Pengobatan Bayi	116
3. Umur Ibu	133
4. Pendidikan	135
5. Pekerjaan	138
6. Besar Keluarga	139
7. Pendapatan	141
8. Persepsi tentang Penyakit	144
9. Persepsi tentang Pengobatan Moderen	146
10. Pengalaman Pengobatan Moderen	149
11. Dukungan Sosial Pengobatan Moderen	152
12. Keeratan Hubungan	153
13. Prediksi	154
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	
1. Kesimpulan	155
2. Saran	156

Daftar Pustaka

Lampiran :

1. Quesioner
2. Diskripsi hasil wawancara
3. Uji Statistik
4. Peta Wilayah Kecamatan Klambu
5. Surat Rekomendasi

DAFTAR TABEL

<u>Tabel</u>	<u>Isi Tabel</u>	<u>Halaman</u>
4.1	Distribusi Penduduk Perdesa Puskesmas Kecamatan Klambu	68
4.2	Distribusi Gakin per Desa di Wilayah Puskesmas Klambu	68
4.3	Proporsi Penduduk per Kelompok Umur	69
4.4	Distribusi Pendidikan Penduduk	70
4.5	Distribusi Pekerjaan Penduduk	70
4.6	Sarana Pelayanan Pengobatan Bayi di Wilayah Puskesmas Klambu .	71
4.7	Praktek Pengobatan Bayi Swasta “Solo Practice” di Wilayah Puskesmas Klambu	72
4.8	Perkiraan Jumlah Bayi di Puskesmas Klambu tahun 2002	72
4.9	Jumlah Penderita rawat Jalan Puskesmas Klambu 2002	73
4.10	Jenis Penyakit Bayi Penderita Rawat Jalan Puskesmas Klambu 2002	73
4.11	Distribusi Populasi dan Sampel Perdesa	75
4.12	Distribusi Kesakitan Bayi Sampel	76
4.13	Distribusi Pengobatan bayi Sakit Perdesa	77
4.14	Distribusi Umur Bayi	78
4.15	Distribusi Frekuensi Tanda/ keluhan Sakit Bayi	79
4.16	Distribusi Frekuensi Sakit Bayi Berdasar Jumlah Tanda/keluhan Sakit	79
4.17	Distribusi Lama Sakit Bayi	80
4.18	Distribusi Penolong Persalinan	80
4.19	Distribusi Jenis Organisasi yang Diikuti Ibu	81
4.20	Distribusi Pengambil Keputusan Pengobatan.....	81
4.21	Distribusi Hari Pengobatan Pertama Bayi Sakit	82
4.22	Distribusi Frekuensi Hari Pengobatan Pertama Bayi Sakit	82
4.23	Distribusi Frekuensi Pengobatan Bayi	83
4.24	Distribusi Frekuensi Tindakan Pengobatan Bayi	83
4.25	Distribusi Biaya Kesehatan Keluarga.....	84
4.26	Distribusi Hasil Pengobatan Pertama	84
4.27	Distribusi Kelompok Umur Ibu	84
4.28	Distribusi Tingkat Pendidikan Ibu	85
4.29	Distribusi Pekerjaan Ibu	85

4.30	Distribusi Jumlah Anak dalam Keluarga	86
4.31	Distribusi Besar Keluarga	86
4.32	Distribusi Tingkat Pendapatan Perkapita Keluarga	87
4.33	Distribusi Tingkat Persepsi Ibu tentang Penyakit	88
4.34	Distribusi Tingkat Persepsi Ibu tentang Pengobatan Moderen	89
4.35	Distribusi Tingkat Pengalaman Ibu tentang Pengobatan Moderen	90
4.36	Distribusi Dukungan Pengobatan Moderen	91
4.37	Distribusi Pengobat yang Pertama Dimanfaatkan	91
4.38	Jenis Pengobat yang Pertama Dimanfaatkan	92
4.39	Jenis Obat yang Digunakan dalam Pengobatan Pertama	92
4.40	Hubungan Kelompok Umur Ibu dengan Pengobat yang Pertama Dimanfaatkan	93
4.41	Hubungan Tingkat Pendidikan Ibu dengan Pengobat yang Pertama Dimanfaatkan	94
4.42	Hubungan Jenis Pekerjaan Ibu dengan Pengobat yang Pertama Dimanfaatkan	95
4.43	Hubungan Besar Keluarga dengan Pengobat yang Pertama Dimanfaatkan	95
4.44	Hubungan Tingkat Pendapatan Perkapita dengan Pengobat yang Pertama Dimanfaatkan.....	96
4.45	Hubungan Tingkat Persepsi tentang Penyakit dengan Pengobat yang Pertama Dimanfaatkan.....	97
4.46	Hubungan Tingkat Persepsi Pengobatan Moderen dengan Pengobat yang Pertama Dimanfaatkan	98
4.47	Hubungan Tingkat Pengalaman Pengobatan Moderen dengan Pengobat yang Pertama Dimanfaatkan	99
4.48	Hubungan Tingkat Dukungan Pengobatan Moderen dengan Pengobat yang Pertama Dimanfaatkan	100
4.49	Hubungan Kelompok Umur Ibu dengan Jenis Obat yang Pertama Dimanfaatkan	101
4.50	Hubungan Tingkat Pendidikan Ibu dengan Jenis Obat yang Pertama Dimanfaatkan	102
4.51	Hubungan Jenis Pekerjaan Ibu dengan Jenis Obat yang Pertama Dimanfaatkan	103
4.52	Hubungan Besar Keluarga dengan Jenis Obat yang Pertama Dimanfaatkan	103
4.53	Hubungan Tingkat Pendapatan Perkapita dengan Jenis Obat yang Pertama Dimanfaatkan	104

4.54	Hubungan Tingkat Persepsi tentang Penyakit dengan Jenis Obat yang Pertama Dimanfaatkan	105
4.55	Hubungan Tingkat Persepsi Pengobatan Moderen dengan Jenis Obat yang Pertama Dimanfaatkan	106
4.56	Hubungan Tingkat Pengalaman Pengobatan Moderen dengan Jenis Obat yang Pertama Dimanfaatkan	107
4.57	Hubungan Tingkat Dukungan Pengobatan Moderen dengan Jenis Obat yang Pertama Dimanfaatkan	108
4.58	Keeratan Hubungan Variabel Penelitian dengan Jenis Pengobat yang Pertama Dimanfaatkan	109
4.59	Keeratan Hubungan Variabel Penelitian dengan Jenis Obat yang Pertama Dimanfaatkan	110
5.1	Tabel Silang Pemanfaatan Jenis Pengobat dan Obat Untuk Bayi	122
5.2	Distribusi Jenis Pengobat yang Pertama Dimanfaatkan dan Hasil Pengobatannya	123
5.3	Distribusi Jenis Obat yang Pertama Dimanfaatkan dan Hasil Pengobatannya	124
5.4	Distribusi Hasil Obat Pertama	125
5.5	Hubungan Keadaan Sakit dan Pengobat yang Dimanfaatkan Pertama	126
5.6	Distribusi Pemanfaatan Pengobat Pertama dan Kedua	128
5.7	Hubungan Jenis Pengobat Pertama, Hasil Pengobatan Pertama dan Pencarian Pengobat Kedua	129
5.8	Distribusi Pemanfaatan Obat Pertama dan Kedua	130
5.9	Hubungan Jenis Obat Pertama, Hasil Pengobatan Pertama dan Pencarian Jenis Obat Kedua	131
5.10	Hubungan Tingkat Pendidikan Ibu dan Besar Keluarga	137
5.11	Tingkat Keparahan Penyakit dan Biaya Kesehatan Keluarga	142
5.12	Hubungan Tingkat Keparahan Penyakit dan Biaya Kesehatan Keluarga .	143
5.13	Hubungan Jumlah Keluhan Sakit dan Jenis Pengobat yang Pertama Dimanfaatkan	147
5.14	Hubungan Jumlah Keluhan Sakit dan Jenis Oobat yang Pertama Dimanfaatkan	148
5.15	Hubungan Jenis Tenaga Penolong Persalinan dengan Pengobat Pertama.	151

DAFTAR GAMBAR

<u>Gambar</u>	<u>Keterangan Gambar</u>	<u>Halaman</u>
1.	Diagram Kesakitan Penduduk	16
2.	Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persepsi	35
3.	Proses Terjadinya Persepsi	36
4.	Model Perilaku Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	41
5.	Kerangka Teoritis Untuk Analisa Tindakan Pencarian Pelayanan Kesehatan	51

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan berkorelasi dengan pembangunan. Manusia memerlukan kondisi kesehatan yang baik agar mampu bekerja secara efektif dan efisien. Seseorang yang sehat dapat meningkatkan produktivitas kerja dan memberikan nilai tambah bagi pembangunan. Kesehatan dalam pembangunan bukan hanya sekedar konsumsi, tetapi suatu investasi bagi sumber daya manusia yang dapat merupakan modal sangat berharga untuk meningkatkan dan memacu pembangunan itu sendiri (Depkes RI, 1989).

Pembangunan yang dilaksanakan di negara berkembang telah membuahkan hasil, tetapi timbul dampak negatif terhadap kesehatan. Hasil pembangunan tercermin dari meningkatnya fasilitas pelayanan pengobatan, alih teknologi, perumahan dan lingkungan. Dampak negatif antara lain kesenjangan ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan antara masyarakat kota dan desa, serta kesenjangan dalam pemerataan pelayanan kesehatan (Depkes RI, 1989).

Masalah kesehatan yang masih menjadi prioritas saat ini adalah rawannya kesehatan ibu dan anak. Angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) masih cukup tinggi. AKI pada tahun 1994 masih 390 per 1.000 kelahiran hidup (Depkes RI, 1997).

AKB secara nasional pada tahun 1990 sebesar 71 per 1.000 kelahiran hidup, tahun 1995 menjadi 51 per 1.000 kelahiran hidup dan pada tahun 1997 menjadi 41,44 per 1.000 kelahiran hidup. Di Jawa Tengah AKB pada tahun 1990 sebesar 63 per 1.000 kelahiran hidup dan pada tahun 1995 sebesar 39 per 1.000 kelahiran

hidup serta pada tahun 1997 menjadi 27,08 per 1.000 kelahiran hidup (Depkes RI, 2000). AKB di kabupaten Grobogan pada tahun 2000 sebesar 17,5 per 1.000 kelahiran hidup. Sedangkan kematian balita 1 – 4 tahun sebesar 2,20 per 1.000 populasi, kematian anak 5 – 14 tahun sebesar 0,45 per 1.000 populasi, dan kematian dewasa muda 15 – 44 tahun sebesar 0,93 per 1.000 populasi. Diantara berbagai kelompok umur tersebut maka bayi mempunyai resiko kematian paling tinggi (Dinkes Kab. Grobogan, 2000).

Kematian bayi di kecamatan Klambu sebanyak 24 dari 613 kelahiran hidup (3,9%). Angka ini merupakan prosentase tertinggi dari semua kecamatan di kabupaten Grobogan. Besarnya AKB di kecamatan Klambu menunjukkan seriusnya masalah kesehatan bayi (Dinkes Kab. Grobogan, 2000).

Jenis penyakit bayi di kabupaten Grobogan berdasarkan kunjungan rawat jalan Puskesmas sebanyak 48,3% penyakit saluran pernapasan bagian atas, 20,2% ISPA, 10,6% penyakit kulit dan 10,4% diare (Dinkes kab Grobogan, 2000). Sedangkan jenis penyakit bayi pada kunjungan rawat jalan puskesmas Klambu berdasarkan rawat jalan Puskesmas sebesar 62,1% merupakan penyakit saluran pernapasan bagian atas, 17,8% penyakit kulit, 8,4% penyakit diare dan 5,3% pneumonia (Puskesmas Klambu, 2000).

Penduduk kabupaten Grobogan yang mempunyai keluhan kesehatan sebesar 30,1% pada periode satu bulan, dan sebesar 65,7% diantaranya menyebabkan gangguan dalam kegiatan sehari-hari. Jenis keluhan kesehatan masyarakat pada umumnya adalah penyakit dasar seperti pilek, batuk, panas, sakit kepala, diare dan sesak napas (BPS Jateng, 2000) . Khusus untuk penyakit diare pada anak-anak dibawah 2 tahun rata-rata mengalami satu sampai dua kali serangan dalam setahun

(Sutoto, 1982 dalam Suromo, 1991), sedangkan untuk infeksi saluran pernapasan akut (ISPA) setiap anak 2 bulan sampai 5 tahun diperkirakan mengalami 3 – 6 kali episode setiap tahunnya (Depkes RI, 1992).

Penanganan keluhan kesehatan pada 38,5% berobat jalan, 57,1% berobat sendiri dan 4,4% berobat rawat inap. Cara pengobatan sendiri tidak disarankan mengingat keterbatasan pengetahuan masyarakat tentang penyakit dan obat-obatan. Kekeliruan penggunaan obat dipandang dari segi medis justru akan merugikan masyarakat itu sendiri (BPS Jateng, 2000).

Penderita rawat jalan bayi sakit kasus baru di Puskesmas dan Rumah Sakit kabupaten Grobogan sebesar 26,52%, sedangkan penderita kasus baru usia diatas 45 tahun sebanyak 16,81%, penderita sakit anak balita usia 1 – 4 tahun sebanyak 13,81%, dan sisanya usia 5 – 45 tahun. Dengan demikian maka bayi mempunyai resiko sakit tertinggi dari berbagai kelompok umur (Dinkes Grobogan, 2000). Temuan ini senada dengan Harsono, dkk bahwa kerentanan bayi terhadap penyakit lebih tinggi dibanding kelompok umur yang lain, karena bayi belum mempunyai cukup kekebalan terhadap penyakit dan setiap kelompok umur mempunyai kerentanan terhadap penyakit yang berbeda-beda. Besarnya kesakitan pada bayi berkaitan dengan tingginya angka kematian bayi yang sering disebabkan oleh penyakit yang dapat dicegah (Harsono, dkk., 2001). Melihat besarnya resiko kesakitan dan kematian pada bayi serta upaya menjaga kelangsungan kehidupan bayi di masa depan, maka pelayanan pengobatan pada bayi perlu mendapat perhatian yang lebih baik dari segi cakupan dan keamanan pengobatannya.

Penderita rawat jalan baru bayi di puskesmas Klambu berdasarkan data 28 jenis penyakit yang diamati terdapat 36 penderita (5,8%) (Pusk Klambu, 2000).

Tingginya angka kematian bayi berhubungan dengan kesakitan bayi yang tinggi pula, tetapi kunjungan rawat jalan baru bayi ke puskesmas rendah. Menunjuk hasil temuan Anies (2000) bahwa balita keluarga miskin di Surakarta hanya 0,8% yang tidak mencari pengobatan. Rendahnya kunjungan rawat jalan baru bayi ke Puskesmas Klambu (5,8%) dapat berarti bahwa bayi sakit sebagian besar tidak berobat ke Puskesmas atau memilih berobat ke tempat lain. Kemudian mengikuti yang disarankan Arikunto (1998), bahwa untuk memperjelas masalah perlu diadakan studi pendahuluan.

Studi awal dengan melakukan wawancara pada 5 orang bidan dan 3 orang perawat Puskesmas Klambu tentang penyebab tingginya kematian bayi dinyatakan bahwa keluarga yang mendapatkan bayinya sakit umumnya segera mencari upaya pengobatan. Bayi yang persalinannya ditolong oleh tenaga kesehatan maka perawatan dan pengobatannya apabila sakit umumnya mencari pengobatan moderen. Sebaliknya bayi yang persalinannya ditolong oleh dukun bayi maka perawatan dan pengobatannya apabila sakit akan mengikuti cara-cara yang dilakukan dukun atau nasehat dukun dan tindakan awal yang dikonsumsi cenderung pengobatan tradisional. Apabila tindakan pengobatan yang dikonsumsi tidak menunjukkan perbaikan atau memburuk maka ibu akan mengobati bayinya pada tenaga kesehatan. Oleh karena itu bayi sering diobatkan pada tenaga kesehatan dalam keadaan sudah parah. Hal ini seperti yang ditemukan Sciortino (1999) di Kabupaten Magelang bahwa pasien yang membutuhkan pengobatan moderen biasanya terlambat berobat ke puskesmas karena pasien menggunakan ramu-ramuan tradisional atau pergi ke dukun terlebih dulu.

Hasil wawancara dengan 2 kelompok ibu bayi masing-masing dengan 7 orang ibu dan 6 orang ibu di wilayah Puskesmas Klambu yang diketahui memiliki umur, pendidikan, pekerjaan, jumlah anggota keluarga, keadaan ekonomi keluarga dan pengalaman pengobatan bayi yang tidak sama, menunjukkan adanya variasi tindakan pencarian pengobatan bayi. Hampir separoh dari ibu (6 orang) memanfaatkan upaya pengobatan tradisional sebagai tindakan pengobatan pertama. Jenis pengobatan yang digunakan seperti pijit, kekuatan supranatural dan ramuan bahan alam. Sedangkan 7 ibu dari 13 ibu bayi bertindak mencari pengobatan pada tenaga kesehatan sebagai pilihan pertama.

Pemanfaatan tenaga kesehatan dan pendampingan tenaga kesehatan dalam pertolongan persalinan di kabupaten Grobogan sebesar 80%, dan sebesar 20% dengan pertolongan dukun. Di wilayah puskesmas Klambu sebanyak 59% persalinan ditolong tenaga kesehatan dan pendampingan tenaga kesehatan, dan sebesar 41% persalinan dengan pertolongan dukun (Dinkes kab Grobogan, 2000).

Upaya mengkonsumsi pelayanan kesehatan membutuhkan pengorbanan sumberdaya. Ketersediaan sumberdaya yang dimiliki manusia terbatas, tetapi kebutuhan hidup sangat banyak dan hampir tak terbatas. Pengalokasian sumberdaya harus dilakukan secara efektif dan efisien agar sumberdaya yang ada mencapai hasil maksimal. Sebelum mengkonsumsi pelayanan kesehatan dilakukan pilih memilih alternatif untuk mencapai tujuan pengobatan dengan biaya paling murah (Depkes RI, 1989). Alternatif pengalokasian sumberdaya keluarga harus dilakukan secara cermat untuk memenuhi kebutuhan pangan atau non pangan. Pengeluaran keluarga sebesar 66% digunakan untuk pembelian makanan, 34% untuk keperluan non makanan dan sebesar 2,66% untuk keperluan kesehatan (BPS Jateng, 2000).

Tindakan pencarian pengobatan sakit oleh keluarga dipengaruhi oleh kemampuan pembiayaan kesehatan dalam keluarga. Disamping itu ketidaktahuan orang tua tentang tanda-tanda penyakit dan bahayanya, maka sering bayi dibawa berobat ke fasilitas kesehatan dalam keadaan parah (Parluhutan, 1989). Keadaan seperti ini menjadikan posisi orang tua sangat lemah, dilain pihak posisi provider sangat kuat dan sering harus menyetujui tindakan provider terlepas dari sebenarnya tindakan itu diperlukan atau tidak (*supply induced demand*). Pasien seolah menjadi bawahan yang harus turut kata penguasa, dan harus menanggung biayanya yang sering tidak semestinya (Thabrany, 1999).

Untuk mengetahui pola perilaku masyarakat dalam mencari pelayanan pengobatan seperti penentu/ pengambil keputusan untuk mencari pelayanan pengobatan, sikap dan keyakinan masyarakat terhadap pengobatan tradisional, manfaat obat, keamanan, biaya dan hasil pelayanan pengobatan yang diterima masih perlu dikaji lebih lanjut (Depkes RI, 1989).

B. Perumusan Masalah

Kematian bayi di kecamatan Klambu tahun 2000 sebesar 3,9% merupakan prosentase tertinggi di kabupaten Grobogan, sedangkan kunjungan pemanfaatan pelayanan kesehatan moderen oleh masyarakat dalam pengobatan bayi kasus baru di puskesmas kecamatan Klambu hanya sebesar 5,8% dibawah rata-rata kabupaten Grobogan 26,52%. Berdasarkan masalah tersebut maka disusun pertanyaan dalam penelitian ini yaitu bagaimana pengaruh karakteristik keluarga terhadap tindakan pencarian pengobatan pada bayi di wilayah puskesmas Kecamatan Klambu.

C. Keaslian Penelitian

Penelitian ini meneliti variabel-variabel umur ibu, pendidikan, besar anggota keluarga, pekerjaan, pendapatan, persepsi tentang penyakit, persepsi tentang pengobatan, pengalaman berobat dan dukungan sosial terhadap tindakan pencarian pengobatan bayi. Pengamatan variabel dependen meliputi pemanfaatan pengobatan moderen dan tradisional. Unit analisis adalah keluarga, dan tindakan pencarian pengobatan bayi didiskripsikan dalam tindakan pencarian pengobatan pertama, pengobatan yang paling banyak dimanfaatkan, dan pengobatan yang paling membantu kesembuhan.

Studi lain yang hampir sejenis adalah :

1. Susenas (2000) dilaksanakan secara nasional. Susenas memaparkan pendapatan dan pengeluaran rumah tangga tetapi tidak dihubungkan dengan tindakan pencarian pengobatan. Tindakan pencarian pengobatan hanya dicatat tindakan yang paling tinggi rangkingnya meliputi RS pemerintah, RS swasta, klinik/ BP, puskesmas, puskesmas pembantu, posyandu/kader, dokter praktek, bidan praktek, mantri/perawat praktek, dukun/sinshe/ tabib, berobat sendiri/heli obat, lebih dari satu jenis tempat berobat dan tidak berobat. Oleh karena itu jawaban yang tinggi rangkingnya dapat mendekati dengan kenyataan yaitu dokter praktek atau tidak berobat sama sekali. Sedangkan jawaban yang rendah rangkingnya cenderung *under record*. Klasifikasi sakit didasarkan pada pengertian sakit menurut persepsi responden dengan melihat adanya gangguan dalam kegiatan sehari-hari (BPS Jateng, 2000).

Penelitian ini berbeda dengan Susenas karena memaparkan data hasil penelitian dan sekaligus menganalisis pengaruh antara variabel independent

dengan variabel dependent. Tindakan pencarian pengobatan yang digunakan juga dicatat tindakan pertama, tindakan yang paling banyak digunakan dan tindakan yang memberi kesembuhan penyakit.

2. Anies (2000), dalam *Perilaku Pencarian pengobatan bagi Anak balita Keluarga Miskin. Studi kasus di kota Surakarta Jawa Tengah*. Variabel bebas yang menjadi perhatian peneliti meliputi pengetahuan ibu, sikap ibu, pengambilan keputusan berobat, tingkat keparahan penyakit, kesibukan ibu, persepsi mutu Puskesmas, kemudahan mencapai Puskesmas, biaya berobat, pendidikan ibu dan usia anak. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 33,5% anak balita keluarga miskin mencari pengobatan ke Puskesmas, 29,4% mengobati sendiri, dan 37,8% pengobatan moderen lain. Responden yang menganggap biaya pengobatan tidak memberatkan kemungkinannya hampir dua kali lebih banyak menggunakan pengobatan moderen dibandingkan yang biaya pengobatannya dianggap memberatkan. Sedangkan responden yang menganggap penyakitnya parah kemungkinannya hampir dua kali untuk mencari pengobatan non moderen.

Penelitian ini berbeda dalam hal unit analisa, jenis variabel bebas yang diteliti serta variabel terikat meliputi pengobatan moderen dan tradisional. Analisis meliputi pengobatan pertama, tindakan pencarian pengobatan yang paling banyak digunakan dan pengobatan yang dipersepsikan menyembuhkan penyakit.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat bagi peneliti

Mengetahui karakteristik keluarga yang berpengaruh terhadap tindakan pencarian pengobatan bagi bayi berdasarkan kebutuhan masyarakat, sehingga dapat memberi masukan kebutuhan pelayanan pengobatan yang harus tersedia dalam masyarakat sesuai perubahan karakteristik keluarga dalam masyarakat.

2. Manfaat bagi keilmuan

Materi penelitian termasuk dalam disiplin ilmu kesehatan masyarakat dengan kajian karakteristik keluarga terhadap tindakan pencarian pengobatan bayi pada pengobatan moderen dan tradisional.

3. Manfaat bagi Dinas Kesehatan

Memperoleh masukan kebutuhan pelayanan pengobatan yang harus tersedia dalam masyarakat sesuai perubahan karakteristik keluarga dalam masyarakat. Hal ini dapat digunakan sebagai acuan kebijakan penyediaan sarana pengobatan bagi bayi dan membuat strategi pendekatan pada masyarakat untuk memanfaatkan pengobatan dibawah jajaran Dinas Kesehatan.

E. Tujuan Penelitian

1. Mengetahui distribusi umur ibu dari bayi yang sakit.
2. Mengetahui distribusi tingkat pendidikan ibu dari bayi yang sakit.
3. Mengetahui distribusi pekerjaan ibu dari bayi yang sakit.
4. Mengetahui distribusi besar anggota keluarga pada bayi yang sakit.
5. Mengetahui distribusi tingkat pendapatan perkapita ibu dari bayi yang sakit.
6. Mengetahui distribusi persepsi tentang penyakit dari ibu bayi yang sakit.

7. Mengetahui distribusi persepsi tentang pengobatan moderen dari ibu bayi sakit.
8. Mengetahui distribusi pengalaman pengobatan moderen ibu bayi yang sakit.
9. Mengetahui distribusi dukungan pengobatan moderen pada ibu bayi yang sakit.
10. Mengetahui distribusi tindakan pertama pencarian pengobat dan obat moderen atau tradisional.
11. Mengetahui pengaruh umur ibu terhadap tindakan pertama pencarian pengobat dan obat moderen atau tradisional.
12. Mengetahui pengaruh tingkat pendidikan ibu terhadap tindakan pertama pencarian pengobat dan obat moderen atau tradisional.
13. Mengetahui pengaruh pekerjaan ibu terhadap tindakan pertama pencarian pengobat dan obat moderen atau tradisional.
14. Mengetahui pengaruh besar anggota keluarga terhadap tindakan pertama pencarian pengobat dan obat moderen atau tradisional.
15. Mengetahui pengaruh tingkat pendapatan keluarga terhadap tindakan pertama pencarian pengobat dan obat moderen atau tradisional.
16. Mengetahui pengaruh persepsi tentang penyakit dari ibu terhadap tindakan pertama pencarian pengobat dan obat moderen atau tradisional.
17. Mengetahui pengaruh persepsi pengobatan moderen dari ibu terhadap tindakan pertama pencarian pengobat dan obat moderen atau tradisional.
18. Mengetahui pengaruh pengalaman pengobatan moderen dari ibu terhadap tindakan pertama pencarian pengobat dan obat moderen atau tradisional.
19. Mengetahui pengaruh dukungan pengobatan moderen pada ibu terhadap tindakan pertama pencarian pengobat dan obat moderen atau tradisional.

20. Mengetahui pengaruh umur ibu, tingkat pendidikan ibu, pekerjaan ibu, besar anggota keluarga, pendapatan, persepsi tentang penyakit, persepsi pengobatan moderen, pengalaman pengobatan moderen dan dukungan pengobatan moderen secara bersama-sama terhadap tindakan pertama pencarian pengobat dan obat moderen atau tradisional.

F. Lingkup Penelitian

1. Lingkup masalah

Karakteristik keluarga yang menjadi perhatian penelitian meliputi umur, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, jumlah anggota keluarga, persepsi tentang penyakit, persepsi tentang pengobatan, pengalaman berobat dan dukungan sosial untuk memanfaatkan pengobatan moderen dan tradisional.

2. Lingkup materi/ keilmuan

Materi yang akan diteliti termasuk dalam Ilmu Kesehatan Masyarakat bidang Administrasi Kebijakan Kesehatan dengan kajian pemanfaatan pengobatan moderen dan tradisional bagi bayi.

3. Lingkup sasaran adalah keluarga yang mempunyai bayi (0 sampai \leq 12 bulan).
4. Lingkup lokasi di wilayah kecamatan Klambu kabupaten Grobogan.
5. Lingkup waktu pada bulan Juni sampai Desember 2002.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Sehat dan Sakit

Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis (Depkes RI, 1992). WHO merumuskan keadaan sehat yang optimal sebagai keadaan yang bukan hanya bebas dari penyakit, akan tetapi juga sehat secara mental dan sosial yang menjamin agar setiap individu dapat menikmati hidup secara produktif.

Umumnya orang awam mengartikan istilah sehat sebagai sekedar kondisi tanpa penyakit. Kurangnya pemahaman tentang penyakit menjadikan kurang mengenali penyakit. Orang akan mengatakan sakit apabila merasa ada gangguan secara fisik yang dirasakan, dalam arti gangguan kesehatan yang sifatnya patologis tidak dikenali sebagai penyakit. Pekerja keras dan orang miskin merasa sakit apabila mereka telah terganggu kesehatannya baik mengganggu aktivitas sehari-hari ataupun tidak. Luasnya pemahaman sehat diantara penduduk dalam masyarakat dapat menjadikan titik awal untuk mengambil tindakan berobat pada keadaan sakit yang berbeda (Budioro, 2000).

Masyarakat Jawa mengembangkan dan melestarikan budaya Jawa yang secara abstrak disebut kejawen yang merupakan manifestasi dan ekspresi dari alam pikiran masyarakat Jawa. Konsepsi kesehatan orang Jawa didekati secara filosofis dengan ruang lingkup kesehatan meliputi segi-segi jasmani (fisik), rohani (mental), cacat dan sakit kelemahan (jasmani, rohani dan sosial). Pola pikir masyarakat Jawa dalam

mewujudkan status sehat ternyata bertolak sejak awal terjadinya kehidupan manusia, bahkan sejak proses kohabitasi dalam kandungan (Sciortino, 1999).

Proses sakit sampai memperoleh pengobatan mengalami 5 fase yaitu fase pertama; dirasakannya gejala adanya gangguan, fase kedua; diterimanya peran sakit, fase ketiga; mencari pertolongan pengobatan, fase keempat; diterimanya peran pasien, dan fase kelima; penyembuhan. Dalam menghadapi penyakit, kelima fase sakit tidak mutlak ditemukan semuanya, tetapi dari fase pertama dapat langsung bertindak ke fase ketiga (Lumenta, 1989)

Foster dan Anderson (1986) merumuskan etiologi penyakit dalam 2 kategori besar yaitu personalistik dan etiologi naturalistik. Berdasarkan etiologi personalistik penyakit disebabkan oleh intervensi dari suatu agen aktif berupa makhluk supernatural (gaib), bukan makhluk manusia (hantu, roh) ataupun makhluk manusia seperti tukang sihir dan tukang tenung. Sedangkan etiologi naturalistik menjelaskan timbulnya penyakit adalah sebagai akibat hilangnya keseimbangan unsur-unsur dalam tubuh seseorang (Foster dan Anderson, 1986). Walaupun dukun dapat menyeleweng dan menyalahgunakan kemampuannya, tetapi orang-orang yang nasibnya ditolong oleh dukun jauh lebih banyak dari pada perlakuan menyimpang dukun, sehingga masyarakat mentolerir eksistensi dukun (Nitibaskara, 1988)

Sakit secara sederhana dapat dinyatakan sebagai penyimpangan dari keadaan normal baik struktur maupun fungsinya, keadaan dimana tubuh atau bagian dari tubuh tidak berfungsi sebagaimana mestinya, dan keadaan patologis karena penyakit. Pada individu yang tidak sakit, maka individu benar-benar sehat, sedangkan masyarakat yang sehat mungkin masih terdapat individu yang sakit tetapi sebagian besar penduduk sehat (Sumirat, 2000). Sakit adalah suatu keadaan gangguan kesehatan yang

dirasakan seseorang baik gangguan yang tampak secara fisik maupun tidak tampak, yang menimbulkan keadaan tubuh yang tidak semestinya baik menimbulkan gangguan dalam kegiatan sehari-hari maupun tidak (Suryadi, 1992).

Kriteria sakit umumnya dikenal dua macam. Pertama, sakit menurut persepsi responden atau keluarganya. Cara ini mengandung kelemahan sebab dapat mengakibatkan tingginya data tentang penyakit ringan (*over reporting*). Tetapi cara ini memungkinkan ditemukannya orang yang benar-benar sakit dan memilih pengobatan sendiri serta tidak melakukan kontak dengan provider. Kedua, sakit yang didasarkan atas pemeriksaan tenaga medis. Cara kedua ini kurang disukai sebab membutuhkan biaya cukup besar, selain itu dalam tingkat tertentu diagnosa tenaga medis juga tergantung dari keluhan/ persepsi sakit dari individu (Suryadi, 1992). Sering ditemukan perhatian dokter hanya terhadap keluhan yang disampaikan bukan terhadap diri penderita secara keseluruhan (Azwar A., 1996).

Kesakitan pada populasi umumnya disepakati menyangkut segi-segi jasmani (fisik), rohani (kejiwaan) dan sosiobudaya. Seseorang yang berada dalam keadaan sakit karena penyakitnya tampak jelas bisa diterangkan dengan memperlihatkan adanya kelainan. Keadaan tidak begitu jelas jika seseorang yang secara umum dalam keadaan sehat tetapi melontarkan keluhan. Pasien yang berkali-kali mengunjungi dokter karena berbagai keluhan tetapi setelah pemeriksaan yang mendalam tidak ditemukan adanya kelainan somatik, merupakan kategori kesakitan yang lain. Banyak pasien semacam ini yang mengunjungi poliklinik tetapi lebih banyak lagi yang mencari kesembuhan lewat saluran pengobatan yang tidak resmi (Bennet, 1987).

Perilaku sakit menunjukkan betapa seorang menerima, menilai dan memberikan reaksi atas rasa sakit atau gejala lain yang menunjukkan adanya

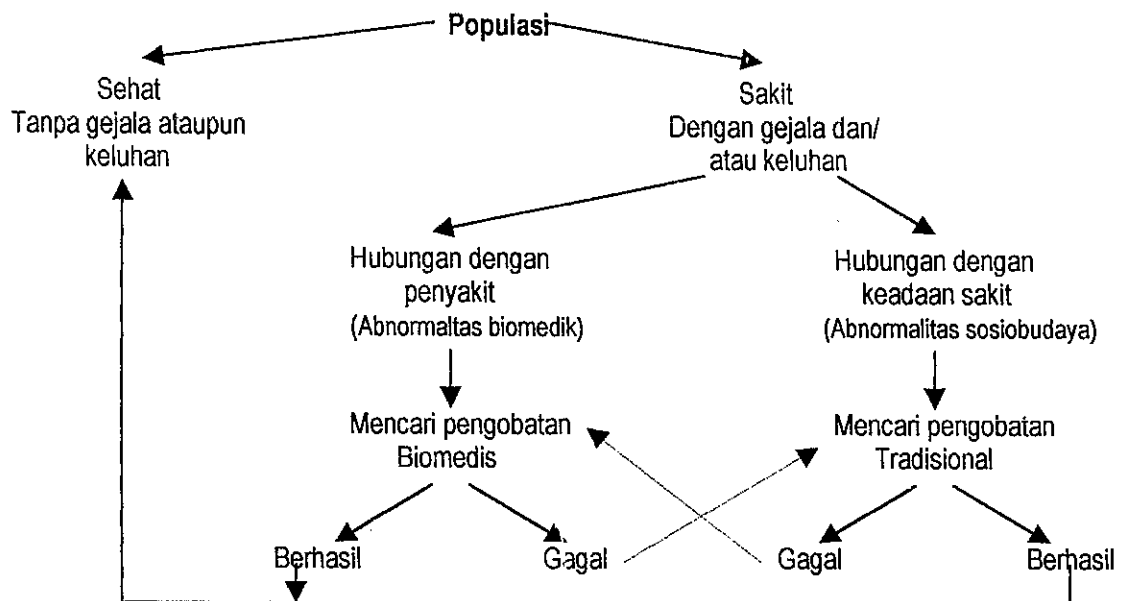
gangguan dalam organ tubuhnya. Sejak gejala penyakit timbul akan ada peran sosial pencarian pengobatan, penemuan pengobatan, dan pelaksanaan pengobatan sampai memperoleh penyembuhan dan melaksanakan peran sosialnya kembali merupakan suatu siklus sehat-sakit-sehat (*The sick role cycle*) (Lumenta, 1989).

Penderita sakit yang datang pada seorang dukun pada umumnya disebabkan oleh beberapa hal (Nitibaskara, 1988):

- a. Pasien yang beralih dari dokter ke dukun, yaitu mereka yang telah berobat ke dokter tetapi tidak kunjung sembuh, disamping karena biaya dokter yang mahal.
- b. Mendengar dari orang lain bahwa seorang dukun cukup mujarab dalam menyembuhkan penyakit tertentu.
- c. Merasa dirinya diguna-guna orang lain atau diganggu setan, sehingga merasa perlu untuk segera berobat ke dukun.

Kesakitan merangsang seseorang untuk mencari kesembuhan bagi semua keluhannya. Kesembuhan bisa diperoleh dengan membawa penderita pada praktisi pengobatan, tetapi dapat juga diperoleh dirumah atas inisiatif penderita ataupun sanak saudara dalam bentuk pengobatan tradisional ataupun moderen. Hampir setiap masyarakat terdapat pilihan pengobatan tradisional seperti tabib, *herbalist*, dukun dan ahli kebatinan. Diperkirakan 70 – 90% kesakitan yang dikenali sendiri diatasi tanpa campur tangan pelayanan kesehatan formal tetapi melalui pertolongan pengobatan tradisional (Bennet, 1987). Praktek pemanfaatan pengobatan oleh masyarakat seperti dikemukakan Kalangie (1994) bahwa sumber-sumber pengobatan moderen dan tradisional dipilih secara bergantian dari satu satu praktisi ke praktisi yang lain untuk satu episode sakit.

Gambar 1 Diagram Kesakitan Penduduk (Bennet, 1987)



Dalam tinjauan medis, seseorang yang secara fisik dan atau mentalnya sakit maka ia menderita penyakit (*disease*). Sedangkan dari tinjauan sosiologis, seseorang yang berperilaku menyimpang dari perilaku yang biasanya dijalankan berarti dalam keadaan sakit (*illness*) (Lumenta B., 1987).

B. Pelayanan Kesehatan

Pembangunan bidang kesehatan pada hakekatnya bertujuan agar semua lapisan masyarakat dapat memperoleh pelayanan kesehatan secara mudah, merata dan terjangkau. Pelaksananya diusahakan dengan meningkatkan partisipasi aktif masyarakat dan diarahkan terutama pada masyarakat pedesaan, golongan masyarakat berpenghasilan rendah dan masyarakat di daerah pemukiman baru (Azwar A., 1996).

Pengertian pelayanan kesehatan ditemukan bermacam-macam batasan. Menurut Levey dan Loomba (1973) dalam Azwar A. menjelaskan bahwa pelayanan kesehatan adalah setiap upaya kesehatan yang dilakukan sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah,

menyembuhkan dan memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat (Azwar A., 1996).

Dari batasan tersebut diatas dapat dipahami bahwa bentuk dan jenis pelayanan kesehatan dapat ditemukan banyak macamnya, ditentukan oleh (Azwar A., 1996) :

- a. Pengorganisasian pelayanan, dapat diselenggarakan sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi.
- b. Ruang lingkup kegiatan, dapat mencakup hanya kegiatan pemeliharaan kesehatan, peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit, pemulihan kesehatan atau kombinasi dari padanya.
- c. Sasaran pelayanan kesehatan dapat ditujukan untuk perorangan, keluarga, kelompok ataupun untuk masyarakat secara keseluruhan.

Jenis pelayanan kesehatan dapat ditemukan dalam berbagai variasinya, tetapi pelayanan kesehatan harus memenuhi syarat pokok (Azwar A., 1996) :

- a. Tersedia dan berkesinambungan (*available and continous*)

Pelayanan kesehatan yang baik harus tersedia di masyarakat dan bersifat berkesinambungan. Masyarakat tidak sulit untuk menemukan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan selalu ada setiap saat.

- b. Dapat diterima dan wajar (*acceptable*)

Pelayanan kesehatan yang tersedia ditengah masyarakat dapat diterima dan bersifat wajar. Pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan adat-istiadat, kebudayaan, keyakinan dan kepercayaan masyarakat.

- c. Mudah dicapai (*acesible*)

Pelayanan kesehatan yang diterima masyarakat mudah dicapai oleh masyarakat yang membutuhkan dengan lokasi yang mudah dicapai. Pelayanan

kesehatan yang baik didistribusikan secara merata ditengah masyarakat, tidak terkonsentrasi pada suatu daerah atau perkotaan saja.

d. Mudah dijangkau (*affordable*)

Pelayanan kesehatan haruslah terjangkau dari sudut biaya oleh masyarakat. Pelayanan kesehatan yang ada diupayakan sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Pelayanan kesehatan yang hanya terjangkau oleh sebagian kecil masyarakat bukan merupakan pelayanan kesehatan yang baik.

e. Bermutu (*quality*)

Pelayanan kesehatan harus bermutu. Pengertian mutu merujuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, dapat memuaskan pemakai jasa pelayanan dan penyelenggarannya sesuai dengan kode etik serta standar yang ditetapkan.

Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat. Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau ketrampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan dan untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan melakukan upaya kesehatan. Sedangkan sarana kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan. (Depkes RI, 1992).

Dalam bidang ilmu kesehatan masyarakat dibedakan pengertian pelayanan kesehatan (*health services*) dan upaya kesehatan (*health care*). *Health care* mengandung pengertian yang lebih luas, meliputi semua upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. *Health services* mengandung pengertian yang lebih sempit,

yang biasanya lebih bersifat pelayanan pengobatan dan pelayanan pencegahan terbatas seperti imunisasi dan *antenatal care* (Thabrany, 1999).

C. Jenis Pelayanan Kesehatan

Jenis pelayanan kesehatan dapat beraneka ragam baik diselenggarakan oleh pemerintah, swasta, misi agama, perusahaan dan tradisional. Sebagian dari pelayanan kesehatan yang tersedia dalam masyarakat lebih menarik dari pada lainnya. Daya tarik tergantung pada banyak faktor yaitu kecakapan, kepribadian, karisma dan kemashuran penyelenggara, kemudahan jalan ke tempat pelayanan, sarana transportasi yang ada, waktu menanti pelayanan, biaya dan keramahtamahan pelayanan. Penyelenggara yang memahami masalah kesehatan konsumen dan punya catatan yang baik tentang penderita serta memberi pelayanan dengan bahasa setempat maka pemanfaatan pelayanan kesehatan cenderung tinggi (Bennet, 1987).

Adanya keanekaragaman pelayanan kesehatan dalam masyarakat erat kaitannya dengan inisiatif swasta dalam memenuhi kebutuhan dan tuntutan masyarakat. Kelangsungan hidup tempat pelayanan kesehatan swasta ditentukan oleh seberapa jauh pelayanan kesehatannya diterima dan dimanfaatkan masyarakat. Hal ini akan memberikan alternatif pengguna jasa pelayanan kesehatan untuk memilih pelayanan kesehatan yang disukainya (Azwar A., 1996).

Bentuk dan jenis pelayanan kesehatan banyak macamnya, namun secara umum dapat dibedakan atas dua jenis, yaitu (Hodgetts et all. dalam Azwar A, 1996) :

1. Pelayanan kesehatan masyarakat (*public health services*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara bersama-sama dalam suatu organisasi. Tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit dengan sasaran utamanya adalah kelompok dan masyarakat.

2. Pelayanan kedokteran (*medical services*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat bersifat sendiri (*solo practice*) atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi (*institution*). Tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan dengan sasaran utamanya adalah perorangan dan keluarga.

Lebih jauh dalam Azwar A. (1996) meninjau penggunaan pelayanan kedokteran berdasarkan kemajuan ilmu dan teknologi kedokteran dapat dibedakan atas dua macam yaitu pelayanan kedokteran moderen (*Modern medical care*) dan pelayanan kedokteran tradisional (*Traditional medicine*). Contoh pelayanan kedokteran moderen adalah berbagai pelayanan kedokteran yang dikenal saat ini sedangkan contoh pelayanan kedokteran tradisional adalah praktek dukun, tabib dan sinshe (Azwar A., 1996).

Dalam Undang-undang Kesehatan nomor 23 tahun 1992 pasal 32 diakui bahwa dalam pengobatan dikenal pengobatan berdasarkan ilmu kedokteran dan pengobatan yang dilakukan diluar ilmu kedokteran. Pengobatan berdasarkan ilmu kedokteran hanya dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dan kewenangan untuk itu. Sedangkan pengobatan diluar ilmu kedokteran dapat dilakukan melalui pengobat dan pengobatan tradisional yang diperoleh secara turun temurun.

1. Pengobatan moderen (*Modern medical care*)

Sistem medis moderen sebagian besarnya merupakan buah pikiran dari suatu kesatuan evolusi historis dalam bingkai-bingkai normatif ilmu pengetahuan dan teknologi yang berujud suatu keterikatan universal. Dokter-dokter dimana saja mendasarkan prakteknya pada keilmuan kedokteran yang berlaku umum bagi

mereka (Kalangie, 1994). Pelaksanaan pengobatan moderen dilakukan berdasarkan ilmu kedokteran, mempunyai standar, profesionalisme yang dapat dipertanggungjawabkan. Pelaksanaan pengobatan hanya dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian untuk itu (Depkes RI, 1992).

Pelayanan kesehatan (pengobatan moderen) dilaksanakan melalui berbagai fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta. Pelayanan pengobatan pemerintah seperti puskesmas, puskesmas pembantu, puskesmas dengan tempat tidur dan rumah sakit. Sedangkan pelayanan kesehatan (pengobatan) swasta antara lain bidan praktek, poliklinik, balai pengobatan, dokter praktek, dan praktek spesialis (Bennet, 1987).

Tenaga kesehatan dalam terminologi Peraturan Pemerintah No 32 tahun 1996 terdiri atas 7 jenis yaitu tenaga medis, keperawatan, kefarmasian, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga gizi, tenaga terapiutik fisik, dan tenaga keteknisan medis. Selanjutnya dalam Sciortino (1999) dijelaskan bahwa peran pengobatan dilaksanakan berdasarkan ilmu kedokteran, sehingga dokter yang berhak atas diagnosa penyakit, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pengobatan.

Bidan dalam Permenkes RI No. 363/IX/1980 yang menyatakan tugas pokok bidan menolong dalam kehamilan, persalinan dan keluarga berencana, serta mengizinkan bidan praktek swasta secara perorangan. Selanjutnya dalam Depkes RI (1994) dinyatakan bahwa bidan diberi kewenangan untuk mengelola Pondok Bersalin di desa (Polindes) bekerja sama dengan dukun bayi dibawah pengawasan dokter puskesmas setempat. Dijelaskan bahwa kegiatan Polindes diatur oleh bidan di desa dan dilaksanakan bersama dukun bayi dan kader. Kegiatan Polindes tersebut meliputi pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, pelayanan

kesehatan ibu nifas dan ibu menyusui, neonatal, bayi, anak balita, dan anak prasekolah, serta keluarga berencana.

Wewenang bidan dalam pelayanan kesehatan pada anak antara lain meliputi (Wiyono, 1999) :

- a. Dalam pelayanan neonatal esensial dan tatalaksana neonatal sakit diluar rumah sakit yang meliputi :
 - Pemeriksaan dan perawatan bayi baru lahir (0 – 28 hari).
 - Penyuluhan pada ibu tentang pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif untuk bayi dibawah 4 bulan dan Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) untuk bayi diatas 4 bulan.
- b. Pemantauan tumbuh kembang balita untuk meningkatkan kualitas tumbuh kembang anak melalui deteksi dan simulasi dini tumbuh kembang balita.
- c. Pemberian obat yang bersifat sementara pada penyakit ringan sepanjang sesuai dengan obat-obat yang sudah ditetapkan dan segera merujuk pada dokter.

Bidan harus menyediakan obat-obatan maupun obat suntik sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan. Disamping itu bidan diperkenankan menyerahkan obat-obatan kepada pasien sepanjang untuk keperluan darurat sesuai dengan prosedur tetap (Wiyono, 1999).

Perawat secara formal memiliki peran memberikan pelayanan keperawatan paripurna. Pada kasus-kasus tertentu perawat dapat memberikan obat sesuai program pengobatan yang telah direncanakan oleh dokter (Depkes RI, 1988).

Pemahaman program pengobatan tidak ada penjelasan yang terinci sehingga membuka peluang interpretasi ganda yaitu pengobatan yang ditetapkan bagi setiap pasien atau setiap penyakit. Dalam alternatif kedua perawat yang

menemukan kasus penyakit ringan secara tidak langsung berwenang untuk menjalankan pengobatan standar yang telah ditetapkan sebelumnya oleh dokter (Sciortino, 1999).

Peran aktual perawat di Puskesmas umumnya aktif di Balai Pengobatan (BP), puskesmas keliling dan puskesmas pembantu. Peran perawat ini umumnya memeriksa dan mendiagnosa pasien, merencanakan dan melakukan pengobatan, mengambil keputusan pengobatan dan menuliskan resep. Perawat di rumah siap memberi pelayanan dan pertolongan pengobatan selama 24 jam, dan bahkan pasien dapat memanggil perawat ke rumahnya untuk diobati (Sciortino, 1999).

Tenaga pelaksana pelayanan kedokteran menurut Azwar A. (1996) dibedakan atas :

- a. Pelaksana kedokteran yang dilaksanakan oleh tenaga yang tidak mendapatkan pendidikan kedokteran moderen misalnya praktek dukun, tabib dan sinthe.
- b. Pelayanan kedokteran yang dilaksanakan oleh tenaga paramedis, misalnya praktek bidan dan perawat.
- c. Pelayanan kedokteran yang dilaksanakan oleh dokter umum, misalnya praktek dokter umum.
- d. Pelayanan kedokteran yang dilaksanakan oleh dokter spesialis atau sub spesialis.

Dokter, perawat dan tenaga kesehatan lain menyadari bahwa pelayanan mereka hanyalah salah satu dari banyak pilihan yang tersedia. Disamping pelayanan kesehatan moderen, pasien juga memiliki akses untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan tradisional seperti dukun dan terapi yang berasal dari pengalaman turun temurun (Sciortino, 1999).

Praktek pengobatan moderen sering menggunakan teknologi maju khususnya di rumah sakit. Untuk menunjukkan kecanggihannya *provider* menginvestasikan teknologi moderen yang harganya mahal, dan beban investasi itu secara ekonomi didistribusikan pada pasien. Pada kondisi seperti ini telah terjadi persinggungan etika medis dan aspek bisnis, dan ketika perhitungan bisnis komersial menguasai pikiran, dapat terjadi tindakan medis baik diagnostik maupun terapeutik yang irasional dan lebih didasari oleh perhitungan komersial. Konsekuensi yang harus diterima pengguna pelayanan pengobatan moderen ini dirasakan menjadi mahal (Kartono, 1995).

Upaya kuratif pengobatan moderen lebih menekankan pada aspek biologis. Sedangkan upaya kuratif dalam pengobatan tradisional terutama mendasarkan pada kemampuan penanganan aspek psikologis sebagai upaya komplemen terhadap aspek biologis (Depkes RI, 1989).

2. Pengobatan tradisional (*Traditional medicine*)

Sistem medis tradisional memperlihatkan keanekaragaman garis-garis perkembangan dan praktisi-praktisinya memiliki perbedaan pikiran yang besar mengenai penyakit dan pengobatannya. Setiap dukun sedikit atau banyak mempunyai perbedaan antara dukun yang satu dengan lainnya mengenai diagnosa dan pengobatannya (Kalangie, 1994). Pengobatan tradisional adalah pengobatan dan atau perawatan dengan cara, obat dan pengobatannya yang mengacu pada pengalaman dan ketrampilan turun temurun, dan diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku dalam masyarakat. Obat tradisional adalah bahan atau ramuan bahan yang berupa bahan tumbuhan, bahan hewan, bahan mineral, sediaan sarian

(galenik) atau campuran dari bahan tersebut yang secara turun temurun telah digunakan untuk pengobatan berdasarkan pengalaman (Depkes RI, 1992).

Menurut Reksodiharjo, dkk (1997) pengobatan tradisional adalah suatu usaha ilmu dan seni pengobatan yang dilakukan secara tradisional dengan cara yang tidak bertentangan dengan Tuhan Yang Maha Esa sebagai upaya penyembuhan, pencegahan penyakit, pemulihan dan peningkatan kesehatan jasmani, rohani dan sosial dari masyarakat. Pengobatan ini menggunakan cara :

- Daya alam; berasal dari tanaman, hewan, pelikan dan mineral.
- Daya yang ada pada manusia itu sendiri; meliputi memijat, mengerok, mengoles, dan lainnya yang sejenis.
- Daya-daya mengatasi kodrat dari kegiatannya dalam kaitannya dengan alam arwah, setan dan pencipta.

Jenis pengobatan tradisional dapat diklasifikasikan dalam dua kategori besar, yaitu (Sciortino, 1999):

- Terapi teknis sekuler yang menggunakan ilmu lahir bersifat luar, teknis dan alami. Pengobatan ini misalnya pengobatan mandiri dengan jamu-jamuan dan pijit, serta dukun semacam dukun atau tukang pijat, dan tukang atau penjual jamu. Metode pengobatan yang digunakan bersifat teknis, meskipun menggunakan do'a namun kekuatan spiritual atau dukungan roh halus tidak esensial pada suksesnya pengobatan.
- Terapi yang menggunakan ilmu batin bersifat ilmu dalam, spiritual atau magis, misalnya kemampuan orang tua, orang pintar, dan dukun kebatinan. Pengobatan selalu menggunakan kekuatan batin atau supranaturalnya meskipun dapat pula dikombinasikan dengan praktek yang bersifat teknis

seperti pijat dan jamu. Pengobat ini memiliki pengetahuan yang melampaui pemahaman rasional mengenai dunia nyata, memiliki ilmu yang bersifat magis-spiritual yang tidak terlihat dengan mata kasar yang dapat diperoleh melalui meditasi, puasa, atau bertapa.

Obat tradisional menurut SK Menkes RI Nomor: 125/Kab/B VII/71 adalah suatu bahan atau paduan bahan yang digunakan untuk maksud menetapkan diagnosa, mencegah, mengurangi, menghilangkan, menyembuhkan penyakit atau gejala penyakit, luka atau kelainan badaniah atau rohaniah pada manusia, memperelok badan atau bagian badan. Sedangkan menurut Frida dalam Reksodiharjo, dkk (1997) obat tradisional adalah obat yang telah turun temurun digunakan oleh masyarakat untuk mengobati beberapa penyakit tertentu dan dapat diperoleh bebas di pasaran.

Penggolongan obat tradisional menurut Reksodiharjo, dkk (1992) dibedakan atas beberapa jenis, yang meliputi :

- a. Obat dari daya paranormal; meliputi doa, proses kebatinan, semedi, tirakat.
- b. Obat dari tanaman obat/ herba; berasal dari tanaman atau bagian tanaman seperti akar, batang, kulit batang, daun, bunga, buah, biji, getah cairan batang dan bagian tanaman yang lainnya.
- c. Hewan yang disisihkan sebagian dari badannya untuk obat; seperti belut, badak cula, ular, bulus atau penyu, ayam, dan hewan lainnya.
- d. Pelikan, mineral, bahan tambang yang dibuat berupa ramuan, misalnya kapur mati, belerang, ampo, garam, dan air.
- e. Rangsangan lewat jarum, melalui tangan atau jari jemari, kaki, dan bagian tubuh lainnya.

Ruang lingkup pengobatan tradisional meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Pemanfaatan pengobatan tradisional oleh masyarakat tidak dapat dihalangi sebagai suatu upaya pencarian pengobatan alternatif yang sesuai dengan situasi dan kondisinya. Ciri pengobatan tradisional antara lain, sebagai berikut (Depkes, 1989) :

- Heterogenitas yang besar,
- *Transferability* yang rendah.
- Pendekatan yang holistik,
- *Acceptability* dan *accessability* yang tinggi, khususnya di daerah pedesaan,
- Team work atau pengorganisasian yang rendah,
- Tidak jelasnya standard profesional.

Dukun dalam terminologi budaya Jawa disejajarkan dengan tukang seperti dukun/ tukang pijet, jamu, dukun pctung, dan dukun kebatinan. Dukun pengobatan adalah seseorang yang mempunyai pengetahuan, ketrampilan dan melakukan praktek pengobatan yang mengacu pada pengalaman turun temurun sesuai dengan norma yang berlaku dalam masyarakat baik menggunakan daya natural maupun supernatural (Sciortino, 1999).

Pengobatan tradisional yang sudah dapat dipertanggungjawabkan manfaat dan keamanannya perlu terus ditingkatkan dan dikembangkan untuk digunakan dalam mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat. Pemerintah melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengobatan tradisional agar dapat dipertanggungjawabkan manfaat dan keamanannya sehingga tidak merugikan masyarakat (Depkes RI, 1992).

Tujuan penggunaan obat tradisional adalah untuk obat penyembuhan secara kebatinan atau spiritual oleh paranormal dengan doa, samadi, tirakat, dan air yang di do'ai. Obat penyembuhan secara fisik ragawiah menggunakan kencur, liman, semut hitam, dan lain-lain. Pengobat tradisional dalam melakukan praktek upaya pengobatan umumnya dilakukan sebagai pekerjaan sampingan, tidak memasang tarif, dan lebih merupakan karya karikatif (welas asih). Pengobat tradisional dapat bekerja sebagai petani, pegawai, pensiunan, dan pedagang (Reksodiharjo, dkk., 1992).

Praktek pengobatan tradisional mempunyai heterogenitas yang luas, tidak ada standar, dan keamanan pengobatannya masih perlu dikaji. Keberadaan pengobatan tradisional perlu mendapat pembinaan dan pengawasan untuk melindungi masyarakat dari praktek pengobatan tradisional yang menyimpang atau tidak aman (Depkes RI, 1989). Tetapi mengingat heterogenitas pengobatan tradisional yang luas dan sulitnya memahami cara pengobatannya maka pembinaan dan pengawasan tidak efektif, tidak ada laporan dan umpan balik.

Berdasarkan pengalaman diberbagai daerah, diperkirakan peran serta pengobatan tradisional dalam penanganan tindakan kuratif dapat ditingkatkan dengan menekankan pencapaian hasil akhir pengobatan, bukan pada proses penyembuhannya. Hambatan pengakuan pengobatan tradisional terjadi akibat adanya perbedaan kerangka pikir pengobatan tradisional yang berpijak pada cara berpikir dan bernalar sesuai kaidah yang berlaku dalam masyarakat tradisional. Sedangkan petugas kesehatan formal berpijak pada dasar ilmiah. Akibatnya muncul antagonisme dan hambatan upaya saling menghormati upaya kesehatan masing-masing, perasaan saling curiga yang menghambat kerjasama (Depkes RI,

1989). Kalangie (1994) menyatakan bahwa perbedaan alam pikiran, cara diagnosa dan pengobatan oleh praktisi kedokteran dianggap sebagai dua dunia yang bertentangan yang sama sekali tidak beralasan untuk membicarakan kemungkinan mempertemukannya.

Tenaga kesehatan sering bersifat dualisme, dimana dalam kehidupan profesional menentang segala bentuk pengobatan tradisional, sedangkan dalam kehidupan pribadi memanfaatkan pengobatan tradisional. Sikap ini berhubungan dengan idiologi pengobatan moderen yang diwakilinya dan menimbulkan konflik dengan pengobatan tradisional. Tenaga kesehatan terjebak dalam eksklusivitas pengobatan biomedis (moderen) yang diwakilinya dan kesetiaan pada warisan budaya yang diterima secara turun temurun (Sciortino, 1999).

Dalam Undang-undang nomor 23 tahun 1992 tentang kesehatan, dinyatakan bahwa kesehatan adalah kewajiban dan tanggungjawab setiap penduduk. Pengobatan sendiri adalah upaya pengobatan yang dilakukan orang awam dengan cara yang diwariskan dari nenek moyangnya untuk mengatasi sakit atau keluhan yang dialaminya, tanpa bantuan tenaga ahli medis/ tradisional. Pengobatan sendiri dapat menggunakan obat, obat tradisional atau cara tradisional. Supardi (1999) menyatakan bahwa obat yang digunakan umumnya golongan obat bebas terbatas, sedangkan obat tradisional yang digunakan meliputi simplisia, jamu gendong dan jamu berbungkus.

Tindakan melakukan pengobatan sendiri merupakan salah satu upaya masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatannya secara dini. Makin berhasil upaya pengobatan diri sendiri dilakukan, akan makin berkurang beban pusat-pusat pelayanan kesehatan baik di tingkat dasar maupun rujukan. Dengan mengetahui maksud penggunaan obat untuk menjaga kesehatan (preventif), mengobati penyakit

(kuratif) dan rehabilitatif dapat pula diperkirakan usaha masyarakat melakukan upaya kesehatan (Jamal. S, 1999).

D. Mutu Pelayanan Kesehatan

Mutu pelayanan kesehatan menurut Robert dan Provest (1987) dalam Azwar A. dapat ditinjau dari penyelenggara pelayanan, penyandang dana dan pemakai jasa pelayanan kesehatan. Bagi penyelenggara pelayanan, penilaian mutu lebih terkait dengan dimensi kesesuaian pelayanan yang diselenggarakan dengan perkembangan ilmu dan teknologi mutakhir dan atau otonomi profesi dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien. Bagi penyandang dana penilaian mutu lebih terkait dengan dimensi efisiensi pemakaian sumber dana, kewajaran pembiayaan kesehatan, dan atau kemampuan penyelenggara pelayanan mengurangi kerugian penyandang dana pelayanan kesehatan (Azwar, 1996).

Pemakai jasa pelayanan kesehatan dalam melihat mutu pelayanan lebih terkait dengan dimensi efisiensi pelayanan kesehatan, perhatian dokter secara pribadi kepada pasien, pengetahuan ilmiah yang dimiliki dokter, ketrampilan yang dimiliki dokter, serta kenyamanan pelayanan yang dirasakan oleh pasien (Azwar A., 1996).

Untuk mengatasi perbedaan dimensi penilaian mutu pelayanan kesehatan telah disepakati bahwa penilaian mutu seyogyanya berpedoman pada hakekat dasar diselenggarakannya pelayanan kesehatan, yaitu memenuhi kebutuhan dan tuntutan pemakai jasa pelayanan kesehatan (*health needs and demands*). Pemenuhan dan tuntutan akan memberikan rasa puas pada diri setiap pasien (*client satisfaction*). Makin sempurna kepuasan tersebut makin baik pula mutu pelayanan kesehatan (Azwar, 1996).

Mutu pelayanan kesehatan bagi seorang pasien tidak lepas dari rasa puas pasien terhadap pelayanan yang diterima, dimana mutu yang baik dikaitkan dengan kesembuhan dari penyakit, peningkatan derajat kesehatan atau kesegaran, kecepatan pelayanan, lingkungan perawatan yang menyenangkan, keramahan petugas, kemudahan prosedur, kelengkapan alat, obat-obatan dan biaya yang terjangkau (Gifari. AB, 1984).

Kepuasan pasien dalam mengkonsumsi jasa pelayanan kesehatan bersifat subyektif. Setiap orang bergantung pada latar belakang yang dimiliki dapat memiliki tingkat kepuasan yang berbeda-beda untuk satu jenis pelayanan kesehatan yang sama. Pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh banyak institusi kesehatan swasta hampir selalu dapat memenuhi kepuasan pasien. Dilain pihak penilaian mutu pelayanan kesehatan perlu dikaitkan dengan standar pelayanan dan kode etik profesi. Untuk menghindari adanya unsur subyektivitas yang dapat mempersulit pelaksanaan pelayanan kesehatan perlu adanya pembatasan derajat kepuasan pasien dan pembatasan upaya kesehatan yang dilakukan (Azwar, 1996).

- a. Pembatasan derajat kepuasan pasien. Diakui bahwa kepuasan pasien bersifat individual, tetapi ukuran yang dipakai adalah ukuran yang bersifat umum yang sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk.
- b. Pembatasan pada upaya yang dilakukan dalam menimbulkan rasa puas pada diri pasien. Untuk melindungi pemakai jasa pelayanan kesehatan yang umumnya awam terhadap tindakan pelayanan kesehatan (*patient ignourancy*), maka pelayanan harus sesuai dengan standar pelayanan dan kode etik profesi.

Berdasarkan dua batasan tersebut diatas, maka mutu pelayanan kesehatan merujuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang dapat menimbulkan

kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan kepuasan rata-rata penduduk serta cara penyelenggaraannya sesuai dengan standar pelayanan dan kode etik yang ditetapkan.

Walaupun mutu pelayanan kesehatan yang didasarkan pada penilaian konsumen merupakan nilai subyektif, tetapi tetap ada dasar obyektif yang dilandasi oleh pengalaman masa lalu, pendidikan, situasi psikis waktu pelayanan dan pengaruh lingkungan (Junadi P, 1991).

Konsumen pelayanan kesehatan membandingkan pelayanan kesehatan yang diterima dengan harapan terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan sehingga membentuk kepuasan mutu pelayanan. Hasil yang dapat terjadi (Donabedian, 1988) :

- a. Jika harapan itu terlampaui, pelayanan tersebut dirasakan sebagai kualitas yang luar biasa dan juga menjadi kejutan yang menyenangkan.
- b. Jika harapan sama dengan pelayanan yang dirasakan, maka kualitas memuaskan.
- c. Jika harapan tidak terpenuhi maka kualitas pelayanan tersebut dianggap tidak dapat diterima atau mengecewakan konsumen.

Dalam menilai produk jasa pelayanan sebenarnya konsumen lebih menekankan pada nilai dari sekumpulan atribut yang ditawarkan oleh jasa itu, bukan pada jasa itu sendiri. Setiap individu selalu berusaha memilih produk barang atau jasa yang dapat memberikan kepuasan maksimal. Jika konsumen pelayanan kesehatan ditanya mengapa pelayanan kesehatan dinilai baik atau buruk, maka konsumen akan mengacu salah satu dari aspek mutu yang paling berkesan baginya. Mutu baik lebih dikaitkan dengan kesembuhan, meningkatkan derajat kesehatan, kecepatan pelayanan, kepuasan terhadap lingkungan fisik, dan tarif yang memadai. Pelayanan kesehatan dapat dinilai buruk mutunya mungkin karena petugas yang bersifat cemberut (Mulyadi, 1994).

E. Kebutuhan Pelayanan Kesehatan

Kebutuhan pelayanan kesehatan bersifat mendasar yang sesuai dengan keadaan riil masyarakat. Sedangkan permintaan pelayanan kesehatan terkait unsur preferensi yang dapat dipengaruhi oleh sosial budaya. Idialnya kebutuhan dan permintaan adalah sama atau berupa suatu keadaan yang identik. Permintaan akan tampak kalau penduduk sakit dan mencari pengobatan atau informasi dan memanfaatkan pelayanan kesehatan yang tersedia. Permintaan dapat dilihat dari angka kunjungan pasien ke tempat pelayanan kesehatan. (Bennet, 1987).

Kebutuhan pelayanan kesehatan dapat dinyatakan dalam dua kategori yaitu kebutuhan yang dirasakan dan kebutuhan yang tidak dirasakan. Meski tidak semuanya, kebutuhan yang dirasakan diterjemahkan sebagai permintaan. Sebagian besar kebutuhan tidak dirasakan dan petugas kesehatan perlu mendorong agar kebutuhan yang tidak dirasakan dapat menjadi kebutuhan yang dirasakan. Sebaliknya dapat terjadi permintaan yang sebenarnya tidak dibutuhkan, dan petugas kesehatan harus mengurangi kategori permintaan yang tidak dibutuhkan (Bennet, 1987).

Cara penduduk memenuhi kebutuhannya tidak selalu sesuai dengan langkah memenuhi kebutuhannya. Penduduk menempatkan pengobatan anak waktu sakit pada tingkat prioritas tinggi atau sangat dibutuhkan, tetapi mutu gizi, sanitasi lingkungan dan imunisasi yang justru dapat menjamin kesehatan anak tidak dianggap sebagai *felt needs* utama (Kalangie, 1994).

Faktor yang mempengaruhi penduduk memanfaatkan pelayanan kesehatan bergantung pada pengetahuan apa yang ditawarkan dalam pelayanan, bagaimana, kapan, oleh siapa dan dengan biaya berapa pelayanan kesehatan dapat diperoleh. Jadi

pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh permintaan, sikap dan pengalaman mereka. Permintaan pelayanan kesehatan dapat dipenuhi dengan berbagai ragam fasilitas kesehatan yang tersedia yang berkisar pada pengobatan tradisional sampai pada pengobatan ilmiah cara barat (Bennet, 1987).

Permintaan akan pemeriksaan dan pengobatan sangat tergantung pada konsep penduduk tentang proses penyakit, berat dan prognosinya. Penyelenggara pelayanan kesehatan harus memahami konsep-konsep masyarakat tentang kesehatan dan penyakit yang dapat termasuk kategori sindroma yang dapat diterima secara ilmiah maupun sindroma tanpa ekuivalen dalam arti ilmiah. Informasi ini dapat diperoleh dari uraian seseorang tentang gejala penyakitnya atau diskusi dengan pengobat tradisional, sehingga diperoleh pemahaman tentang permintaan dan kebutuhan pelayanan kesehatan yang dirasakan masyarakat (Bennet, 1987).

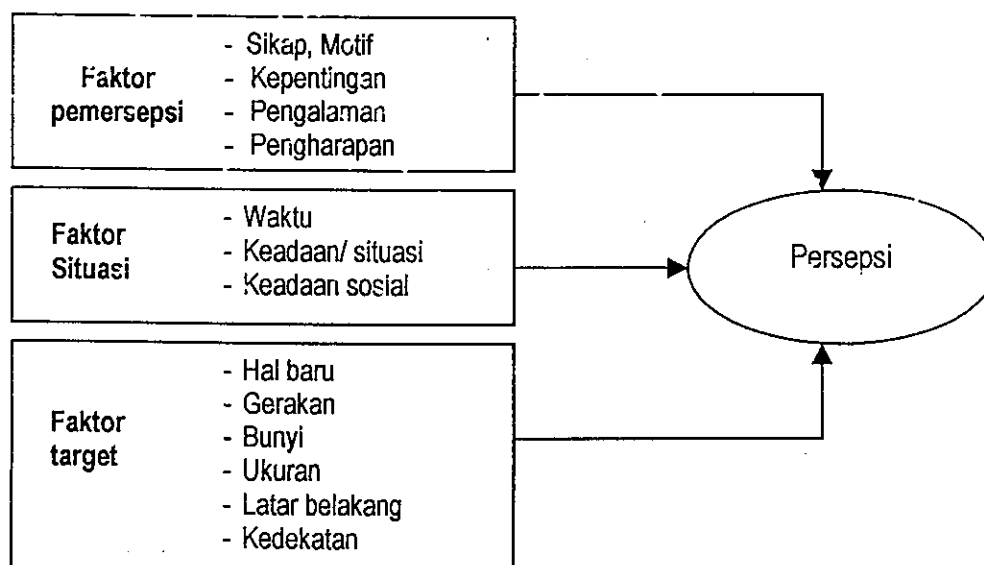
Sifat penyakit yang tidak terduga (*uncertainty*) dan setiap orang tidak dapat meramalkan kapan akan sakit, dimana, seberapa parah dan pelayanan kesehatan apa yang dibutuhkan. Ciri pelayanan kesehatan yang *asymetry of information* menjadikan konsumen tidak mempunyai informasi yang lengkap tentang penyakitnya dan produk pelayanan kesehatan yang dibutuhkan. Mudah terjadi *supply induce demand* yang menjadikan konsumen harus menurut kata provider dan harus membayar pula (Thabrany, 1999). Konsumen pelayanan kesehatan ada dalam posisi yang sangat lemah oleh karena umumnya tidak tahu banyak tentang apa yang dibutuhkannya. Konsekuensi dari keadaan ini adalah bahwa *demand* terhadap pelayanan kesehatan sebagian besar bukan keputusan individu yang bersangkutan. Memang orang memutuskan dimana berobat, akan tetapi selanjutnya untuk memutuskan jenis pemeriksaan dan jenis pengobatan, pihak providerlah yang menentukan (Gani, 1989).

Output pelayanan kesehatan sangat banyak jenisnya. Yang dikonsumsi seseorang biasanya adalah suatu paket output berupa serentetan pelayanan diagnosis, perawatan dan terapi termasuk nasehat kesehatan. Paket ini bervariasi antar individu dan sangat tergantung pada jenis penyakit. Keadaan ini mengakibatkan analisa *demand* terhadap pelayanan kesehatan menjadi rumit (Gani, 1989).

F. Persepsi Pelayanan Kesehatan

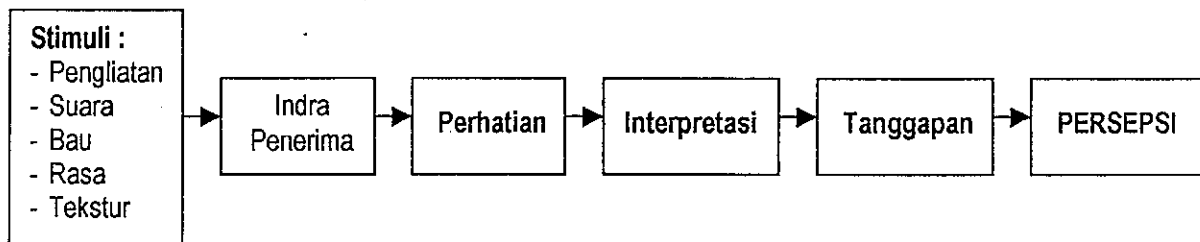
Persepsi dapat berarti penafsiran pribadi apa yang kita lihat, dengar dan apa yang kita baui. Maksudnya penerimaan stimulus sensoris dan penerapannya secara sadar guna membentuk suatu penafsiran yang dapat diterima baginya (Winardi, 1988). Solomon (1996) menyatakan bahwa persepsi juga dapat berarti penafsiran pribadi apa yang kita lihat, di dengar, dibaui atau penerimaan rangsangan-rangsangan indrawi dan penerapan yang disadari atau tidak disadari untuk membentuk penafsiran yang dapat diterimanya. Persepsi dapat dipandang sebagai proses seseorang menyeleksi, mengorganisasikan dan menafsirkan informasi untuk membentuk suatu gambaran yang memberi arti (Sutisna, 2001).

Gambar 2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persepsi (Robbin, 2001)



Proses terjadinya persepsi dimulai dari adanya stimuli-stimuli dari lingkungan kemudian di seleksi, diorganisir dan diinterpretasikan sehingga membentuk persepsi (Solomon, 1996 dalam Sutisna, 2001).

Gambar 3 Proses Terjadinya Persepsi



Persepsi setiap orang terhadap suatu obyek dapat berbeda-beda, oleh karena itu persepsi mempunyai sifat subyektif, yang dipengaruhi oleh isi memorinya. Semua apa yang telah memasuki indra dan mendapat perhatiannya, akan disimpan dalam memorinya dan akan digunakan sebagai referensi untuk menanggapi stimuli baru. Dengan demikian proses persepsi dipengaruhi oleh pengalaman masa lalu yang tersimpan dalam memori (Sutisna, 2001).

Perilaku dapat berubah yang terjadi relatif permanen sebagai hasil dari pengalaman hidup yang diperoleh melalui proses belajar. Dilain pihak kemauan untuk mengikuti proses belajar itu sendiri dapat dipandang sebagai perubahan perilaku. Proses belajar dapat mengarah pada perilaku yang tidak dikehendaki oleh lingkungannya atau sebaliknya mengarah pada perilaku yang discnangi. Perubahan dapat terjadi secara temporer hanya merupakan refleksi ceramah/ pelajaran tetapi bukan merupakan hasil yang sebenarnya. Proses belajar dianggap telah terjadi kalau dapat dilihat adanya perubahan tindakan, sedangkan proses perubahan berpikir dan sikap yang belum diikuti dengan perubahan perilaku tidak termasuk proses belajar (Robbin, 1996).

Proses belajar dapat berarti penerimaan terhadap hal baru dengan meninggalkan hal lama. Dalam belajar pengobatan akan terjadi proses difusi yang dilakukan penyelenggara pelayanan pengobatan pada masyarakat selaku konsumen. Kecepatan masyarakat mengadopsi inovasi tidaklah serempak. Konsumen yang responsif merupakan kelompok pertama yang menerima inovasi (*inovator*) mencapai 2,5% populasi. Inovator berkaitan erat dengan *early adopter* yaitu kelompok paling awal membeli produk inovasi tetapi mereka lebih berorientasi pada nilai-nilai komunitas lokal sebesar 13,5%. Kelompok *early majority* sebesar 34% merupakan kelompok pengikut yang mempunyai daya beli cukup, namun karena ketidaktahuan atas spesifikasi dan manfaat produk mereka menunggu hasil *inovator* lebih dahulu. Kelompok *late majority* adalah kelompok yang sulit menerima *inovasi* atau karena daya belinya dibawah rata-rata mencapai 34%. *Laggards* adalah kelompok yang terlambat menerima *inovasi* dan biasanya adalah kelompok yang teraliensi dengan lingkungan sosial pada umumnya sebesar 16% (Henry Assael, 1992 dalam Sutisna, 2001).

Persepsi memegang peranan penting karena perilaku seseorang didasarkan pada persepsinya mengenai apa realitas itu bukan mengenai realitas itu sendiri. Dunia seperti yang dipersepsikan adalah dunia yang penting dari segi perilaku (Robbin, 1996).

Pengambilan keputusan terjadi sebagai suatu reaksi terhadap suatu masalah, yaitu penyimpangan antara suatu keadaan dewasa ini dengan suatu keadaan yang diinginkan. Dalam memecahkan masalah menuntut alternatif yang perlu dipertimbangkan. Pengambilan keputusan individu merupakan bagian penting dari perilaku, yaitu bagaimana individu mengambil keputusan dan kualitas dari pilihannya, sebagian besar dipengaruhi oleh persepsinya (Robbin, 1996).

Mutu pelayanan kesehatan bersifat subyektif, tergantung pada persepsi dan sistem nilai. Jika ditanya mengapa pelayanan kesehatan dinilai baik atau buruk, pasien akan mengacu pada satu aspek saja dari mutu yang paling berkesan baginya. Mutu yang baik sering dikaitkan dengan kesembuhan, meningkatkan derajat kesehatan atau pelayanan, kecepatan pelayanan, kepuasan terhadap lingkungan fisik, dan tarif yang memadai. Sebaliknya mutu pelayanan kesehatan dinilai buruk mutunya mungkin karena petugas yang bersifat cemberut, meskipun pelayanannya profesional dan cekatan. Persepsi mutu yang paling utama bagi pasien adalah kepuasan baik fisik maupun psikologik (Junadi, 1991).

Kepuasan pasien merupakan aspek multidimensional yang terkait dengan struktur, proses dan out come pelayanan. Kepuasan sebagai rasa lega atau senang karena harapan atau hasrat tentang sesuatu terpenuhi. Kepuasan mempunyai dimensi fisik, mental dan sosial. Ketidakpuasan merupakan kesenjangan antara harapan dan kenyataan layanan yang diterima oleh pasien, yang diungkapkan dalam bentuk kekecewaan, keluhan, kemarahan, surat, pengaduan kepada ikatan profesi sampai pengaduan ke pengadilan dengan tuduhan mal praktek (Jacobalis, 1993).

G. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan yang diselenggarakan sesuai dengan kebutuhan dan tuntutan pemakai jasa pelayanan kesehatan akan meningkatkan penerimaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Pelanggan yang puas akan membuka peluang hubungan yang harmonis antara pemberi jasa dan konsumen, memberikan dasar yang baik bagi kunjungan ulang, loyalitas pelanggan dan membentuk

rekomendasi promosi dari mulut ke mulut (*words of mouth*) yang menguntungkan pemberi jasa (Tjiptono, 1997).

Kunjungan pasien ke fasilitas pengobatan moderen dapat digunakan sebagai dasar penelusuran penggunaan obat, baik untuk mengobati sakit, maupun untuk menjaga kesehatan dan lain-lain. Sumber perolehan obat moderen yang digunakan penduduk sebesar 71,9% berasal dari warung, 17,24% berasal dari toko obat, 8,24% berasal dari apotik, pos obat dan pedagang keliling 0,93%, dan sisanya 1,67% berasal dari tempat lain (BPS Jateng, 2000). Kunjungan rawat jalan kasus baru di Puskesmas dan Rumah sakit pemerintah kabupaten Grobogan mencakup 9,1% populasi, dan khusus untuk bayi sebesar 26,5% (Dinkes Grobogan, 2000).

Menurut Andersen (1984), faktor-faktor yang menentukan pemanfaatan pelayanan kesehatan meliputi :

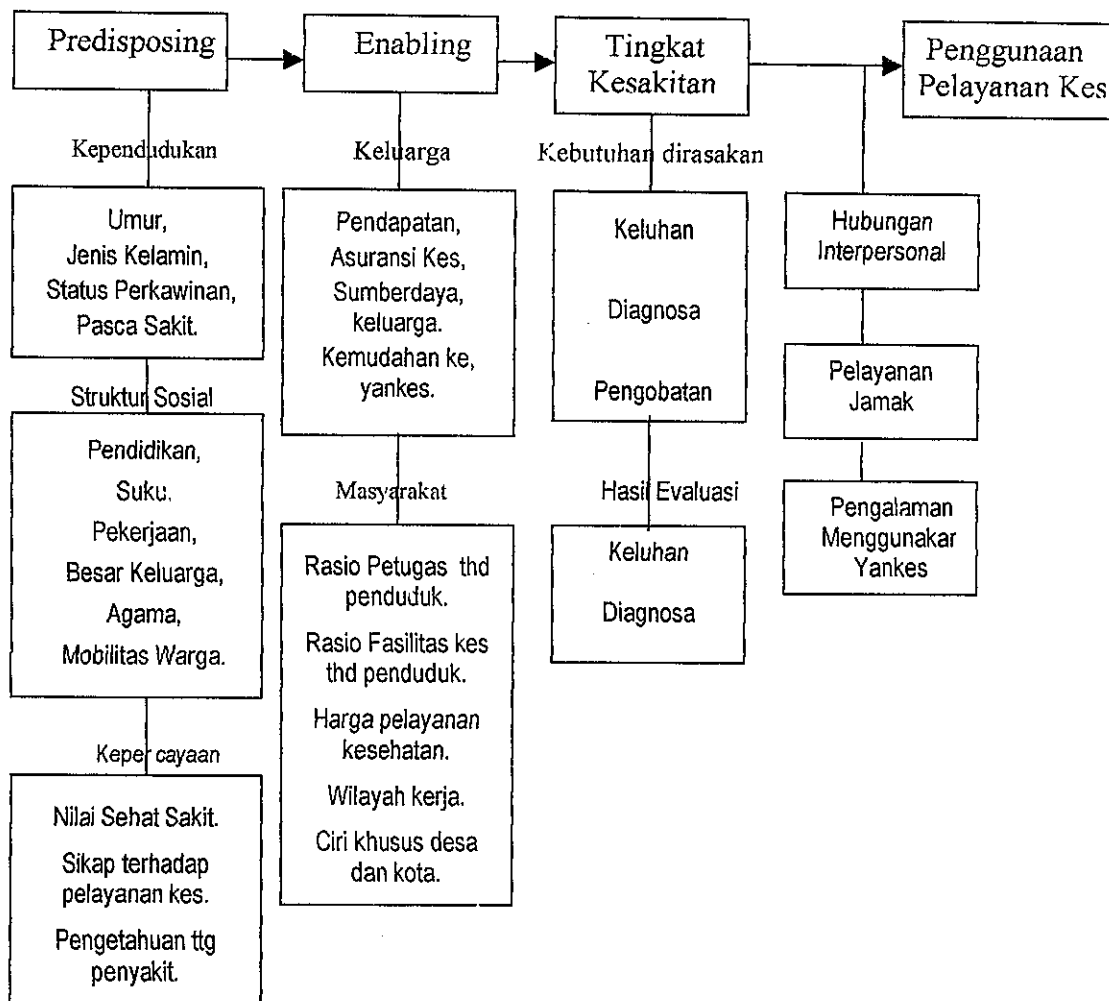
- a. Karakteristik pemungkin (*Predisposing characteristics*), yang menggambarkan fakta bahwa setiap individu mempunyai kecenderungan menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda yang digolongkan atas :
 - Ciri demografi; seperti umur, jenis kelamin, status perkawinan, dan jumlah keluarga.
 - Struktur sosial, seperti tingkat pendidikan, pekerjaan dan kesukuan.
 - Sikap dan keyakinan individu terhadap pelayanan kesehatan.
- b. Karakteristik pendukung (*Enabling characteristics*), yang menjelaskan bahwa meskipun individu mempunyai predisposisi untuk menggunakan pelayanan kesehatan, tidak akan bertindak menggunakannya kecuali mampu

memperolehnya. Penggunaan pelayanan kesehatan yang ada tergantung pada kemampuan konsumen untuk membayar. Yang termasuk karakteristik ini adalah:

- Sumber keluarga (*Family resources*), yang meliputi pendapatan keluarga, cakupan asuransi kesehatan dan pihak-pihak yang membiayai individu atau keluarga dalam mengkonsumsi pelayanan kesehatan.
 - Sumber daya masyarakat (*Community resources*), yang meliputi tersedianya pelayanan kesehatan, ketercapaian pelayanan dan sumber-sumber yang ada di dalam masyarakat.
- c. Karakteristik kebutuhan (*need*). Faktor predisposisi dan faktor pendukung dapat terwujud menjadi tindakan pencarian pengobatan, apabila tindakan itu dirasakan sebagai kebutuhan. Kebutuhan merupakan dasar dan stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan. Kebutuhan pelayanan kesehatan dapat dikategorikan menjadi:
- Kebutuhan yang dirasakan (*perceived need*), yaitu keadaan kesehatan yang dirasakan.
 - *Evaluated/ clinical diagnosis* yang merupakan penilaian keadaan sakit didasarkan oleh penilaian petugas.

Berdasarkan pengalaman peneliti terdahulu maka model ini dikembangkan dengan menambahkan faktor keempat yaitu hubungan interpersonal, faktor kelima pemakaian tipe pelayanan jamak, dan faktor keenam yaitu pemanfaatan pelayanan sebelumnya (Fosu, 1986).

Gambar 4 Model Perilaku Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan (Andersen, 1984; Fosu, 1986)



Sorkin menyebutkan bahwa *demand* terhadap pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh dua faktor yang berurutan, yaitu (Sorkin, 1984) :

- Faktor kebutuhan (need) terhadap pelayanan kesehatan yang ditujukan oleh rasa sakit baik secara fisik maupun psikis telah dirasakan dan memerlukan upaya penyembuhan.
- Faktor individu terhadap pandangan sehat dan sakit, yang mana hal tersebut sangat dipengaruhi oleh variabel pendidikan, pekerjaan, pilihan (preferensi)

terhadap pelayanan kesehatan serta kemampuan finansial untuk membayar pelayanan kesehatan.

Feldstein (1983) menyatakan bahwa demand terhadap pelayanan kesehatan kuratif dipengaruhi oleh :

- a. Insiden penyakit yang menggambarkan kejadian penyakit.
- b. Karakteristik demografi dan sosial antara lain status marital, jumlah anggota keluarga, pendidikan dan sistem nilai budaya yang ada dalam keluarga dan masyarakat.
- c. Faktor ekonomi antara lain pendapatan, harga pelayanan medis dan nilai waktu yang dipergunakan untuk mencari pengobatan dan waktu menunggu untuk mendapatkan pengobatan.

Kerangka teori yang ada belum menunjukkan suatu kerangka teori yang komprehensif yang dapat menjawab fenomena yang ada. Keadaan ini dinegara berkembang menjadi semakin kompleks karena terdapatnya berbagai jenis pelayanan kesehatan yang digunakan oleh seorang sakit dan populernya pengobatan sendiri serta pengobatan tradisional pada sebagian besar penduduk (Suryadi, 1992).

Kroeger (1983) menyatakan bahwa untuk tujuan perbaikan pelayanan, maka dari sekian variabel yang ada perlu memfokuskan perhatian pada variabel tertentu sehingga variabel yang penting untuk penggunaan pelayanan kesehatan dapat diketahui. Kroeger membuat model sederhana dan merupakan model yang diadaptasi untuk dipakai dinegara berkembang yang terkenal dengan banyak macam pelayanan kesehatan (*medical pluralism*). Model ini menggambarkan penggunaan pelayanan kesehatan sebagai variabel tidak bebas yang terdiri atas

penggunaan pelayanan tradisional, pelayanan kesehatan moderen, pengobatan sendiri, dan penggunaan obat dari toko obat. Hal ini dipengaruhi oleh persepsi terhadap keuntungan dari tindakan pencarian pengobatan dan persepsi atas hambatan untuk melakukan tindakan. Kedua macam persepsi itu dipengaruhi oleh tiga kelompok variabel :

1. Karakteristik dari individu dan keluarga yang dikelompokkan sebagai *predisposing factors*.
2. Karakteristik dari penyakit dan pandangan terhadap penyakit itu.
3. Persepsi terhadap sistem pelayanan kesehatan.

Dalam upaya menyederhanakan faktor-faktor yang diduga mempengaruhi tindakan kesehatan maka telah dikumpulkan pendapat para ahli yang pernah meneliti dan mengemukakan model perilaku kesehatan, disimpulkan ada enam kelompok variabel utama yang berhubungan dengan tindakan kesehatan seseorang, yaitu (Cummins, 1980) :

1. Keterjangkauan pelayanan kesehatan (*accessibility of health services*) seperti misalnya kemampuan individu untuk membayar pelayanan kesehatan, kesadaran akan adanya pelayanan kesehatan, ketersediaan fasilitas kesehatan, dan lain-lain.
2. Sikap individu pada pelayanan kesehatan, seperti kepercayaan pada keuntungan pengobatan atau tindakan kesehatan, kepercayaan pada kualitas pelayanan kesehatan.
3. Tahu bahaya penyakit, seperti persepsi individu pada bahaya yang dideritanya, kepercayaan akan kerentanan terhadap penyakit dan akibatnya.
4. Pengetahuan terhadap penyakit.

5. Interaksi sosial individu dengan orang lain termasuk struktur sosial, dan norma sosial.
6. Karakter demografi, seperti status sosial, pendapatan, dan pendidikan.

Menarik untuk diperhatikan dari segi karakteristik penduduk tidak ada yang menaruh perhatian pada jaringan sosial dan dukungan sosial diantara penduduk, padahal hal ini merupakan ciri khas di negara berkembang. Sudah menjadi kebiasaan di banyak tempat bila ada penduduk yang menderita kesusahan biasanya minta tolong pada kerabat, tetangga atau pemuka masyarakat (Suryadi, 1992).

Studi pemanfaatan pelayanan kesehatan dilakukan dibawah kontrol individu dan dibawah kontrol provider. Dibawah kontrol individu pasien yaitu tindakan melakukan pencegahan atau tindakan pertama untuk melakukan tindakan pencarian pengobatan. Dibawah kontrol petugas kesehatan yaitu tindakan berobat lanjutan atas anjuran petugas kesehatan (Suryadi, 1992).

H. Karakteristik Keluarga

Karakteristik adalah ciri khusus yang mempunyai sifat khas sesuai dengan perwatakan tertentu. Ciri khusus ini dapat berupa fisik seperti pekerjaan, pemilikan dan pendapatan, maupun non fisik seperti pengalaman dan kebutuhan yang dapat beraneka macam (Depdikbud, 1997).

1. Keluarga

Keluarga merupakan sekelompok orang yang hidup bersama dalam suatu ikatan darah keturunan, terdiri seorang atau beberapa orang yang masing-masing berperan dalam fungsi masing-masing, saling mendukung, terikat secara normatif menuju pada tujuan tertentu. Di Indonesia dikenal dua jenis keluarga meliputi

keluarga inti dan keluarga besar. Keluarga inti (*nuclear family*) yang terdiri dari suami, istri dan anak-anak. Keluarga besar (*extended family*) terdiri dari suami, istri, anak-anak, orang tua dan saudara-saudara (Bennett, 1987).

Jumlah anggota keluarga mempengaruhi kesehatan anggota keluarganya. Ibu yang mampu mengontrol frekuensi kelahiran dan jumlah anaknya akan mampu menjamin kesehatan ibu dan anak-anaknya. Demikian pula orang tua akan mampu memberikan dukungan ekonomi, sosial dan emosional yang diperlukan bagi anak-anak, yang mempunyai arti penting bagi kehidupan yang sehat (Bennet, 1987).

Jenis kelamin, umur, paritas, etnis, agama, status perkawinan, status sosial (pendidikan, pekerjaan, pendapatan, kepadatan rumah), tempat desa – kota, dan morbiditas merupakan variabel-variabel universal yang harus diperhitungkan untuk diikutsertakan dalam suatu penelitian meskipun tidak secara otomatis digunakan sebagai variabel penelitian. Jumlah variabel sebanyak yang diperlukan dan sesedikit mungkin (Abramson, 1991). Sedangkan menurut Bennet (1987) menerangkan bahwa umur, jenis kelamin, status perkawinan, jumlah keluarga, pendidikan dan pekerjaan serta pendapatan berkaitan dengan kebutuhan pencarian pelayanan kesehatan. Kebutuhan terkait dengan hal yang nyata seperti penggunaan fasilitas, persepsi pasien terhadap kualitas pelayanan dan hubungan antara pasien dan petugas pelayanan kesehatan (Bennet, 1987).

2. Pendidikan

Tingkat pendidikan dapat digunakan untuk mengidentifikasi status sosio-ekonomi. Pendidikan mempengaruhi apa yang akan dilakukan yang tercermin dari pengetahuan, sikap dan perbuatan. Pendidikan yang rendah berhubungan

dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan yang rendah. Angka kesakitan sangat berbeda jumlahnya pada pendidikan rendah dan pekerjaan tidak memadai. Hampir semua penyakit teridentifikasi diantara populasi dengan tingkat pendidikan rendah, dan bila dibandingkan dengan pendidikan tinggi perbedaan itu tampak nyata. Pendidikan dan sosioekonomi menentukan tingkat kesehatan seseorang. Pendidikan dapat memperbaiki perilaku kesehatan serta membantu mencegah penyakit. Uang dapat digunakan untuk membeli pelayanan kesehatan dan perbaikan lingkungan. Pendidikan, kekayaan dan status sosial berhubungan dengan kesakitan dan kematian khususnya pada mayoritas warga pedesaan yang miskin (Bennet, 1987).

Dalam keluarga berpendidikan rendah, istri lebih dominan dalam menentukan keputusan sebaliknya pada keluarga yang berpendidikan lebih tinggi peran suami lebih besar (Muchlas, 1999). Tingkat pendidikan penduduk kabupaten Grobogan masih terdapat golongan buta huruf 11,06%, tidak/ belum tamat SD 19,80%, SD 52,33%, dan akademi/PT 0,88%. Khusus pendidikan wanita masih terdapat buta huruf 16,97%, tidak/ belum tamat SD 19,62%, SD 49,82%, dan akademi/PT 0,70% (Statistik Grobogan, 2000).

3. Ekonomi Keluarga

Ilmu ekonomi menjelaskan mengenai pilih memilih yang bertujuan mengoptimalkan sumberdaya yang terbatas dalam rangka mencapai tujuan yang tidak terbatas. Ekonomi keluarga adalah seluruh proses mengoptimalkan sumberdaya yang meliputi pemilikan, pendapatan, sumberdaya manusia dan teknologi dalam keluarga yang terbatas untuk memenuhi kebutuhan keluarga. Lingkup penerapan ekonomi demikian luas mencakup semua hal yang berkaitan

dengan pilih memilih, tetapi secara tradisional analisis ekonomi membatasi pada masalah yang berkaitan dengan uang (Depkes RI, 1989).

Pekerjaan mempengaruhi komunitas mana mereka bergaul. Istri yang tidak bekerja dengan pendidikan rendah biasanya lebih mempertahankan nilai-nilai tradisional. Sikap terhadap kesehatan pribadi, kepercayaan mengenai nilai medis semuanya diperoleh dari orang tua (Muchlas, 1999). Pekerjaan penduduk terbanyak adalah petani dengan proporsi 65,59% diikuti oleh perdagangan 14,49% (Dinkes Grobogan, 2000).

Pendapatan adalah penerimaan berupa uang maupun barang yang diterima atau dihasilkan oleh anggota keluarga. Informasi pendapatan cenderung memberikan data yang tidak sebenarnya, oleh karena itu pendapatan dapat diproksimasi dengan pengeluaran dengan asumsi bahwa pengeluaran merupakan gambaran pendapatannya. Perhitungan pengeluaran rumah tangga dapat dilakukan dengan salah satu dari tiga konsep pendekatan. Pengeluaran rumah tangga menurut konsep akuisisi, yaitu seluruh jumlah nilai barang atau jasa yang diperoleh rumah tangga tanpa memperhatikan apakah barang/jasa itu sudah dibayar atau belum. Pengeluaran rumah tangga menurut konsep pemakaian, yaitu seluruh jumlah nilai barang/ jasa yang benar-benar dikonsumsi rumah tangga. Pengeluaran rumah tangga menurut konsep pembayaran, yaitu jumlah nilai barang atau jasa yang telah dibayar rumah tangga terlepas dari kenyataan barang/jasa sudah diterima atau belum. Model pengeluaran yang banyak digunakan pada masyarakat lebih banyak pada pengeluaran menurut konsep pembayaran (BPS Jateng, 1996).

Pengeluaran rumah tangga adalah rata-rata biaya yang dikeluarkan rumah tangga untuk konsumsi rumah tangga meliputi konsumsi makanan dan bukan makanan seperti perumahan, aneka barang dan jasa, pendidikan, kesehatan, pakaian, barang tahan lama, pajak dan asuransi, dan keperluan untuk pesta dan upacara. Pengeluaran penduduk kabupaten Grobogan untuk kebutuhan pangan 66% dan pengeluaran non pangan 34%, khusus untuk kesehatan 2,66%. Ada kecenderungan bahwa semakin tinggi pengeluaran penduduk, semakin tinggi pula persentase pengeluaran yang digunakan untuk non-makanan (BPS Jateng, 2000).

Pembahasan ekonomi kesehatan terhadap permintaan pelayanan kesehatan menelaah pola penggunaan pelayanan kesehatan dan differensiasinya menurut fasilitas, strata pendapatan, strata pendidikan, kota-desa, kelompok umur dan pekerjaan (Gani, 1989). Dalam teori keseimbangan umum pembuat keputusan ekonomi jumlahnya sangat banyak. Dalam ekonomi makro jumlah yang banyak tersebut dijadikan empat yaitu rumah tangga, perusahaan, pemerintah dan sektor luar negeri (Ananta, 1989).

4. Kesehatan Keluarga

Kesehatan keluarga diselenggarakan untuk mewujudkan keluarga sehat, kecil, bahagia dan sejahtera. Kesehatan keluarga tersebut meliputi kesehatan suami, istri, anak dan anggota keluarga lainnya. Anggota keluarga lainnya adalah setiap orang yang tinggal serumah dengan keluarga tersebut, baik yang mempunyai hubungan darah maupun tidak (Depkes RI, 1992). Rumah tangga adalah seseorang atau sekelompok orang yang mendiami sebagian atau seluruh bangunan fisik yang biasanya tinggal bersama serta makan dari satu dapur dalam pengertian bahwa kebutuhan sehari-hari diurus bersama-sama menjadi satu.

Anggota rumah tangga adalah orang yang biasanya tinggal di suatu rumah tangga (BPS Jateng, 2000).

Pengobatan anak balita pada keluarga miskin yang menganggap biaya pengobatan tidak memberatkan kemungkinannya hampir dua kali lebih banyak menggunakan pengobatan moderen dibandingkan dengan keluarga miskin yang menganggap biaya pengobatannya memberatkan. Hal ini menjadi bukti bahwa biaya masih menjadi hambatan dalam upaya pengobatan anak balita keluarga miskin. Puskesmas menjadi pilihan pertama dalam pencarian pengobatan anak balita keluarga miskin yaitu 33,5%, pengobatan sendiri 29,4%, pengobatan moderen lain 36,3% dan tidak mencari pengobatan 0,8%. Semakin parah penyakit maka semakin tidak mencari pengobatan moderen (Anies, 2000). Myrnawati (1998) dalam Anies (2000) menemukan bahwa kematian bayi dan anak balita di kabupaten Cianjur mendapat pola bahwa semakin parah penyakit anak semakin banyak yang dibawa ke dukun.

Praktek pengobatan tradisional sangat erat dengan kehidupan dan pola hidup masyarakat. Kehidupan masyarakat miskin pilihannya cenderung pada pengobatan yang murah dan terjangkau, dan pola hidup yang berbeda berbeda menentukan pilihan yang berbeda (Budhihartono, 1989).

5. Lingkungan Keluarga

Lingkungan sosial dan hubungan interpersonal diantara masyarakat mempunyai pengaruh terhadap keputusan pencarian jenis pelayanan kesehatan. Disamping itu rendahnya pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh mutu pelayanan yang rendah. Disamping itu keparahan dan lamanya penyakit berpengaruh terhadap upaya pencarian alternatif pelayanan kesehatan, bila

alternatif pengobatan yang dipilihnya gagal. Pada kebanyakan penyakit, pasien menunda mencari pengobatan profesional dan mengobati sendiri dilanjutkan dengan pengobatan obat tradisional. Pelayanan kesehatan moderen termasuk rumah sakit hanya sebagai alternatif berikutnya bila masalah yang dihadapi serius dan menetap (Anies, 2000).

Perilaku pasien dalam sistem medis pluralistis pada awalnya menggambarkan bahwa pasien terikat pada satu tradisi pengobatan saja. Pasien dikategorikan dalam berbagai kelas sosial ekonomi dan tingkat pendidikan yang berhubungan dengan pola pemilihan pelayanan kesehatan tertentu. Pasien dari tingkat sosial ekonomi dan pendidikan tinggi lebih mendukung pengobatan moderen sementara pasien tingkat sosial ekonomi dan pendidikan rendah lebih memilih pengobatan tradisional. Perkembangan arus informasi kesehatan membentuk kenyataan bahwa pasien mempunyai bermacam-macam perasaan dan menggunakan berbagai jenis pengobatan secara bergantian. Bahkan ketidaktahuan merupakan aspek penting dari praktek pengobatan pasien (Suryadi, 1992).

Penelitian multisenter oleh lima universitas yang dilakukan di Jawa Tengah dan Jawa Timur menunjukkan bahwa 58,36% keluarga miskin yang benar-benar telah memiliki kartu sehat, dan sisanya 41,64% belum memiliki kartu sehat (Sudiro, 1999 dalam Anis, 2000).

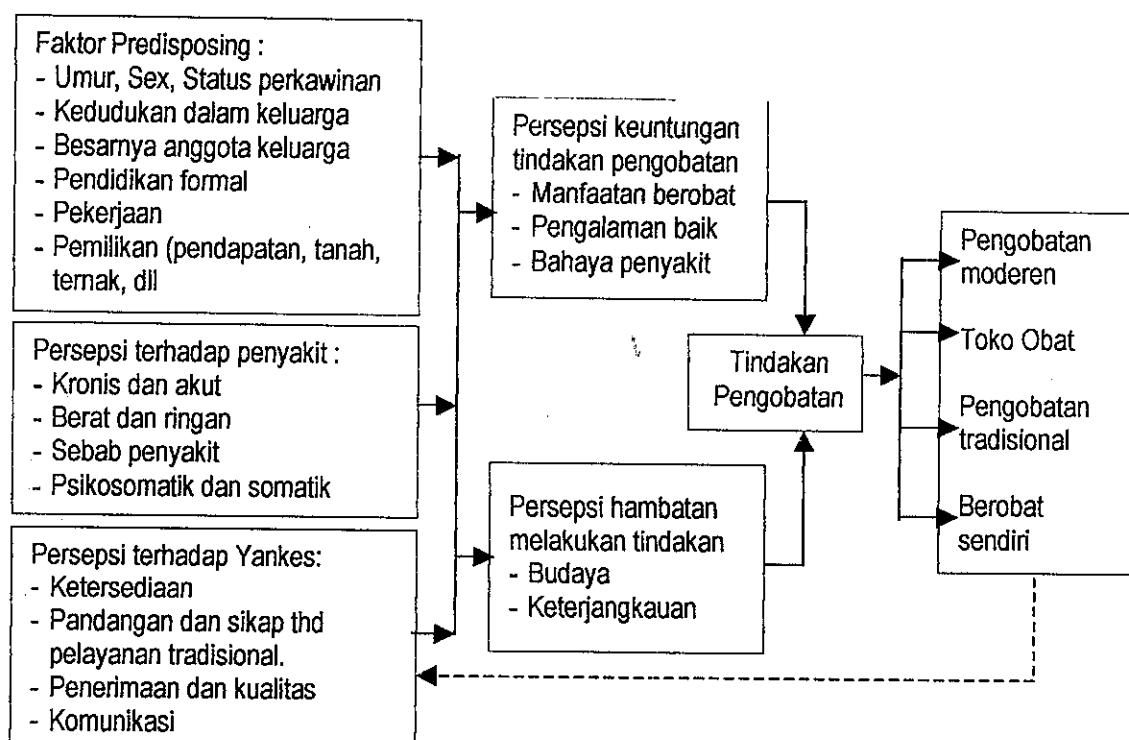
I. Landasan Teori

Menurut Andersen (1974) bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan berawal dari karakteristik predisposisi, ke karakteristik pendukung, kemudian pada kebutuhan baik kebutuhan yang dirasakan maupun kebutuhan atas indikasi medis. Fosu (1986)

menambahkan variabel lain yaitu hubungan interpersonal, pelayanan jamak dan pemanfaatan pelayanan kesehatan sebelumnya.

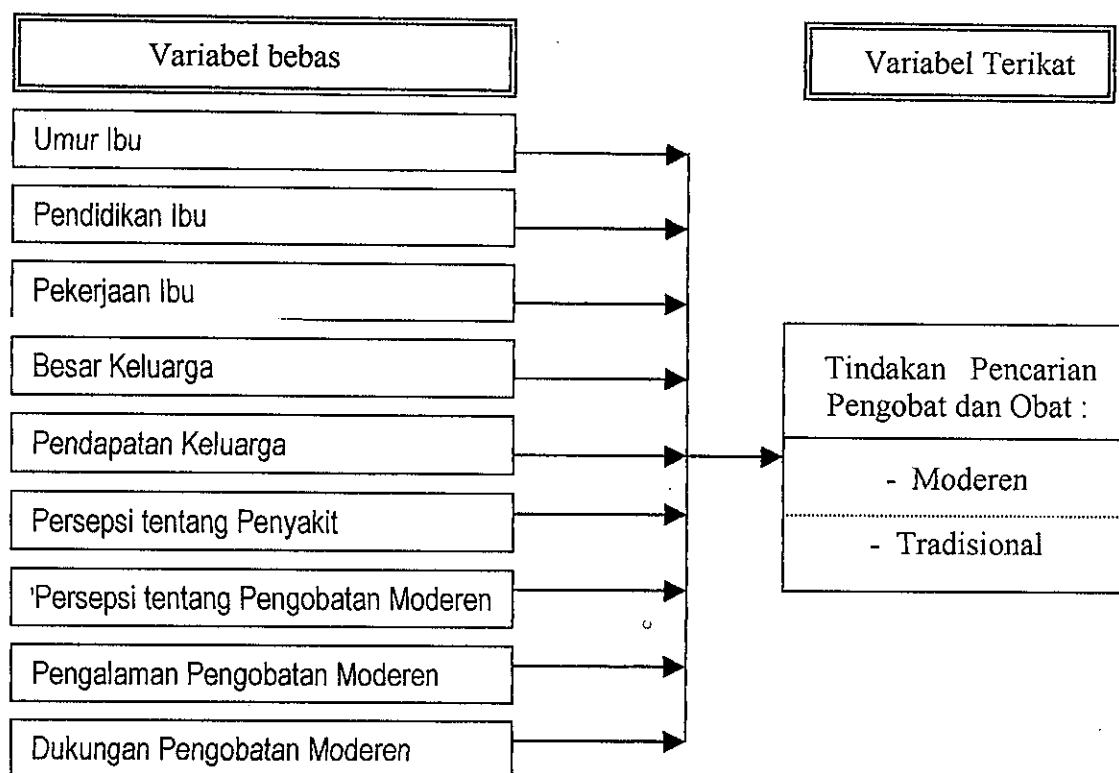
Menurut Kroeger (1983) menyatakan bahwa tindakan mencari pengobatan dipengaruhi oleh persepsi terhadap keuntungan tindakan pengobatan yaitu tahu manfaat pengobatan, pengalaman baik dan bahaya penyakit atau sebaliknya tidak berobat karena adanya persepsi yang menghambat tindakan pencarian pengobatan yaitu budaya dan keterjangkauan. Keuntungan dan hambatan untuk bertindak mencari pengobatan dipengaruhi oleh faktor predisposisi berupa karakteristik keluarga, persepsi terhadap penyakit dan persepsi terhadap pelayanan kesehatan.

Gambar 5. Kerangka Teoritis Untuk Analisa Tindakan Pencarian Pelayanan Kesehatan (Kroeger, 1983; Andersen, 1974)



BAB III
METODA PENELITIAN

A. Kerangka Konsep



B. Hipotesis

1. Ada pengaruh umur ibu terhadap tindakan pertama pencarian pengobat dan obat moderen atau tradisional.
2. Ada pengaruh pendidikan ibu terhadap tindakan pertama pencarian pengobat dan obat moderen atau tradisional.
3. Ada pengaruh pekerjaan ibu terhadap tindakan pertama pencarian pengobat dan obat moderen atau tradisional.
4. Ada pengaruh besar keluarga terhadap tindakan pertama pencarian pengobat dan obat moderen atau tradisional.

5. Ada pengaruh tingkat pendapatan keluarga terhadap tindakan pertama pencarian pengobat dan obat moderen atau tradisional.
6. Ada pengaruh persepsi tentang penyakit terhadap tindakan pertama pencarian pengobat dan obat moderen atau tradisional.
7. Ada pengaruh persepsi tentang pengobatan moderen terhadap tindakan pertama pencarian pengobat dan obat moderen atau tradisional.
8. Ada pengaruh pengalaman pengobatan moderen terhadap tindakan pertama pencarian pengobat dan obat moderen atau tradisional.
9. Ada pengaruh dukungan pengobatan moderen terhadap tindakan pertama pencarian pengobat dan obat moderen atau tradisional.
10. Ada pengaruh umur, pendidikan, pekerjaan, besar keluarga, tingkat pendapatan, persepsi tentang penyakit, persepsi tentang pengobatan moderen, pengalaman pengobatan moderen dan dukungan pengobatan moderen secara bersama-sama terhadap tindakan pertama pencarian pengobat dan obat moderen atau tradisional.

C. Variabel Penelitian

1. Variabel bebas
 - a. Umur ibu.
 - b. Pendidikan ibu.
 - c. Pekerjaan ibu.
 - d. Besar keluarga.
 - e. Pendapatan.
 - f. Persepsi tentang penyakit.
 - g. Persepsi tentang pengobatan moderen.
 - h. Pengalaman pengobatan moderen.
 - i. Dukungan pengobatan moderen.

2. Variabel terikat

Tindakan pertama pencarian pengobat dan obat moderen maupun tradisional untuk mengobati bayi yang sakit.

D. Definisi Operasional

1. Variabel bebas

a. Umur Ibu

Usia ibu dihitung dalam tahun sejak kelahiran sampai saat penelitian.

Kelahiran diketahui dari catatan kartu keluarga atau kartu tanda penduduk (KTP). Pengukuran data skala nominal, yaitu:

- 1). Kurang dari 20 tahun.
- 2). 20 – 30 tahun.
- 3). Diatas 30 tahun

b. Pendidikan Ibu

Tingkat pendidikan formal tertinggi yang dicapai ibu, diperoleh dari keterangan responden dan ditunjukkan dengan bukti ijazah atau kartu keluarga. Data pendidikan dikategorikan mengikuti cara yang disarankan Bennet (1987).

Pengukuran data skala ordinal.

- 1). Tidak sekolah/ tidak lulus SD
- 2). Sekolah dasar
- 3). SLTP
- 4). SLTA
- 5). Akademi/ PT

c. Pekerjaan Ibu

Jenis pekerjaan utama ibu yang diketahui dari kartu keluarga atau KTP serta memperjelasnya dari keterangan responden.

Pengukuran data skala nominal.

- 1). Petani
- 2). Buruh tani
- 3). Pedagang
- 4). Pegawai swasta
- 5). Pegawai sipil

d. Besar keluarga

Besar keluarga diidentifikasi berdasarkan jumlah anak dalam keluarga. Dalam norma keluarga kecil bahagia sejahtera (NKKBS) disarankan keluarga membentuk catur warga terdiri atas kedua orang tua dan dua anak (Depkes RI, 1992). Keluarga dengan jumlah anak lebih dari dua, tidak termasuk keluarga kecil dan dikategorikan sebagai keluarga besar. Jumlah anak diketahui berdasarkan catatan kartu keluarga atau keterangan responden.

Pengukuran data skala nominal, menjadi :

- 1). Keluarga kecil, ≤ 4 orang.
- 2). Keluarga besar, ≥ 5 orang.

e. Pendapatan

Pendapatan adalah semua penerimaan kepala keluarga, istri, anak-anak dan anggota keluarga lainnya baik berbentuk uang dan barang/jasa yang dikontribusikan untuk memenuhi kebutuhan keluarga. Pendapatan dinyatakan

dalam pendapatan rata-rata perorang perbulan. Pendapatan didekati dengan metode pembayaran, diklasifikasikan mengikuti 3 kriteria Bank Dunia (BPS Jateng, 2000).

- 1). Pendapatan rendah 40% distribusi pendapatan terendah.
- 2). Pendapatan sedang 40,1% - 80% distribusi pendapatan.
- 3). Pendapatan tinggi > 80% pendapatan teratas.

f. Persepsi tentang penyakit

Pemahaman ibu terhadap pengertian penyakit, penyebab dan seriusnya penyakit, kepercayaan dan pencegahan terhadap penyakit. Pemahaman diketahui dengan cara membacakan pernyataan tentang penyakit dan responden diminta respon kesetujuan atau penolakan atas pernyataan tersebut. Setiap pernyataan mempunyai 4 skala respon meliputi setuju (S), agak setuju (AS), agak tidak setuju (ATS) dan tidak setuju (TS). Mengikuti cara Abramson (1991) maka jawaban atas item yang terpisah dalam suatu variabel dijumlahkan ke dalam skor komposit. Persepsi tentang penyakit diketahui berdasarkan respon atas 22 pernyataan *favorable* dan *unfavorable*. Nilai masing-masing pernyataan berkisar pada 4 sampai 1. Interpretasi jawaban mengikuti distribusi skor-T (Azwar S., 2002). Klasifikasi skor mengikuti distribusi kategori adopsi menjadi 4 klas (Henry Assael, 1992 dalam Sutisna, 2001). Pengukuran data skala ordinal.

- 1). Baik 16% distribusi skor teratas.
- 2). Cukup baik 34% distribusi skor dibawah teratas.
- 3). Kurang 34% distribusi skor diatas terendah.
- 4). Buruk 16% distribusi skor terendah.

g. Persepsi tentang pengobatan moderen.

Pemahaman responden terhadap tindakan pencarian pengobatan moderen yang meliputi tenaga pengobat dan obat yang digunakan, kesembuhan penyakit, biaya dan kepercayaan terhadap pengobat dan obat moderen dan tradisional. Pemahaman tindakan pencarian pengobat dan obat diketahui dengan cara membacakan suatu pernyataan dan responden diminta memberikan respon kesetujuan atau penolakannya. Setiap pernyataan mempunyai 4 skala respon meliputi setuju (S), agak setuju (AS), agak tidak setuju (ATS) dan tidak setuju (TS). Mengikuti cara Abramson (1991) maka jawaban atas item yang terpisah dalam suatu variabel dijumlahkan ke dalam skor komposit. Jumlah pernyataan sebanyak 24 terdiri atas pernyataan *favorable* dan *unfavorable*. Skor respon masing-masing pernyataan berkisar pada 1 sampai 4. Interpretasi jawaban mengikuti distribusi skor-T (Azwar S., 2002). Klasifikasi distribusi skor T mengikuti kategori adopsi menjadi 4 klasifikasi (Henry Assael, 1992 dalam Sutisna, 2001).

Pengukuran data skala ordinal.

- 1). Baik 16% distribusi skor teratas.
- 2). Cukup baik 34% distribusi skor dibawah teratas.
- 3). Kurang 34% distribusi skor diatas terendah.
- 4). Buruk 16% distribusi skor terendah.

h. Pengalaman pengobatan moderen.

Pernah memanfaatkan jasa pengobatan untuk mengobati bayi yang sakit, mengamati hasil pengobatan dan rasa kepuasan atas tindakan pengobatan yang diperoleh. Pengalaman pengobatan mencakup pengobat dan obat moderen atau tradisional yang diketahui berdasarkan respon 20 pernyataan *favorable* dan *unfavorable*. Setiap pernyataan mempunyai 4 skala respon meliputi setuju (S), agak setuju (AS), agak tidak setuju (ATS) dan tidak setuju (TS). Mengikuti cara Abramson (1991) maka jawaban atas item yang terpisah dalam suatu variabel dijumlahkan ke dalam skor komposit. Skor respon masing-masing pernyataan dalam rentang 1 sampai 4. Interpretasi jawaban mengikuti distribusi skor-T (Azwar S., 2002). Klasifikasi distribusi skor T mengikuti kategori adopsi menjadi 4 klasifikasi (Henry Assael, 1992 dalam Sutisna, 2001).

- 1). Baik 16% distribusi skor tertinggi.
- 2). Cukup baik 34% distribusi skor dibawah teratas.
- 3). Kurang 34% distribusi skor diatas terendah.
- 4). Buruk 16% distribusi skor terendah.

i. Dukungan pengobatan moderen.

Dukungan tetangga, organisasi dan masyarakat terhadap tindakan pencarian pengobat dan obat untuk bayi dalam bentuk nasehat, pujian/ cercaan dan contoh. Dukungan diketahui berdasarkan respon atas 22 pernyataan *favorable* dan *unfavorable* tentang pengobatan moderen dan tradisional. Setiap pernyataan mempunyai 4 skala respon meliputi setuju (S), agak setuju (AS), agak tidak setuju (ATS) dan tidak setuju (TS). Mengikuti cara Abramson (1991) maka jawaban atas item yang terpisah dalam suatu variabel

dijumlahkan ke dalam skor komposit. Setiap item pernyataan skor tertinggi 4 dan terendah 1. Interpretasi jawaban mengikuti distribusi skor-T (Azwar S., 2002). Klasifikasi distribusi skor T mengikuti distribusi kategori adopsi menjadi 4 klasifikasi (Henry Assael, 1992 dalam Sutisna, 2001).

Pengukuran data skala ordinal.

- 1). Baik 16% distribusi skor tertinggi.
- 2). Cukup baik 34% distribusi skor dibawah teratas.
- 3). Kurang 34% distribusi skor diatas terendah.
- 4). Buruk 16% distribusi skor terendah.

2. Variabel terikat

- Tindakan pencarian pengobat dan obat moderen maupun tradisional yang pertama dimanfaatkan. Skala data nominal, meliputi :

a. Pengobatan moderen

- Pengobat moderen adalah praktisi pengobatan berdasarkan ilmu kedokteran yang dilakukan oleh dokter, bidan, perawat. Tindakan pengobatan dapat dilakukan di RS, dokter praktek swasta, poliklinik, bidan praktek swasta, perawat praktek, dan tempat lain yang memadai.
- Obat moderen berupa obat yang telah mengalami pemurnian bahan aktif dengan proses pabrikasi berupa obat *generik* dan obat *patent*.

b. Pengobatan tradisional

- Pengobat tradisional adalah praktisi pengobabatan yang dilakukan diluar dasar ilmu kedokteran yang dilakukan oleh dukun pijat, dukun sembur, orang pintar, dll.

- Obat tradisional dapat berupa ramuan rempah-rempah, ramuan tumbuhan, bahan berasal dari hewan, atau bahan alam lain baik yang dimanfaatkan secara tunggal atau campurannya, atau obat yang menyandarkan kekuatan mantra-mantra dengan kemampuan spiritual.

E. Jenis Penelitian

Jenis penelitian adalah diskriptif observasional dengan pendekatan *Cross sectional*. Metode pengumpulan data dengan cara survei menggunakan kuesioner. Penjelasan hasil-hasil penelitian dengan menyoroti pengaruh variabel-variabel bebas terhadap variabel terikat serta dengan menguji hipotesis.

F. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian dilakukan di Kecamatan Klambu kabupaten Grobogan.

G. Populasi

Populasi penelitian ini adalah keluarga bayi (≤ 12 bulan) di kecamatan Klambu kabupaten Grobogan sebanyak 581 keluarga bayi (Pusk Klambu, 2002).

H. Sampel

Besar sampel dihitung berdasarkan pada prosentase penderita sakit di kabupaten Grobogan 30,1%. Nilai $p = 0,301$ dan $q = 0,699$ (BPS Jateng, 2000; Chandra, 1987). Rumus perhitungan sebagai berikut (Nazir, 1988):

$$n = \frac{N \cdot p(1-p)}{(N-1)D + p(1-p)}$$

$$\text{dimana } D = \frac{B^2}{4}$$

Keterangan :

n^o = jumlah sampel

N = jumlah populasi 581 keluarga bayi

p = proporsi bayi sakit 0,301

B = bound of error 5%

Hasil perhitungan tersebut diketahui jumlah sampel sebanyak 213,3 dan dibulatkan menjadi 214 keluarga bayi. Kemudian mengikuti cara Sudigdo (1999) bahwa sampel dapat mengalami kriteria eklusi jika bayi dalam keluarga sehat dalam periode waktu satu bulan terakhir, sakit tidak mencari pengobatan atau tidak bersedia diwawancarai (Sudigdo, 1999).

Distribusi sampel dilakukan dengan cara *simple random sampling* didasarkan atas daftar keluarga bayi di kecamatan Klambu. Kemudian mengikuti saran Bennet bahwa survei morbiditas dilakukan dengan melakukan kunjungan dari rumah ke rumah yang terpilih untuk diselidiki (Bennet, 1987).

I. Responden dan Unit analisis

Responden adalah ibu bayi yang merupakan proksimasi terhadap karakteristik keluarga bayi dan tindakan pencarian pengobatan bayi. Unit analisis adalah keluarga bayi.

J. Pengumpulan Data

1. Sumber dan alat pengumpulan data

- a. Data primer diperoleh secara langsung dari responden menggunakan kuesioner, diskusi kelompok terarah dan wawancara mendalam menggunakan pedoman wawancara.
- b. Data sekunder diperoleh dari Polindes, Puskesmas, Dinas Kesehatan Kabupaten Grobogan dan Kantor Statistik.

2. Validitas alat pengumpul data

Kuesioner sebagai alat pengumpul data perlu diuji validitas dan reliabilitasnya. Kuesioner diuji cobakan pada 30 ibu bayi di wilayah puskesmas

Kradenan I Kabupaten Grobogan yang mempunyai karakteristik kematian bayi yang tinggi dan kunjungan bayi ke Puskesmas yang rendah.

Validitas alat ukur yaitu melihat kebenaran alat ukur dalam mengukur apa yang seharusnya diukur di dekati dengan *internal validity*. Skor nilai dari tiap-tiap aitem pertanyaan dikorelasikan dengan skor total. Validitas terjadi bila setiap aitem pertanyaan mempunyai korelasi bermakna dengan skor totalnya, dengan uji korelasi *product moment*. Besarnya nilai korelasi paling sedikit 0,239 dan bila nilai korelasinya kurang memenuhi syarat maka aitem pertanyaan dimaksud di keluarkan (Singgih, 2000).

Reliabilitas menunjukkan keterandalan suatu alat ukur dapat dipercaya dan konsisten dalam mengukur obyek penelitian. Reliabilitas didekati dengan *reliability analysis*. Nilai reliabilitas diketahui berdasarkan nilai *alpha* (α) yang dihasilkan dibandingkan dengan tabel pada 30 kasus dan tingkat signifikansi 5% yaitu 0,239 (Singgih, 2000).

3. Cara pengumpulan data

- a. Data primer diperoleh dengan cara wawancara langsung dengan responden, menggunakan kuesioner yang berisikan pertanyaan-pertanyaan tertutup dan terbuka. Hal ini mengikuti Bennet bahwa wawancara merupakan cara mudah untuk memperoleh informasi tentang morbiditas (Bennet, 1987).

Untuk pemahaman lebih lanjut dilakukan diskusi kelompok terarah pada satu kelompok ibu bayi. Informasi yang diperoleh dilakukan sinkronisasi pada satu kelompok diskusi terarah kader dan wawancara mendalam dengan petugas kesehatan.

- b. Data sekunder diperoleh dengan cara mencatat data-data yang berkaitan dengan penelitian.

K. Tenaga Peneliti

Peneliti dibantu oleh 9 orang pendamping dan 18 *interviewer*. Sebelum melakukan wawancara pada responden pendamping dan *interviewer* diberi penjelasan lebih dahulu tentang pemahaman setiap aitem pertanyaan. Setiap *interviewer* sehari mewawancarai 3 responden, selama 4 hari.

L. Pengolahan Data

Data yang terkumpul kemudian dilakukan kegiatan proses pengolahan meliputi :

1. Editing

Setelah data dikumpulkan dilakukan koreksi terhadap kelengkapan data, jawaban, kejelasan makna dan menghilangkan keragu-raguan data, sehingga seluruh data yang diperlukan dapat diperoleh secara lengkap dan benar.

2. Coding

Kuesioner yang telah dilakukan editing, kemudian dilakukan pengkodean untuk memudahkan entri dan analisa.

3. Tabulasi data

Mengelompokkan data dan memproses data dengan membuat tabulasi sesuai dengan tujuannya menurut sifat dan kategorinya.

4. Analisis data

- a. Analisis univariat, untuk mendiskripsikan semua variabel bebas dan terikat dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan narasi.

- b. Analisis bivariat, untuk melihat pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat. Keeratan hubungan diperoleh dengan uji Kontingensi, yang dilakukan terhadap dua variabel yang menunjukkan adanya hubungan signifikan pada uji Chi-Square yang mendahuluinya (Sugiyono, 1999) :

$$X_h^2 = \sum \frac{(f_{oi} - f_{ei})^2}{f_{oi}}$$

Keterangan :

X_h = Chi Square

f_e = frekuensi harapan

f_o = frekuensi observasi

Apabila dalam tabel terdapat nilai observasi nol atau nilai frekuensi harapan kurang dari 5, maka dilakukan penyederhanaan kategori menjadi tabel 2 baris 2 kolom dengan memperhatikan koreksi Yates, sebagai berikut :

$$X_h^2 = \frac{n (| ad - bc | - \frac{1}{2} n)^2}{(a+b)(a+c)(c+d)(b+d)}$$

Keterangan :

n = jumlah sampel

a, b, c, d = isi sel a, b, c dan d .

Uji Kontingensi untuk mengetahui keeratan hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat dengan rumus (Sugiyono, 1999) :

$$C = \sqrt{\frac{X_h^2}{X_h^2 + N}}$$

$$\text{Nilai } C = 0 \leq C \leq \sqrt{\frac{q-1}{q}}$$

Keterangan:

C = koefisien kontingensi, n = jumlah individu dalam sampel

X_h^2 = Chi Square, q = jumlah baris atau kolom yang kecil.

Keeratan hubungan pada tabel kontingensi dua kali dua, berdasarkan koefisien kontingensi perlu mempertimbangkan nilai C maksimum :

$$C_{\max} = \sqrt{\frac{k-1}{k}} = \sqrt{\frac{2-1}{2}} = 0,707$$

Nilai C akan menunjukkan besarnya pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat. Nilai C berkisar antara 0 – 0,707. Tingkat keeratan hubungan digolongkan menjadi 5 kategori nilai C, yaitu derajat hubungan sangat lemah 0 - 0,140, derajat hubungan lemah 0,141 - 0,280, derajat hubungan cukup kuat 0,281 - 0,420, derajat hubungan kuat 0,421 - 0,560, derajat hubungan sangat kuat 0,561 - 0,707 (Sudrajat, 1985)

- c. Analisis multivariat, untuk menganalisa pengaruh variabel-variabel bebas secara bersama-sama terhadap variabel terikat. Analisis multivariat dilakukan terhadap variabel yang telah diketahui mempunyai hubungan significant. Analisis juga dimaksudkan untuk melakukan prediksi yang dapat terjadi pada variabel terikat, apabila terjadi perubahan atau manipulasi variabel bebas. Analisis menggunakan *regresi logistik* dengan bantuan program aplikasi computer SPSS for windows versi 10,1 (Santosa, 1999).

BAB IV HASIL PENELITIAN

A. Pelaksanaan Penelitian

1. Waktu Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan pada tanggal 2 September sampai dengan 22 Oktober 2002.

2. Faktor Pendukung dan Penghambat

Interviewer adalah penduduk setempat yang telah mengenali wilayah dan responden, sehingga dapat mengembangkan komunikasi interpersonal dengan baik. Dukungan responden diperoleh dengan memberikan jawaban secara jelas, jujur sehingga *interview* dapat berjalan lancar.

Faktor penghambat terletak pada rumah responden yang menyebar, sehingga tidak efisien waktu. Hambatan yang dapat terjadi pada sebagian responden yang bayinya masih sakit, dalam wawancara dapat terjadi jeda 2 sampai 3 kali.

B. Gambaran Umum Wilayah

1. Lokasi Penelitian

Kecamatan Klambu merupakan salah satu dari 19 Kecamatan yang ada di wilayah Kabupaten Grobogan, dengan batas-batas sebagai berikut:

- a. Sebelah barat : Kabupaten Demak dan Kudus
- b. Sebelah utara : Kabupaten Pati
- c. Sebelah timur : Kecamatan Brati, Kabupaten Grobogan.
- d. Sebelah selatan : Kecamatan Godong dan Penawangan.

Wilayah

Kecamatan Klambu terdiri atas 9 desa. Tata ruang wilayah dengan
 an sebagai berikut :

Tanah sawah.

Irigasi teknis	850,000 ha.
Irigasi sederhana	182,083 ha.
Sawah tadah hujan	1.888,540 ha.

Tanah kering.

Pekarangan lepas	850,045 ha.
Kebun/ tegalan	345,179 ha.
Ladang gembala	0,500 ha.

Tanah hutan.

Hutan perhutani	1.154,150 ha.
Total	4.656,356 ha.

Transportasi Antar Desa

Kendaraan roda empat dapat menjangkau seluruh desa. Delapan desa
 an sarana transfortasi umum dan satu desa tidak dilalui transportasi umum.
 transportasi antar dusun dalam desa dapat menggunakan ojek kendaraan roda
 ang dapat dimanfaatkan setiap saat.

Pendudukan

Distribusi Penduduk per Desa

Proporsi penduduk setiap desa tidak terdistribusi merata. Desa
 Wandankemiri dengan proporsi penduduk terkecil 4,97% dan desa Terkesi

mempunyai proporsi penduduk terbesar 16,34%. Distribusi penduduk perdesa selengkapnya dapat dilihat pada tabel 4.1.

Tabel 4.1
Distribusi penduduk perdesa Puskesmas Kecamatan Klambu 2001

No	Desa	Penduduk	%
1	Kandangrejo	4,638	14.06
2	Selojari	1,972	5.98
3	Taruman	4,442	13.46
4	Penganten	3,752	11.37
5	Klambu	4,638	14.06
6	Menawan	4,259	12.91
7	Terkesi	5,389	16.34
8	Jenengan	2,262	6.86
9	Wandankemiri	1,638	4.97
Jumlah		32,990	100.00

Sumber: Statistik Kecamatan Klambu, 2001

b. Kepala Keluarga (KK) dan Keluarga Miskin (Gakin)

Distribusi KK perdesa tidak memiliki kondisi ekonomi yang sama, tetapi desa Selojari mempunyai proporsi Gakin terbesar yaitu 2,96% dan desa Menawan dengan proporsi Gakin terendah 1,45%. Distribusi Gakin perdesa dapat dilihat pada tabel 4.2.

Tabel 4.2
Distribusi Gakin per Desa di Wilayah Puskesmas Klambu

No	Desa	Jumlah KK	Gakin	% Gakin
1	Kandangrejo	1,303	697	1.87
2	Selojari	480	162	2.96
3	Taruman	1,099	699	1.57
4	Penganten	1,012	550	1.84
5	Klambu	1,363	842	1.62
6	Menawan	1,235	851	1.45
7	Terkesi	1,337	673	1.99
8	Jenengan	538	329	1.64
9	Wandankemiri	395	249	1.59
Jumlah		8,762	5,052	1.73

Sumber : Puskesmas Klambu 2001

c. Proporsi Penduduk per Kelompok Umur

Proporsi penduduk berumur diatas 60 tahun sebesar 5,97% dan proporsi penduduk dibawah 5 tahun memiliki proporsi 9,85%. Hal ini menunjukkan sedikitnya penduduk yang mencapai umur 60 tahun, dan besarnya proporsi penduduk dibawah 5 tahun menunjukkan masih tingginya kelahiran bayi.

Tabel 4.3
Proporsi penduduk per kelompok umur

No	Kelompok Umur	Laki-laki		Perempuan		Total	
		Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
1	00 - 04 th	1,680	5.09	1,569	4.76	3,249	9.85
2	05 - 09 th	1,862	5.64	1,932	5.86	3,794	11.50
3	10 - 14 th	1,907	5.78	1,899	5.76	3,806	11.54
4	15 - 19 th	1,593	4.83	1,735	5.26	3,328	10.09
5	20 - 24 th	1,616	4.90	1,779	5.39	3,395	10.29
6	25 - 29 th	1,478	4.48	1,776	5.38	3,254	9.86
7	30 - 34 th	2,313	7.01	2,102	6.37	4,415	13.38
8	40 - 49 th	1,698	5.15	1,685	5.11	3,383	10.25
9	50 - 59 th	1,247	3.78	1,149	3.48	2,396	7.26
	60 th keatas	971	2.94	999	3.03	1,970	5.97
	Jumlah	16,365	49.61	16,625	50.39	32,990	100,0

Sumber : Puskesmas Klambu 2001

5. Pendidikan Penduduk

Sebagian besar penduduk berpendidikan SD/ sederajat yaitu 63,75%. Masih terdapat penduduk dengan keadaan buta huruf/ tidak tamat SD sebesar 23,32%, dan sebesar 0,18% berpendidikan akademi/ perguruan tinggi. Distribusi pendidikan penduduk tidak termasuk belum sekolah atau masih mengikuti pendidikan sekolah dasar, dapat dilihat pada tabel 4.4

Tabel 4.4
Distribusi Pendidikan Penduduk.

No	Tingkat pendidikan	Jumlah	%
1	Buta huruf/ Tidak tamat SD	5,808	23.32
2	Tamat SD/ sederajat	15,879	63.75
3	Tamat SLTP/ sederajat	1,988	7.98
4	Tamat SLTA/ sederajat	1,189	4.77
5	Tamat akademi/ PT	46	0.18
	Jumlah	24,910	100,0

Sumber : Puskesmas Klambu, 2001

6. Mata Pencaharian Penduduk

Mata pencaharian penduduk sebagian besar adalah buruh tani (52,96%) dan petani (41,95%). Hal ini sesuai dengan kondisi daerahnya berlahan pertanian baik perladangan maupun persawahan. Distribusi pekerjaan penduduk dapat dilihat pada tabel 4.5.

Tabel 4.5
Distribusi Pekerjaan Penduduk

No	Jenis pekerjaan	Jumlah	%
1	Buruh tani	7,838	52.96
2	Petani	6,208	41.95
3	Pegawai negeri sipil/ pensiunan	300	2.03
4	ABRI/ pensiunan	386	2.61
5	Pedagang	68	0.46
	Jumlah	14,800	100,0

Sumber : Puskesmas Klambu, 2001

7. Kesehatan

a. Sarana

Dalam satu wilayah kecamatan Klambu terdapat satu puskesmas didirikan pada tahun 1970-an, yang merupakan pengembangan dari Balai

Pengobatan. Tahun 1977 untuk pertama kali puskesmas dilengkapi dengan tenaga dokter. Pada tahun 1980 dibangun satu puskesmas pembantu dan satu puskesmas pembantu lain pada tahun 1983. Tahun 1984 puskesmas dilengkapi dengan satu unit mobil puskesmas keliling (Pusling). Mulai tahun 1991 meningkatkan jangkauannya dengan adanya satu bidan desa, tahun 1992 bertambah 2 bidan desa, tahun 1993 bertambah lagi 2 bidan desa dan tahun 1999 masuk satu bidan. Perawat kesehatan telah ada sejak awal berdirinya puskesmas dan terus bertambah menjadi 6 orang.

Sarana kesehatan yang terorganisasi secara institusi dan memberikan pelayanan kuratif khususnya kepada bayi di wilayah Puskesmas Klambu sebanyak 10 buah. Rincian jenis sarana kesehatan selengkapnya dapat dilihat pada tabel 4.6.

Tabel 4.6.
Sarana Pelayanan Pengobatan Bayi di Wilayah Puskesmas Klambu

No	Jenis sarana	Jumlah
1.	Puskesmas	1
2.	Puskesmas pembantu	2
3.	Polindes	5
4.	Balai pengobatan	2
	Jumlah	10

Sumber : Puskesmas Klambu 2001

Praktek swasta "*solo practice*" tenaga kesehatan dan praktek pengobatan tradisional yang memberikan pengobatan kuratif khususnya pengobatan bayi juga tersedia ditengah masyarakat. Data praktek pengobatan swasta "*solo practice*" di wilayah Puskesmas Klambu dapat dilihat pada tabel 4.7.

Tabel 4.7
Praktek Pengobatan Bayi Swasta "Solo Practice" di Wilayah Puskesmas Klambu

No.	Praktek pengobatan swasta	Jumlah
1.	Dokter praktek swasta Pengobat Moderen	1
2.	Bidan praktek swasta Pengobat Moderen	6
3.	Perawat praktek swasta Pengobat Moderen	5
4.	Dukun pijat Pengobat Tradisional	22
5.	Dukun sembur Pengobat Tradisional	11
	Jumlah	45

Sumber : Puskesmas Klambu 2001

b. Sasaran Pengobatan Bayi

Perkiraan jumlah bayi di wilayah Puskesmas Klambu dalam tahun 2002 sebanyak 671 bayi, dapat dilihat pada tabel 4.8.

Tabel 4.8
Perkiraan Jumlah Bayi di Puskesmas Klambu 2002

No	Desa	Bayi	%
1	Kandangrejo	64	9.54
2	Selojari	40	5.96
3	Taruman	84	12.52
4	Penganten	88	13.11
5	Klambu	144	21.46
6	Menawan	77	11.48
7	Terkesi	87	12.97
8	Jenengan	57	8.49
9	Wandankemiri	30	4.47
	Jumlah	671	100.00

Sumber : Puskesmas Klambu 2001

c. Cakupan Pengobatan Puskesmas

1) Kunjungan Penderita Rawat Jalan

Penderita rawat jalan adalah seluruh kunjungan penderita sakit ke Puskesmas dengan kasus penyakit baru maupun kunjungan ulang atas penyakit yang pernah ditangani di puskesmas.

Tabel 4.9
Jumlah Penderita Rawat Jalan Puskesmas 2002

No.	Kelompok Umur	Jumlah
1.	Bayi (< 1 th)	195
2.	Anak balita (1 – 5 th)	485
3.	5 – 14 th	604
4.	15 – 44 th	1.207
5.	45 – 54 th	918
6.	55 – 64 th	453
7.	> 65 th	399
	Jumlah	4.261

Sumber : Puskesmas Klambu, Januari – September 2002

Jumlah penderita rawat jalan bayi sebanyak 195 penderita bila dibandingkan dengan estimasi bayi 671 maka cakupan penanganan bayi sakit di Puskesmas, Posyandu dan Polindes masih rendah.

2) Jenis Penyakit Bayi

Jenis penyakit bayi pada kunjungan penderita rawat jalan Puskesmas dibandingkan dengan jenis penyakit pada kelompok umur yang lain dapat dilihat pada tabel 4.10.

Tabel 10
Jenis Penyakit Bayi Penderita Rawat Jalan Puskesmas Klambu 2002

No	Jenis penyakit	Kelompok umur					Jumlah
		< 1 th	1-4 th	5-14 th	15-54th	> 54 th	
1.	Peny lain sal napas bawah	122	282	267	578	189	1.438
2.	Peny bakteri lain	36	105	160	350	129	780
3.	Anemia			26	271	90	387
4.	Peny virus lain	9	33	49	71	9	171
5.	Diare	13	38	15	30	21	117
6.	Peny infeksi lain pd usus	3	4	12	24	7	50
7.	Disentri	3	4	7	18	7	39
8.	TB Paru klinis (suspek)			1	26	12	39
9.	TB Paru (BTA +)			7	1	2	10
10.	Diabetes Miletus			1			1
11.	Penyakit lain	9	19	67	748	386	1.229
	Jumlah	195	485	604	2.125	852	4.261

Sumber : Puskesmas Klambu, Januari – September 2002

Pada tabel 4.10 dapat dilihat bahwa jenis penyakit yang dialami oleh orang dewasa, anak balita dan bayi tidak berbeda khususnya pada penyakit saluran napas bagian bawah, penyakit bakteri lain, penyakit virus lain, diare dan dysentri.

d. Status kesehatan bayi

1). Lahir mati

Pada tahun 2001 kejadian lahir mati di dalam wilayah Puskesmas Klambu sebanyak 14 kasus. Kelahiran hidup 645 bayi, sehingga prosentase lahir mati adalah 2,17%.

2). Bayi lahir BBLR

Bayi lahir dengan berat kurang dari 2500 gram sebanyak 28 bayi dari 636 bayi yang ditimbang pada saat lahir. Prosentase BBLR sebesar 4,4%. Sembilan bayi lahir hidup tidak ditimbang pada saat lahir.

2). Status gizi bayi

Bayi dengan status KEP nyata (gizi buruk) sebesar 1,32%. Sedangkan bayi dengan status KEP total sebesar 3,61%. KEP total adalah kekurangan gizi dengan status gizi kurang maupun gizi buruk.

3). Kematian bayi

Pada tahun 2001 terdapat jumlah kelahiran hidup sebanyak 645 bayi. Dari jumlah tersebut 17 bayi meninggal sebelum usia 1 tahun

(2,63%). Hal ini menunjukkan masih rawannya kelangsungan hidup dan besarnya masalah kesehatan bayi di wilayah puskesmas Klambu.

C. Sampel Penelitian

1. Distribusi Sampel

Hasil pendataan balita dan catatan keluarganya pada bulan Agustus 2002, yang dilakukan oleh kader posyandu diwilayah kerja masing-masing, mencakup seluruh desa di wilayah kecamatan Klambu diperoleh data jumlah keluarga yang mempunyai bayi sebanyak 581. Data nama-nama keluarga bayi kemudian dibuat suatu daftar yang disusun per desa sewilayah Puskesmas Klambu. Selanjutnya dilakukan pengambilan sampel dengan cara random sampling menggunakan bilangan random. Jumlah sampel telah ditetapkan berdasarkan hasil perhitungan sebanyak 214 bayi. Sampel terdistribusi dalam semua desa dengan rincian dapat dilihat pada tabel 4.11.

Tabel 4.11
Distribusi Populasi dan Sampel Perdesa

No	Desa	Keluarga bayi	Sampel	%
1	Klambu	59	24	40.68
2	Jenengan	51	18	35.29
3	Taruman	86	35	40.70
4	Wandankemiri	47	17	36.17
5	Selojari	46	18	39.13
6	Menawan	70	26	37.14
7	Penganten	76	27	35.53
8	Terkesi	80	24	30.00
9	Kandangrejo	66	25	37.88
	Jumlah	581	214	36.83

Sumber : Puskesmas Klambu, Data Primer yang diolah, 2002

2. Distribusi Kesakitan Bayi Sampel

Perlakuan terhadap sampel dilakukan dengan kunjungan rumah untuk melakukan wawancara pada ibu bayi menggunakan pedoman kuesioner.

Sebanyak 80,84% menyatakan bahwa dalam satu bulan terakhir bayinya mempunyai keluhan atau tanda sakit dan hanya 19,2% tidak sakit. Identifikasi sakit didasarkan pada adanya tanda/ keluhan sakit yang diketahui oleh orang tua. Proporsi sakit pada bayi besarnya tidak merata untuk setiap desa. Prosentase bayi sakit terbesar di desa Kandangrejo 96,0% dan terendah desa Klambu 50,0%.

Tabel 4.12
Distribusi Kesakitan Bayi Sampel

No	Desa	Bayi Sampel	Bayi tidak Sakit		Bayi Sakit	
			n	%	n	%
1	Kandangrejo	25	1	4.00	24	96.00
2	Selojari	18	6	33.33	12	66.67
3	Taruman	35	8	22.86	27	77.14
4	Penganten	27	3	11.11	24	88.89
5	Klambu	24	12	50.00	12	50.00
6	Menawan	26	2	7.69	24	92.31
7	Terkesi	24	3	12.50	21	87.50
8	Jenangan	18	4	22.22	14	77.78
9	Wandankemiri	17	2	11.76	15	88.24
	Jumlah	214	41	19.16	173	80.84

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

3. Pengobatan Pada Bayi Sakit

Bayi yang diketahui mempunyai keluhan atau tanda sakit dalam satu bulan terakhir sebesar 96,5% melakukan upaya pengobatan bayi, dan lainnya sebesar 3,5% tidak/ belum mencari pengobatan. Semua ibu yang tidak/ belum mengobati bayinya yang sakit menyatakan bahwa penyakitnya ringan. Distribusi pengobatan bayi sakit dapat dilihat pada tabel 4.13.

Tabel 4.13
Distribusi Pengobatan Bayi Sakit Perdesa

No	Desa	Bayi sakit	Melakukan upaya pengobatan		Tidak/ belum mencari pengobatan	
			n	%	n	%
1	Kandangrejo	24	23	95.83	1	4.17
2	Selojari	12	12	100.00	0	0.00
3	Taruman	27	25	92.59	2	7.41
4	Penganten	24	23	95.83	1	4.17
5	Klambu	12	11	91.67	1	8.33
6	Menawan	24	24	100.00	0	0.00
7	Terkesi	21	21	100.00	0	0.00
8	Jenengan	14	13	92.86	1	7.14
9	Wandankemiri	15	15	100.00	0	0.00
	Jumlah	173	167	96.53	6	3.47

Sumber : Puskesmas Klambu 2001

Untuk selanjutnya penelusuran aspek karakteristik yang mempengaruhi tindakan pengobatan bayi akan difokuskan pada 167 ibu yang melakukan upaya pengobatan bayi. Aspek karakteristik ibu yang menjadi perhatian utama adalah umur, pendidikan, pekerjaan, besar keluarga, pendapatan, persepsi tentang penyakit, persepsi pengobatan moderen, pengalaman pengobatan moderen dan dukungan pengobatan moderen. Tindakan pengobatan bayi diskripsikan dalam pengobat dan obat moderen atau tradisional.

Bayi yang sakit dalam satu bulan terakhir dan mencari tindakan pengobatan sebanyak 125 orang (74,8%) menyatakan bahwa penyakitnya pada saat wawancara sudah sembuh, dan sebanyak 42 orang (25,2%) menyatakan bahwa bayinya masih mengalami keluhan atau tanda sakit pada saat wawancara.

4. Umur Bayi

Umur bayi bervariasi mulai dari satu bulan dengan proporsi terkecil (1,8%) dan umur 12 bulan dengan proporsi 22 bayi (13,2%). Distribusi umur bayi selengkapnya dapat dilihat pada tabel 4.14

Tabel 4.14
Distribusi Umur Bayi

No.	Umur bayi	Jumlah	%
1.	Satu bulan	3	1,8
2.	Dua bulan	7	4,2
3.	Tiga bulan	14	8,4
4.	Empat bulan	11	6,6
5.	Lima bulan	13	7,8
6.	Enam bulan.	14	8,4
7.	Tujuh bulan.	20	12,0
8.	Delapan bulan	18	10,8
9.	Sembilan bulan.	11	6,6
10.	Sepuluh bulan.	16	9,6
11.	Sebelas bulan.	18	10,8
12.	Dua belas bulan.	22	13,2
	Jumlah	167	100,0

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa umur bayi terdistribusi dalam semua kelompok umur. Sampel tidak mengelompok dalam satu kelompok umur tertentu.

5. Keadaan Sakit

Keadaan sakit bayi menurut responden sebanyak 134 bayi (80,2%) menyatakan bahwa penyakit bayinya adalah ringan, 39 bayi (17,4%) menyatakan penyakit bayi agak berat dan 4 bayi (2,4%) menyatakan penyakit bayinya berat.

6. Jenis Penyakit Bayi

Banyaknya tanda/ keluhan sakit bayi yang dinyatakan oleh ibu bayi sangat bervariasi mulai hanya satu tanda sakit sampai 6 tanda/ keluhan sakit. Distribusi frekuensi tanda/keluhan sakit bayi dapat dilihat pada tabel 4.15.

Tabel 4.15
Distribusi Frekuensi Tanda/ keluhan Sakit Bayi

No.	Tanda/ keluhan sakit	Frekuensi	%
1	Panas	21	12,57
2	Pilek	12	7,18
3	Batuk	4	2,39
4	Diare	4	2,39
5	Batuk, pilek	7	4,19
6	Pilek, panas	7	4,19
7	Batuk, masuk angin	3	0,18
8	Pilek, masuk angin	2	0,12
9	Batuk, pilek, panas	19	11,37
10	Batuk, pilek, owah	3	0,18
11	Pilek, panas, rewel	3	0,18
12	Batuk, pilek, diare	2	0,12
13	Batuk, pilek, rewel	2	0,12
14	Pilek, panas, masuk angin	2	0,12
15	Batuk, panas, masuk angin	2	0,12
16	Batuk, pilek, masuk angin	4	2,39
17	Batuk, pilek, panas, rewel	4	2,39
18	Batuk, pilek, panas, owah	4	2,39
19	Batuk, pilek, diare, owah	5	2,99
20	Batuk, pilek, panas, masuk angin	8	4,79
21	Batuk, pilek, diare, masuk angin	2	0,12
22	Batuk, pilek, panas, napas sesak	2	0,12
23	Batuk, pilek, diare, panas, masuk angin	2	0,12
24	Batuk, pilek, diare, panas, owah	2	0,12
25	Batuk, pilek, panas, rewel, menangis terus	2	0,12
26	Batuk, pilek, diare, masuk angin, panas, rewel	3	0,18
27	Tanda-keluhan lain dengan frekuensi satu	34	20,3
28	Jumlah	167	100,0

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

Untuk memungkinkan dilakukannya analisa banyaknya tanda/keluhan sakit, maka dilakukan penyederhanaan kategori seperti pada tabel 4.16.

Tabel 4.16
Distribusi Frekuensi Sakit Bayi Berdasarkan Jumlah Tanda/ Keluhan Sakit

No	Jumlah Tanda/ keluhan Sakit	Jumlah	%
1.	Satu tanda sakit	41	24,55
2.	Dua tanda sakit	27	16,17
3.	Tiga tanda/ keluhan sakit	40	23,95
4.	Empat tanda/ keluhan sakit	29	17,36
5.	Lima atau lebih tanda/ keluhan sakit	30	17,96
	Jumlah	167	100,0

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

7. Lama sakit

Lama sakit yang dialami oleh bayi sangat bervariasi mulai dari satu hari sampai dengan 25 hari. Proporsi terbesar adalah lama sakit bayi 3 hari (25,15%).

Distribusi lama sakit bayi dapat dilihat pada tabel 4.17.

Tabel 4.17
Distribusi Lama Sakit Bayi

No.	Lama Sakit	Jumlah	%
1.	Satu hari	9	5,38
2.	Dua hari	37	22,15
3.	Tiga hari	42	25,15
4.	Empat hari	18	10,78
5.	Lima hari	16	9,58
6.	Enam hari atau lebih	45	26,95
	Jumlah	167	100,0

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

8. Penolong Persalinan

Penolong persalinan adalah jenis tenaga yang melakukan pertolongan pada saat melahirkan yang terdiri dari tenaga kesehatan, dukun bayi, dan tenaga persalinan dukun dengan pendampingan bidan. Distribusi penolong persalinan bayi dapat dilihat pada tabel 4.18.

Tabel 4.18
Distribusi Penolong Persalinan

No.	Penolong Persalinan	Jumlah	%
1.	Tenaga kesehatan	65	38,9
2.	Dukun bayi	70	41,9
3.	Dukun dan tenaga kesehatan	32	19,2
	Jumlah	167	100,0

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

9. Status Keluarga

Sebagian besar ibu bayi telah mengurus rumah tangga sendiri yaitu 135 ibu (80,8%), dan masih 32 ibu (19,2%) menjadi satu dengan orang tua.

10. Organisasi yang Diikuti Ibu

Tidak semua ibu mengikuti kegiatan berorganisasi dalam masyarakat dilingkungannya dan keikutsertaan ibu dalam organisasi beraneka ragam.

Distribusi organisasi yang diikuti ibu dapat dilihat pada tabel 4.19.

Tabel 4.19
Distribusi Jenis Organisasi yang Diikuti Ibu

No.	Organisasi yang Diikuti Ibu	Jumlah	%
1.	Posyandu	54	32,3
2.	Pengajian dan posyandu	42	25,1
3.	Tidak ikut organisasi	31	18,6
4.	Arisak PKK dan posyandu	26	15,6
5.	Pengajian	14	8,4
	Jumlah	167	100,0

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

11. Pengambil Keputusan Pengobatan Bayi

Sebagian besar pengambil keputusan pengobatan adalah ibu bayi yaitu 70,7%, dan peran suami dalam memutuskan pengobatan bayi sakit sebesar 21,6%. Distribusi pengambil keputusan bayi dapat dilihat pada tabel 4.20.

Tabel 4.20
Distribusi Pengambil Keputusan Pengobatan

No.	Pengambil keputusan pengobatan	Jumlah	%
1.	Ibu	118	70,7
2.	Suami/ ayah bayi	36	21,6
3.	Kakek nenek	13	7,8
	Jumlah	167	100,0

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

12. Hari Tindakan Pengobatan

Upaya pengobatan yang pertama kali sebagian besar dilakukan pada hari pertama pengobatan 71,3% meskipun demikian 1,2% bertindak mencari pengobatan setelah kari 7 sakit. Distribusi hari pengobatan bayi yang pertama terangkum dalam tabel 4.21.

Tabel 4. 21
Distribusi Hari Pengobatan Pertama

No.	Hari Pengobatan Pertama	Jumlah	%
1.	Hari pertama sakit	119	71,3
2.	Hari kedua sakit	31	18,6
3.	Hari ketiga sakit	10	6,0
4.	Hari keempat sakit	3	1,8
5.	Hari kelima sakit	2	1,2
6.	Hari ketujuh sakit	2	1,2
	Jumlah	167	100,0

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

Berdasarkan distribusi hari pengobatan pertama sebesar 71,3% pada hari pertama, maka untuk memungkinkan analisis data selanjutnya dilakukan penyederhanaan pengelompokan hari pengobatan pertama, dengan distribusi frekuensi selengkapnya dapat dilihat pada tabel 4.22.

Tabel 4.22
Distribusi Hari Pengobatan Pertama

No.	Hari Pengobatan pPrtama	Jumlah	%
1.	Hari pertama sakit	119	71,3
2.	Hari kedua sakit	31	18,6
3.	Hari ketiga atau lebih	17	9,2
	Jumlah	167	100,0

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

13. Frekuensi Pengobatan Bayi

Sebagian besar bayi menyatakan mengobati bayi selama sakit sebanyak 2 kali (48,6%), tetapi ada yang menyatakan mengobati bayi selama sakit sebanyak 7 kali (0,6%).

Tabel 4.23
Distribusi Frekuensi Pengobatan Bayi

No.	Frekuensi Pengobatan	Jumlah	%
1.	Sekali melakukan pengobatan	44	26,3
2.	Duakali melakukan pengobatan	86	51,5
3.	Tigakali melakukan pengobatan	29	17,4
4.	Empat kali melakukan pengobatan	5	3,0
5.	Limakali melakukan pengobatan	1	0,6
6.	Enamkali melakukan pengobatan	1	0,6
7.	Tujuhkali melakukan pengobatan	1	0,6
	Jumlah	167	100,0

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

Selanjutnya frekuensi pengobatan bayi tersebut dilakukan penggolongan tindakan pengobatan untuk memudahkan analisa data.

Tabel 4.24
Distribusi Frekuensi Tindakan Pengobatan Bayi

No.	Frekuensi pengobatan	Jumlah	%
1.	Sekali pengobatan	44	26,3
2.	Dua kali pengobatan	86	51,5
3.	Tiga kali pengobatan atau lebih	37	22,2
	Jumlah	167	100,0

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

14. Biaya Kesehatan

Biaya kesehatan keluarga adalah biaya untuk pemenuhan kebutuhan promotif seperti olah raga, perlengkapan olah raga, biaya preventif vitamin untuk menjaga kesehatan dan obat pencegah sakit serta biaya pengobatan sakit baik bayi maupun anggota keluarga lainnya.

Dengan mengikuti gradasi pada pendapatan, maka besarnya biaya kesehatan dikelompokkan dalam 3 kategori meliputi biaya kesehatan rendah sebesar Rp. 300 – 11.000,-, biaya kesehatan sedang dengan Rp. 11.001 – 23.000,- dan biaya kesehatan tinggi Rp. 23.001 – 527.000,-.

Tabel 4.25
Distribusi Biaya Kesehatan Keluarga

No.	Kategori biaya kesehatan keluarga	Jumlah	%
1.	Tinggi (> 23.000)	40	23,9
2.	Sedang (> 11.000 – 23.000)	60	35,9
3.	Rendah (300 – 11.000)	67	40,1
	Jumlah	167	100,0

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

15. Hasil pengobatan pertama

Hasil pengobatan pertama sebanyak 65,3% menyatakan berkurang sakitnya, dan sebanyak 19,8% menyatakan penyakitnya sembuh. Distribusi hasil pengobatan pertama dituangkan dalam tabel 4.26.

Tabel 4.26
Distribusi Hasil Pengobatan Pertama

No.	Hasil Pengobatan Pertama	Jumlah	%
1.	Tidak ada perubahan sakit	25	15,0
2.	Berkurang sakitnya	109	65,3
3.	Sembuh	33	19,8
	Jumlah	167	100,0

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

D. Karakteristik responden

1. Umur

Umur ibu bayi termuda 17 tahun dan tertua 42 tahun. Rentang usia ibu bayi sebanyak 25 tahun. Distribusi umur ibu bayi berdasarkan keadaan fisiologis dan kematangan psikologis dapat dilihat pada tabel 4.27.

Tabel 4.27
Distribusi Kelompok Umur Ibu

No	Kelompok Umur	Jumlah	%
1	Umur kurang 20 tahun	24	14,4
2	Umur 20 – 30 tahun	101	60,5
3	Umur lebih dari 30 tahun	42	25,1
	Jumlah	167	100

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

2. Pendidikan

Sebagian besar ibu berpendidikan sekolah dasar sebesar 71,3%. Tingkat pendidikan ibu sebanyak 9,6% tidak sekolah atau tidak tamat sekolah dasar (SD), berpendidikan sekolah lanjutan atas 4,8% dan 1,2% berpendidikan akademi.

Tabel 4.28
Distribusi Tingkat Pendidikan Ibu

No	Tingkat Pendidikan Ibu	Jumlah	%
1.	Tidak sekolah/ tidak tamat SD	16	9,6
2.	Sekolah Dasar	119	71,3
3.	Sekolah lanjutan pertama	22	13,2
4.	Sekolah lanjutan atas dan akademi	10	6,0
	Jumlah	167	100,0

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

3. Pekerjaan

Sebanyak 43,7% ibu menyatakan mempunyai pekerjaan utama sebagai petani, dan sebanyak 43,1% menyatakan bahwa pekerjaan utama sehari-hari sebagai ibu rumah tangga.

Tabel 4.29
Distribusi Pekerjaan Ibu

No	Jenis Pekerjaan Ibu	Jumlah	%
1.	Petani	73	43,7
2.	Buruh tani	13	7,8
3.	Pedagang	9	4,8
4.	Ibu rumah tangga	72	43,1
	Jumlah	167	100,0

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

4. Besar Keluarga

Jumlah anak dalam keluarga mulai dari satu anak (38,3%) dan paling banyak 6 anak (0,6%). Distribusi selengkapnya dapat dilihat pada tabel 4.30.

Tabel 4.30
Distribusi Jumlah Anak dalam Keluarga

No.	Anak dalam Keluarga	Jumlah	%
1.	Satu anak	64	38,3
2.	Dua anak	47	28,1
3.	Tiga anak	40	24,0
4.	Empat anak	13	7,8
5.	Lima anak	2	1,2
6.	Enam anak	1	0,6
	Jumlah	167	100,0

Berdasarkan norma keluarga kecil bahagia sejahtera (NKKBS) disarankan setiap keluarga untuk membentuk keluarga kecil terdiri dari 2 orang tua dan 2 orang anak. Keluarga yang memiliki jumlah anak melebihi 2 orang tidak termasuk keluarga berpola NKKBS dan termasuk keluarga besar.

Tabel 4.31
Distribusi Besar Keluarga

No	Besar Keluarga	Jumlah	%
1.	Keluarga kecil	111	66,5
2.	Keluarga besar	56	33,5
	Jumlah	167	100,0

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

5. Pendapatan

Pendapatan didekati dengan metode pembayaran, yaitu apa yang dibayarkan oleh keluarga dalam satu bulan. Secara konseptual pembayaran akan mencerminkan pendapatan yang diperoleh keluarga karena pendapatan yang diperoleh keluarga akan didistribusikan untuk memenuhi kebutuhan keluarga baik untuk kebutuhan pangan, non pangan termasuk kesehatan, tabungan dan lainnya.

Kelemahan yang dialami dalam menggunakan metode ini adalah adanya pembayaran yang dilakukan dengan menggunakan uang tabungan/ simpanan dan adanya pembayaran dengan menggunakan hasil pertanian yang telah diolah selama beberapa bulan.

Kelebihan metode pembayaran adalah adanya petunjuk bagi keluarga untuk mengingat jenis-jenis pengeluaran yang item-itemnya sudah tersusun sehingga akan membantu keluarga untuk mengingatnya disamping itu dapat diketahui besarnya biaya kesehatan dalam keluarga. Pendapatan keluarga dinyatakan dalam pendapatan perkapita karena besarnya kebutuhan keluarga akan sebanding dengan jumlah orang dalam keluarga.

Pendapatan perorangan dalam keluarga terendah Rp. 30.725,- perbulan dan tertinggi Rp. 600.000,- perorang perbulan. Rentang pendapatan perkapita perbulan antara pendapatan tertinggi dan terendah sebesar Rp. 569.275,-. Selanjutnya pendapatan perkapita dikategorikan dalam 3 tingkat pendapatan yaitu tingkat pendapatan rendah dengan pendapatan Rp. 30.725,- sampai Rp. 76.250,-, tingkat pendapatan sedang untuk pendapatan Rp. 76.251,- sampai dengan Rp. 150.500,-, dan tingkat pendapatan tinggi Rp. 150.501,- sampai dengan Rp. 600.000,-.

Tabel 4.32
Distribusi Tingkat Pendapatan Perkapita Keluarga

No.	Kategori pendapatan	Jumlah	%
1.	Tinggi (> 150.000 – 600.000)	34	20,3
2.	Sedang (>76.250 – 150.000)	67	40,1
3.	Rendah (30.725 – 76.250)	66	39,5
	Jumlah	167	100,0

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

6. Persepsi tentang penyakit

Validitas persepsi tentang penyakit dari 22 pernyataan yang digunakan pada 167 responden, sebanyak 18 pernyataan mempunyai korelasi aitem total lebih dari *cut value* 0,117 pada tingkat *significancy* 5% termasuk valid (Hadi, 1991). Reliabilitas dilihat pada besarnya *reliability coefficients* dengan nilai alpha 0,7125 termasuk reliabel. Analisis selanjutnya dilakukan pada aitem pernyataan yang valid dan reliabel (Singgih, 2000).

Persepsi ibu tentang penyakit mempunyai distribusi skor T terendah 11 dan tertinggi 68. Rentang distribusi skor sepanjang 57. Distribusi skor dikategorikan menjadi 4 tingkat persepsi tentang penyakit yaitu buruk dengan skor 11 – 39, kurang dengan skor 40 – 49, cukup baik dengan skor 50 – 58 dan baik dengan skor 59 – 68. Tingkat persepsi tentang penyakit selengkapnya dapat dicantumkan dalam tabel 4.33.

Tabel 4.33
Distribusi Tingkat Persepsi tentang Penyakit

No.	Persepsi rentang Penyakit	Jumlah	%
1.	Baik	30	17,9
2.	Cukup baik	58	34,7
3.	Kurang	54	32,3
4.	Buruk	25	14,9
	Jumlah	167	100,0

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

7. Persepsi tentang pengobatan moderen

Validitas persepsi tentang pengobatan moderen digali dari 24 pernyataan yang digunakan pada 167 responden, sebanyak 20 pernyataan mempunyai korelasi aitem total lebih dari *cut value* 0,117 pada tingkat *significancy* 5% termasuk valid (Hadi, 1991). Reliabilitas dilihat pada besarnya *reliability*

coefficients dengan nilai alpha 0,7929 termasuk reliabel. Analisis selanjutnya dilakukan pada aitem pernyataan yang valid dan reliabel (Singgih, 2000).

Respon jawaban responden tentang persepsi pengobatan moderen mempunyai distribusi skor T terendah 24 dan skor tertinggi 69. Rentang distribusi skor sepanjang 46. Distribusi skor selanjutnya dikategorikan dalam 4 tingkat persepsi pengobatan moderen yaitu buruk dengan skor 24 – 39, kurang dengan skor 40 – 49, cukup baik dengan skor 50 – 59, dan baik dengan skor 60 – 69. Tingkat persepsi pengobatan moderen selengkapnya dapat dilihat pada tabel 4.34.

Tabel 4.34
Distribusi Tingkat Persepsi Pengobatan Moderen

No.	Persepsi tentang Pengobatan Moderen	Jumlah	%
1.	Baik	29	17,4
2.	Cukup baik	56	33,5
3.	Kurang	57	34,1
4.	Buruk	25	15,0
	Jumlah	167	100,0

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

8. Pengalaman pengobatan moderen

Validitas pengalaman pengobatan moderen digali dari 20 pernyataan yang digunakan pada 167 responden, sebanyak 16 pernyataan mempunyai korelasi aitem total lebih dari *cut value* 0,117 pada tingkat *significancy* 5% termasuk valid (Hadi, 1991). Reliabilitas dilihat pada besarnya *reliability coefficients* dengan nilai alpha 0,7450 termasuk reliabel. Analisis selanjutnya dilakukan pada aitem pernyataan yang valid dan reliabel (Singgih, 2000).

Distribusi skor T tentang pengalaman pengobatan moderen terendah 24 dan skor tertinggi 71. Rentang skor tertinggi dan terendah sepanjang 47 skor.

Distribusi skor T selanjutnya dikategorikan dalam 4 tingkat pengalaman pengobatan moderen yaitu buruk dengan skor T 24 – 38, kurang 39 – 48, cukup baik 49 – 60, dan baik skor 61 – 71. Tingkat pengalaman pengobatan moderen dapat dicantumkan dalam tabel 4.35.

Tabel 4.35
Distribusi Tingkat Pengalaman Pengobatan Moderen

No.	Pengalaman Pengobatan Moderen	Jumlah	%
1.	Baik	28	16,8
2.	Cukup baik	59	35,3
3.	Kurang	57	34,1
4.	Buruk	23	13,7
	Jumlah	167	100,0

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

9. Persepsi Dukungan Pengobatan Moderen

Validitas dukungan pengobatan moderen dari 22 pernyataan, sebanyak 19 pernyataan mempunyai korelasi aitem total lebih dari *cut value* 0,117 pada tingkat *significancy* 5% termasuk valid (Hadi, 1991). Reliabilitas dilihat pada besarnya *reliability coefficients* dengan nilai alpha 0,7125 termasuk reliabel. Analisis selanjutnya dilakukan pada aitem pernyataan yang valid dan reliabel (Singgih, 2000).

Respon jawaban responden tentang dukungan pengobatan moderen mempunyai distribusi skor T terendah 24 dan skor tertinggi 66. Rentang distribusi skor 43. Distribusi skor dikategorikan dalam 4 tingkat dukungan pengobatan moderen yaitu buruk dengan skor 24 – 37, kurang dengan skor 38 – 50, cukup baik dengan skor 51 – 60, dan baik dengan skor 61 – 66. Distribusi tingkat dukungan pengobatan moderen pada tabel 4.36.

Tabel 4.36
Distribusi Dukungan Pengobatan Moderen

No.	Dukungan Pengobatan Moderen	Jumlah	%
1.	Baik	28	16,8
2.	Cukup baik	59	35,3
3.	Kurang	62	37,1
4.	Buruk	18	10,8
	Jumlah	167	100,0

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

E. Tindakan Pengobatan Bayi

1. Pengobat yang Pertama Dimanfaatkan

Pengobat yang pertama kali dimanfaatkan sangat bervariasi dengan proporsi terbesar meminta bantuan dukun pijet (35,3%), tetapi juga terdapat tindakan pertama mengobatkannya ke rumah sakit sebanyak 2 orang (1,2%).

Tabel 4.37
Distribusi Pengobat yang Pertama Dimanfaatkan

No.	Pengobat pertama	Jumlah	%
1.	Pijet pada dukun pijet	59	35,3
2.	Bidan	35	21,0
3.	Puskesmas	20	12,0
4.	Dokter praktek dirumah	15	9,0
5.	Memberi obat dari toko/ warung	14	8,4
6.	Posyandu	7	4,2
7.	Balai pengobatan/ klinik	4	2,4
8.	Dukun sembur	4	2,4
9.	Memberi bobok, pilis, atau ramuan	4	2,4
10.	Mantri praktek dirumah	3	1,8
11.	Rumah sakit	2	1,2
	Jumlah	167	100,0

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

Untuk memudahkan analisa hubungan jenis pengobat yang dimanfaatkan pertama kali dilakukan penggabungan kategorisasi menjadi pengobat moderen dan tradisional. Pengobat moderen adalah pengobat yang menggunakan dasar ilmu kedokteran yang dilaksanakan oleh dokter, bidan dan perawat, baik yang dilaksanakan dalam praktek partikelir maupun dalam

institusi seperti rumah sakit, puskesmas, BP/ klinik, polindes dan posyandu. Pengobat tradisional adalah pengobat yang menggunakan dasar dan praktek pengobatan bukan berdasar ilmu kedokteran dan teknis medis. Praktek pengobatan dapat berdasarkan oleh pengalaman empiris, turun temurun atau berdasarkan kemampuan supranatural tertentu seperti yang dipraktekkan oleh dukun pijat, dukun sembur dan orang tua.

Tabel 4.38
Jenis Pengobat yang Pertama Dimanfaatkan

No.	Jenis pengobat pertama	Jumlah	%
1.	Moderen	86	51,5
2.	Tradisional	81	48,5
	Jumlah	167	100,0

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

2. Obat yang Pertama Dimanfaatkan

Obat yang digunakan dalam pengobatan bayi beraneka ragam mulai dari obat berbentuk pill, kapsul, sirup, puyer, bobok, ramuan, syarat/raja dan air putih. Secara umum obat-obat yang digunakan tersebut dapat dikategorikan dalam obat moderen seperti pill, kapsul, sirup, puyer. Sedangkan bobok, ramuan, syarat/raja dan air putih dapat digolongkan dalam obat tradisional.

Tabel 4.39
Jenis Obat yang Digunakan dalam Pengobatan Pertama

No.	Jenis obat	Jumlah	%
1.	Obat moderen	100	59,9
2.	Obat tradisional	67	40,1
	Jumlah	167	100,0

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

F. Analisa Bivariat

1. Hubungan Variabel Independen dengan Pengobat yang Pertama Dimanfaatkan

a. Hubungan Kelompok Umur dengan Pengobat yang Pertama Dimanfaatkan

Distribusi tabel silang kelompok umur ibu dengan pengobat yang pertama dimanfaatkan dapat dilihat pada tabel 4.40.

Tabel 4.40
Hubungan Kelompok Umur Ibu dengan Pengobat yang Pertama Dimanfaatkan

No.	Kelompok Umur Ibu	Jenis obat pertama dimanfaatkan					
		Moderen		Tradisional		Total	
		n	%	n	%	n	%
1.	Lebih 30 tahun	16	38,1	26	61,9	42	100
2.	20 – 30 tahun	58	57,4	43	42,6	101	100
3.	Kurang 20 tahun	12	50,0	12	50,0	24	100
	Jumlah	86	51,5	81	48,5	167	100

$\chi^2 = 4,463$ $p = 0,107$

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

Tabel 4.40 dapat diamati bahwa pada umur ibu kurang dari 20 tahun mempunyai proporsi memanfaatkan pengobat moderen maupun tradisional dalam distribusi yang sama. Sedangkan pada umur ibu lebih 30 tahun 51,9% memanfaatkan pengobat tradisional.

Hasil uji Chi Square menunjukkan bahwa kelompok umur ibu tidak berhubungan dengan jenis pengobat pertama yang dimanfaatkan untuk mengobati bayi sakit ($p = 0.107$). Hal ini berarti pada berbagai kelompok umur memanfaatkan jenis pengobat moderen atau tradisional dengan alternatif yang tidak berbeda.

b. Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Pengobat yang Pertama Dimanfaatkan

Distribusi tabel silang tingkat pendidikan ibu dengan pengobat yang pertama dimanfaatkan dapat dilihat pada tabel 4.41.

Tabel 4.41
Hubungan Tingkat Pendidikan Ibu dengan Pengobat yang Pertama Dimanfaatkan

No.	Tingkat Pendidikan Ibu	Jenis Pengobat Pertama dDimanfaatkan					
		Moderen		Tradisional		Total	
		n	%	n	%	n	%
1.	SLTA/ Akademi	7	70,0	3	30,0	10	100
2.	SLTP	14	63,6	8	36,4	22	100
3.	Sekolah Dasar	57	47,9	62	52,1	119	100
4.	Tidak Sekolah	8	50,0	8	50,0	16	100
	Jumlah	86	51,5	81	48,5	167	100

$\chi^2_h = 3,300$ $p = 0,348$

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

Pada tabel 4.41 dapat dilihat bahwa ibu dengan tingkat pendidikan sekolah lanjutan atas/ akademi sebesar 70% memanfaatkan pengobat moderen yang merupakan proporsi lebih dari dua kali dari pada memanfaatkan pengobat tradisional. Tetapi pada ibu yang tidak sekolah mempunyai proporsi yang sama memanfaatkan pengobatan moderen maupun tradisional.

Hasil uji hubungan tingkat pendidikan dengan pengobat yang pertama dimanfaatkan menunjukkan tidak adanya hubungan bermakna ($p = 0,348$). Hal ini berarti ibu yang tidak sekolah dan ibu dengan tingkat pendidikan sekolah lanjutan atas mempunyai alternatif yang tidak berbeda dalam memanfaatkan jenis pengobat moderen maupun tradisional.

c. Hubungan Jenis Pekerjaan dengan Pengobat yang Pertama Dimanfaatkan

Distribusi tabel silang jenis pekerjaan ibu dengan pengobat yang pertama dimanfaatkan dapat dilihat pada tabel 4.42.

Tabel 4.42
Hubungan Jenis Pekerjaan dengan Pengobat yang Pertama Dimanfaatkan

No.	Jenis Pekerjaan Ibu	Jenis Pengobat Pertama Dimanfaatkan					
		Moderen		Tradisional		Total	
		n	%	n	%	n	%
1.	Ibu Rumah Tangga	42	58,3	30	41,7	72	100
2.	Buruh Tani	6	66,7	3	33,3	9	100
3.	Buruh Tani	1	7,7	12	92,3	13	100
4.	Petani	37	50,7	36	49,3	73	100
	Jumlah	86	51,5	81	48,5	167	100

$\chi^2 h = 12,183$ $p = 0,007$

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

Pada tabel 4.42 dapat diamati bahwa pada petani, pedagang dan ibu rumah tangga lebih banyak yang memanfaatkan pengobat moderen, sedangkan pada buruh tani jauh lebih banyak yang memanfaatkan pengobat tradisional.

Uji hubungan dengan Chi-Square menunjukkan bahwa jenis pekerjaan ibu berhubungan dengan pengobat yang pertama dimanfaatkan ($p = 0,007$). Hal ini menunjukkan setiap jenis pekerjaan ibu mempunyai alternatif tindakan mengobati bayi yang pertama pada jenis pengobat yang tidak sama.

d. Hubungan Besar Keluarga dengan Pengobat yang Pertama Dimanfaatkan

Distribusi tabel silang besar keluarga dengan pengobat yang pertama dimanfaatkan dapat dilihat pada tabel 4.43.

Tabel 4.43
Hubungan Besar Keluarga dengan Pengobat yang Pertama Dimanfaatkan

No.	Jenis Pekerjaan Ibu	Jenis Pengobat Pertama Dimanfaatkan					
		Moderen		Tradisional		Total	
		n	%	n	%	n	%
1.	Keluarga Besar	26	46,4	30	53,6		100
2.	Keluarga Kecil	60	54,1	51	45,9		100
	Jumlah	86	51,5	81	48,5	167	100

$\chi^2 h = 0,867$ $p = 0,352$

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

Pada tabel 4.43 dapat diamati bahwa keluarga kecil lebih banyak yang memanfaatkan pengobatan moderen, sedangkan pada keluarga besar lebih banyak yang memanfaatkan pengobatan tradisional. Uji statistik dengan Chi-Square menunjukkan bahwa besar keluarga tidak berhubungan dengan pemanfaatan pengobat moderen maupun tradisional ($p = 0,352$). Hal ini berarti dalam keluarga besar dan kecil mempunyai distribusi yang tidak berbeda dalam memanfaatkan pengobat moderen maupun tradisional.

e. Hubungan Tingkat Pendapatan Perkapita dengan Pengobat yang Pertama Dimanfaatkan

Distribusi tabel silang tingkat pendapatan perkapita dengan pengobat yang pertama dimanfaatkan dapat dilihat pada tabel 4.44.

Tabel 4.44
Hubungan Tingkat Pendapatan Perkapita dengan Pengobat yang Pertama Dimanfaatkan

No.	Tingkat Pendapatan Perkapita	Jenis Pengobat Pertama Dimanfaatkan					
		Moderen		Tradisional		Total	
		n	%	n	%	n	%
1.	> 150.000 – 600.000	22	64,7	12	35,3	34	100
2.	> 76.250 – 150.000	34	50,7	33	49,3	67	100
3.	30.725 - 76.250	30	45,5	36	54,5	66	100
	Jumlah	86	51,5	81	48,5		100

$X^2_h = 3,355$ $p = 0,187$

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

Tabel 44.4 dapat diamati bahwa pada tingkat pendapatan perkapita teratas 64,7% memanfaatkan pengobat moderen, dan pada pendapatan rendah 54,5% memanfaatkan pengobat tradisional.

Hasil uji statistik dengan Chi-Square menunjukkan bahwa tingkat pendapatan tidak ada hubungan bermakna dengan pemanfaatan pengobat baik tradisional maupun moderen ($p = 0,187$). Hal ini berarti diantara

berbagai tingkat pendapatan perkapita mempunyai distribusi pencarian pengobat dan obat untuk bayi dalam diskusi yang tidak berbeda.

f. Hubungan Tingkat Persepsi tentang Penyakit dengan Pengobat yang Pertama Dimanfaatkan

Distribusi tabel silang tingkat persepsi tentang penyakit dengan pengobat yang pertama dimanfaatkan dapat dilihat pada tabel 4.45.

Tabel 4.45
Hubungan Tingkat Persepsi tentang Penyakit dengan Pengobat yang Pertama Dimanfaatkan

No.	Tingkat Persepsi tentang Penyakit	Jenis Pengobat Pertama Dimanfaatkan					
		Moderen		Tradisional		Total	
		n	%	n	%	n	%
1.	Baik	19	82,6	4	17,4	23	100
2.	Cukup baik	39	60,0	26	40,0	65	100
3.	Kurang	17	34,7	32	65,3	49	100
4.	Buruk	11	36,7	19	63,3	30	100
	Jumlah	86	51,5	81	48,5		100

$\chi^2 h = 18,975$ $p = 0,000$

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

Tabel 4.45 dapat diamati bahwa ibu yang mempunyai persepsi tentang penyakit dengan kategori baik 82,6% memanfaatkan pengobat moderen yang merupakan proporsi 4 kali lebih banyak dari ibu yang memanfaatkan pengobat tradisional 17,4%. Pada ibu yang mempunyai persepsi tentang penyakit dengan kategori buruk 63,3% memanfaatkan pengobat tradisional dan memanfaatkan pengobat moderen 36,7%.

Hasil uji statistik dengan Chi-Square menunjukkan bahwa tingkat persepsi tentang penyakit berhubungan secara bermakna dengan jenis pengobat yang pertama dimanfaatkan ($p = 0,000$). Hal ini berarti diantara berbagai tingkat persepsi ibu tentang penyakit mempunyai perbedaan dalam memanfaatkan jenis pengobat bayi.

- g. Hubungan tingkat Persepsi tentang Pengobatan Moderen dengan pengobat yang pertama dimanfaatkan

Distribusi tabel silang tingkat persepsi tentang pengobatan moderen dengan pengobat yang pertama dimanfaatkan dapat dilihat pada tabel 4.46.

Tabel 4.46
Hubungan Tingkat Persepsi tentang Pengobatan dengan Jenis Pengobat yang Pertama Dimanfaatkan

No.	Tingkat Persepsi tentang Pengobatan Moderen	Jenis Pengobat Pertama Dimanfaatkan					
		Moderen		Tradisional		Total	
		n	%	n	%	n	%
1.	Baik	27	93,1	2	6,9	29	100
2.	Cukup baik	27	48,2	29	51,8	56	100
3.	Kurang	22	38,6	35	61,4	57	100
4.	Buruk	10	40,0	15	60,0	25	100
	Jumlah	86	51,5	81	48,5	167	100

$X^2_h = 25,461$ $p = 0,000$

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

Ibu yang mempunyai tingkat persepsi tentang pengobatan moderen baik 93,1% memanfaatkan pengobat moderen sebesar 6,9% memanfaatkan pengobat tradisional. Pada ibu dengan tingkat persepsi tentang pengobatan moderen buruk 60,0% memanfaatkan pengobat tradisional dan sebesar 40,0% memanfaatkan pengobat moderen.

Uji statistik dengan Chi-Square menunjukkan bahwa tingkat persepsi tentang pengobatan moderen berhubungan dengan jenis pengobat yang dimanfaatkan baik moderen maupun tradisional ($p = 0,000$). Dengan demikian maka tingkat persepsi tentang pengobatan moderen yang berbeda akan menjadikan tindakan pencarian pengobat yang berbeda pula.

h. Hubungan Tingkat Pengalaman Pengobatan Moderen dengan Pengobat yang Pertama Dimanfaatkan

Distribusi tabel silang tingkat pengalaman pengobatan moderen dengan pengobat yang pertama dimanfaatkan dapat dilihat pada tabel 4.47.

Tabel 4.47
Hubungan Tingkat Pengalaman Pengobatan Moderen dengan Pengobat yang Pertama Dimanfaatkan

No.	Persepsi tingkat Pengalaman Pengobatan Moderen	Jenis Pengobat Pertama Dimanfaatkan					
		Moderen		Tradisional		Total	
		n	%	n	%	n	%
1.	Baik	19	67,9	9	32,1	28	100
2.	Cukup baik	41	69,5	18	30,5	59	100
3.	Kurang	19	36,5	33	63,5	52	100
4.	Buruk	7	25,0	21	75,0	28	100
	Jumlah	86	51,5	81	48,5	167	100

$\chi^2_{h} = 23,704$ $p = 0,000$

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

Dari tabel 4.47 dapat diamati bahwa ibu yang mempunyai pengalaman pengobatan moderen baik sebanyak 67,9% memanfaatkan pengobat moderen, dua kali lebih banyak dari pada ibu yang memanfaatkan pengobat moderen dengan kategori pengalaman yang buruk yaitu 25,0%. Sedangkan ibu yang memanfaatkan pengobat tradisional 32,1% pada tingkat pengalaman pengobatan moderen baik dan 75,0% dari tingkat pengalaman pengobatan moderen buruk.

Hasil uji statistik Chi-Square menunjukkan bahwa tingkat pengalaman pengobatan moderen berhubungan dengan pemanfaatan jenis pengobat pada bayi sakit, baik pada pengobat moderen maupun tradisional ($p = 0,000$). Hal ini menunjukkan tingkat pengalaman pengobatan moderen yang tidak sama mempunyai kecenderungan memanfaatkan jenis pengobat yang berbeda pula.

i. Hubungan Dukungan Pengobatan Moderen dengan Pengobat yang Pertama Dimanfaatkan

Distribusi tabel silang tingkat dukungan pengobatan moderen dengan pengobat yang pertama dimanfaatkan dapat dilihat pada tabel 4.48.

Tabel 4.48
Hubungan Tingkat Dukungan Pengobatan Moderen dengan Pengobat yang Pertama Dimanfaatkan

No.	Dukungan pengobatan moderen	Jenis Pengobat Pertama Dimanfaatkan					
		Moderen		Tradisional		Total	
		n	%	n	%	n	%
1.	Baik	19	67,9	9	32,1	28	100
2.	Cukup baik	32	54,2	27	45,8	59	100
3.	Kurang	23	43,4	30	56,6	53	100
4.	Buruk	12	44,4	15	55,6	27	100
	Jumlah	86	51,5	81	48,5	167	100,

$\chi^2_h = 5,108$ $p = 0,164$

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

Dari tabel 4.48 dapat diamati bahwa ibu yang mempunyai tingkat dukungan pengobatan moderen baik dan cukup baik mempunyai proporsi yang lebih besar memanfaatkan pengobat moderen. Sedangkan pada tingkat dukungan pengobatan moderen kurang dan buruk lebih banyak memanfaatkan pengobat tradisional.

Uji statistik dengan Chi-Square menunjukkan bahwa tingkat dukungan pengobat moderen tidak berhubungan dengan jenis pengobat yang dimanfaatkan ($p = 0,164$). Hal ini dapat berarti dari berbagai tingkat dukungan pengobatan moderen mempunyai alternatif mencari pengobat bayi yang tidak berbeda secara bermakna baik pada pengobat moderen maupun pengobat tradisional.

2. Hubungan Variabel Independen dengan Jenis Obat yang Pertama Dimanfaatkan

a. Hubungan Kelompok Umur Ibu dengan Jenis Obat yang Pertama Dimanfaatkan

Distribusi tabel silang kelompok umur ibu dengan jenis obat yang pertama dimanfaatkan dapat dilihat pada tabel 4.49.

Tabel 4.49
Hubungan Kelompok Umur Ibu dengan Jenis Obat yang Pertama Dimanfaatkan

No.	Kelompok umur ibu	Jenis obat pertama dimanfaatkan					
		Moderen		Tradisional		Total	
		n	%	n	%	n	%
1.	Kurang 20 tahun	14	58,3	10	41,7	24	100,0
2.	20 – 30 tahun	66	65,3	35	34,7	101	100,0
3.	Lebih 30 tahun	20	47,6	22	52,4	42	100,0
	Jumlah	100	59,9	67	40,1	167	100,0

$X^2_h = 3,908$ $p = 0,142$

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

Ibu yang mempunyai umur kurang 20 tahun dan umur 20 – 30 tahun mempunyai proporsi pilihan lebih banyak memanfaatkan jenis obat moderen masing-masing 58,3 dan 65,3. Pada ibu berumur lebih 30 tahun mempunyai proporsi lebih banyak memanfaatkan jenis obat tradisional 52,4%.

Hasil uji statistik dengan Chi-Square menunjukkan bahwa umur ibu tidak berhubungan dengan jenis obat yang pertama dimanfaatkan ($p = 0,142$). Dengan demikian maka setiap kelompok umur ibu mempunyai distribusi memanfaatkan jenis obat moderen maupun obat tradisional yang tidak berbeda.

b. Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Jenis Obat yang Pertama Dimanfaatkan . . .

Distribusi tabel silang tingkat pendidikan ibu dengan jenis obat yang pertama dimanfaatkan dapat dilihat pada tabel 4.50.

Tabel 4.50
Hubungan Tingkat Pendidikan Ibu dengan Obat yang Pertama Dimanfaatkan

No.	Tingkat pendidikan ibu	Jenis obat pertama dimanfaatkan					
		Moderen		Tradisional		Total	
		n	%	n	%	n	%
1.	Tidak sekolah	9	56,3	7	43,8	16	100
2.	Sekolah dasar	68	57,1	51	42,9	119	100
3.	Sekolah lanjutan pertama	16	72,7	6	27,3	22	100
4.	Sekolah lanjutan atas/akademi	7	70,0	3	30,0	10	100
	Jumlah	100	59.9	67	40.1	167	100

$X^2h = 2,397$ $p = 0,494$

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

Tabel 4.50 dapat diamati bahwa dari berbagai tingkat pendidikan ibu semuanya mempunyai proporsi memanfaatkan jenis obat moderen yang lebih besar dari pada obat tradisional.

Uji statistik dengan Chi-Square menunjukkan bahwa tingkat pendidikan ibu tidak berhubungan bermakna dengan jenis obat yang pertama dimanfaatkan untuk mengobati bayinya yang sakit ($p = 0,494$). Hal ini berarti diantara berbagai tingkat pendidikan ibu sebenarnya tidak mempunyai perbedaan pilihan dalam memanfaatkan jenis obat baik obat moderen maupun obat tradisional.

c. Hubungan Jenis Pekerjaan dengan Jenis Obat yang Pertama Dimanfaatkan

Distribusi tabel silang jenis pekerjaan ibu dengan jenis obat yang pertama dimanfaatkan dapat dilihat pada tabel 4.51.

Tabel 4.51
Hubungan Jenis Pekerjaan dengan Jenis Obat yang Pertama Dimanfaatkan

No.	Jenis pekerjaan ibu	Jenis obat pertama dimanfaatkan					
		Moderen		Tradisional		Total	
		n	%	n	%	n	%
1.	Petani	43	58,9	30	41,1	73	100
2.	Buruh tani	3	23,1	10	76,9	13	100
3.	Pedagang	6	66,7	3	33,3	9	100
4.	Ibu rumah tangga	48	66,7	24	33,3	72	100
	Jumlah	100	59,9	67	40,1	167	100

$\chi^2 h = 8,911$ $p = 0,030$

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

Pada tabel 4.51 dapat dilihat bahwa ada kecenderungan yang berbeda antara petani, pedagang dan ibu rumah tangga lebih banyak menggunakan obat moderen, sedangkan pada buruh tani lebih banyak memanfaatkan obat tradisional dalam mengobati bayi sakit.

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa jenis pekerjaan ibu berhubungan bermakna dengan jenis obat yang dimanfaatkan pada tindakan pertama pengobatan ($p = 0,030$). Hal ini berarti diantara berbagai jenis pekerjaan ibu cenderung memanfaatkan jenis obat yang berbeda-beda.

d. Hubungan Besar Keluarga dengan Jenis Obat yang Pertama Dimanfaatkan

Distribusi tabel silang besar keluarga dengan jenis obat yang pertama dimanfaatkan dapat dilihat pada tabel 4.52.

Tabel 4.52
Hubungan Besar Keluarga dengan Jenis Obat yang Pertama Dimanfaatkan

No.	Jenis pekerjaan ibu	Jenis obat pertama dimanfaatkan					
		Moderen		Tradisional		Total	
		n	%	n	%	n	%
1.	Keluarga besar	33	58,9	23	41,1	56	100
2.	Keluarga kecil	67	60,4	44	39,6	111	100
	Jumlah	100	59,9	67	40,1	167	100

$\chi^2 h = 0,32$ $p = 0,859$

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

Pada tabel 4.52 dapat dilihat bahwa baik keluarga kecil maupun keluarga besar mempunyai proporsi yang lebih banyak memanfaatkan obat moderen dari pada obat tradisional. Hasil uji statistik dengan Chi Square menunjukkan bahwa besar keluarga tidak berhubungan dengan jenis obat yang dimanfaatkan pada tindakan pengobatan pertama ($p = 0,859$). Hal ini berarti bahwa antara keluarga besar dan keluarga kecil sebenarnya mempunyai alternatif yang sama dalam memanfaatkan jenis obat moderen maupun obat tradisional.

e. Hubungan Tingkat Pendapatan Perkapita dengan Jenis Obat yang Pertama Dimanfaatkan

Distribusi tabel silang tingkat pendapatan perkapita dengan ngobat yang pertama dimanfaatkan ddapat dilihat pada tabel 4.53.

Tabel 4.53
Hubungan Tingkat Pendapatan Perkapita dengan Jenis Obat yang Pertama

No.	Tingkat Pendapatan Perkapita	Jenis obat pertama dimanfaatkan					
		Moderen		Tradisional		Total	
		n	%	n	%	n	%
1.	> 150.000 - 60.000	22	64,7	12	35,3	34	100
2.	> 76.250 - 150.000	41	61,2	26	38,8	67	100
3.	30.725 - 76.250	37	56,1	29	43,9	66	100
	Jumlah	100	59,9	67	40,1	167	100

$\chi^2_h = 4,814$ $p = 0,090$

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

Pada tabel 4.53 dapat diamati bahwa dalam 3 kategori pendapatan perkapita keluarga semuanya mempunyai proporsi lebih banyak yang memanfaatkan obat moderen dibandingkan dengan obat tradisional. Hasil uji statistik dengan Chi Square menunjukkan bahwa tingkat pendapatan perkapita tidak ada hubungan bermakna dengan jenis obat yang dimanfaatkan dalam mengobati bayi sakit ($p = 0,090$). Hal ini berarti

diantara berbagai tingkat pendapatan perkapita sebenarnya mempunyai distribusi yang tidak berbeda dalam memanfaatkan jenis obat baik moderen maupun tradisional.

f. Hubungan Tingkat Persepsi tentang Penyakit dengan Jenis Obat yang Pertama Dimanfaatkan

Distribusi tabel silang tingkat persepsi tentang penyakit dengan jenis obat yang pertama dimanfaatkan dapat dilihat pada tabel 4.54.

Tabel 4.54
Hubungan Tingkat Persepsi tentang Penyakit dengan Jenis Obat yang Pertama

No.	Tingkat Persepsi tentang Penyakit	Jenis obat pertama dimanfaatkan					
		Moderen		Tradisional		Total	
		n	%	n	%	n	%
1.	Baik	19	82,6	4	17,4	23	100
2.	Cukup baik	43	66,2	22	33,8	65	100
3.	Kurang	24	49,0	25	51,0	49	100
4.	Buruk	14	46,7	16	53,3	30	100
	Jumlah	100	59,9	67	40,1	167	100

$\chi^2_h = 10,614$ $p = 0,014$

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

Tabel 4.54 dapat dilihat bahwa tingkat persepsi tentang penyakit dengan kategori baik dan cukup baik lebih banyak yang memanfaatkan jenis obat moderen. Sedangkan pada tingkat persepsi tentang penyakit buruk lebih banyak yang memanfaatkan jenis obat tradisional. Hasil uji statistik dengan Chi Square menunjukkan bahwa tingkat persepsi tentang penyakit berhubungan bermakna dengan pemanfaatan jenis obat yang digunakan pada pengobatan bayi sakit ($p = 0,014$). Hal ini berarti diantara berbagai tingkat persepsi tentang penyakit yang berbeda akan diikuti oleh pemanfaatan jenis obat yang berbeda dalam mengobati bayi sakit.

- g. Hubungan tingkat persepsi pengobatan moderen dengan jenis obat yang pertama dimanfaatkan

Distribusi tabel silang tingkat persepsi pengobatan moderen dengan jenis obat yang pertama dimanfaatkan dapat dilihat pada tabel 4.55.

Tabel 4.55
Hubungan Tingkat Persepsi Pengobatan Moderen dengan Jenis Obat yang Pertama

No.	Persepsi tentang Pengobatan Moderen	Jenis Obat Pertama Dimanfaatkan					
		Moderen		Tradisional		Total	
		n	%	n	%	n	%
1.	Baik	27	93,1	2	6,9	29	100
2.	Cukup baik	34	60,7	22	39,3	56	100
3.	Kurang	27	47,4	30	52,6	57	100
4.	Buruk	12	48,0	13	52,0	25	100
	Jumlah	100	59.9	67	40.1	167	100

$X^2h = 18,523$ $p = 0,000$

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

Pada tabel 4.55 dapat dilihat bahwa ibu dengan tingkat persepsi pengobatan moderen dengan kategori baik dan cukup baik lebih banyak yang memanfaatkan jenis obat moderen. sedangkan pada tingkat persepsi kurang dan buruk lebih banyak yang memanfaatkan jenis obat tradisional.

Hasil uji Chi Square menunjukkan bahwa tingkat persepsi pengobatan moderen berhubungan dengan jenis obat yang pertama dimanfaatkan dalam mengobati bayi sakit ($p = 0,000$). Hal ini berarti diantara berbagai tingkat persepsi pengobatan moderen yang berbeda akan diikuti dengan tindakan memanfaatkan jenis obat yang berbeda pula.

- h. Hubungan Tingkat Pengalaman Pengobatan Moderen dengan Jenis Obat yang Pertama Dimanfaatkan

Distribusi tabel silang tingkat pengalaman pengobatan moderen dengan jenis obat yang pertama dimanfaatkan dapat dilihat pada tabel 4.56.

Tabel 4.56
Hubungan Tingkat Pengalaman Pengobatan Moderen dengan Jenis Obat yang Pertama Dimanfaatkan

No.	Tingkat Pengalaman Pengobatan Moderen	Jenis Obat Pertama Dimanfaatkan					
		Moderen		Tradisional		Total	
		n	%	n	%	n	%
1.	Baik	22	78,6	6	21,4	28	100
2.	Cukup baik	46	78,0	13	22,0	59	100
3.	Kurang	21	40,4	31	59,6	52	100
4.	Buruk	11	39,3	17	60,7	28	100
	Jumlah	100	59,9	67	40,1	167	100

$\chi^2 = 25,275$ $p = 0,000$

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

Pada tabel 4.56 dapat dilihat adanya kecenderungan pada tingkat pengalaman pengobatan moderen baik dan cukup baik yang lebih banyak memanfaatkan jenis obat moderen, sedangkan pada tingkat pengalaman pengobatan moderen kurang dan buruk lebih banyak memanfaatkan jenis obat tradisional.

Uji statistik dengan Chi Square menunjukkan bahwa tingkat pengalaman pengobatan moderen berhubungan bermakna dengan pemanfaatan jenis obat pertama untuk mengobati bayi yang sakit ($p = 0,000$). Hal ini berarti diantara berbagai tingkat pengalaman pengobatan moderen mempunyai alternatif memanfaatkan jenis obat yang tidak sama.

- i. Hubungan dukungan pengobatan moderen dengan jenis obat yang pertama dimanfaatkan

Distribusi tabel silang tingkat dukungan pengobatan moderen dengan jenis obat yang pertama dimanfaatkan dapat dilihat pada tabel 4.57.

Tabel 4.57
Hubungan Dukungan Pengobatan Moderen dengan Jenis Obat yang Pertama Dimanfaatkan

No.	Dukungan Pengobatan Moderen	Jenis Obat Pertama Dimanfaatkan					
		Moderen		Tradisional		Total	
		n	%	n	%	n	%
1.	Baik	19	67,9	9	32,1	28	100
2.	Cukup baik	39	66,1	20	33,9	59	100
3.	Kurang	28	52,8	25	47,2	62	100
4.	Buruk	14	51,9	13	48,1	18	100
	Jumlah	100	59.9	67	40.1	167	100

$\chi^2 = 3,513$ $p = 0,319$

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

Tabel 4.57 dapat dilihat pada setiap tingkat dukungan pengobatan moderen semuanya kecenderungan lebih banyak memanfaatkan jenis obat moderen dari pada obat tradisional. Uji statistik dengan Chi Square menunjukkan bahwa tingkat dukungan pengobatan moderen tidak berhubungan dengan pemanfaatan jenis obat untuk bayi (0,319). Hal ini berarti diantara berbagai tingkat dukungan pengobatan moderen mempunyai alternatif yang tidak berbeda dalam memanfaatkan jenis obat untuk mengobati bayi yang sakit.

G. Keeratan Hubungan

Setelah dilakukan uji hubungan dengan *Chi Square* dari 9 variabel independen dengan variabel dependen, sebanyak 4 variabel independen yaitu jenis pekerjaan, persepsi tentang penyakit, persepsi pengobatan moderen dan pengalaman pengobatan moderen mempunyai hubungan bermakna dengan pencarian jenis pengobat dan obat yang pertama. Variabel yang menunjukkan hubungan bermakna dilanjutkan dengan uji *Contingency* untuk mengetahui besarnya keeratan hubungannya. Keeratan hubungan dilambangkan dengan C

yang menunjukkan besarnya pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat. Nilai C berkisar antara 0 – 0,707. Tingkat keeratan hubungan digolongkan menjadi 5 kategori yaitu derajat hubungan sangat lemah 0 - 0,140, derajat hubungan lemah 0,141 - 0,280, derajat hubungan cukup kuat 0,281 - 0,420, derajat hubungan kuat 0,421 - 0,560, derajat hubungan sangat kuat 0,561 - 0,707 (Sudrajad, 1985). Hasil uji *Contingency* dapat dilihat pada tabel 4.58.

Tabel 4.58.
Keeratan Hubungan Variabel Penelitian dengan Jenis Pengobat
yang Pertama Dimanfaatkan

No.	Variabel	C	p	Keeratan
1	Jenis pekerjaan ibu dengan jenis pengobat yang dimanfaatkan pertama.	0.261	0.007	Lemah
2	Persepsi tentang penyakit dengan jenis pengobat yang dimanfaatkan pertama.	0.319	0.000	Cukup kuat
3	Persepsi pengobatan moderen dengan jenis pengobat yang pertama dimanfaatkan	0.364	0.000	Cukup kuat
4	Pengalaman pengobatan moderen dengan jenis pengobat yang dimanfaatkan pertama	0.349	0.000	Cukup kuat

Sumber: Data penelitian yang diolah, 2002

Pada tabel diatas dapat diamati bahwa variabel independen yang mempunyai keeratan hubungan cukup kuat dengan jenis pengobat yang pertama dimanfaatkan adalah pengalaman pengobatan moderen, persepsi tentang penyakit dan persepsi tentang pengobatan moderen. Sedangkan jenis pekerjaan ibu mempunyai keeratan hubungan lemah dengan jenis pengobat yang pertama dimanfaatkan.

Tabel 4.59
Keeratan Hubungan Variabel Penelitian dengan Jenis Obat
yang Pertama Dimanfaatkan

No.	Variabel	C	ρ	Keeratan
1.	Jenis pekerjaan ibu dengan jenis obat yang pertama dimanfaatkan.	0.225	0.030	Lemah
2.	Persepsi tentang penyakit dengan jenis obat yang pertama dimanfaatkan.	0.244	0.014	Lemah
3.	Persepsi pengobatan moderen dengan jenis obat yang pertama dimanfaatkan.	0.316	0.000	Cukup kuat
4.	Pengalaman pengobatan moderen dengan jenis obat yang pertama dimanfaatkan	0.363	0.000	Cukup kuat

Sumber: Data penelitian yang diolah, 2002

H. Analisa Multivariat

Fenomena sosial dalam masyarakat umumnya tidak diakibatkan oleh satu penyebab tunggal. Beberapa faktor pendahulu berhubungan bersama-sama dengan suatu kejadian. Analisis multivariat dimaksudkan untuk menguji variabel independen secara bersama-sama terhadap variabel dependen. Variabel independen yang akan dilakukan analisis multivariat diseleksi terlebih dahulu dengan hanya melakukan uji lanjutan terhadap variabel-variabel yang telah terbukti mempunyai hubungan bermakna yaitu jenis pekerjaan ibu, persepsi tentang penyakit, persepsi pengobatan moderen dan pengalaman pengobatan moderen. Teknik statistik yang digunakan adalah uji *regresi logistik*. Dengan teknik ini dapat diketahui besarnya pengaruh masing-masing variabel independen sehingga dapat digunakan untuk memprediksi hasil yang akan

terjadi pada variabel dependen dengan melakukan manipulasi variabel independen.

1. Variabel independen dan pengobat pertama

Melakukan uji statistik secara bersama-sama variabel pekerjaan, pengalaman pengobatan moderen, persepsi tentang penyakit dan persepsi pengobatan moderen terhadap jenis pengobat pertama, dengan menggunakan *logistic regression*. Hasil pengujian pada bagian *Variabel in Equation* menunjukkan hanya satu variabel yang *significance* yaitu pengalaman pengobatan moderen. Untuk mengetahui besarnya koefisien regresi atas variabel *significance* maka dilakukan uji *logistic regression* tahap 2 dengan memasukkan hanya variabel pengalaman pengobatan moderen. Hasil uji *logistic regression* tersebut adalah sebagai berikut :

- a. Kelayakan model regresi, dengan melihat *Homers and Lemeshow test* dapat diketahui bahwa probabilitas untuk memanfaatkan pengobatan moderen mempunyai *significance* 0,151 lebih besar dari *cut value* 0,05. Hal ini berarti model regresi yang diprediksi tidak berbeda dengan klasifikasi yang diamati. Oleh karena itu model regresi dengan prediktor pengalaman pengobatan moderen layak digunakan untuk memprediksi pemanfaatan pengobat moderen.
- b. Kelayakan koefisien regresi dapat diketahui dengan melihat *significance* variabel yang diamati pada tabel *Variables in Equation*. Terlihat bahwa *significance* pengalaman pengobatan moderen dan *significance constants* 0,000 lebih kecil dari *cut value* 0,05. Dengan demikian

koefisien regresi dengan prediktor pengalaman pengobatan moderen layak digunakan untuk memprediksi pemanfaatan pengobat moderen

- c. Prediksi yang dapat dikemukakan berdasarkan uji regresi logistik tersebut diambil pada kolom B *Variables in Equation* sebagai berikut :

Pemanfaatan pengobat moderen = - 1,881 + 0,772 pengalaman pengobatan moderen

Cara menafsir koefisien regresi dengan variabel dependen binary adalah dengan pendekatan probabilitas, oleh karena itu tidak ada probabilitas negatif atau lebih dari satu. Angka negatif dianggap probabilitas 0, angka positif lebih dari satu dianggap probabilitas 1 dan angka positif diantara 0 sampai 1 probabilitas sesuai angkanya (Singgih, 2000).

2. Variabel independen dan obat pertama

Melakukan uji statistik secara bersama-sama variabel pekerjaan, pengalaman pengobatan moderen, persepsi tentang penyakit dan persepsi pengobatan moderen terhadap jenis obat yang pertama dimanfaatkan, dengan menggunakan *logistic regression*. Hasil pengujian pada bagian *Variabel in Equation* menunjukkan hanya satu variabel yang *significance* yaitu pengalaman pengobatan moderen. Untuk mengetahui besarnya koefisien regresi atas satu variabel *significance* maka dilakukan uji regresi logistik tahap 2 dengan memasukkan hanya variabel pengalaman pengobatan moderen. Hasil uji *logistic regression* adalah sebagai berikut :

- a. Kelayakan model regresi, dengan melihat *Homers and Lemeshow test* dapat diketahui bahwa probabilitas untuk memanfaatkan obat moderen

mempunyai *significance* 0,066 lebih besar dari *cut value* 0,05. Hal ini berarti model regresi yang diprediksi tidak berbeda dengan klasifikasi yang diamati. Oleh karena itu model regresi dengan prediktor pengalaman pengobatan moderen layak digunakan untuk memprediksi pemanfaatan obat moderen.

- b. Kelayakan koefisien regresi dapat diketahui dengan melihat *significance* variabel yang diamati pada tabel *Variables in Equation*. Terlihat bahwa *significance* variabel yang diamati 0,000 dan *significance constant* 0,001 lebih kecil dari *cut value* 0,05. Dengan demikian model regresi dengan prediktor pengalaman pengobatan moderen layak digunakan untuk memprediksi pemanfaatan obat moderen.
- c. Prediksi yang dapat dikemukakan berdasarkan uji regresi logistik tersebut diambil pada kolom B tabel *Variables in Equation* adalah sebagai berikut :

$$\text{Pemanfaatan obat moderen} = - 1,550 + 0,795 \text{ pengalaman pengobatan moderen}$$

Cara menafsir regresi dengan variabel dependen binary adalah dengan pendekatan probabilitas. Oleh karena itu tidak ada probabilitas negatif atau lebih dari satu. Angka negatif dianggap probabilitas 0, angka positif lebih dari satu dianggap probabilitas 1 dan angka positif diantara 0 sampai 1 probabilitas sesuai angkanya (Singgih, 2000).

BAB V

PEMBAHASAN

1. Kesakitan Bayi

Kesakitan bayi diperoleh dari keterangan ibu bayi yang didasarkan pada adanya gangguan kesehatan bayi seperti pilek, panas, batuk, perut kembung, diare dan menangis yang tidak henti-henti. Adanya gangguan tersebut bayi dinyatakan sakit, dan ditindaklanjuti dengan upaya mencari penyembuhan. Cara identifikasi sakit ini sesuai dengan penjelasan Suryadi (1992) bahwa sakit adalah adanya gangguan kesehatan baik yang tampak secara fisik adanya tanda-tanda sakit maupun tidak tampak fisik berupa keluhan yang menimbulkan keadaan tubuh tidak semestinya. Lebih lanjut diterangkan oleh Lumenta (1989) bahwa identifikasi sakit mulai dari proses sampai sembuh mengalami 5 fase yaitu dirasakan adanya gangguan kesehatan, adanya pengakuan sakit, upaya mencari pengobatan, menjadi pasien dan penyembuhan. Dalam praktek kelima fase tersebut tidak mutlak ditemukan semuanya, tetapi dari fase pertama gangguan kesehatan dapat langsung berpindah ke fase ketiga mencari pengobatan.

Data BPS tahun 2000 mencatat bahwa penduduk di Kabupaten Grobogan yang mengalami sakit sebesar 0,301 pada periode 1 bulan dan 65,7% diantaranya menyebabkan gangguan dalam kegiatan sehari-hari. Pada penelitian ini proporsi kesakitan bayi dalam satu bulan sebesar 0,808 (173 bayi dari 214 sampel), meskipun demikian kedua data kesakitan ini tidak dapat dibandingkan karena pada penelitian ini terfokus pada bayi sedangkan BPS mencakup semua kelompok umur. Mengikuti penjelasan Harsono (2001) bahwa kerentanan sakit

bayi lebih tinggi dari kelompok umur yang lain. Tingginya kesakitan bayi ini terungkap dalam diskusi kelompok kader bahwa bayi dapat mengalami sakit 2 – 3 kali dalam satu bulan bahkan pada saat posyandu banyak bayi yang melaporkan sakit dan minta obat atau oralit pada bidan. Hal ini seperti dinyatakan oleh ibu bayi dalam diskusi kelompok bahwa bayi mereka dapat sakit pilek, satu minggu kemudian panas dan bahkan penyakit bayi dapat terjadi berulang-ulang dalam waktu satu bulan dengan tanda atau keluhan yang bermacam-macam. Dilaporkan oleh Bennet (1987) bahwa hampir semua penyakit teridentifikasi pada penduduk dengan tingkat pendidikan rendah. Pada penelitian ini responden dengan pendidikan sekolah dasar dan tidak sekolah sebesar 80,9%.

Kunjungan kasus ke Puskesmas Klambu periode Januari sampai dengan September 2002 untuk semua golongan umur sebanyak 4.261 kasus, sebanyak 195 kasus (4,5%) diantaranya adalah bayi yang dilayani di puskesmas, 2 puskesmas pembantu dan 5 polindes. Khusus untuk kunjungan bayi sakit ke puskesmas pada bulan September 2002 sebanyak 20 kasus (3,44%). Bila data ini dibandingkan dengan data kesakitan bayi hasil penelitian 80,8%, jelas berbeda. Hal ini karena kunjungan kasus ke puskesmas mencerminkan besarnya upaya pengobatan sakit penduduk pada sarana kesehatan pemerintah.

Suryadi (1992) menyatakan bahwa kriteria sakit menurut persepsi ibu dapat meningkatkan tingginya data tentang penyakit ringan (*over reporting*). Tetapi cara ini memungkinkan ditemukannya penderita yang tidak melakukan kontak dengan petugas kesehatan. Lebih lanjut dinyatakan bahwa adanya penyakit semestinya diketahui atas dasar diagnosa tenaga medis, tetapi pada

tingkat tertentu diagnosa tenaga medis juga tergantung dari keluhan sakit individu. Dilaporkan oleh Azwar A. (1996) bahwa sering ditemukan perhatian dokter hanya terhadap keluhan yang disampaikan bukan terhadap diri penderita secara keseluruhan.

Rienke (1987) menerangkan bahwa data kesakitan masyarakat tidak dapat diperoleh hanya dari institusi kesehatan, karena institusi kesehatan hanya memiliki data kesakitan yang menggunakan jasa institusinya, padahal praktek pengobatan juga banyak tersedia ditengah masyarakat baik praktek pribadi dan terorganisasi. Lebih jauh diterangkan oleh Azwar A. (1996) bahwa praktek pengobatan dapat menggunakan teknologi kedokteran moderen (*Modern medical care*) maupun pelayanan kedokteran tradisional (*Traditional medicine*). Reinke (1987) menjelaskan bahwa data kesakitan penduduk yang bersumber institusi kesehatan dengan teknologi *Modern medical care* akan terjadi *under recorded* dibandingkan data yang bersumber dari masyarakat.

2. Pengobatan Bayi

Sebanyak 96,5% (167 bayi dari 173) bayi sakit bertindak mencari pengobatan dan sisanya 3,5% tidak/ belum mengupayakan pengobatan. Proporsi bayi sakit yang tidak/ belum bertindak mencari pengobatan ini lebih besar dari temuan Anies (2000) di Surakarta yang mencatat bahwa balita sakit dari keluarga miskin sebesar 0,8% tidak mencari pengobatan. Ibu bayi yang tidak/ belum bertindak mencari pengobatan merasa bahwa penyakit bayinya ringan, tidak berbahaya bagi bayinya dan mereka telah mempunyai pengalaman dengan penyakit itu sebelumnya dapat sembuh sendiri. Merujuk pada pernyataan Bennet

(1987) bahwa kesakitan merangsang seseorang untuk mencari kesembuhan bagi semua keluhannya. Kesembuhan dapat diperoleh dengan membawa penderita pada praktisi pengobatan, atau dapat diperoleh dirumah atas inisiatif penderita atau sanak saudara dalam bentuk pengobatan tradisional atau moderen.

Distribusi pencarian pengobatan bayi sakit sebesar 51,5% pada pengobat moderen terdiri atas Puskesmas sebesar 20 bayi (12,0%), posyandu 7 bayi (4,2%), bidan 35 bayi (21,0%) dan praktek partikelir. Praktek partikelir pengobatan moderen sebesar 14,4% terdiri atas praktek swasta dokter 9,0%, klinik 2,4%, perawat 1,8% dan rumah sakit 1,2% yang secara administratif tidak masuk dalam cakupan pelayanan puskesmas.

Pemanfaatan puskesmas untuk anak balita keluarga miskin di Surakarta dari temuan Anies (2000) sebesar 33,5% dan 2,5% pada pengobat tradisional. Bayi sakit yang memanfaatkan puskesmas dalam penelitian ini sebesar 12,0%, perbedaan ini antara lain disebabkan masih tingginya pemanfaatan pengobat tradisional (48,5%) dan letak puskesmas yang secara geografis tidak mudah dijangkau dari semua desa. Posisi geografis wilayah puskesmas yang memanjang dari utara selatan menyebabkan aksesibilitas desa sebelah selatan yaitu Selojari dan Taruman lebih dekat untuk mencapai puskesmas Brati, sedangkan desa sebelah utara yaitu Wandankemiri dan Jenengan lebih dekat untuk mencapai puskesmas Undaan Kudus. Sedangkan pelayanan bidan sebesar 21% dapat dilakukan di Polindes yang tersebar pada 6 desa sehingga lebih mudah dijangkau dari pada puskesmas. Pentingnya aksesibilitas tempat pengobatan ini dijelaskan Anies (2000) bahwa kemudahan untuk mencapai pelayanan kesehatan merupakan

pertimbangan untuk mencari upaya pengobatan atau tidak. Lebih lanjut dijelaskan oleh Azwar A (1996) bahwa salah satu syarat pokok pelayanan kesehatan adalah *acesible*, disamping *available and continous, affordable, and quality*.

Tingginya praktek pengobatan bayi pada seorang praktek dokter 9,0% dibanding dengan puskesmas 12% dan bidan 21%, menunjukkan bahwa *demand* terhadap jasa dokter cukup baik. Hal ini tidak lepas dari terjadinya kontak dokter dengan pasien di puskesmas setiap hari. Terjadinya kontak provider dengan pasien memberi kesempatan bagi provider untuk memberikan pengobatan, memberikan informasi praktek pengobatan moderen dan memberikan gagasan kesehatan moderen. Seperti dijelaskan oleh Kalangie (1994) bahwa terjadinya kontak provider dengan pasien selain memberikan tindakan medis juga memberikan keuntungan strategis untuk mengadopsikan ide-ide, kepercayaan dan praktek medis moderen pada masyarakat.

Hasil wawancara dengan dokter menunjukkan bahwa selama 4 tahun dokter selalu siap memberikan pelayanan pengobatan di BP Puskesmas, kontak dengan pasien, berkomunikasi tentang penyakit dan pengobatannya, mendiagnosa dan memberi resep pada pasien. Perawat berperan dalam memberikan suntikan atas indikasi medis dari dokter. Hal ini memungkinkan pasien lebih akrab dengan dokter dan mengetahui manfaat pengobatannya. Berbeda dengan temuan Sciortino (1999) di Magelang bahwa dokter puskesmas lebih banyak waktunya pada kegiatan majemen. Lebih lanjut dinyatakan oleh Tjong (1997) yang dikutip Sciortino (1999) bahwa dalam sektor publik dokter

secara sukarela mendelegasikan fungsi pengobatan pada perawat senior, tetapi hal ini tidak terjadi dalam praktek swasta. Perilaku dokter ini juga berbeda dengan temuan Sciortino (1999) di Magelang bahwa perawat puskesmas dalam praktek sehari-hari lebih banyak bekerja pada BP yang kegiatannya meliputi mendiagnosa, memberikan resep dan memberikan suntikan, dan kegiatan perawat tersebut juga dilakukan dalam praktek dirumah. Perawat lebih senang melaksanakan kegiatan pengobatan di BP yang seharusnya menjadi tugas dokter karena pengobatan merupakan sub ordinat dari dokter dan merasa lebih bergengsi dibanding dengan kegiatan promotif dan preventif. Dilain pihak praktek pengobatan perawat dipandang memberikan harapan keuntungan komersial.

Pemanfaatan praktek pengobat tradisional sebesar 48,5% meliputi dukun pijet, dukun sembur dan memberi obat sendiri. Pemanfaatan pengobat tradisional ini lebih rendah dari temuan Bennet (1987) yang menyatakan bahwa 70 – 90% kesakitan yang dikenali sendiri diatasi tanpa campur tangan pelayanan kesehatan formal tetapi melalui pertolongan pengobatan tradisional. Adanya perbedaan atas kedua bukti ini dapat berarti selama 15 tahun telah terjadi peningkatan pemanfaatan pengobatan moderen sebesar 21 – 41% Masih tingginya pemanfaatan pengobat tradisional khususnya dukun pijet (35,3%) karena dukun berada pada semua dusun dan telah dikenal oleh komunitasnya. Seperti terungkap dalam wawancara dengan dokter puskesmas bahwa dukun merupakan pelayanan kesehatan dasar yang mudah diakses, terjangkau, biayanya ditengah ketidakberdayaan pemahaman penyakit dan pengobatan.

Adanya distribusi pemanfaatan pengobat moderen 51,5% dan pengobat tradisional 48,5% menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan di puskesmas sebenarnya merupakan bagian dari pelayanan pengobatan yang ada ditengah masyarakat. Seperti dijelaskan oleh Sciortino (1999) bahwa tenaga kesehatan menyadari kalau pelayanan kesehatan mereka sebenarnya hanyalah salah satu dari pilihan pengobatan yang tersedia. Disamping pelayanan kesehatan moderen, pasien juga dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan tradisional seperti dukun atau memanfaatkannya secara bersama-sama. Dalam diskusi kelompok dengan ibu bayi menyatakan bahwa mereka tidak hanya menggunakan salah satu jenis pengobat saja tetapi juga memanfaatkan dukun, bidan dan dokter. Adanya pemanfaatan pengobatan moderen dan tradisional dalam praktek pengobatan penyakit juga dilaporkan oleh Kalangie (1994) dan Anies (2000). Lebih lanjut dalam wawancara dengan dokter puskesmas diakui bahwa masih terdapat bayi sakit yang meminta pertolongan dukun atau berobat pada dokter setelah tidak sembuh dicbati dukun.

Ketersediaan pengobat tradisional berjumlah 22 orang dukun pijet dan 11 orang dukun sembur yang letaknya tersebar disemua desa, sedangkan praktisi pengobatan moderen sebanyak 10 orang dan 2 desa tidak ada tenaga pengobat moderen. Azwar A. (1996) menyatakan bahwa adanya keanekaragaman pelayanan kesehatan swasta dan tradisional erat kaitannya dengan inisiatif swasta dalam memenuhi kebutuhan dan tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan. Lebih lanjut dikatakan bahwa kelangsungan hidup pelayanan kesehatan swasta ditentukan oleh seberapa jauh pelayanan kesehatan diterima dan dimanfaatkan

masyarakat. Bahkan hal ini memberi alternatif pengguna pelayanan kesehatan untuk memilih pelayanan kesehatan yang disukainya. Menurut Giffari (1984) bahwa cara pasien memandang mutu pelayanan kesehatan dikaitkan dengan rasa puas terhadap pelayanan yang diterima, dimana mutu pengobatan yang baik adalah dapat menyembuhkan penyakitnya. Dijelaskan oleh Junaedi (1991) meskipun penilaian konsumen bersifat subyektif, tetapi tetap ada dasar obyektif yang dilandasi oleh pengalaman masa lalu, pendidikan, situasi psikis dan pengaruh lingkungan. Dalam diskusi kelompok ibu bayi dan diskusi kelompok kader terungkap bahwa ibu bayi menganggap pengobatan yang baik adalah pengobatan yang menyembuhkan penyakit. Hasil wawancara dengan dokter puskesmas dinyatakan bahwa masyarakat dalam menerima pengobatan tidak memperhatikan pengobatan apa yang diberikan tetapi pada kesembuhan hasil pengobatannya.

Dimanfaatkannya praktek pengobatan moderen dan tradisional ditengah masyarakat menunjukkan bahwa kehadiran kedua jenis pengobatan diterima oleh masyarakat. Dalam mendiskripsikan praktek pengobatan menurut Kalangie (1994) dapat dilihat dari tenaga pengobatannya, obat yang digunakan dan cara pengobatannya. Dalam penelitian ini praktek pengobatan dilihat dari jenis pengobat dan obat dimanfaatkan. Distribusi pemanfaatan pengobat dan obat yang digunakan dalam pengobatan dapat dilihat pada tabel 5.1.

Tabel 5.1
Tabel Silang Pemanfaatan Jenis Pengobat dan Obat untuk bayi

No.	Jenis pengobat	Jenis obat		Total
		Moderen	Tradisional	
1.	Moderen	86	0	86
		100,0%	0,0%	100,0%
2.	Tradisional	14	67	81
		17,3%	82,7%	100,0%
Total		100	67	167
		59,9%	40,1%	100,0%

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

Dari tabel 5.1 dapat dilihat bahwa seluruh pengobat moderen memberikan obat moderen, sedangkan pengobat tradisional 82,7% menggunakan obat tradisional dan 17,3% menggunakan obat moderen. Pengobat tradisional (48,5%) meliputi dukun pijet (33,5%), dukun sembur (2,4%) memberi obat (8,4%) dan memberi obat tradisional (2,4%). Dalam diskusi kelompok dengan ibu bayi terungkap bahwa pengobat tradisional pada dukun pijet dan dukun sembur dimanfaatkan karena dekat, cocok dan murah. Sedangkan memberi obat dipilih karena tersedia di warung terdekat dan murah. Menurut Sapardi (1999) menyatakan bahwa pengobatan sendiri adalah upaya pengobatan yang dilakukan orang awam dengan cara yang diwariskan dari nenek moyangnya untuk mengatasi sakit atau keluhan yang dialaminya, tanpa bantuan tenaga ahli medis/tradisional. Pengobatan sendiri dapat menggunakan obat, obat tradisional atau cara tradisional. Obat yang digunakan umumnya golongan obat bebas terbatas, sedangkan obat tradisional yang digunakan meliputi simplisia, jamu gendong dan jamu berbungkus. Lebih lanjut dijelaskan oleh Jamal S (1999) bahwa tindakan melakukan pengobatan sendiri merupakan salah satu upaya masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatannya secara dini. Makin berhasil upaya pengobatan

diri sendiri dilakukan, akan makin berkurang beban pusat-pusat pelayanan kesehatan baik di tingkat dasar maupun rujukan.

Tabel 5.2
Distribusi Jenis Pengobat yang Pertama Dimanfaatkan dan Hasil Pengobatannya

No.	Jenis Pengobat	Hasil Pengobatan			Total
		Tidak ada perubahan sakit	Berkurang Sakitnya	Sembuh	
1.	Moderen	9 10,5%	53 61,6%	24 27,9%	86 100,0%
2.	Tradisional	16 19,8%	57 70,4%	8 9,9%	81 100,0%
	Total	25 15,0%	110 65,9%	32 19,2%	167 100,0%

$$X^2 h = 9,965 \quad p = 0,007 \quad C = 0,237$$

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

Dari tabel 5.2 dapat diamati bahwa pengobat yang dapat menyembuhkan penyakit 27,9% dengan prosentase hampir tiga kali lebih banyak dibanding hasil pengobat tradisional yang sembuh 9,9%. Sedangkan hasil pengobatan yang menyatakan tidak ada perubahan sakit 10,5% pada pengobat moderen dan 19,9% pada pengobat tradisional. Uji statistik menunjukkan bahwa pemanfaatan jenis pengobat berhubungan dengan hasil pengobatannya ($p = 0,007$). Hal ini menunjukkan bahwa ada perbedaan kesembuhan penyakit pada pengobat moderen dan tradisonal. Prosentase kesembuhan penyakit lebih banyak pada pengobat moderen, dan jenis pengobat tradisional lebih banyak yang menyatakan hanya berkurang penyakitnya (70,4%). Hal ini seperti dikemukakan oleh Sartono (1992) bahwa cara kerja pengobatan tradisional lebih lama dan perlu pemakaian berulang-ulang dibandingkan dengan obat moderen yang lebih reaktif. Kalangie (1994) menyatakan bahwa dalam usaha mencari kesembuhan sakit, pasien mengharapkan terapi yang cepat dirasakan hasilnya. Lebih lanjut dinyatakan oleh

Sciortino (1999) bahwa masyarakat maupun petugas kesehatan percaya bahwa suntikan bekerja lebih ampuh dan bekerja lebih cepat karena obat langsung masuk pada aliran darah, dan akses untuk memperoleh suntikan hanya dapat diperoleh pada praktek pengobat moderen. Oleh karena itu suntikan dipandang sebagai keunggulan komparatif praktek pengobat moderen dibanding pengobat tradisional.

Tabel 5.3
Distribusi Jenis Obat yang Pertama Dimanfaatkan dan Hasil Pengobatannya

No.	Jenis Obat	Hasil Pengobatan			Total
		Tidak ada perubahan sakit	Berkurang sakitnya	Sembuh	
1.	Moderen	11 11,0%	63 63,0%	26 26,0%	100 100,0%
2.	Tradisional	14 20,9%	47 70,1%	6 9,0%	67 100,0%
	Total	25 15,0%	110 65,9%	32 19,2%	167 100,0%

$$X^2h = 9,018 \quad p = 0,011 \quad C = 0,226$$

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

Tabel 5.3 dapat diamati bahwa bayi sakit yang menggunakan obat moderen sebanyak 26,0% menyatakan penyakitnya sembuh dengan proporsi hampir tiga kali lebih besar dari pada menggunakan obat tradisional yang sembuh sebesar 9,0%. Sebaliknya ibu yang menyatakan tidak ada perubahan sakit sebesar 11,4% pada obat moderen sedangkan pada obat tradisional sebesar 20,9%. Uji statistik Chi Square menunjukkan bahwa pemanfaatan jenis obat berhubungan dengan kesembuhan penyakitnya ($p = 0,011$). Hal ini berarti ada perbedaan kesembuhan penyakit dengan menggunakan jenis obat moderen dan tradisional. Pasien yang sembuh lebih banyak yang menggunakan obat moderen, dan hampir tiga kali lebih banyak yang sembuh dari pada menggunakan obat tradisional.

Kesembuhan hasil penggunaan obat yang digunakan untuk mengobati bayi sakit, menurut persepsi ibu bayi selengkapnya terangkum dalam tabel 5.4.

Tabel 5.4
Distribusi Hasil Obat Pertama

No	Obat Pertama Dimanfaatkan	Hasil Penggunaan Obat Pertama						Jumlah	
		Tidak ada perubahan		Berkurang sakitnya		Sembuh		n	%
		n	%	n	%	n	%		
1.	Rumah sakit			1	50,0	1	50,0	2	100
2.	Puskesmas	3	15,0	14	70,0	3	15,0	20	100
3.	BP/ Klinik swasta			4	100			4	100
4.	Posyandu			5	71,4	2	18,5	7	100
5.	Dokter praktek swasta			8	53,3	7	46,7	15	100
6.	Bidan praktek swasta	4	11,4	20	57,1	11	31,4	35	100
7.	Perawat praktek swasta	2	66,7	1	33,3			3	100
8.	Dukun pijet	14	23,7	41	69,5	4	6,8	59	100
9.	Dukun sembur			3	75,0	1	25,0	4	100
10.	Memberi obat moderen	2	14,3	10	71,4	2	14,3	14	100
11.	Beri obat tradisional			3	75,0	1	25,0	4	100
	Jumlah	25	15,0	110	66,5	32	18,6	167	100

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

Dari tabel 5.4 dapat dilihat bahwa pengobat yang menyembuhkan penyakit adalah rumah sakit 50%, dokter praktek swasta 46,7% dan bidan praktek swasta 31,4%. Pengobat tradisional dukun pijet dapat menyembuhkan sakit 6,8% dan dukun sembur 25,0%.

Dilihat dari hasil pengobatan pertama 32 bayi (18,6%) dinyatakan sembuh, berkurang sakitnya 110 bayi (66,4%) dan 25 bayi (14,9%) menyatakan tidak ada perubahan sakit. Hasil pengobatan pertama tidak berhubungan dengan jenis pengobat yang dimanfaatkan kedua ($p = 0,333$). Hasil pengobatan pertama juga tidak berhubungan dengan jenis obat yang digunakan kedua kalinya ($p = 0,150$).

UPT-PUSTAK-UNDIP

Tingkat keparahan penyakit dapat dihubungkan dengan jenis pengobat yang dimanfaatkan pertama. Tabel silang keparahan penyakit dan jenis pengobat pertama dapat dilihat pada tabel 5.5.

Tabel 5.5
Hubungan Keadaan Sakit dan Pengobat yang Dimanfaatkan Pertama

No	Keadaan Penyakit	Jenis Pengobat		Total
		Moderen	Tradisional	
1.	Penyakit ringan	69 51,5%	65 48,5%	134 100%
2.	Penyakit agak berat	15 51,7%	14 48,3%	29 100%
3.	Penyakit berat	2 50,0%	2 50,0%	4 100%
	Total	86 51,5%	81 48,5%	167 100%

$\chi^2_{h} = 0,004$ $p = 0,998$

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

Tabel 5.5 dapat dilihat bahwa tingkat keadaan penyakit berat mempunyai distribusi yang sama dalam memanfaatkan jenis pengobat moderen maupun pengobat tradisional. Sedangkan pada penyakit ringan mempunyai proporsi yang hampir sama pada pengobat moderen 51,5% dan pengobat tradisional 48,5%. Uji Chi Square menunjukkan bahwa tingkat keadaan penyakit tidak berhubungan dengan jenis pengobat yang pertama dimanfaatkan ($p = 0,998$). Hal ini berarti dalam berbagai tingkat keadaan penyakit dalam bertindak mencari pengobatan terdistribusi sama pada jenis pengobat moderen maupun tradisional. Hal ini berbeda dengan temuan Anies (2000) di Kabupaten Karanganyar bahwa keluarga miskin yang menganggap penyakitnya parah kemungkinannya hampir dua kali lipat untuk mencari pengobatan non moderen.

Kunjungan ulang pasien sangat tergantung dari kepuasan pelayanan yang didapatnya, jika pasien puas mereka akan memanfaatkan ulang. Kepuasan bersifat subyektif dan kepuasan sering dihubungkan dengan hasil pelayanannya (Tjiptono, 1997). Dalam diskusi terarah dengan ibu bayi terungkap bahwa pengobatan yang memuaskan adalah penyakitnya sembuh. Pengobat dapat menyembuhkan penyakit adalah pengobat yang baik.

Keadaan penyakit ringan 60,4% memanfaatkan jenis obat moderen dan 39,4% memanfaatkan jenis obat tradisional pada tindakan pertama. Sedangkan pada penyakit berat terdistribusi sama yaitu 50% memanfaatkan jenis obat moderen dan 50% obat tradisional. Uji statistik menunjukkan bahwa keparahan penyakit tidak berhubungan dengan jenis obat yang dimanfaatkan pertama ($p = 0,905$). Hal ini berarti keadaan penyakit ringan, agak berat dan berat mempunyai distribusi memanfaatkan obat pertama yang tidak berbeda.

Pasien yang tidak bertindak mencari pengobatan kedua sebanyak 43 bayi (26,3%), mereka terdiri dari seorang bayi yang pada pengobatan pertama menyatakan tidak ada perubahan sakit, 10 bayi yang menyatakan berkurang penyakitnya dan seluruh bayi yang menyatakan sembuh penyakitnya (32 bayi). Sebanyak 13 bayi (16,0%) yang memanfaatkan pengobat tradisional tidak mencari pengobat kedua dengan rincian 8 bayi sembuh dan 5 bayi berkurang sakitnya. Sedangkan pada pengobat moderen yang tidak mencari pengobat kedua sebanyak 30 bayi (34,8%) terdiri dari satu bayi tidak ada perubahan sakit, 5 bayi berkurang sakitnya dan 24 bayi sembuh. Sebanyak 124 bayi yang mencari pengobat kedua dengan distribusi pemanfaatan dapat dilihat pada tabel 5.6.

Tabel 5.6
Distribusi Pemanfaatan Pengobat Pertama dan Kedua

No.	Jenis Pengobat Pertama	Jenis Pengobat Kedua		Total
		Moderen	Tradisional	
1.	Moderen	27 48,2%	29 51,8%	56 100%
2.	Tradisional	43 63,2%	25 36,8%	68 100%
	Total	70 56,5%	54 43,5%	124 100%

$X^2_h = 3,146$ $p = 0,076$ $C = 0,237$

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

Pada tabel 5.6 dapat dilihat bahwa pada pengobatan pertama dengan pengobat moderen sebesar 51,8% berganti dengan pengobat tradisional. Sedangkan pada pengobat tradisional 63,2% berganti memanfaatkan pengobat moderen. Uji statistik menunjukkan bahwa pemanfaatan jenis pengobat pertama tidak berhubungan dengan pemanfaatan jenis pengobat yang kedua ($p = 0,076$). Hal ini berarti baik pada pengobatan pertama dengan pengobat moderen maupun tradisional dalam memanfaatkan pengobat kedua terdistribusi merata pada pengobat moderen maupun tradisional. Pemanfaatan pengobatan seperti dikemukakan Kalangie (1994) bahwa sumber-sumber pengobatan moderen dan tradisional dipilih secara bergantian dari satu praktisi ke praktisi yang lain untuk satu episode sakit. Kebiasaan penduduk berpindah-pindah dari satu pengobat ke pengobat lain menjadikan hasil pengobatan sulit diikuti dan dimintakan pertanggungjawabannya.

Untuk menelusuri lebih jauh hasil dari jenis pengobat yang dimanfaatkan pertama dalam hubungannya dengan jenis pengobat yang dimanfaatkan kedua dapat dilihat pada tabel 5.7.

Tabel 5.7
Hubungan Jenis Pengobat Pertama, Hasil Pengobatan Pertama dan
Pencarian Pengobat Kedua

Jenis Pengobat Pertama	Hasil Pengobat Pertama	Jenis Pengobat Kedua		Total
		Moderen	Tradisional	
Moderen	Tidak ada perubahan sakit	7 87,5%	1 12,5%	8 100,0%
	Berkurang sakitnya	20 41,7%	28 58,3%	48 100,0%
	Total	27 48,2%	29 51,8%	56 100,0%
Tradisional	Tidak ada perubahan sakit	9 56,3%	7 43,8%	16 100,0%
	Berkurang sakitnya	34 65,4%	18 34,6%	52 100,0%
	Total	43 63,2%	25 36,8%	68 100,0%

$X^2_{1^2} h = 5,769$ $p = 0,023$ $X^2_{2^2} h = 0,439$ $p = 0,561$

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

Tabel 5.7 dapat dilihat bahwa hasil dari pengobat moderen mempunyai prosentase memanfaatkan jenis pengobat kedua dalam distribusi yang berbeda, sedangkan pada pengobatan pertama memanfaatkan pengobat pengobat tradisional apapun hasilnya pada pengobatan kedua lebih banyak yang memanfaatkan pengobat moderen pada pengobatan kedua. Tabel 5.6 juga menunjukkan adanya ibu bayi mengkonsumsi kedua jenis pengobatan secara bergantian. Seperti dinyatakan Kalangie (1994) bahwa masyarakat tidak hanya mengkonsumsi satu jenis pengobatan tetapi berpindah dari satu praktisi ke praktisi lain secara bergantian.

Uji Chi Square menunjukkan bahwa hasil pengobatan moderen berhubungan dengan jenis pengobat yang dimanfaatkan kedua ($p = 0,023$), yang berarti pada konsumsi pertama jenis pengobat moderen akan mengkonsumsi jenis pengobat kedua setelah memperhatikan hasil pengobatannya. Sedangkan pada

konsumsi pertama pengobat tradisional apapun hasilnya tidak berhubungan dengan jenis pengobat yang dimanfaatkan kedua ($p = 0,561$), pada pengobatan kedua apapun hasil pengobatan pertama lebih banyak yang mengkonsumsi pengobat moderen.

Sebanyak 100 bayi yang memanfaatkan jenis obat moderen pada pengobatan pertama 34 bayi tidak mencari obat kedua dengan rincian sembuh 26 bayi, 7 berkurang sakitnya dan seorang bayi tidak ada perubahan sakit. Sedangkan pada pengobatan pertama menggunakan obat tradisional sebanyak 67 bayi pada pengobatan kedua sebanyak 9 bayi tidak mencari pengobatan kedua dengan rincian 6 bayi sembuh dan 3 bayi berkurang sakitnya. Distribusi penggunaan jenis obat yang pertama dan kedua dapat dilihat pada tabel 5.8

Tabel 5.8
Distribusi Pemanfaatan Obat Pertama dan Kedua

No.	Jenis Obat Pertama	Jenis Obat Kedua		Total
		Moderen	Tradisional	
1.	Moderen	33	33	66
		50,0%	50,0%	100%
2.	Tradisional	47	11	58
		81,0%	19,0%	100%
Total		80	44	124
		64,5%	35,5%	100%

$X^2 h = 22,186$ $p = 0,000$ $C = 0,342$

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

Dari tabel 5.8 dapat dilihat bahwa bayi yang pada pengobatan pertama menggunakan obat moderen 50% beralih menggunakan obat tradisional. Sedangkan bayi yang pada pengobatan pertama menggunakan obat tradisional 81,0% beralih menggunakan obat moderen. Hasil uji Chi Square menunjukkan bahwa jenis obat yang digunakan pertama berhubungan dengan jenis obat yang

digunakan kedua ($p = 0,000$). Dalam hal ini terjadi penggunaan obat secara bergantian antara jenis obat moderen dan obat tradisional.

Distribusi hasil pemanfaatan obat yang pertama dan obat yang digunakan pada pengobatan kedua dapat dilihat pada tabel 5.9.

Tabel 5.9
Hubungan Jenis Obat Pertama, Hasil Pengobatan Pertama dan Pencarian Jenis Obat Kedua

Jenis Obat Pertama	Hasil Pengobatan Pertama	Jenis Obat Kedua		Total
		Moderen	Tradisional	
Moderen	Tidak ada perubahan sakit	8 80,0%	2 20,0%	10 100,0%
	Berkurang sakitnya	25 44,6%	31 55,4%	56 100,0%
	Total	33 50,0%	33 50,0%	66 100,0%
Tradisional	Tidak ada perubahan sakit	11 78,6%	3 21,4%	14 100,0%
	Berkurang sakitnya	36 81,8%	8 18,2%	44 100,0%
	Total	47 81,0%	11 19,0%	58 100,0%

$X1^2h = 4,243$ $p = 0,082$ $X2^2h = 0,073$ $p = 0,100$ Sumber : Data primer yang diolah, 2002

Dari tabel 5.9 jelas bahwa hasil penggunaan obat moderen yang pertama tidak berhubungan dengan jenis obat yang dimanfaatkan kedua kalinya ($p = 0,082$). Demikian pula hasil penggunaan obat tradisional yang pertama tidak berhubungan dengan jenis obat yang digunakan kedua kalinya ($p = 0,100$). Hal ini berarti hasil penggunaan obat baik moderen maupun tradisional dalam menggunakan obat yang kedua terdistribusi merata pada obat moderen maupun tradisional.

Dalam proses pengobatan, terjadi interaksi antara pemberi pelayanan dan pasien. Dalam interaksi dapat terjadi alih informasi dari provider pada pasien. Kalangie (1994) menyatakan bahwa dalam interaksi terjadi komunikasi pengetahuan, gagasan dan praktek kesehatan dari pemberi pelayanan dan pasien. Hasil yang diharapkan akan terjadi penyesuaian atau perubahan perilaku yang menghasilkan kesembuhan penyakit atau terhindarnya pasien dari gangguan penyakit. Dengan demikian proses pengobatan menentukan berhasil atau gagalnya komunikasi kesehatan (*the crux of medicine*).

Mengingat konsumsi jenis pengobat tradisional masih cukup besar (48,5%), sebanyak 9,9% konsumen pengobat tradisional sembuh dan 70,4% berkurang sakitnya maka pengobat tradisional masih memiliki pasar konsumen. Oleh karena itu pengobat tradisional perlu mendapat bimbingan untuk menghindari penyimpangan praktek pengobatan dan mendorong meningkatkan mutu pengobatannya. Dijelaskan Depkes RI (1994) bahwa peran pengobatan tradisional dapat ditingkatkan dengan menekankan pada pencapaian hasil pengobatannya, bukan pada proses penyembuhannya. Lebih lanjut Depkes RI (1999) telah menyusun ruang pengobatan sendiri yang terintegrasi dengan praktek pengobatan moderen dengan memberikan batasan kewenangan dan larangan yang tidak boleh dilakukan dalam pengobatan sendiri dalam kerangka Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS). Dengan demikian akan terbentuk sinergi praktek pengobatan sendiri dalam rumah tangga dan praktek pengobat moderen dalam klinik/ institusi. Praktek pengobatan sendiri dapat dilakukan oleh pengobat tradisional. Meskipun demikian Kalangie (1994) menyatakan bahwa

adanya perbedaan alam pikir, cara diagnosa dan praktek pengobatan tradisional dan praktisi kedokteran dianggap sebagai dua dunia yang bertentangan yang sama sekali tidak beralasan untuk membicarakan kemungkinan mempertemukannya. Dalam wawancara dengan dokter puskesmas terungkap bahwa pengobatan moderen dan tradisional tidak mungkin dipadukan karena pengobatan medis mendasarkan pada logika pengobatan sedangkan dukun lebih bersifat menggali dari pengalaman sebelumnya. Lebih lanjut dinyatakan oleh Tjiong (1977) dalam Sciortino (1999) tentang adanya perbedaan konsep penyakit dan praktek pengobatan moderen dan tradisional serta praktisi medis moderen sering menganggap rendah dan mencurigai praktek pengobatan tradisional.

3. Umur.

Umur ibu secara fisiologis akan berhubungan dengan kesiapan fisik seorang wanita untuk hamil dan melahirkan. Umur dibawah 20 tahun belum memiliki kesiapan fisik untuk melahirkan dan umur diatas 30 tahun elastisitas fisik telah berkurang sehingga proses kelahiran yang dialami dikhawatirkan akan membahayakan kesehatan ibu dan bayi yang dilahirkannya (Depkes RI, 1991). Ketika bayi telah lahir maka kekhawatiran fisiologis telah terlewati, dan lebih diperlukan faktor psikologis. Dalam proses perawatan bayi diperlukan kematangan psikologis seorang ibu, kesabaran, pemahaman kebutuhan bayi dan ketrampilan. Pengetahuan terhadap penyakit dan pengobatan bayi akan membantu ibu dalam mengenali tanda sakit dan kemana mengobati bayinya. Di setiap desa lingkungannya tersedia tempat pengobatan bayi yang telah dikenal oleh masyarakat pada umumnya..

Kurangnya informasi pengobatan bayi pada ibu yang belum memahami identifikasi penyakit dan pengobatan dapat menjerumuskan mereka terjebak pada selera dan tradisi pengobatan yang ada dilingkungannya untuk memanfaatkan pengobatan tradisional yang belum terkaji manfaat dan keamanannya bahkan dapat membahayakan bayi. Terungkap dalam wawancara dengan dokter dan diskusi kelompok dengan ibu bayi bahwa praktek pengobatan yang dimanfaatkan ibu bayi dipengaruhi oleh pengalaman sebelumnya yang cenderung pada pengobatan tradisional karena ibu mengikuti praktek pengobatan orang tua dan lingkungannya.

Uji Chi Square menunjukkan bahwa umur ibu tidak berhubungan dengan tindakan mencari pengobat bayi sakit ($p = 0,107$). Hal ini berarti setiap kelompok umur ibu terdistribusi sama dalam memilih pengobat moderen maupun tradisional. Andersen (1974) menerangkan bahwa umur merupakan faktor predisposisi seseorang untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan. Meskipun seseorang mempunyai faktor predisposisi tetapi untuk bertindak memanfaatkannya masih mempertimbangkan *quality, accessibily and affordability*.

Uji statistik menunjukkan bahwa umur ibu tidak berhubungan dengan jenis obat yang dimanfaatkannya ($p = 0,142$). Hal ini berarti setiap kelompok umur ibu mempunyai distribusi yang sama untuk memanfaatkan obat moderen maupun obat tradisional. Hasil wawancara dengan dokter menyatakan bahwa umur tidak berhubungan dengan pemanfaatan jenis pengobat dan obat tetapi pengobatan lebih dipengaruhi pemahaman tentang penyakit dan pengobatan.

4. Pendidikan

Pendidikan diharapkan akan meningkatkan pemahaman seseorang terhadap penyakit dan pengobatan sehingga mampu berpikir dan bertindak secara rasional dalam mencari pengobatan. Kurikulum disekolah pada umumnya tidak memberi bekal yang memadai tentang konsep penyakit dan pengobatan. Pendidikan tentang penyakit dan pengobatan sebenarnya merupakan stimulus indrawi yang dapat menjadi perhatiannya dan akan disimpan dalam ingatannya. Menurut Sutisna (2001) bahwa apa yang memasuki indera dan mendapat perhatiannya akan disimpan dalam memorinya dan akan digunakan sebagai referensi dalam menanggapi stimuli baru.

Kurangnya pendidikan tentang penyakit dan pengobatan menjadikan ibu harus belajar sendiri konsep penyakit dan pengobatan dari lingkungan yang terdekat seperti orang tua, tetangga, tokoh masyarakat dan petugas kesehatan. Lingkungan mereka memberikan masukan tentang penyakit dan pengobatan dengan konsep pengobatan tradisional dan moderen. Konsep mana yang diadopsi oleh ibu tergantung oleh memorinya, frekuensi dan intensitas rangsangannya. Ibu akan mulai belajar melihat dunia nyata mengenai pengobatan moderen dan tradisional yang dapat dipakai secara bersama-sama. Dijelaskan oleh Robbin (1996) bahwa proses belajar dapat mengarah pada perilaku yang disenangi oleh lingkungannya atau sebaliknya perilaku yang tidak disenangi. Proses belajar telah terwujud apabila telah terjadi perubahan tindakan.

Proses belajar yang diharapkan adalah mencari tindakan pengobatan bayi secara rasional, obyektif dan dapat dipertanggungjawabkan yaitu pengobatan

moderen. Uji Chi Square menunjukkan bahwa pendidikan tidak berhubungan dengan tindakan pencarian pengobatan bayi ($p = 0,348$). Pendidikan juga tidak berhubungan dengan pemanfaatan jenis obat yang digunakan pertama ($p = 0,494$). Hal ini berarti dalam setiap tingkat pendidikan ibu mempunyai distribusi yang sama dalam bertindak pencari pengobat dan obat untuk mengobati bayi. Hal ini didukung oleh pendidikan ibu 71,3% adalah sekolah dasar. Meskipun demikian dijelaskan Andersen (1974) bahwa pendidikan merupakan faktor predisposisi untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan. Untuk mewujudkan predisposisi menjadi tindakan dipengaruhi oleh faktor *enabling* yang meliputi *availability*, *accessibility*, *affordability* dan kebutuhan jenis pelayanan kesehatan.

Wawancara dengan dokter puskesmas menyatakan bahwa pendidikan tinggi di desa umumnya adalah sekolah lanjutan atas (SLTA). Bila mereka tidak bekerja dan kembali di lingkungan desa, maka mereka akan memperoleh masukan tentang pengobatan dari lingkungan terdekatnya yaitu orang tua, saudara dan tetangga. Oleh karena itu persepsi mereka tentang pengobatan akan mengikuti lingkungannya. Mengkaji temuan Blum (1974) bahwa faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan yang paling besar adalah lingkungan diikuti perilaku dan pelayanan kesehatan.

Bennet (1987) menyatakan bahwa pendidikan akan mempengaruhi pengetahuan, sikap dan perbuatan. Tetapi dalam penelitian ini pendidikan tidak berhubungan dengan dengan persepsi tentang penyakit ($p = 0,093$). Pendidikan juga tidak berhubungan dengan persepsi pengobatan moderen ($p = 0,411$). Kalangie (1994) menyatakan bahwa komunitas yang rendah derajat

pendidikannya dan tertutup dari informasi akan lambat mengalami proses-proses perubahan pemahaman, penerimaan dan adopsi informasi pengetahuan, nilai dan praktek kesehatan baru. Lebih lanjut dinyatakan bahwa orang berpendidikan tidak selalu menunjukkan perilaku yang menguntungkan kesehatan, hal demikian juga dapat ditunjukkan oleh praktisi biomedis. Komunitas ibu bayi dalam penelitian ini 73% menjadi anggota posyandu, posyandu dan pengajian, posyandu dan PKK, dan hanya 18,6% tidak mengikuti kegiatan organisasi masyarakat. Tetapi dijelaskan oleh Kalangie (1994) dan Sciortino (1999) bahwa di posyandu umumnya tidak terjadi komunikasi kesehatan tetapi dilakukan kegiatan penimbangan balita, pencatatan oleh kader dan immunisasi bila ada petugas kesehatan.

Hal yang menarik untuk diketahui yaitu hubungan pendidikan ibu dan besar keluarga. Untuk itu dibuat tabel silang pada tabel 5.10.

Tabel 5.10
Hubungan Tingkat Pendidikan Ibu dengan Besar Keluarga.

No.	Tingkat Pendidikan Ibu	Besar Keluarga		Total
		Kel. kecil	Kel. besar	
1.	Tidak sekolah	7	9	16
		43,8%	56,3%	100,0%
2.	Tamat SD	75	44	119
		63,0%	37,0%	100,0%
3	Sekolah lanjutan	29	3	32
		90,6%	9,4%	100,0%
Total		111	56	167
		66,5%	33,5%	100,0%

$$X^2_h = 12,716 \quad p = 0,002 \quad C = 0,266$$

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

Tabel 5.10 dapat diamati bahwa ibu yang tidak sekolah 56,3% berpola keluarga besar, sedangkan ibu dengan tingkat sekolah lanjutan 90,6% berpola keluarga kecil. Uji statistik menunjukkan bahwa tingkat pendidikan ibu

berhubungan dengan besar keluarganya ($p = 0,002$). Hal ini berarti jumlah anak dari pendidikan ibu yang lebih tinggi berbeda dengan jumlah anak dari ibu tidak sekolah. Ibu bersekolah lanjutan cenderung berpola keluarga kecil.

Hubungan pendidikan ibu dan besar keluarga dapat dipahami bahwa pendidikan akan mempengaruhi cakrawala dunianya dan menaruh harapan akan masa depan anak. Anak adalah tanggungjawab orang tua untuk itu mereka perlu mempersiapkan masa depan dengan baik bukan menjadi beban bagi keluarganya. Biaya pendidikan anak membutuhkan biaya yang besar, dan semakin banyak anak yang dirawat sendiri akan mengurangi kesempatan ibu bekerja produktif.

5. Pekerjaan.

Jenis pekerjaan ibu akan menyita sebagian besar waktu sehari-hari. Setiap jenis pekerjaan akan memungkinkan seseorang untuk saling berinteraksi dalam masalah pekerjaan dan masalah lain yang berkaitan dengan pekerjaannya maupun tidak. Frekuensi kontak fisik memungkinkan terjadinya komunikasi yang intensif, saling membuka barier diri sehingga terjadi *sharing* pengetahuan, masalah dan pengalaman termasuk upaya pengobatan. Substansi yang dikomunikasikan akan tersimpan dalam memorinya dan dapat menjadi referensi dalam upaya mencari pengobatan. Seperti dinyatakan pada diskusi kelompok ibu bahwa mereka sebagai ibu rumah tangga lebih banyak bergaul, minta pendapat dan tukar pengalaman dengan ibu rumah tangga lain. Hal ini juga dinyatakan oleh Mochlas (1999) bahwa pekerjaan mempengaruhi pada komunitas mana mereka bergaul. Orang yang tidak bekerja dengan pendidikan rendah biasanya lebih mempertahankan nilai-nilai tradisional.

Uji statistik menunjukkan bahwa jenis pekerjaan ibu berhubungan dengan pengobat yang pertama dimanfaatkan ($p = 0,007$). Hal ini berarti bahwa diantara berbagai jenis pekerjaan ibu mempunyai perbedaan dalam mencari tindakan pengobatan bayi. Dalam wawancara dengan dokter puskesmas dan diskusi kelompok dengan kader posyandu dinyatakan bahwa pekerjaan orang tua seperti pegawai, petani dan buruh tani mempunyai perbedaan dalam memilih pengobatan pertama. Meski demikian dalam diskusi kelompok ibu bayi dinyatakan bahwa pekerjaan orang tua tidak berhubungan dengan pilihan pengobatan pertama, tetapi pilihan didasarkan pada jenis penyakit dan kecocokan pengobatnya. Perbedaan informasi ini dapat terjadi karena adanya perbedaan luasnya pengamatan dimana ibu bayi mengamati lingkungan terdekatnya yang sebagian besar petani dan buruh tani, sedangkan kader dan dokter mempunyai cakupan pengamatan yang lebih luas. Adanya perbedaan sudut pandang ini seperti dikemukakan Kalangie (1994) yang menemukan adanya hirarki komunikasi dan interaksi sosial antara petugas kesehatan, kader dan masyarakat sasaran yang dapat berakibat adanya distorsi substansi informasi dan persepsi.

Uji statistik juga menunjukkan bahwa jenis pekerjaan ibu berhubungan dengan obat yang pertama dimanfaatkan ($p = 0,030$). Hal ini berarti bahwa diantara berbagai jenis pekerjaan ibu mempunyai distribusi berbeda dalam memanfaatkan jenis obat moderen atau tradisional pada tindakan pertama.

6. Besar keluarga.

Besar keluarga diharapkan sebanding dengan kemampuan ekonomi keluarga sehingga kelangsungan hidup keluarga tidak menjadi beban, tetapi anak-

anak dapat hidup dalam suasana penuh kasih sayang sehingga dapat tumbuh-berkembang secara wajar. Keluarga dengan dua anak merupakan jumlah yang dianjurkan, karena dengan jarak kelahiran yang disarankan minimal 3 tahun ibu akan mempunyai perhatian lebih baik terhadap anak.

Hasil uji Chi Square menunjukkan bahwa besar keluarga tidak berhubungan dengan jenis pengobat yang pertama dimanfaatkan ($p = 0,352$). Demikian pula besar keluarga tidak berhubungan dengan jenis obat yang pertama dimanfaatkan ($p = 0,889$). Hal ini berarti keluarga besar dan keluarga kecil memanfaatkan jenis pengobat dan obat yang pertama dengan distribusi sama.

Hasil wawancara dengan dokter puskesmas menyatakan bahwa besar keluarga yang dilihat dari jumlah anak dalam keluarga tidak mempunyai hubungan dengan pilihan jenis pengobat karena anak kedua dan seterusnya dalam mencari pengobatan akan mengikuti sukses pengobatan yang pernah diperoleh sebelumnya. Jika ibu bayi menggunakan satu jenis pengobatan dan hasilnya sembuh maka ia akan menggunakannya lagi serta mengajak orang lain untuk berobat ketempat tersebut. Seperti dikemukakan Tjiptono (1997) bahwa keberhasilan pengobatan akan membentuk sarana promosi dari mulut ke mulut (*words of mouth*), yang efektif dan orang yang puas atas hasil pertolongannya akan memberikan dasar yang baik bagi kunjungan ulang.

Hasil diskusi kelompok kader dan kelompok ibu bayi terungkap bahwa tidak ada istilah anak pertama dicarikan pengobatan yang baik dan anak kedua diobatkan pada pengobatan yang kurang baik. Pengobatan dimanfaatkan berdasarkan pada penyakit dan kecocokannya atau "*jodoh*". Pemahaman

terhadap kecocokan atau "*jodoh*" atas penyakit dan pengobatannya juga dilaporkan oleh Kalangie (1994) bahwa di kecamatan Serpong seorang dukun atau dokter yang berhasil menyembuhkan penyakit adalah jodoh dari pasien. Upaya untuk menemukan pengobat dan obat yang jodoh dengan penyakitnya sering pasien harus mengunjungi beberapa pengobat atau obat sebelumnya.

7. Pendapatan.

Pendapatan perkapita erat kaitannya dengan kemampuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Kebutuhan sebenarnya sangat banyak dan hampir tak terbatas, tetapi keluarga harus mampu mengelola sumber daya yang ada untuk memenuhi kebutuhannya dan mengendalikan keuangan untuk memenuhi kebutuhan prioritas (Depkes RI, 1989).

Dalam bertindak mencari pengobatan bayi sakit 96,5% mengobati bayinya dengan 71,3% diantaranya mengobati bayi sakit pada hari pertama. Hal ini berarti bayi sakit dipandang sebagai *emergency* yang memerlukan tindakan segera, yang ditindaklanjuti dengan pengalokasian keuangan keluarga. Biaya pengobatan bayi sakit diupayakan maksimal oleh keluarga, seperti disampaikan dalam diskusi kelompok kader dan kelompok ibu bayi bahwa keluarga bayi sering harus meminjam saudara atau tetangga agar bayinya dapat diobatkan pada tempat yang dipilihnya.

Alokasi anggaran kesehatan dan pengobatan dalam satu bulan rata-rata Rp. 30.800,- dengan rentang antara Rp. 300 sampai dengan Rp. 527.000,-. Besarnya biaya kesehatan ini merupakan 0,11% sampai 76,59% dari total

pendapatan keluarga, dengan rata-rata 6,23%. Dibandingkan data BPS (2000) yang mencatat biaya kesehatan penduduk kabupaten Grobogan rata-rata 2,66% maka pengeluaran biaya kesehatan di wilayah puskesmas Klambu lebih tinggi. Beberapa hal yang menyebabkan perbedaan ini antara lain adanya peningkatan komponen biaya kesehatan selama durasi waktu 2000 sampai 2002, serta meningkatnya kesadaran akan pentingnya masalah kesehatan dalam keluarga.

Besarnya biaya kesehatan keluarga secara logika berhubungan dengan tingkat tindakan pengobatan yang dikonsumsi. Bayi yang menderita sakit berat akan membutuhkan teknologi pengobatan dan obat yang lebih memadai, sehingga membutuhkan biaya lebih besar.

Tabel 5.11
Tingkat Keparahan Penyakit dan Biaya Kesehatan Keluarga

No	Kategori Penyakit	Biaya Kesehatan Keluarga			Total
		Rendah	Sejang	Tinggi	
1.	Ringan	52	58	24	134
		38,8%	43,3%	17,9%	100%
2.	Agak berat	9	7	15	33
		31,0%	24,1%	44,8%	100%
3.	Berat		2	2	4
			50,0%	50,0%	100%
Total		61	67	39	167
		36,5%	40,1%	23,4%	100,0%

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

Pada tabel 5.11 dapat dilihat bahwa pada penyakit berat tidak ada yang mengalokasikan biaya rendah. Sehingga dalam tabel terdapat satu sel kosong. Untuk memenuhi asumsi Chi Square setiap sel harus terdapat nilai observasi, maka dilakukan penggabungan kategori keparahan penyakit menjadi dua kategori.

Tabel 5.12
Hubungan Tingkat Keparahan Penyakit dan Biaya Kesehatan Keluarga

No	Kategori Penyakit	Biaya Kesehatan Keluarga			Total
		Rendah	Sedang	Tinggi	
1.	Ringan	52 38,8%	58 43,2%	24 17,9%	134 100%
2.	Agak berat dan berat	9 27,2%	9 27,2%	15 45,6%	33 100%
	Total	61 36,5%	67 40,1%	39 23,4%	167 100,0%

$$X^2_h = 11,358 \quad p = 0,004 \quad C = 0,251$$

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

Pada tabel 5.12 ditunjukkan bahwa pada penyakit bayi ringan, maka keluarga 38,8% mengeluarkan biaya kesehatan rendah dan sebaliknya pada penyakit bayi agak berat dan berat 45,6% mengeluarkan biaya kesehatan tinggi. Hasil uji Chi Square menunjukkan bahwa tingkat keparahan penyakit berhubungan dengan besarnya biaya kesehatan keluarga ($p = 0,004$). Hal ini berarti pada penyakit ringan akan dialokasikan biaya rendah, sedangkan pada penyakit berat akan dialokasikan biaya kesehatan lebih besar.

Uji statistik Chi Square menunjukkan bahwa pendapatan keluarga tidak berhubungan dengan pengobat yang pertama dimanfaatkan ($p = 0,090$). Pendapatan perkapita keluarga juga tidak berhubungan dengan jenis obat yang dimanfaatkan pertama ($p = 0,090$). Seperti yang dinyatakan oleh ibu-ibu dalam diskusi kelompok menunjukkan bahwa pendapatan dan ekonomi keluarga tidak ada hubungannya dengan jenis pengobat dan obat yang pertama dimanfaatkan. Pengobat dan obat yang pertama dimanfaatkan tergantung pada jenis penyakitnya, sedangkan keuangan keluarga mendukung kecepatan tindakan pengobatan yang pertama. Pada keluarga dengan pendapatan rendah maka mengobati bayi sakit harus menjual sesuatu terlebih dulu untuk biaya berobat.

Lebih lanjut dikatakan bahwa ibu yang ingin mengobatkan ketempat yang dianggapnya cocok untuk bayinya tetapi tidak memiliki uang, biasanya menjual sesuatu lebih dulu atau meminjam pada orang tua/ tetangga. Dinyatakan oleh Soebekti (1977) dalam Kalangie (1994) bahwa masyarakat menempatkan kesehatan anak dan pengobatan waktu sakit pada tingkat prioritas tinggi atau sangat dibutuhkan, meskipun sanitasi lingkungan, mutu gizi dan imunisasi dianggap sebagai kebutuhan yang lebih rendah. Dilain pihak hasil wawancara dengan ibu bayi, kader dan petugas kesehatan terungkap besarnya biaya pengobatan bayi pada tenaga medis berkisar pada Rp. 12.000 sampai Rp. 15.000,-, biaya pengobatan bayi pada paramedis berkisar pada Rp. 8.000 – Rp. 12.000, dan jasa pengobatan dukun lebih sering dengan imbalan 2 kg beras setara dengan nilai nominal kurang lebih Rp. 5.000,-. Meskipun besarnya biaya pengobatan mempunyai gradasi yang berbeda, tetapi semua tenaga pengobat dapat diperoleh bayi tidak secara gratis. Meskipun biaya berobat di puskesmas relatif murah tetapi biaya perjalanan menuju puskesmas dari kebanyakan desa lebih besar dari biaya berobat itu sendiri, sehingga total biaya yang harus dibayar menjadi besar.

8. Persepsi tentang penyakit.

Dalam konsep biomedis penyakit merupakan manifestasi masuknya *agent* kedalam tubuh sehingga memberikan efek destruktif terhadap keadaan normal tubuh. *Agent* lebih bersifat fisik yang jenis, penyebaran dan keparahannya dapat ditelusuri dengan teknologi kedokteran. Tindakan medis

dapat dilakukan dengan teknis medis tertentu yang dapat dilakukan oleh ahli medis. Ilmu pengetahuan medis dapat dipelajari karena sifatnya obyektif rasional.

Foster dan Anderson (1986) menyatakan bahwa penyakit dalam konsep tradisional disebabkan oleh faktor naturalistik dan personalistik yang masing-masing dipahami mempunyai penyebab sakit dan cara pengobatan yang berbeda pula. Penyakit yang disebabkan faktor naturalistik dapat disembuhkan oleh daya alam seperti ramuan dan pijet. Sedangkan penyakit yang muncul disebabkan oleh faktor personalistik hanya dapat dipahami dan diobati oleh orang tertentu yang disebut dukun. Cara pemahaman penyakit dan pengobatannya dapat bersifat maya dan berbau mistis supranatural dan erat kaitannya dengan kepercayaan. Keahlian ini sulit dipelajari dan sering diperoleh secara turun temurun.

Dalam penelitian ini identifikasi sakit berdasarkan tanda-tanda sakit yang diketahui dari pengalaman masa lalu, yang akan memberikan rangsangan untuk mencari pengobatan yang sesuai. Cara identifikasi penyakit dan pengobatan ini sesuai dengan Kalangie (1994) yang menyatakan bahwa penyakit yang dikenali berhubungan dengan kekuatan supranatural akan diobatkan pada dukun karena itu merupakan keahlian dukun yang tidak dimiliki oleh tenaga kesehatan. Tanda-tanda sakit yang tampak, akan diobatkan pada tenaga kesehatan. Uji statistik Chi Square menunjukkan bahwa persepsi tentang penyakit berhubungan dengan tindakan pencarian pengobat maupun obat yang pertama dimanfaatkan ($p = 0,000$). Seperti dinyatakan oleh kader dalam diskusi kelompok bahwa ibu bayi yang mengetahui bahwa sakitnya disebabkan gangguan kekuatan roh gaib akan mencari bantuan dukun. Hal senada juga disampaikan oleh dokter puskesmas.

Lebih lanjut dinyatakan oleh Kalangie (1994) bahwa kepercayaan dan pengobatan medis tradisional akan berubah apabila mereka menyaksikan dan mengalami manfaat praktek kedokteran moderen.

9. Persepsi tentang pengobatan moderen.

Kesembuhan penyakit berkaitan dengan ketepatan diagnosa dan obat yang diterima. Diagnosa yang akurat membutuhkan tenaga ahli, teknologi dan peralatan penunjang yang memadai. Dalam hal teknologi dan peralatan di puskesmas, bidan dan perawat lebih banyak ditemukan peralatan medis sederhana. Bahkan oleh Sciortino (1999) dinyatakan bahwa tenaga bidan dan perawat sebenarnya tidak memiliki dasar ilmu pengetahuan untuk melakukan diagnosa dan tindakan medis yang memadai, tetapi mereka lebih pada pengalaman empiris di lapangan. Tetapi dijelaskan pada Depkes RI (1989) bahwa masyarakat sendiri biasanya tidak menilai pelayanan kesehatan berdasarkan kemampuan teknis medis tetapi lebih pada hasil pelayanannya.

Tindakan pengobatan sebenarnya upaya menyembuhkan penyakit yang hasilnya dapat sembuh atau tidak sembuh. Kesembuhan yang diharapkan pasien biasanya bersifat *instant* atau segera sembuh tidak melihat jenis penyakit dan keparahannya. Pengobatan yang tidak segera menyembuhkan penyakit, pasien akan mencari tindakan pengobatan lain yang sering dikonsumsi bersama-sama dalam suatu periode sakit. Seperti dinyatakan oleh Kalangie (1994) bahwa pasien sering merasa ragu dengan kemampuan praktisi pengobatan, oleh karena itu mereka mengkonsumsi pengobat secara berganti-ganti. Hasil diskusi kelompok

ibu bayi menunjukkan bahwa ibu yang mempersepsikan pengobatan moderen tidak cocok dengan penyakitnya akan memilih alternatif pertama pengobatan pada pengobat tradisional demikian pula sebaliknya.

Uji statistik Chi Square menunjukkan bahwa persepsi pengobatan moderen berhubungan dengan tindakan pencarian pengobat dan obat yang pertama dimanfaatkan ($p = 0,000$). Artinya ibu yang mempunyai persepsi pengobatan moderen yang berbeda akan cenderung bertindak mencari pengobat yang berbeda pula.

Banyaknya tanda/ keluhan sakit yang dialami oleh bayi menimbulkan kecemasan yang lebih besar pada ibu. Untuk mengetahui adanya hubungan antara banyaknya tanda/ keluhan sakit dengan tindakan pencarian jenis pengobat yang pertama dimanfaatkan maka jumlah keluhan sakit didistribusikan dalam jenis pengobat yang dipilih, seperti terlihat pada tabel 5.13.

Tabel 5.13
Hubungan Jumlah Keluhan Sakit dan Jenis Pengobat yang Pertama Dimanfaatkan

No	Banyaknya keluhan sakit	Jenis Pengobat Pertama		Total
		Moderen	Tradisional	
1.	Satu tanda sakit	15 36.6%	26 63.4%	41 100.0%
2.	Dua tanda sakit	8 29.6%	19 70.4%	27 100.0%
3.	Tiga tanda sakit	24 60.0%	16 40.0%	40 100.0%
4.	Empat keluhan/tanda sakit	20 69.0%	9 31.0%	29 100.0%
5.	Lima tanda/ keluhan atau lebih	19 63.3%	11 36.7%	30 100.0%
	Total	86 51.5%	81 48.5%	167 100.0%

$X^2_h = 15,202$ $p = 0,004$ $C = 0,289$

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

Pada tabel 5.13 dapat dilihat bahwa pada bayi dengan satu dan dua tanda sakit lebih banyak yang menggunakan pengobat tradisional. Sedangkan pada 3 tanda sakit atau lebih maka jumlah yang memanfaatkan pengobat moderen lebih banyak. Uji statistik Chi Square menunjukkan bahwa jumlah keluhan sakit berhubungan dengan jenis pengobat yang pertama dimanfaatkan ($p = 0,004$). Hal ini berarti pada bayi dengan kurang dari 3 tanda/ keluhan sakit dan lebih dari tiga tanda/keluhan sakit mempunyai pilihan memanfaatkan pengobat yang cenderung berbeda. Meskipun demikian banyaknya tanda/ keluhan sakit tidak berhubungan dengan keparahan penyakit ($p = 0,159$).

Tabel 5.14
Hubungan Jumlah Keluhan Sakit dan Jenis Obat yang Pertama Dimanfaatkan

No	Banyaknya Keluhan Sakit	Jenis Pengobat Pertama		Total
		Moderen	Tradisional	
1.	Satu tanda sakit	20 %	21 %	41 100.0%
2.	Dua tanda sakit	13 %	14 %	27 100.0%
3.	Tiga tanda sakit	27 %	13 %	40 100.0%
4.	Empat keluhan/ tanda sakit	20 %	9 %	29 100.0%
5.	Lima tanda/ keluhan atau lebih	20 %	10 %	30 100.0%
	Total	100 59,9%	67 40,1%	167 100.0%

$\chi^2_{n=15,202} p = 0,004 \quad C = 0,289$

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

Dari tabel 5.14 jelas bahwa pada satu dan dua tanda/ keluhan sakit lebih banyak memanfaatkan obat tradisional sedangkan pada tiga atau lebih tanda/ keluhan sakit lebih banyak memanfaatkan obat moderen. Uji statistik menunjukkan bahwa banyaknya tanda/keluhan sakit berhubungan dengan jenis obat yang dimanfaatkannya ($p = 0,004$).

10. Pengalaman pengobatan moderen.

Pengalaman baik dalam memanfaatkan pengobatan moderen diharapkan akan menjadikan dasar pertimbangan untuk mengambil keputusan tindakan pengobatan yang diperlukan. Disamping itu pengalaman baik akan diinformasikan pada orang lain dilingkungannya seperti yang dinyatakan oleh Tjiptono (1997) bahwa keberhasilan pengobatan akan membentuk sarana promosi dari mulut ke mulut (*words of mouth*) yang efektif dan orang yang puas atas hasil pertolongannya akan memberikan dasar yang baik bagi kunjungan ulang untuk mengobatkannya lagi. Hal semacam ini terungkap dalam diskusi kelompok kader dan kelompok ibu bayi bahwa pada pengobatan pertama ibu memilih atas inisiatifnya sendiri berdasarkan penyakit dan kecocokannya. Sedangkan pada pengobatan kedua pilihan jenis pengobat setelah minta nasehat atau diberi saran orang lain yang lebih berpengalaman seperti ibu bayi lain yang pernah mempunyai sakit yang sama atau nasehat kader.

Andersen (1974) menyatakan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu predisposisi, pemungkin, dan kebutuhan. Keuntungan pengalaman pengobatan moderen ini seperti dinyatakan oleh Fosu (1986) dalam melengkapi pendapat Andersen (1974) bahwa faktor keempat yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan yaitu hubungan interpersonal provider dan pasien, faktor kelima adanya berbagai alternatif tindakan pengobatan yang dapat diberikan, dan faktor keenam yaitu pengalaman memanfaatkan pelayanan sebelumnya.

Mulyadi (1994) menyampaikan bahwa dalam konsumen menilai produk-jasa sebenarnya tidak menilai produk jasa itu secara keseluruhan, tetapi menilai dari sekumpulan atribut yang ditawarkan. Konsumen akan menilai pelayanan baik atau buruk dengan mengacu pada salah satu aspek dari mutu yang paling berkesan baginya. Mutu yang baik dikaitkan dengan kesembuhan penyakitnya. Hal ini seperti ditegaskan oleh Giffari (1984) bahwa mutu baik bagi pasien tidak lepas dari rasa puas pasien pada pelayanan yang diterima, dimana mutu yang baik dikaitkan dengan kesembuhan penyakitnya. Walaupun mutu pelayanan kesehatan yang didasarkan pada penilaian konsumen merupakan nilai subyektif, tetapi tetap ada dasar obyektif yang dilandasi oleh pengalaman masa lalu, pendidikan, situasi psikis waktu pelayanan dan pengaruh lingkungan (Junadi P, 1991). Hal ini seperti yang dinyatakan oleh ibu bayi dan kader dalam diskusi kelompok bahwa mereka mengatakan pelayanan kesehatan yang baik yang dapat menyembuhkan penyakitnya.

Tenaga penanganan persalinan merupakan awal pertolongan bayi. Sukses dalam memberikan bantuan persalinan akan menjadi pengalaman baik bagi pertolongan bayi dan dapat menjadi referensi dalam bertindak mencari pengobatan bayi.

UPT-PUSTAK-UNDIP

Tabel 5.15
Hubungan Jenis Tenaga Penolong Persalinan dengan Pengobat Pertama

No	Jenis Tenaga Penolong Persalinan Bayi	Jenis Pengobat yang Pertama Dimanfaatkan		Total
		Moderen	Tradisional	
1.	Tenaga kesehatan	40 61,5%	25 38,5%	65 100%
2.	Dukun bayi	36 51,4%	34 48,6%	70 100%
3.	Dukun bayi didampingi tenaga kesehatan	10 31,3%	22 68,7%	32 100%
	Total	86 51,5%	81 48,5%	167 100,0%

$\chi^2 h = 7,876$ $p = 0,019$

Sumber : Data primer yang diolah, 2002

Tabel 5.15 terlihat bahwa persalinan yang ditolong tenaga kesehatan sebesar 38,9% dan 41,9% ditolong oleh dukun bayi. Bayi yang persalinannya ditolong oleh tenaga kesehatan mencari pengobat pertama pada pengobat moderen sebesar 61,5% sedangkan bayi yang persalinannya ditolong oleh dukun bayi sebesar 48,6% mencari pengobat tradisional. Uji statistik Chi Square menunjukkan bahwa penolong persalinan berhubungan dengan tindakan pencarian jenis pengobat yang pertama dimanfaatkan ($p = 0,019$). Hal ini berarti distribusi bayi untuk memanfaatkan jenis pengobat pertama berhubungan dengan penolong persalinannya. Bennet (1987) bahwa faktor yang mempengaruhi penduduk memanfaatkan pelayanan kesehatan tergantung pada pengetahuan apa yang ditawarkan pada pelayanan dan pengalaman mereka memanfaatkan pengobatan. Lebih lanjut Kalangie (1994) menyatakan bahwa sikap pragmatis bukan merupakan hal asing bagi masyarakat desa. Bila penduduk dapat mengalami manfaat suatu peralatan medis moderen maka mereka akan mengesampingkan kepercayaan dan cara-cara perawatan medis tradisional. Hal ini seperti dinyatakan oleh bidan pada studi pendahuluan bahwa bayi yang

persalinannya ditolong oleh dukun bayi maka pengobatannya apabila sakit akan meminta bantuan dukun, demikian pula sebaliknya.

11. Dukungan pengobatan moderen.

Dalam suatu komunitas sering terjadi sikap saling berbagi dalam suka dan saling membantu dalam duka. Sejalan dengan kemajemukan jenis pekerjaan dan perubahan sistem perekonomian masyarakat maka sikap guyub cenderung berkurang. Individu dan keluarga menumbuhkan sikap kemandiriannya untuk mampu membuat keputusan sendiri. Sejalan dengan persepsi tentang penyakit dan pengalaman pengobatan moderen yang berbeda maka saran yang dapat disumbangkan orang dapat terjadi tidak sesuai dengan apa yang dipahami. Orang sadar bahwa resiko pengobatan akhirnya harus ditanggung sendiri atau keluarga. Oleh karena itu keputusan pengobatan yang pertama lebih banyak dilakukan oleh ibu dan ayah (92,3%).

Uji statistik tentang dukungan pengobatan moderen tidak berhubungan dengan tindakan pencarian jenis pengobatan bayi dimanfaatkan ($p = 0,071$). Dukungan pengobatan moderen juga tidak berhubungan dengan jenis obat yang pertama dimanfaatkan ($p = 0,319$). Hal ini menunjukkan bahwa tindakan pencarian jenis pengobat dan obat untuk bayi yang pertama bukan didasarkan pada dukungan orang lain tetapi lebih pada keputusannya sendiri. Hal ini didukung oleh pengambil keputusan pengobatan 92,3% adalah orang tua, dan hanya 7,7% atas inisiatif kakek atau nenek bayi. Tumbuhnya keputusan orang tua ini menunjukkan meningkatnya kemandirian keluarga dan menurunnya tekanan sosial terhadap adopsi perilaku baru karena adanya bukti-bukti keuntungan yang

diperoleh. Seperti pernyataan Kalangie (1994) bahwa seseorang yang ternyata tidak mengindahkan nasehat anggota kerabat atau dukungan orang tua, tidak mengalami tekanan sosial. Apalagi jika penderita akhirnya dapat disembuhkan oleh tenaga medis tanpa mengunjungi dukun lebih dulu. Lebih lanjut dinyatakan Kalangie (1994) bahwa untuk meningkatkan penerimaan dan dukungan moral penduduk mengadopsi pengobatan moderen maka praktisi medis sebaiknya memiliki latar belakang kebudayaan yang sama dengan masyarakat yang akan dilayani. Dalam konteks realita dilapangan pengobat tradisional lebih memahami budaya komunitas sasaran karena mereka tumbuh dan dibesarnya oleh komunitasnya sendiri sedangkan pengobat moderen sebagian besar berasal dari luar komunitas sasaran dan dipandang oleh masyarakat sasaran mempunyai klas sosial yang lebih tinggi.

12. Keeratan Hubungan

Dari sembilan variabel penelitian, sebanyak 4 variabel berhubungan dengan tindakan pencarian pengobatan bayi. Pengalaman pengobatan moderen, persepsi tentang penyakit dan persepsi pengobatan moderen mempunyai keeratan hubungan cukup kuat dengan jenis pengobat yang pertama dimanfaatkan. Sedangkan jenis pekerjaan mempunyai keeratan hubungan lemah terhadap jenis pengobat moderen.

Pengalaman dan persepsi pengobatan moderen mempunyai keeratan hubungan cukup kuat terhadap tindakan pencarian jenis obat bayi. Sedangkan jenis pekerjaan dan persepsi tentang penyakit mempunyai keeratan yang lemah terhadap jenis obat yang pertama dimanfaatkan.

13. Prediksi

Prediksi dapat dilakukan dengan analisis statistik *logistic regression* mengingat variabel dependen bersifat dikotomi. Empat variabel yang mempunyai keeratan hubungan cukup kuat dan lemah dilakukan pengujian bersama-sama terhadap tindakan pencarian pengobat dan obat yang diberikan pada bayi.

Prediksi bayi memanfaatkan pengobat moderen adalah sebagai berikut:

Pemanfaatan pengobat moderen = 0,772 pengalaman pengobatan moderen

Seseorang dengan pengalaman pengobatan moderen kategori baik pada skor T 61 – 71 maka probabilitas untuk memanfaatkan pengobat moderen 47 – 55%. Dalam komunitas diinginkan untuk memanfaatkan pengobatan moderen 75% pada bayi sakit maka ibu bayi perlu mempunyai skor pengalaman pengobatan moderen 97. Untuk mencapai skor pengalaman pengobatan moderen yang tinggi maka praktek pengobatan moderen harus memberikan kualitas pelayanan yang baik yang perlu didukung adanya kesiapan input, proses standar, dan hasil maksimal sesuai dengan tuntutan kebutuhan masyarakat.

Prediksi pemanfaatan obat moderen untuk menangani bayi sakit adalah sebagai berikut :

Pemanfaatan obat moderen = 0,795 pengalaman pengobatan moderen

Seseorang dengan pengalaman pengobatan moderen kategori buruk pada skor T 24 – 38 maka probabilitas untuk memanfaatkan obat moderen 18 – 29%. Sebaliknya seseorang dengan kategori pengalaman pengobatan moderen buruk 71 – 82% berpeluang untuk memanfaatkan pengobatan tradisional.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Dari penelusuran teori tentang variabel-variabel yang mempengaruhi tindakan pencarian pengobatan bayi di wilayah puskesmas Klambu, dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Umur ibu, pendidikan, besar keluarga, pendapatan dan dukungan pengobatan moderen tidak berhubungan dengan pencarian jenis pengobat dan obat yang pertama untuk bayi sakit.
2. Pekerjaan ibu berpengaruh lemah terhadap tindakan pencarian jenis pengobat dan obat untuk bayi sakit.
3. Persepsi tentang penyakit berpengaruh cukup kuat terhadap tindakan pencarian pengobat bagi bayi, tetapi berpengaruh lemah terhadap pemanfaatan jenis obat yang pertama untuk bayi sakit.
4. Persepsi pengobatan moderen berpengaruh cukup kuat terhadap tindakan pencarian pengobat bagi bayi, dan juga berpengaruh cukup kuat terhadap pemanfaatan jenis obat yang pertama untuk bayi sakit.
5. Pengalaman pengobatan moderen berpengaruh cukup kuat terhadap tindakan pencarian jenis pengobat dan pemanfaatan obat yang pertama untuk bayi sakit.

6. Pengalaman pengobatan moderen dapat digunakan untuk memprediksi pemanfaatan jenis pengobat moderen pada bayi sakit.
7. Pengalaman pengobatan moderen dapat digunakan untuk memprediksi pemanfaatan jenis obat moderen pada bayi sakit.

B. Saran

1. Untuk meningkatkan pemanfaatan pengobat dan obat moderen pada bayi sakit perlu mengambil langkah-langkah sebagai berikut :
 - a. Kepada Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Grobogan agar menempatkan tenaga bidan di semua desa wilayah Puskesmas Klambu.
 - b. Untuk meningkatkan efektivitas pengobatan tenaga dokter di Puskesmas, maka Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Grobogan perlu menempatkan dokter di puskesmas sebagai penanggungjawab medis sedangkan tanggungjawab menejemen pada tenaga kesehatan lain.
 - c. Kepada Kepala Puskesmas Klambu, agar memantau tempat tinggal bidan di desa untuk benar-benar bertempat tinggal di desa.
 - d. Dokter, bidan dan perawat untuk terus meningkatkan pengalaman pengobatan moderen pada masyarakat dengan cara melakukan praktek pengobatan standar sesuai dengan kewenangannya dan melakukan komunikasi medis.

2. Untuk melindungi masyarakat dari penyalahgunaan praktek pengobat dan obat tradisional, maka perlu :

- a. Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial, serta Puskesmas perlu mengadakan pertemuan dengan pengobat tradisional untuk memberikan penjelasan tentang pengobatan yang dapat dilakukan di rumah tangga oleh pengobat tradisional dan penyakit yang harus diobati oleh tenaga kesehatan.
- b. Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial, serta Puskesmas perlu mengadakan pertemuan dengan penjual obat di wilayah Puskesmas Klambu untuk memberikan penjelasan tentang obat-obat yang dapat dijual bebas, obat yang harus diminum dengan resep dokter, dan penjelasan tentang peraturan/ tata cara penjualan obat.
- c. Puskesmas perlu mengadakan kerjasama dengan pengobat tradisional, dengan memberikan pengarahan pada pengobat tradisional yang menemukan penderita yang berobat padanya tetapi dalam keadaan sakit diluar kewenangannya agar menyarankan dan merujuk penderita pada tenaga kesehatan.
- d. Puskesmas perlu mengadakan pertemuan berkala dengan tenaga pengobat tradisional untuk memberikan evaluasi kerjasama, baik penjelasan keberhasilan, kegagalan ataupun harapan kerjasama lebih lanjut.

DAFTAR PUSTAKA

- Abramson, J.H., 1991. *Metode Survei dalam Kedokteran Komunitas, Pengantar Studi Epidemiologi dan Evaluatif*. Edisi Ketiga, Gajahmada university Prsss, Yogyakarta.
- Ananta, Aris, 1989. *Prinsip-prinsip Dasar Welfare Economis*. Lokakarya Ekonomi Kesehatan, Perumusan dan Aplikasi Ilmu Ekonomi Kesehatan di Indonesia, Cimacan. Hal 22.
- Andersen, Ronald, 1984. *A Behavioral Model of Families Use of Health Services*. Center for Health Administration Studies, Research Series 25, The University of Chicago.
- Anies, 2000. *Perilaku Pencarian Pengobatan Bagi Anak Balita Keluarga Miskin*. Studi Kasus di Kota Surakarta, Jawa Tengah. Jurnal Kedokteran Yarsi 9 (3). Hal 47 – 53.
- Arikunto, Suharsimi, 1998. *Prosedur Penelitian, Suatu Pendekatan Praktek*. Rineka Cipta, Cetakan Kesebelas, Jakarta.
- Azwar, Azrul, 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Yayasan Binarupa Aksara, Edisi ketiga, Jakarta.
- Azwar, Saifuddin, 2000. *Reliabilitas dan validitas*. Pustaka Pelajar, Yogyakarta, Cetakan II.
- , 2002. *Sikap Manusia, Teori dan Pengukurannya*, Gajahmada University Press, Yogyakarta.
- Bennet, F.J., 1987. *Diagnosa Komunitas dan Program Kesehatan*. Yayasan Esentia Medika, Penerjemah Andi Harsono.
- Biro Pusat Statistik, 2000. *Statistik Sosial dan Kependudukan Jawa Tengah*, Hasil Susenas.
- , 2000. *Pemerataan Pendapatan dan Pola Konsumsi Penduduk Jawa Tengah*.
- , 2000. *Profil Kesehatan Jawa Tengah*. Kantor Statistik Propinsi Jawa Tengah.
- Budhihartono, 1988. *Berbagai Cara Pengobatan Tradisional Yang Digunakan*. Lokakarya Tentang Penelitian Praktek Pengobatan Tradisional, Ciawi.
- Budioro B., 2000. *Pengantar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. FKM Undip, Semarang, Cetakan II.
- Chandra, Budiman, 1987. *Pengantar Statistik Kesehatan*, Penerbit Buku Kedokteran, EGC, Yogyakarta.
- Cummins, et. all, *Bringing the Models Together; an Empirical Approach to Combining Variables Used to Explain Health Actions*, Journal of the behavioral medecine, Vol 3. Pages 123 – 145.
- Depdikbud, 1997. *Kamus Besar Bahasa Indonesia*, Edisi 2, Balai Pustaka, Jakarta.
- Depkes RI, 1988. *Standar Praktek Keperawatan bagi Perawat Kesehatan*. Jakarta.
- , 1989. *Hasil Lokakarya Tentang Penelitian Praktek Pengobatan Tradisional*, Ciawi. 14 – 17 Desember 1988.
- , 1989. *Lokakarya Ekonomi Kesehatan, Perumusan dan Implikasi di Indonesia*. Cimacan, 9 – 11 Oktober 1989.
- , 1992. *Undang-undang Republik Indonesia Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan*. Jakarta.

- , 1992. *Undang-undang Republik Indonesia Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan*. Jakarta.
- , 1992. *Penanggulangan Infeksi Saluran pernapasan Akut (ISPA)*. Dirjen PPM & PLP, Jakarta.
- , 1994. *Pedoman Pondok Bersalin*. Direktorat Jenderal pembinaan Kesehatan Masyarakat. Direktorat Bina Kesehatan keluarga. Jakarta.
- , 1997. *Panduan Bidan di Tingkat Desa*. Dirjen Binkesmas, Direktorat Bina Kesehatan keluarga, Jakarta.
- , 1999. *Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) Indonesia*, Direktorat Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat, Jakarta. Diperbanyak oleh Proyek CHN3 – PPKM I Jawa Tengah, tahun 1999/ 2000.
- , 2000. *Profil Kesehatan Indonesia*. Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- Dinkes Kabupaten Grobogan, 2000. *Profil Kesehatan Kabupaten Grobogan*. Purwodadi.
- Donabedian, Avendis, 1988. *Exploration in Quality Assesment and Monitoring*. Health Administration Press, Ann Asbor, Michigan.
- Feldstein, Paul J., 1983. *Health Care Economics*, Second edition, A Wiley Medical Publication John Wiley and Sons, Toronto.
- Foster dan Anderson, 1986. *Antropologi Kesehatan*, Penerjemah Prijanti Suryadarma, Meutia F Hatta Swasana, Cet. 1, UI, 1986.
- Fosu, G.B., *Acces to Health Care in Urban Areas of Developing Societies*, J Health Social Behaviors, 30: 398 – 411.
- Gani, Ascobat, 1989. *Ekonomi Kesehatan*. Lokakarya Ekonomi Kesehatan, Perumusan dan Aplikasi Ilmu Ekonomi Kesehatan di Indonesia, Cimacan. Hal 54.
- Giffari, A.B., 1984. *Manajemen Umum Rumah Sakit, Manajemen Perumhaskitan*. Irsjan, Jakarta.
- Harsono, dkk. 2001. *Kesehatan Anak, Untuk Perawat, Petugas Penyuluhan Kesehatan dan Bidan Desa*, Gajah Mada University Press. Yogyakarta.
- Jacobalis, Samsi, 1993. *Beberapa Teknik dalam Menejemen Mutu, Majenen Rumah sakit*. UGM, Yogyakarta.
- Jamal, Sarjaeni, dkk, 1999. *Penggunaan Obat oleh Anggota Rumah Tangga di Jawa dan Bali (SKRT 1995)*, Balitbangkes, Depkes RI, Cermin Dunia Kedokteran, Nomor 125.
- Junadi, Purnawan, 1991. *Survey Kepuasan Pasien di Rumah Sakit*, Seminar di RSPAD Gatot Subroto, Jakarta.
- Kalangie, Nico, et all, 1994. *Kebudayaan dan Kesehatan, Pengembangan Pelayanan Kesehatan Primer Melalui Pendekatan Sosiobudaya*. Edisi ke-1, Percetakan KBI, Jakarta.
- Kartono, Muhammad, 1995. *Rumah Sakit, Antara Komersialisasi dan Etika*. Grasindo, Gramedia Widiasarana Indonesia, Jakarta.
- Kroeger, Axel, 1983. *Anthropological and Sociomedical Health care Research in Developing Countries*. World Health Statistic Quartetly, Vol 17, Nomor 3. Pages 147 – 161.

- Lumenta, Benyamin, 1989. *Pasien; Citra, Peran dan Perilaku*. Tinjauan Fenomena Sosial. Penerbit Kanisius, Yogyakarta, Cetakan Pertama.
- , 1989. *Penyakit; Citra, Alam dan Budaya*. Tinjauan Fenomena Sosial. Penerbit Kanisius, Yogyakarta, Cetakan Pertama.
- Mulyadi, 1994. *Pergeseran Pandangan Pengelolaan Rumah Sakit*, Manajemen rumah sakit, Yogyakarta.
- Muchlas, Makmuri, 1999. *Perilaku organisasi, Dengan beberapa contoh Kasus*. Program Pendidikan Pasca Sarjana, Magister Menejemen Rumahsakit, Universitas Gajah Mada. Aditya Media, Edisi kedua.
- Nazir, Moh., 1988. *Metode Penelitian*. Cetakan ketiga, Ghalia Indonesia, Jakarta.
- Nitibaskara, Tubagus R, 1988. *Dukun dan Perilaku Menyimpang, Suatu Pendekatan Untuk Pengobatan Tradisional*. Lokakarya Tentang Penelitian Praktek pengobatan Tradisional, Ciawi.
- Norman, A. Hart dan Stapleton, John, 1955. *Kamus Marketing*. Bumi Aksara. Jakarta, Halaman 151.
- Parluhutan, Thomson, 1989. *Faktor-faktor yang mempengaruhi ibu rumah tangga untuk mengambil tindakan pencegahan dan pengobatan ISPA anak balita di kecamatan Umbulharjo Kotamadya Yogyakarta*. Berita Kedokteran Masyarakat, Vol (2).
- Puskesmas Klambu, 2000. *Laporan Kegiatan Puskesmas Tahun 2000 dan Plan Of Action Tahun 2001*. Klambu.
- Reinke, Williem, 1994. *Perencanaan Kesehatan untuk Meningkatkan Efektivitas Manajemen*. Terjemahan Trisnantoro, dkk. Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.
- Reksodihardjo, Soengeng, dkk., 1992. *Pengobatan Tradisional Pada Masyarakat Pedesaan Daerah Jawa Tengah*. Depdikbud, Ditjen Kebudayaan, Direktorat Sejarah dan Nilai Tradisional.
- Robbins, Stephen, 2001. *Perilaku Organisasi*. Prentice Hall, Inc., New Jersey, Jilid 2.
- Santosa, Singgih, 1999. *SPSS (Statistical Product and Services Solution) Mengolah Data Statistik Secara Profesional*. Elekmedia Komputindo, Gramedia, Jakarta.
- , 2000. *SPSS Statistik Parametrik, Buku Latihan*. Elekmedia Komputindo, Kelompok Gramedia, Jakarta.
- Santosa, Singgih dan Tjiptono, Pandi, 2001. *Riset Pemasaran, Konsep dan aplikasi SPSS*. Elekmedia Komputindo, Gramedia, Jakarta.
- Sartono, dkk. 1995. *Apa Yang Sebaiknya Anda ketahui Tentang Obat-obat Bebas dan Bebas Terbatas*, Gramedia Compuindo, Edisi Kedua, Jakarta.
- Sciortino, Rosalia, 1999. *Menuju Kesehatan Madani*. Pustaka Pelajar, Yogyakarta.
- Sorkin, Allan, 1984. *Health Economis; An Introduction*. Second & Revised Edition, Lexington Book. DC Health & Co., Lexington, Massachusetts.
- Sastroasmoro, Sudigdo dan Sofyan, Ismail, 1995. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Bagian Ilmu Kesehatan Anak, FK - UI, Jakarta.

- Sudrajad, SW., 1987. *Statistika Nonparametrik, Suatu Tafsiran dari Nonparametric Statistics for Behavioral Sciences*, Amrico, Bandung.
- Sumirat, Yuli, 2000. *Epidemiologi Lingkungan*. UGM Press, Yogyakarta. Edisi I.
- Supardi, Sudiby, dkk, 1999. *Pola Penggunaan Obat dan Obat Tradisional dalam Upaya Pengobatan Sendiri di Pedesaan*. Puslitbang Farmasi, Balitbangkes, Depkes RI, Jakarta, Cermin Dunia Kedokteran, Nomor 125.
- Suromo, Bambang, 1991. *Pengaruh Pembinaan Pemimpin PKK Dasa Wisma dengan Cara Ceramah dan Simulasi Terhadap Perilaku Ibu-ibu Dalam Terapi Rehidrasi Oral Anak Balita di Kecamatan Toroh Kabupaten grobogan*. Tesis, Pasca Sarjana, UGM, Yogyakarta.
- Suryadi, Charles, 1992. *Penelitian Penggunaan Pelayanan Kesehatan di Indonesia, Suatu Tinjauan Metodologi dan Faktor yang Diteliti*. Kelompok studi kesehatan perkotaan, FK Unika Atma Jaya, Jakarta, Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia, Tahun XX, Nomor 9.
- Sutisna, 2001. *Perilaku Konsumen dan Perilaku Pemasaran*. Cetakan pertama. PT. Remaja Rosda Karya, Jakarta.
- Thabrany, Hasballah, 1999. *Public Privat Mix Pelayanan Kesehatan*. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Jakarta.
- Tjiptono, F., 1997. *Strategi Pemasaran*. Andi Offset, Yogyakarta.
- Winardi, 1988. *Kamus Marketing*. Tarsito, Bandung, Hal 351.
- Wiyono, Djoko, 1999. *Menejemen Mutu Pelayanan Kesehatan, Teori, Strategi dan aplikasi*. Airlangga Univesity Press, hal 1040 - 1042.