PERILAKU ORANG TUA DALAM PENANGANAN ANAK BALITA PENDERITA ISPA DI KELURAHAN BANDARHARJO KECAMATAN SEMARANG UTARA KOTA SEMARANG

Tesis
untuk memenuhi sebagian persyaratan
mencapai derajat Sarjana S-2

Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Konsentrasi Promosi Kesehatan

DD. Pamungkas
E4A. 000007

PROGRAM PASCA SARJANA
ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
Agustus
2003

UPT-PUSTAK-UNDIP

@ 2003
Hak Cipta Ada Pada Pemulis
DD. Pamungkas

TESIS

PERILAKU ORANG TUA DALAM PENANGANAN ANAK BALITA PENDERITA ISPA DI KELURAHAN BANDARHARJO KECAMATAN SEMARANG UTARA KOTA SEMARANG

disusun oleh:

DD.Pamungkas
E4A.000007

Promosi Kesehatan

telah dipertahankan di depan Tim Penguji
pada tanggal 30 Agustus 2003
dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Menyetujui
Komisi Pembimbing

Pembimbing Utama	Pembimbing Kedua
Prof. Drs. Mulyono Joyomartono, MA.	**dr. Bagoes Widjanarko, MPH**
NIP 130 077 385	NIP 131 962 236

Ketua Program Studi
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat,

DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL UNIVERSITAS DIPONEGORO PROGRAM PASCA SARJANA MAGISTER ILMU KESEHATAN

dr. Sudiro, MPH., Dr. PH
NIP 131 252 956

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa tesis ini adalah hasil karya atau pekerjaan saya sendiri dan didalamnya tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penerbitan maupun yang belum/tidak diterbitkan, sumbernya dijelaskan didalam tulisan dan daftar pustaka.

Semarang, Agustus 2003

DD. Pamungkas

UPT-PUSTAK-UNDIP
No. Daft: 394/T/ MIKM/ 4
Tl. : 3 Feb 04

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama	: Djojo Dewantoro Pamungkas
Tempat/tanggal lahir	: Semarang, 16 Agustus 1960
Agama	: Kristen
Keluarga	: Istri = Rr. Dewi Susiani, S.Pd.
	Anak I = Nimas Dewi Intan Permata Sari
	Anak II = Nilam Dewi Nirmala Puspitasari
	Anak III = Tunggul Dewa Pranata Wicaksana Yakti
Alamat	: Gombel Permai II / 338 Semarang
Riwayat Pendidikan	: 1. SD Bopkri, Pati, lulus 1972
	2. SMP Negeri II, Pati, lulus 1975
	3. SMA Gabungan, Jayapura, lulus 1978
	4. SOSPOL UNTAG, Semarang, 1992
Riwayat Pekerjaan	: 1. Community Organizer, Sekretariat Bina Desa, Jakarta, Tahun 1985-1989
	2. Diklitbang UPKM (Usaha Peningkatan Kesehatan Masyarakat) Yakkum Pusat, Kartasura, 1992-1994.
	3. Koordinator UPKM RS. Panti Wilasa "Citarum" Semarang, 1994 – sekarang.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah yang Maha Pengasih atas berkat-Nya yang melimpah sehingga penulis dimampukan untuk dapat menyelesaikan tugas akhir sebagai salah satu syarat untuk lulus pendidikan program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Diponegoro Semarang.

Rasa terima kasih yang setinggi-tingginya penulis sampaikan kepada yang terhormat:

1. **Prof. Drs. Mulyono Joyomartono, MA** selaku pembimbing utama dengan penuh kesabaran meberikan pemahaman-pemahaman dasar suatu riset kualitatif.
2. **dr. Bagoes Widjanarko, MPH**, selaku pembimbning kedua, memberikan tuntunan logika pendekatan kesehatan masyarakat yang sangat membantu pemahaman saya dalam sistimatika penulisan.
3. **drg. Zahroh Saluhiyah, MPH** selaku penguji pada tahap seminar proposal, secara empati membantu mengarahkan susunan tulisan ini.
4. **dr. Harbandinah Pietoyo, SKM** selaku penguji dan melakukan bimbingan dari sisi pendekatan kesehatan masyarakat, membuat penulis semakin terarah susunan tulisannya.
5. **Dra. V.G. Tinuk Istiarti, M.Kes.** selaku penguji dan melakukan bimbingan dengan sabar dan cermat merelakan perhatiannya untuk kelancaran susunan tulisan ini.
6. **dr. Daniel Budi Wibowo, M.Kes.** sebagai direktur dimana saya bekerja, memberi peluang studi dan semangat untuk selesainya tulisan ini.
7. **dr. Slamet Sunarno HS.,MPH.**, dan **DRM. Dewi, SE**, bahwa tanpa dukungan materiilnya yang tulus, proses studi ini tidak akan terjadi.
8. **dr. Wardah Baharun**, Kepala Puskesmas Bandarharjo, Bapak **Sugiyarto**, Kepala Kelurahan Bandarharjo, Bapak **Atin Sutikno**, Sekretaris Kelurahan Bandarharjo, Bapak **Sutopo**, Ketua RW-1, Ibu **Yuli**, dan para kader Posyandu, dan para orang tua di lingkungan RW-1 Bandarharjo yang

dengan penuh suka rela membantu proses penelitian ini, mengkoreksi beberapa kesalahan pahaman peristilahan yang ada di komunitas, sampai tersusun dengan baik dan benar.

9. **Ibunda Lydia Sulistyaningsih**, yang selalu mendukung perjalanan hidup saya dalam doa, begitu juga dengan selesainya tulisan ini.
10. **Mbak Anik, Sinox, Chenil, dan Tunggul**; istri dan anak-anak tercinta, yang merelakan ruang, waktu dan segalanya demi mendukung agar suami atau bapaknya dapat sesegera mungkin menyelesaikan penulisan ini.
11. **Mbak Triana, Mbak Nungki, Mbak Yuni, Mas Basari**, yang 'smart' service di secretariat IKM, dan **Mas Rahmat** yang selalu tersenyum dan yang sendirian di ruang Promkes.
12. **Pak E. Hindro C, SE.**, Wadir Adm. & KEU, **Pak Sutejo**, Ka.TU, **Mas Budi Yuswandono** dan Corp's EDP, rekan-rekan di RS. Panti Wilasa 'Citarum' Semarang, **Shinta Budi Aryani**, adik saya dan semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu-persatu, dengan penuh pengertian dan bantuan moril maupun materiil telah sangat mendukung selesainya tulisan ini

Atas kebaikan hati yang tulus dari semuanya itu, saya sangat berterima kasih.

Penulis menyadari bahwa hasil tulisan dari penelitian ini masih jauh dari sempurna dan tentunya masih banyak kekurangan karena keterbatasan penulis. Untuk itu demi pengembangan wacana Ilmu Kesehatan masyarakat pada umumnya dan demi kemajuan penulis, maka penulis mohon kritik dan saran agar bermanfaat bagi semua pihak.

Terima kasih

Semarang, Agustus 2003

DD. Pamungkas

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL.....i
HALAMAN HAK CIPTA.....ii
HALAMAN PENGESAHAN.....iii
HALAMAN PERNYATAAN.....iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....v
KATA PENGANTAR.....vi
DAFTAR ISI.....vii
DAFTAR TABEL.....xiii
DAFTAR GAMBAR.....xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....xv
ABSTRAK.....xvi

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar belakang.....1
B. Perumusan Masalah.....7
C. Tujuan Penelitian.....7
D. Manfaat Penelitian.....8
E. Ruang Lingkup.....8
F. Justifikasi Penelitian.....10
G. Keaslian penelitian.....10

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. ISPA

1. Infeksi.....12
2. Saluran Pernapasan Atas.....13
3. Penyebab dan Gejala.....13
4. Keadaan Lingkungan.....13

5. Komplikasi 13
6. Bahaya ISPA bagi Anak Balita 14
7. Penularan 15
8. Pencegahan 15
9. Faktor Resiko 15
10. Penanganan 16
B. Anak Balita
1. Masa Prenatal 18
2. Masa Bayi 18
3. Masa Pra- Sekolah 18
4. Masa Sekolah 18
C. Perilaku Orang Tua
1. Pengertian Perilaku 20
2. Perilaku Orang Tua 23
3.Pengaruh Keluarga dan Adat Istiadat 24
D. Kerangka Teori.....25

BAB III METODE PENELITIAN
A. Kerangka Konsep.....26
B. Definisi Operasional.....26
1.Karakteristik Informan 26
2.Pengetahuan 28
3.Sikap 28
4.Praktik 28
5.ISPA 28
6.Anak Balita.....28
C. Jenis Penelitian.....29
D. Informan Penelitian 29
E. Teknik Pengumpulan Data.....30
F. Analisis Data.....31
G. Validitas dan reliabilitas.....32

BAB IV HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Umum

1.Batasan Wilayah 33

2.Keadaan Wilayah 34

3.Sosial Demografi 35

4.Keadaan Sarana dan Tenaga Kesehatan 37

B. Gambaran Sasaran Penelitian

1. Batasan Wilayah 41

2. Keadaan Wilayah dan Pemukiman 41

3. Sosial Demografi 42

a) Sebaran Penduduk 42

b) Pola Pemukiman 43

c) Sarana Umum dan Sarana Pendidikan 45

d) Mata Pencaharian 46

4. Keadaan Sarana dan Tenaga Kesehatan 46

a) Kualitas Kesehatan Anak 46

b) Keadaan 10 Besar Penyakit 46

c) Balai Pengobatan'Wisma Santosa' 47

d) Posyandu 'Bunga Laut' 48

C. Karakteristik Informan 48

1. Informan Utama'T' 49

2. Informan Utama 'M' 50

3. Informan Utama 'Ng' 52

D. Perilaku Orang Tua (Pengetahuan, Sikap, dan Praktik) dalam Penanganan Anak Balita Penderita ISPA

1. Pengetahuan

a. Pemahaman Gejala 53

b. Pemahaman Bahaya 55

c. Pemahaman Pencegahan 55

d. Pemahaman Praktik Penyembuhan 57

2. Sikap

a. Tanggapan terhadap Gejala dan Bahaya 58

b. Menanggapi Cara-cara Pencegahan.....58

3. Praktik Penyembuhan..... 60

BAB V PEMBAHASAN

A. Ciri-ciri Komunitas RW-1 Kelurahan Bandarharjo 66

B. Bahasan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Masyarakat 69

1. Puskesmas Induk Bandarharjo dan 46 Unit Posyandu 70

2. Balai Pengobatan 'Wisma Santosa' dan Klinik 24 jam 71

3. Kegiatan Posyandu 'Bunga Laut' dan Potensi Penyelenggaraan UKS di SD 'Santosa' 72

C. Bahasan Keadaan Lingkungan 75

1. Lingkungan Kawasan di Luar Rumah.....75

2. Lingkungan di Dalam dan di Sekitar Rumah 76

3. Lingkungan Sosial 77

D. Bahasan Pengetahuan Sikap Praktik Komunitas Terhadap ISPA 81

1. Pengetahuan tentang Penyakit ISPA 81

2. Sikap terhadap Penyakit ISPA 90

3. Praktik Pencegahan dan Penyembuhan Penyakit ISPA 92

E. Bahasan Perilaku Orang Tua Dalam penanganan Anak Balita Penderita ISPA 94

1. Etiologi 95

2. Sosial Perkerabatan 95

3. Kondisi di Lingkungan 96

4. Waktu 98

5. Biaya 98

BAB VI SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan.....104

B. Saran.....

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

			Halaman
Tabel	1	Perbandingan 10 Besar Penyakit Penderita Rawat Jalan di Puskesmas Pada Kelompok Umur 1-4 Tahun di Provinsi Jawa Tengah.	2
Tabel	2	Pola Penyakit Kasus Rawat Jalan Pada Anak Umur 1-4 tahun di Rumah Sakit Kota Semarang Tahun 2001	4
Tabel	3	Jenis Penyakit Terbanyak Di derita	5
Tabel	4	Penduduk Kelurahan Bandarharjo Tahun 2002-2003	32
Tabel	5	Sepuluh Besar Penyakit Pada Puskesmas Bandarharjo	35
Tabel	6	Sebaran Penduduk RW-1 Bandarharjo tahun 2002	38
Tabel	7	Sepuluh Besar Penyakit BP 'Wisma Santosa'	43

DAFTAR GAMBAR

			Halaman
Gambar	1	Status Kesehatan Masyarakat	18
Gambar	2	Faktor-faktor Dalam Intervensi Pendidikan	19
Gambar	3	Faktor-faktor Afeksi, Kognisi, dan Konasi	20
Gambar	4	Pengaruh Keluarga dan Adat - istiadat	22
Gambar	5	Model Kerangka Teori Perilaku Orang tua dalam penanganan Anak Balita Penderita ISPA	23
Gambar	6	Usulan Kerangka Konsep	24

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Pedoman-pedoman Pertanyaan

Lampiran 2 Perijinan

Lampiran 3 Scribble Data

Lampiran 4 Perumpunan Data

Lampiran 5 Gambar-gambar

Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Konsentrasi Promosi Kesehatan
Universitas Diponegoro
2003

Abstrak

DD. Pamungkas, E4A000007

"Perilaku Orang Tua dalam Penanganan Anak Balita Penderita ISPA di Kelurahan Bandarharjo Kecamatan Semarang Utara Kota Semarang"
xvi + 106 halaman + 7 tabel + 6 gambar + 5 lampiran

ISPA adalah infeksi saluran pernapasan atas akut, yang berlangsung kurang dari 14 (empat belas) hari. Ada 3 (tiga) macam ISPA yaitu Pneumonia Berat, Sedang, dan Bukan Pneumonia. Rata-rata setiap anak balita mengalami ISPA 3-6 kali dalam setahun. Dari kunjungan di Puskesmas 40%-60% adalah penyakit ISPA; batuk, pilek dan disertai demam.

Tujuan dilakukan penelitian ini ialah untuk menganalisis perilaku orang tua dalam penanganan anak balita penderita ISPA. Penelitian deskriptif kualitatif dengan wawancara mendalam, observasi partisipatoris dan diskusi kelompok terarah. Wawancara mendalam terhadap 3 (tiga) sumber data primer, kemudian penerapan triangulasi kepada tiap sumber data primer 2 (dua) Subyek (1 tetangga, + 1 Toma komunitas) total = 6 (enam) orang.

Hasil penelitian menunjukkan informan tidak memahami bahwa ISPA sebagai penyakit dan menanggapinya sebagai peristiwa alam' biasa. Dalam praktik, informan melakukan tindakan-tindakan penyembuhan rumah secara tradisional dan jika upaya tradisional tidak mampu menyembuhkan maka penderita dibawa kepada pelayanan medis untuk mendapat kesembuhannya.

Simpulan; Perilaku Orang Tua di RW-1 Kelurahan Bandarharjo Kecamatan Semarang Utara Kota Semarang dalam penanganan Anak Balitanya melakukan praktik-praktik penyembuhan tradisional terhadap penyakit ISPA.

Saran ; 1) perlunya penyamaan persepsi pengetahuan etiologi ISPA., 2) perlunya penambahan tenaga Penyuluh Kesehatan Masyarakat pada Puskesmas Bandarharjo., 3) perlunya penyelenggaraan UKS (Usaha Kesehatan Sekolah) di SD 'Santosa', 4) perlunya pengadaan sarana – prasarana konseling kesehatan ibu dan anak yang memfasilitasi pemahaman kesehatan dasar dan pola asuh anak.

Kata kunci : *perilaku, anak balita, ISPA*
Kepustakaan : **44 (1978 - 2003)**

Master's Degree of Public Health Program
Majoring of Health Promotion
Diponegoro University
2003

Abstract

DD. Pamungkas, E4A000007

"Paren's Behavior in Handling Under Five-Year Old Children With 'Upper Respiratory Track Infection' in Bandarharjo Village, North Semarang District, Semarang City"

xvi + 106 pages + 7 tables + 6 pictures + 5 appendices

ISPA is upper respiratory track infection that occurs less than fourteen days. There are three types of ISPA: Severe (acute) Pneumonia, slight pneumonia, and Non Pneumonia. Each of those children suffers from this disease about three till six times per year. A research finding from the Public Health Center about those children shows that 40% - 60% of them suffer from ISPA: cough, cold with fever.

The objective of this research was to analyze parents' behavior in handling/taking care under five-year old children with ISPA. The qualitative descriptive method was used in this research. Deep interview, participant observation, and group discussion were conducted to find out the reliable data. Deep interview to three primary data resources, the application of triangulation to each of the primary data resources; two subjects (one neighbor, one community leader), totally=6 (six) people were carried out.

The research finding shows that the informants do not know that ISPA is a disease and consider it as an ordinary natural occurrence. Practically, informants try to cure those with ISPA traditionally and, if it doesn't work, they go to the medical service.

As the conclusion, parents in "RW-1" Bandarharjo village, North Semarang District, Semarang City carry out traditional treatment to under five-year old children with ISPA.

For the suggestions are: 1) the need of the same perception about the knowledge of ISPA etiology, 2) the need of Public Health Counselors at Public Health Center in Bandarharjo, 3) the need of establishing "UKS" (School Health Attempt) at "SD Santosa", 3) the need of facilities for mothers and children to get information about basic health understanding and baby-sitting pattern.

Key Words : **behavior, under five-year old children, 'Upper Respiratory Track Infection'**

Bibliography : **44 (1978 - 2003)**

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Ikatan Dokter Anak Indonesia pada tanggal 20 Desember 2000 menyelenggarakan seminar berjudul: "Saatnya Tidak Menyepelekan Batuk dan Pilek pada Anak Balita" bertempat di Auditorium Serba Guna Departemen Kesehatan Jakarta. Seminar ini membahas pentingnya penanganan yang tepat tehadap gejala batuk dan pilek pada anak balita untuk mencegah hal-hal yang lebih serius yang dapat timbul. Apabila tidak tertangani secara baik, setiap gangguan kesehatan dapat mempengaruhi atau bahkan menghambat proses tumbuh kembang anak yang optimal. Salah satu penekanan dalam seminar ini adalah bahwa 'sering tidak diperhatikannya penyakit serius yang disertai batuk pilek; misalkan Pnemonia yang merupakan pembunuh balita nomor satu di Indonesia dengan gejala batuk yang disertai napas cepat dan atau sesak nafas, mengetengahkan pembahasan mengenai cara-cara tepat dalam menangani gejala batuk dan pilek pada anak, penyakit-penyakit yang digolongkan sebagai 'Infeksi Saluran Pernapasan Atas Akut' atau ISPA serta hal-hal yang perlu dilakukan untuk pencegahannya.

Penyakit ISPA di Indonesia masih merupakan penyebab utama kematian bayi dan anak balita dan kematian karena ISPA sebagian besar disebabkan oleh Pneumonia (Depkes,2000). Program P2 ISPA (Pemberantasan Penyakit ISPA) bertujuan untuk menurunkan angka kematian bayi dan anak balita karena Pneumonia, mencegah kesakitan karena Pneumonia serta upaya

UPT-PUSTAK-UNDIP

rasionalisasi penggunaan obat. Sebagai pelaksana dari suatu unit kerja yang bertanggung jawab untuk membina kesehatan masyarakat di wilayah adalah Puskesmas. Puskesmas mempunyai tugas menjalankan program-program kesehatan termasuk Program Pemberantasan ISPA. **(DEPKES, 2002:11)**

Di tingkat Provinsi, Pola Penyakit Penderita Rawat Jalan di Puskesmas, dari Kelompok Umur 1–4 tahun, pada Tahun 1999 di Provinsi Jawa Tengah, ISPA menduduki urutan pertama (43.09%), diikuti oleh Diare (9.57%), penyakit kulit-infeksi (3.6%). Untuk lebih memperjelas data menegnai hal tersebut disajikan dalam Tabel 1:

Tabel 1.1: Perbandingan 10 Besar Penyakit Penderita Rawat Jalan di Puskesmas Pada Kelompok Umur 1 – 4 Tahun Di Provinsi Jawa Tengah

No	Nama Penyakit Tahun 1999	%	Nama Penyakit Tahun 2000	%
1	ISPA	39.31	ISPA Akut	43.09
2	Infeksi Lainnya pd Sal. Atas	10.81	Diare	9.57
3	Diare	7.23	Penyakit Kulit Infeksi	3.63
4	Penyakit Kulit & Jar. Sub kutan	4.16	Penyakit Kulit & Jar. Subkutan	3.46
5	Radang hati menular	2.65	Peny. Sal. Napas Bawah	2.33
6	Penyakit Kulit Infeksi	2.34	Disentri	1.65
7	Disentri	1.76	Pneumonia	1.57
8	Penyakit Jantung lainnya	1.63	Penyakit Kulit Alergi	1.37
9	Konjungtivis	1.43	Penyakit Radang Telinga	1.35
10	Penyakit Kulit Alergi	1.27	Konjungtivis	1.34

Sumber: data Profil Kesehatan Kabupaten/Kota se- Jawa Tengah Th. 1999-2000

Dalam rangka pencapaian derajat kesehatan masyarakat, Departemen Kesehatan Provinsi Jawa Tengah menyelenggarakan kajian tentang pedoman pelaksanaan kota/kabupaten sehat di Provinsi Jawa Tengah. Dari hasil beberapa lokakarya dan pertemuan lintas sektoral mengarah pada upaya membudayakan perilaku hidup berbasis sehat pada setiap lapisan. Untuk melakukan perubahan perilaku diperlukan waktu, ketekunan, kesadaran,

karena banyak masalah yang saling terkait dalam menuju kota sehat. Strategi untuk itu antara lain, meningkatkan keberdayaan masyarakat melalui forum dan kota sehat, serta pendampingan dari sektor terkait untuk dapat membantu memahami permasalahan, menyusun permasalahan, perencanaan dan pelaksanaan kegiatan kota sehat melalui forum–forum sampai tingkat Forum Komunikasi Desa/Kelurahan Sehat (FKD/KS). Untuk menyehatkan seluruh rakyat diperlukan kerjasama yang harmonis dan efisien baik antara Pemerintah Pusat, Pemerintah Propinsi, maupun Pemerintah Kabupaten/Kota dengan masyarakat termasuk sektor swasta. (**Depkes Prop Jateng, 2000:6**).

Masalah-masalah perkotaan seperti kepadatan lalu-lintas, pencemaran udara, perumahan, dan pelayanan masyarakat yang kurang layak termasuk kriminal, kekerasan dan penggunaan obat-obat terlarang menjadi masalah yang digeluti oleh masyarakat di perkotaan (**Dinkes,2000**). Dilaporkan di perkotaan khususnya di perkampungan kumuh kota ada penduduk yang tingkat kesehatannya sama jeleknya dengan keadaan kesehatan penduduk miskin di pedesaan. Sejalan dengan perkembangan itu timbul masalah kesehatan kota yang membutuhkan upaya penanggulangan yang serius dan menyeluruh (**Tabibzadeh**, dalam **Suryadi,2000**). Pada dekade terakhir ini terjadi pertumbuhan kota yang amat pesat yang ditandai tidak hanya kemajuan dan peningkatan ekonomi penduduk kota tetapi juga peningkatan jumlah penduduk miskin di perkotaan. Dalam situasi seperti itu ditambah lagi dengan rendahnya kesadaran dan kontrol serta pengawasan atas dampak lingkungan hidup dan kesehatan dari industri dan pembangunan fisik kota, tidak

mengherankan bila kualitas lingkungan hidup dan kesehatan penduduk terancam menjadi lebih buruk (**Depkes,2003:3**).

Hasil catatan medis dari bebrapa Rumah Sakit di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Semarang tercatat bahwa pada tahun 2001, penemuan dan pengobatan penderita Pneumonia sebanyak = 9.481 orang, penemuan dan pengobatan penderita Pneumonia berat sejumlah = 948 orang. DINKES SEMARANG,2001:8) dengan rincian dalam Tabel 1.2 sebagai berikut:

Tabel 1. 2:. Pola Penyakit Kasus Rawat Jalan
Pada Anak Umur 1 – 4 Tahun
Di Rumah Sakit Kota Semarang Tahun2001

No	Golongan Sebab Sakit	Kasus Baru	
		Jml.	%
1	2	3	4
1	Infeksi Saluran Pernapas bagian Atas akut	3,555	25.34
2	Diare & Gastro enteritis	1,976	14.08
3	Demam yang sebabnya tidak diketahui	1,570	11.19
4	Tuberkolusis Paru	703	5.01
5	Penyakit kulit & jaringan subkutan	492	3.51
6	Faringitis akut	430	3.06
7	Cedera YDT,YTT & daerah badan multypel	390	2.78
8	Demam, Typoid & Paratypoid	295	2.10
9	Bronchitis, emfisena & penyakit paru obstruktif	277	1.97
10	Demam berdarah dengue	256	1.82
11	Penyakit Hidung & sinus hidung lain	210	1.50
12	Kecelakaan	210	1.50
13	Otitis media & penyakit telinga	167	1.19
14	Penyakit jaringan lunak mulut (stomatis) & lesi terkai	161	1.15
15	Konjungtivis & gangguan lain konjungtivis	159	1.13
16	Kejang YTT	138	0.98
17	A s m a	137	0.98
18	Pneumonia	133	0.95
19	Difteria	127	0.91
20	Campak	109	0.78
21	Penyakit lain-lain	2,536	18.07
	Jumlah	14,031	100.00
Tahun 2002		2,772	

Sumber: Laporan RL 2bTAhun 2001 dari8 Rumah Sakit di Kota Semarang (RSUD. Kota Semarang, RS. Jiwa Amino Gondhohutomo,RS. Tlogorejo, RS. St. Elisabeth, RS. Roemani, RS. Panti Wilasa "Citarum", RS. Sultan Agung, RSIA Bahagia)

Kondisi kesehatan di Kota Semarang dilihat dari jenis penyakit yang terbanyak diderita oleh bayi, anak ataupun orang dewasa ternyata masih sama polanya antara tahun 1999 dengan tahun 1998, sebagai catatan paling akhir yang dihimpun Pemkot Semarang. Adapun jenis penyakit terbanyak tertulis dalam Tabel 1.3 berikut:

Tabel: 1.3 Jenis Penyakit Terbanyak Diderita

Penyakit	Usia Penderita		
	0-28 hari	28 hr-1 th	1- 4 th.
ISPA	1,365	19,973	43,732
ISPA Akut	984	13,973	45,204
Diare	1,136	4,839	9,295
Kulit	1,061	1,063	2,925

Sumber: Strategi Pembangunan Kesehatan Kota Semarang,Pemkot,2000

Hasil laporan kegiatan seksi pencegahan penyakit pada tahun 1994 sampai dengan tahun 2000 Dinkes Kota Semarang tentang ISPA mencatat hal-hal sebagai berikut:

1. Jumlah penderita ISPA ringan/bukan pneumonia tahun 1994 = 80.818 anak, tahun 2000 = 130.116 anak.
2. Proporsi penderita ISPA terbanyak pada golongan umur <1 tahun, kemudian disusul ; 1- 5 th, dan paling sedikit umur; 6 -14 tahun.

Menurut data Dinas Kesehatan Kota Semarang Tahun 2000, Puskesmas yang secara berurutan penderita ISPA terbanyak dari 37 Puskesmas yang ada di Kota Semarang, adalah sebagai berikut;

1. Puskesmas Lamper Tengah = 9.514 (13.33 %)
2. Puskesmas Tlogosari Kulon =3.670 (5.14 %)
3. Puskesmas Bangetayu = 3.578 (5.01 %)

4. Puskesmas Bandarharjo = 3.306 (4.63 %)
5. Puskesmas Genuk = 3.275 (4.59 %).

dari jumlah 71.343 (100%) penderita ISPA Puskesmas yang berada di Kota Semarang pada Tahun 2000.

Dalam wawancara pendahuluan dengan Kasi. **Pemberantasan Penyakit Menular Langsung (P2ML) DKK Semarang** dinyatakan bahwa;"...penderita ISPA khususnya pada anak balita di lokasi cakupan pelayanan Puskesmas Bandarharjo memiliki potensi angka kesakitan tinggi jika dibanding dengan ke-empat cakupan pelayanan Puskesmas lainnya (Lamper Tengah, Tlogosari Kulon, Bangetayu,dan Genuk) karena kondisi lingkungan yang buruk dan pola asuh tidak mendukung PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) dari para orangtua mereka".

Berdasar pemahaman bahwa ISPA sebagai prevalensi penyakit di tingkat nasional, provinsi, sampai dengan di tingkat local dan pemahaman terhadap bahaya akbibat yang ditimbulkannya, maka dipilih focus penelitian pada penyakit ISPA dan lokus penelitian berdasar informasi Kasi Pemberantasan Penyakit Menular Langsung dari DKK Semarang, maka dipilih lokasi penelitian ISPA di Kelurahan Bandarharjo, khususnya di RW-1, dengan beberapa pertimbangan antara lain sebagai berikut:

a. Pemukiman tersebut merupakan wilayah pemukiman baru yang banyak berdiri rumah non permanen, dan kepadatan hunian tinggi.
b. Pada lokasi pemukiman terdapat Balai Kesehatan dan ± 30 m dari lokasi RW-1 terdapat Puskesmas

c. Tingkat sosial ekonomi banyak dipengaruhi mata pencaharian: kelautan-nelayan, pedagang menengah-bawah, buruh pabrik, dan jasa serabutan sehingga banyak indikator penyebab timbulnya penyakit ISPA pada lokasi tersebut.

d. Lokasi yang terpisah oleh bentangan jalan arteri kota Semarang wilayah utara ini menurut sumber data (Kepala Kelurahan), sering tidak terjangkau oleh program-program kesehatan-kesejahteraan.

B. Perumusan Masalah

Upaya Depkes Provinsi Jateng dalam membudayakan perilaku hidup berbasis sehat pada setiap lapisan, di mana data Pemkot Semarang 2000 menyatakan bahwa penyakit ISPA banyak diderita oleh warganya dan khususnya oleh anak balita, kemudian lokasi potensial penularan adalah di kelurahan Bandarharjo, di mana penelitian ini hendak mengetahui proses sebab-akibat, peristiwa-peristiwa yang sedang terjadi pada suatu komunitas terpapar ISPA, maka permasalahan penelitian ini ialah::

"Bagaimanakah Perilaku Orangtua dalam Penanganan Anak Balita Penderita ISPA di RW 1 Kelurahan Bandarharjo Kecamatan Semarang Utara Kota Semarang?"

C. Tujuan Penelitian

1. *Umum*

   Untuk mengidentifikasi perilaku orangtua dalam penanganan terhadap anak balita penderita ISPA

2. *Khusus*:

   a. Untuk mengetahui faktor pengetahuan orangtua mengenai penanganan anak balita penderita ISPA

   b. Untuk mengetahui faktor sikap orangtua terhadap penanganan anak balita penderita ISPA

   c. Untuk mengetahui faktor praktik orangtua dalam penanganan anak balita penderita ISPA

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Dinas Kesehatan Kota Semarang

Sebagai bahan masukan menyangkut penanganan program-program anak balita dalam upaya penanggulangan penyakit ISPA di wilayah kerjanya

2. Bagi Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat

Untuk menambah wacana penelitian dan wahana kajian di bidang promosi kesehatan, khususnya studi perilaku dalam penanganan anak balita penderita ISPA

3. Bagi Penulis

Untuk lebih memahami proses studi promosi kesehatan dari perkuliahan sampai dengan penerapannya melalui pendekatan penelitian kualitatif.

E. Ruang Lingkup

1.Lingkup masalah

Batasannya adalah: penanganan anak balita, berkaitan dengan perilaku orang tua dari latar belakang pengetahuan dan kondisi sosial ekonomi.

2. Lingkup keilmuan

Pendekatan yang dipakai ialah ilmu-ilmu kesehatan masyarakat, ilmu perilaku, dan ilmu antropologi kesehatan.

3. Lingkup lokasi

Lokasi penelitian terfokus di RW 1 kelurahan Bandaraharjo Kecamatan Semarang Utara Kota Semarang

4. Lingkup sasaran

Para orangtua dari anak balita penderita ISPA

5. Lingkup teknik

Menggunakan wawancara untuk menggali informasi kemudian observasi partisipatif dilakukan untuk mendukung hasil wawancara, dan model triangulasi diterapkan kepada antara lain; para tetangga dari informan – tokoh masyarakat atau tetangga informan utama di mana informan utama tersebut berdomisili.

6. Lingkup analisis

Analisis deskriptif yang dipergunakan melalui analisis kualitatif yang berpola pikir induktif berdasar data rekam medik Puskesmas ataupun Balai Pengobatan yang dikumpulkan dan dikonfirmasi terhadap hasil wawancara, observasi dan triangulasi.

F. Justifikasi Penelitian

1 . Data primer

Sebagai data utama, data primer diperoleh dari hasil pengamatan dan wawancara mendalam dengan informan, menggunakan pedoman pengamatan (observasi) dan pedoman wawancara. Data primer lainnya juga didapat dari wawancara dengan petugas Puskesmas Bandarharjo dan petugas pelayanan kesehatan masyarakat (Balai Pengobatan) setempat. .

2. Data Sekunder

Sebagai data pendukung, data sekunder tersedia dan dapat diperoleh dari informasi rekam medik Puskesmas Bandarharjo maupun Balai Pengobatan Santosa yang terletak di RW-1 lokasi penelitian dan literatur pendukung sebagai bahan referensi yang diperlukan diperoleh di perpustakaan Fakultas Kesehatan Masyarakat Undip Semarang.

G. Keaslian Penelitian

Sejauh diketahui sampai dengan penyusunan proposal ini, bahwa penelitian perilaku orangtua dalam penanganan anak penderita ISPA di Kelurahan Bandarharjo Kecamatan Semarang Utara Kota Semarang, belum pernah dilaksanakan oleh peneliti lain.

Adapun penelitian lain yang pernah dilakukan berjudul : Perilaku Ibu Dalam Perawatan ISPA Bukan Pneumonia Pada Anak Balita, dan Intervensi Penyuluhannya Di Desa Kudu Kecamatan Baki Kabupaten Sukoharjo (Siti M,1995). Dalam penelitian tersebut, Siti melakukan studi karakter Ibu melalui penggambaran tingkat pengetahuan, sikap dan prakteknya (PSP) kemudian

dilakukan intervensi melalui penyuluhan dalam penelitiannya *dengan metode kuantitatif.*

Penelitian ini membahas perilaku perilaku orangtua dalam satuan keluarga yang dilatarbelakangi oleh tingkat sosial-budaya-ekonomi pada keluarga tersebut *dengan metode kualitatif, tanpa melakukan intervensi.*

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. ISPA

ISPA singkatan dari Infeksi Saluran Pernapasan Atas yang sering diderita oleh bayi dan anak-anak. ISPA bukanlah penyakit yang baru, ISPA adalah nama suatu kelompok penyakit yang mengenai saluran pernapasan . Salah satu jenis penyakit yang sering dikenal dan juga termasuk golongan ISPA adalah penyakit batuk, pilek atau juga sering dikenal sebagai 'selesma', 'influenza', atau 'flu'.**(PPKM Depkes RI,1985)**

Sesuai dengan namanya "Infeksi Saluran Pernapasan Atas" (ISPA) adalah kelompok penyakit infeksi.

1. Infeksi

Pengertiannya adalah kuman masuk ke dalam tumbuh dan berkembang biak sehingga menimbulkan penyakit.

Infeksi ada dua macam;

a. *Infeksi akut*: infeksi yang terjadi secara mendadak dan perjalanan penyakitnya cepat (hitungan hari) tergantung kondisi tubuh, pengobatan serta perawatan yang didapat. Penderita dapat sembuh atau meninggal dalam waktu singkat.

b. *Infeksi kronik:* infeksi yang berjalan lambat (hitungan; minggu atau berbulan-bulan atau bertahun-tahun), contohnya TBC.

2. *Saluran Pernapasan Atas*

Adalah saluran pernapasan mulai dari hidung, mulut, sinus, rongga telinga tengah, dan berakhir di tenggorokan. (**King,1978**)

3. *Penyebab dan gejala*

a. *Penyebab*: Penyakit ini disebabkan oleh virus, faktor penyebab umum adalah berkaitan dengan turunnya kualitas lingkungan udara, sebagaimana di kota-kota besar lain yang padat penduduk maupun padat industri.

b. *Gejala:* batuk kering, demam sampai 39^0C, sesak napas, muntah dan diare, sukar minum, kejang, dan lesu tidak enak badan.

4. *Keadaan Lingkungan*

Keadaan lingkungan yang kotor, khususnya perumahan yang kotor dan padat. Pembuangan air limbah, sampah dan kotoran berkumpul di sekitar perumahan. akan memudahkan terjangkitnya berbagai penyakit.

5. *Komplikasi*

Terjadi komplikasi infeksi saluran napas dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain: a. *Daya tahan tubuh penderita,* daya faktor imunologis mengakibatkan penurunan kemampuan tubuh dalam mengadakan perlawanan terhadap infeksi, sehingga mudah menjadi berat. Di negara berkembang, suatu penurunan faktor imunologis sering dihubungkan dengan keadaan malnutrisi. Pada keadaan malnutrisi kemampuan tubuh untuk melawan infeksi kurang, sehingga infeksi dapat menjadi sangat serius dan sering mengakibatkan kematian. Makanan yang mengandung

vitamin A mempunyai efek penting terhadap pertahanan epitel mukosa saluran pernapasan, pada penderita dengan defisiensi vitamin A dapat menurunkan efek pertahanan epitel sebagai fungsi pertahanan mekanik; b. *Virulen kuman penyebab*, influensi saluran napas disebabkan oleh bermacam-macam etiologi, seperti: bakteri, virus, jamur dan benda asing. Bakteri, virus, dan jamur mempunyai virulensi yang bervariasi dan komplikasi infeksi saluran pernapasan tersebut juga bervariasi tergantung virulensinya; c. *Pengobatan kurang tepat, p*engobatan yang tepat dan adekuat akan meningkatkan keberhasilan. Pengobatan yang tidak tepat dan kurang adekuat akan mengakibatkan infeksi tidak sembuh sempurna, kuman menjadi resisten dan bisa menyebabkan timbulnya komplikasi yang serius. Sebenarnya hasil pengobatan ISPA tidak hanya ditentukan oleh kecepatan dan ketepatan pengobatan, tetapi juga oleh status gizi penderita dan umur, juga ada dan tidaknya penyakit lain yang menyertai ISPA dan faktor-faktor lainnya. (**Suwendra**, 1988)

6. *Bahaya ISPA bagi anak balita*

Bahaya ISPA menyerang bayi dan balita. Setiap tahun seorang anak rata-rata menderita ISPA 3-6 kali. Kematian pada penderita ISPA terjadi jika penyakit telah mencapai derajat berat. Paling sering kematian terjadi karena infeksi telah mencapai paru-paru.

Keadaan ini disebut sebagai radang paru-paru mendadak atau **Pneumonia**. Sebagian besar keadaan ini terjadi karena penyakit ISPA ringan yang terabaikan.

Kadang-kadang ISPA tidak mengakibatkan kematian tetapi cacat (**Roesin dan Indriyono,**1995). ISPA dengan gejala batuk pilek biasa bisa menjalar ke rongga tengah sehingga bisa mendesak selaput gendang pendengaran dan mengakibatkan tuli. ISPA yang berulang-ulang bisa mempengaruhi paru-paru sehingga mengganggu pernapasan. Jika penderitanya orang dewasa akan terjadi sesak napas kronis (menahun).

7. *Penularan*

   a. Secara langsung melalui kontak oral atau tetes hidung,

   b. Secara tidak langsung melalui tangan, saputangan, peralatan makan dan benda lain yang dihisap melalui saluran pernafasaan .

8. *Pencegahan*

   Hindari kehidupan yang ramai dan banyak istirahat/tidur, Pendidikan umum dalam kesehatan perorangan, seperti dalam menutup mulut ketika batuk dan bersin, dalam membuang kotoran dari mulut dan hidung dan sering mencuci tangan.

9. *Faktor Resiko*

   Keadaan sosial dan ekonomi berpengaruh bagi angka kejadian ISPA. Pendidikan yang baik diharapkan membawa serta perubahan ke pola pikir secara positif terhadap berbagai masalah termasuk masalah kesehatan; Status kesehatan dan lingkungan juga berpengaruh terjadinya ISPA (**Trastotenojo**, 1984) antara lain

   a. *Faktor Perilaku;* 1) Tidak diberinya imunisasi standar kepada anak-balita; DPT, Folio dan tindakan-tindakan preventif kesehatan dasar

lainnya yang memang seharusnya dilakukan oleh para orangtua terhadap anak balitanya; 2) Tidak diberinya makanan bergisi sehingga anak mampu tumbuh dan berkembang secara normal. Pemberian makanan standar bergisi cukup seperti; nasi, sayur, lauk (4 sehat) dan pemberian susu, ASI jika anak-balita di bawah dua tahun atau susu sapi/susu kaleng bagi usia anak di atas umur tersebut; 3) Tidak diberinya pendidikan kesehatan primer; pembiasaan sejak anak balita diperkenalkan pendidikan 'kamar mandi'; cebok setelah buang air besar (BAB), cuci tangan; sebelum–sesudah makan, dan PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) secara umum; 4) Tidak melarang anak balita bermain atau berkumpul untuk sementara jika diketahui bahwa anak balitanya sedang sakit ISPA (isolasi tehadap penderita) sehingga mencegah penularan penyakit.

b. *Faktor Lingkungan* adalah; 1) Padatnya penghuni rumah/kamar; 2) Tidak adanya ventilasi udara; 3) Pencemaran udara oleh asap dapur. (Depkes RI,1992)

10. Penanganan

a. *Pemberian Makanan,* usahakan memberikan makanan seperti biasa dengan makanan yang cukup bergizi. Berikan sedikit-sedikit tetapi lebih sering dari biasanya, apalagi jika muntah. Pemberian ASI pada bayi yang menyusui juga tetap diteruskan;

b. *Pemberian Minuman,* usahakan pemberian cairan (air putih, air buah, dan sebagainya) lebih banyak dari biasanya. Ini akan membantu

mengencerkan dahak. Kekurangan cairan akan menambah parah sakit yang diderita.

c. *Mengatasi Demam,* dikompres: 1) Ambil secarik kain bersih, 2) Sediakan air dingin yang bersih atau air es yang bersih, 3) Tempelkan di dahi dan kepala anak, 4) Jika kain sudah tidak dingin lagi, celupkan kembali ke dalam air dingin untuk dilakukan pengompresan kembali, 5) Berikan obat penurun panas yang tersedia di pasaran,

d. *Pilek,* lubang hidung harus diberdihkan dari ingus agar anak dapat bernapas dengan lancar. Buanglah ingus pada tempat yang semestinya, dan hati-hati membersihkan hidung jangan sampai terluka.

e. *Batuk,* obat batuk tradisionil yang dianjurkan oleh petugas kesehatan (**Depkes RI, 1992,Ditjen PPM dan PPL**) ialah; campurkan air jeruk nipis dan kecap manis atau madu (½ senduk kecap manis dan ½ senduk jeruk nipis). Jika batuk mengeluarkan dahak, buanglah di tempat yang disediakan untuk itu, dan jika sedang batuk, tutuplah mulut sehingga tidak terjadi penularan kepada yang lain.

f. *Lain-lain,* tidak dianjurkan mengenakan pakaian atau selimut yang terlalu tebal dan rapat, lebih-lebih pada anak demam. Kenakan pakaian yang tipis dan ringan. Jika pilek, bersihkan hidung akan mempercepat kesembuhan dan menghindari komplikasi yang lebih parah. Usahakan lingkungan tempat tinggal yang sehat, yaitu yang berventilasi cukup dan tidak berasap. Awasi adanya tanda-tanda penyakit bertambah parah yaitu:

1) anak tidak mau minum, 2) napas sesak, 3) napas cepat. Apabila selama perawatan di rumah keadaan memburuk, segera dibawa kepada petugas kesehatan atau Puskesmas. Untuk penderita yang mendapat obat anti biotik selain tindakan di atas, usahakan agar obat yang diperoleh tersebut diberikan dengan benar selama lima hari penuh. Untuk penderita yang mendapat antibiotik, usahakan agar setelah dua hari anak dibawa kembali ke petugas kesehatan untuk pemeriksaan ulang **(Depkes,1992,PPPI-ISPA)**

B. Anak Balita

Pengertian anak balita terdapat berbagai pendapat mengenai pembagian tahap-tahap tumbuh-kembang anak Dalam tulisan ini digunakan pembagian berdasarkan Hasil Rapat Kerja UKK Pediatri Sosial di Jakarta ,1986 yaitu sebagai berikut:

1. *Masa prenatal*
   a. Masa mudigah/embrio: konsepsi sampai dengan delapan minggu
   b. Masa janin/fetus: sembilan minggu sampai dengan lahir
2. *Masa bayi*: usia 0 sampai dengan 1 tahun
   a. Masa neonatal: usia 0 sampai dengan 28 hari
      - Masa neonatal dini: 0 sampai dengan 7 hari
      - Masa neonatal lanjut: 8 sampai dengan 28 hari
   b. Masa pasca neonatal: 29 hari sampai dengan 1 tahun
3. *Masa pra-sekolah*: usia 1 sampai dengan 5 tahun
4. *Masa sekolah* : usia 6 sampai dengan 18 tahun atau 20 tahun

a. Masa pra-remaja : usia 6 sampai dengan 10 tahun

b. Masa remaja :

1) Masa remaja dini:

- Wanita, usia 8 sampai dengan 13 tahun

- Pria, usia 10 sampai dengan 15 tahun

2) Masa remaja lanjut

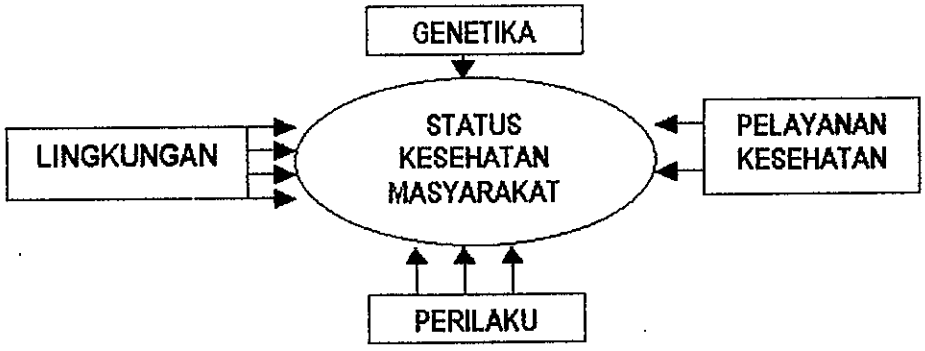
- Wanita, usia 13 sampai dengan 18 tahun

- Pria, usia 15 sampai dengan 20 tahun (**Soetjiningsih,1995:17**)

Bahwa pengertian anak balita adalah anak usia pra sekolah, yakni usia 1 – 5 tahun.

C. Perilaku Orangtua

Menurut HL **Blum** (2000:29) status kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh beberapa factor. Faktor lingkungan memiliki porsi terbanyak dalam menentukan status kesehatan masyarakat, seperti Gambar 2.1 berikut ini:



Gambar 2.1: *Status Kesehatan Masyarakat*
Blumm,HL:2000

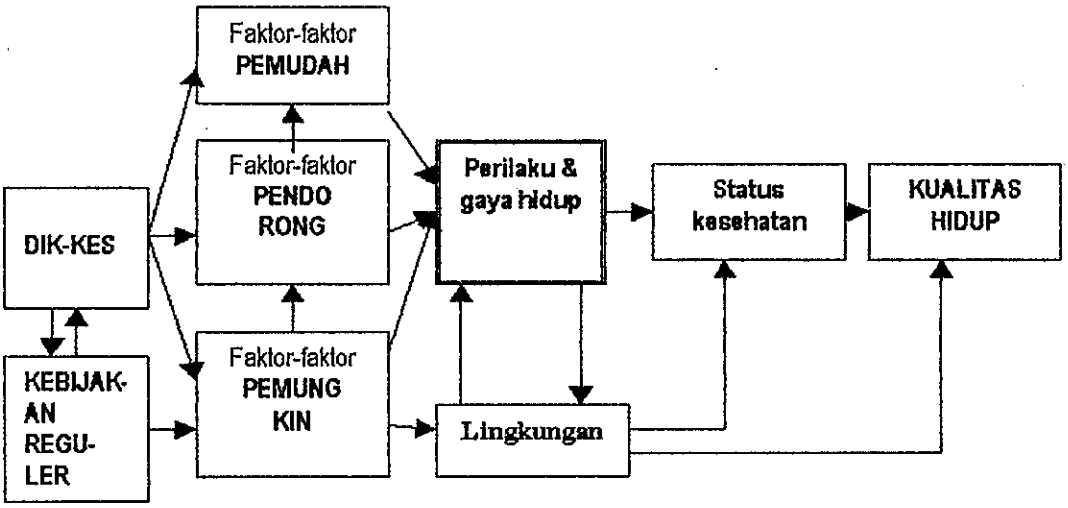
Menurut **WHO** dalam **P2PM Depkes (1991:4)** justru manusia tetap sebagai penentu status kesehatannya, dan itu berarti jika dikonfirmasikan

dengan pendapat Blumm di atas dapat dimengerti bahwa keadaan lingkungan tergantung dari manusia yang mengelolanya. Untuk memahaminya pengertian perilaku manusia, dijelaskan sebagai berikut:

1. Pengertian perilaku

Pengertian perilaku menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia ialah 'Tanggapan atau reaksi individu terhadap rangsangan atau lingkungan' (**BKBBI,1995:755**) dan komponen perilaku menurut Saifudin Azwar ialah '...bagaimana orang akan berperilaku dalam situasi tertentu dan terhadap stimulus tertentu akan banyak ditentukan oleh bagaimana kepercayaan dan perasaannya terhadap stimulus tersebut. Kecenderungan berperilaku secara konsisten, selaras dengan kepercayaan dan perasaan ini membentuk sikap individual' (**Azwar,Saifudin,1988:21**).

Perilaku seseorang dalam menghadapi penyakit dipengaruhi oleh beberapa faktor, menurut **Green** (1991:19) bahwa faktor pendidikan kesehatan yang saling terkait dengan faktor kebijakan reguler yang merupakan faktor-faktor pemudah, pendorong dan pemungkin. Sehingga menghasilkan perilaku dan gaya hidup individu yang terkait pula dengan kondisi lingkungan yang memungkinkan status kesehatan individu tersebut untuk menuju kualitas tertentu dari individu. Rangkaian ini dapat dipahami dalam Gambar 2.2 berikut ini:



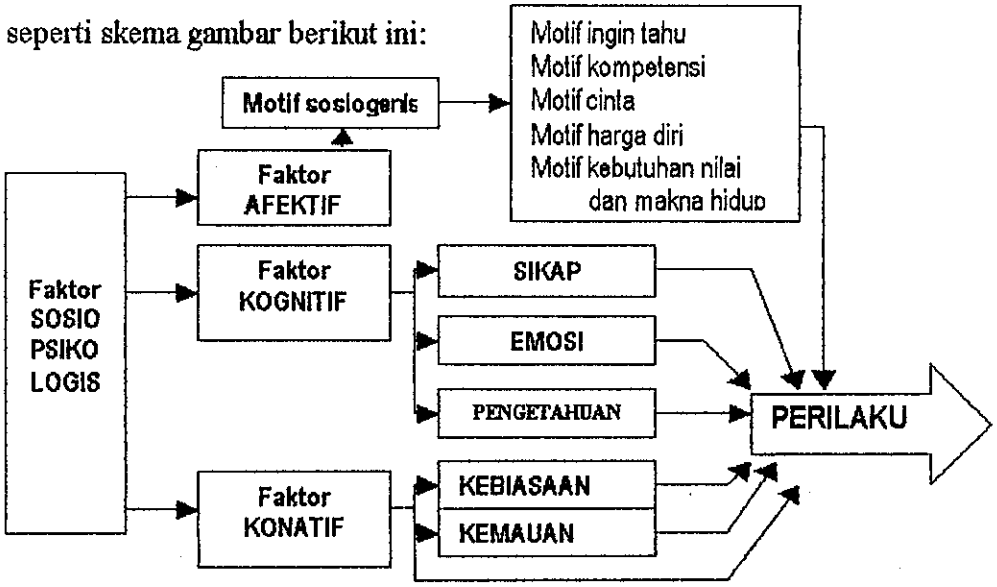
Gambar 2.2: *Faktor-faktor dalam Intervensi Pendidikan*
Lawrence Green,1991

Pendidikan Kesehatan (DIK-KES) dimaksudkan adalah proses transformasi yang dilakukan oleh institusi kesehatan terhadap masyarakat perihal kesehatan primer. Kebijakan Reguler dimaksudkan adalah tata laksana yang dilakukan oleh institusi kesehatan dalam mengatur atau memfasilitasi kesehatan masyarakatnya. Pendidikan Kesehatan dan Kebijaksanaan Reguler ini saling berkait, di mana Kebijakan Reguler menjadi Faktor Pemungkin terkondisinya status kesehatan masyarakat dan Pendidikan Kesehatan yang dilakukan institusi kesehatan setempat mempengaruhi Faktor Pemudah, Faktor Pendorong dan Faktor Pemungkin dari komunitas dalam memperoleh suatu kondisi kesehatannya yang secara langsung ataupun tidak langsung mempola 'gaya hidup' komunitas.

Faktor-faktor 'Pemudah' antara lain adalah keterjangkauan layanan sarana kesehatan terhadap komunitas, faktor-faktor 'Pendorong' antara lain adalah keadaan sakit anggota keluarga individu yang mendorong individu

tersebut berupaya untuk memperoleh penyembuhan. Faktor-faktor Pemungkin antar lain ialah kesadaran adanya suatu kondisi tersebut adalah 'sakit' yang konsekuansinya membutuhkan penyembuhan, juga antara lain kemampuan mengatasi biaya pengobatan dan kemampuan pembiayaan dalam menyeleuggarakan lingkungan sehat. Ketiga factor-faktor ini nampak pada 'perilaku dan gaya hidup' keseharian komunitas yang dapat menentukan 'status kesehatan'-nya yang pada akhirnya akan didapat 'kualitas hidup' dari komunitas tersebut.

Meninjau pula pendekatan **Rachmat, Jalaludin** (1988:21) yang berpangkal kepada kondisi sosiopsikologis individu melahirkan perilaku seperti skema gambar berikut ini:



Gambar 2. 3.: *Faktor-faktor Afeksi, Kognisi, dan Konasi*
Rachmat, Jalaludin, 1988

Gambar di atas dimaksudkan oleh Rahmat, Jalaludin bahwa faktor-faktor afeksi, kognisi, dan konasi di latarbelakangi oleh faktor sosiopsikologis yakni faktor perilaku hubungan social. Sedangkan factor afeksi mempengaruhi motif sosiogenis atau motif dalam cakupan; rasa ingin tahu,

kepentingan, kasih-sayang, harga diri, dan motif akan kebutuhan nilai dan makna hidup yang kesemuanya menjadi bagain dari keberadaan individu. Motif sosiogenis ini langsung mempengaruhi perilaku. Faktor kognisi mempengaruhi wawasan yang mempengaruhi sikap dan emosi individu dalam berperilaku, dan faktor konasi sebagai tahap kecenderungan tinggi dalam mendorong perilaku, dipengaruhi oleh kebiasaan dan kemauan dari individu tersebut.

2. **Perilaku orangtua**

Menurut **Soetjiningsih** (1995:4) Peranan orangtua dalam mendampingi proses tumbuh-kembang anak-anak ialah memfasilitasi tiga kebutuhan dasar tumbuh-kembang anak, yakni kebutuhan: a) asuh, b) asih, dan c) asah. Adapun uraiannya sebagai berikut;

a. *Asuh (kebutuhan fisik-biomedis)* meliputi antara lain; 1) perawatan kesehatan dasar; imunisasi, ASI, penimbangan bayi/anak yang teratur, pengobatan kalau sakit, dll., 2) papan/pemukiman yang layak, 3) hygiene perorangan, sanitasi lingkungan, 4) sandang, dan 5) kesegaran jasmani, rekreasi.

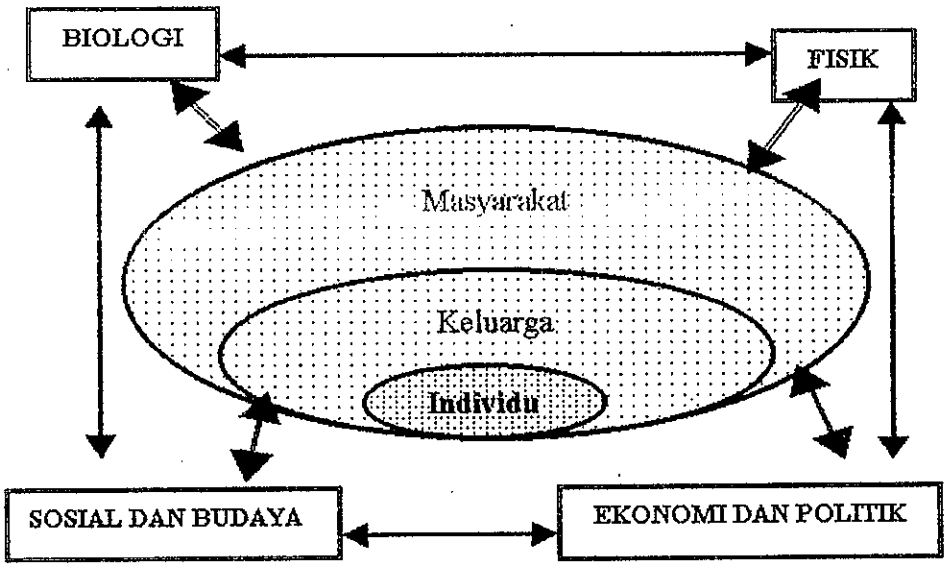
b. *Asih (kebutuhan emosi/kasih sayang)* ialah; pemberian kasih sayang sedini mungkin terhadap anak sehingga tercipta ikatan yang erat (*bonding*) dan kepercayaan dasar (*basic trust*) yang akan membentuk fisik, sosial maupun social emosi yang sehat.

c. *Asah (kebutuhan akan stimulasi mental)* ialah dengan perlakuan; Stimulasi mental merupakan cikal bakal dalam proses belajar

(pendidikan dan pelatihan) pada anak. Stimulasi mental ini akan mengembangkan mental psikososial: kecerdasan, ketrampilan, kemandirian, kreativitas, agama, kepribadian, moral-etika, produktivitas, dan sebagainya. **(Soetjiningsih,1995:14)**

3. **Pengaruh keluarga dan adat istiadat**

Beberapa faktor yang mempengaruhi perilaku orang tua terhadap anaknya adalah; a) pekerjaan/pendapatan keluarga, b) pendidikan ayah/ibu, c) jumlah saudara, d) jenis kelamin dalam keluarga, e) stabilitas rumah tangga, f) kepribadian ayah/ibu, g) adat istiadat, norma-norma, tabu-tabu, h) agama, i) urbanisasi, dan j) kehidupan politik.



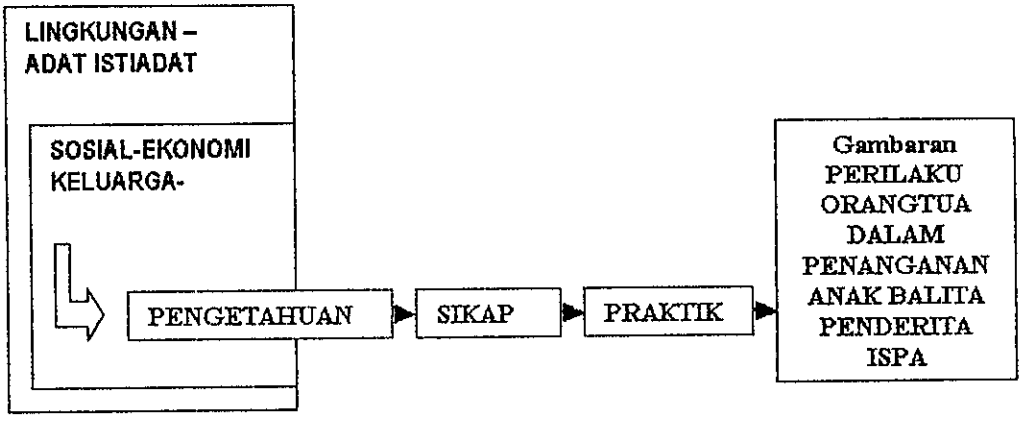
Gambar 2.4 : *Pengaruh keluarga dan adat istiadat*
Soetjiningsih, 1995

Dijelaskan melalui Gambar 4 di atas ini oleh Soetjiningsih bahwa perilaku individu dipengarhui oleh pekerjaan/pendapatan keluarga, pendidikan ayah/ibu, jumlah saudara, jenis kelamin dalam keluarga, stabilitas rumah

tangga, kepribadian ayah/ibu, agama dan kondisi keluarga tersebut dipengaruhi oleh adat istiadat, norma-norma, tabu-tabu, kemudian masyarakat dipengaruhi oleh sosial-budaya urban, dan oleh hegemoni ekonomi-politik saat itu.

D. Kerangka teori

Berdasar pemahaman tinjauan pustaka perihal ISPA dan pemahaman pola asuh orang tua dan keberadaan anak balita, kondisi lingkungan dan adat istiadat yang melingkungi orang tua mempengaruhi pola asuh terhadap anak balita secara umum. Selanjutnya, keadaan secara umum itu berkaitan dengan keberadaan sosial ekonomi keluarga secara spesifik mempengaruhi pengetahuan, sikap dan praktik dalam penanganan anak balita yang sedang menderita ISPA. Sisitematika pendekatan ini diharapkan mengungkapkan gambaran umum perilaku orang tua dalam penanganan anak balita penderita ISPA, maka diusulkan Model Kerangka Teori Perilaku Orang Tua dalam Penanganan Anak Penderita ISPA yang disajian pada Gambar 5 berikut ini:



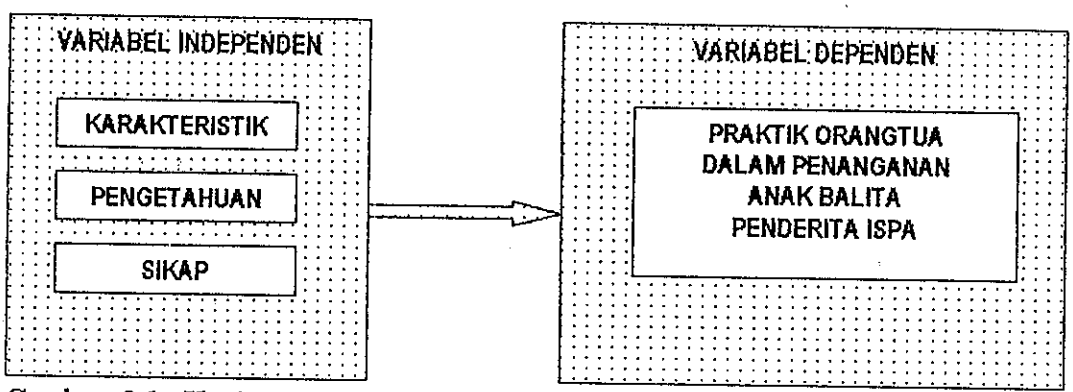
Gambar 2.5 : *Model Kerangka Teori Perilaku Orang Tua dalam Penanganan Anak Balita Penderita ISPA*
(Dasar bangunan teori = Blumm, HL; Green L; Rahmat dan Soetjiningsih)

UPT-PUSTAK-UNDIP

BAB III
METODE PENELITIAN

A. Kerangka konsep

Berdasar kerangka teori yang diusulkan maka dilakukan operasionalisasi konsep guna pelaksanaan penelitian di lapangan sebagai berikut



Gambar 3.1: *Usulan Kerangka Konsep*

B. Definisi Operasional

1. Karakteristik Informan

a. *usia informan* adalah umur orangtua anak balita penderita ISPA sebagaimana usia informan yang tertera dalam KTP.

b. *status hubungan informan,* adalah posisi informan terhadap anak penderita ISPA, sebagai bapak ataukah sebagai ibu yang dapat dimengerti melalui kartu keluarga.

c. *status pekerjaan,* adalah jabatan dalam mata pencaharian informan di tempat kerjanya, sebagai; pemilik, pekerja, atau serabutan.

d. pendapatan informan, adalah jumlah perolehan uang yang dipergunakan untuk pemenuhan kebutuhan rumah tangga, yakni

untuk; makanan-minuman dan pemeliharaan domisili. Dengan kriteria; cukup, kurang, atau sangat kurang (minus) yang berbanding dengan biaya proses produksinya.

e. *pendidikan tertinggi,* adalah jenjang sekolah informan terakhir diperoleh.Tidak sekolah, tamat SD, Tamat SLTP, Tamat SMU-SMK, Diploma, S_1 atau lebih.

f. *jumlah anak,* adalah banyaknya anak yang menjadi tanggungan informan sekarang ini.

g. *kepadatan hunian dalam rumah,* adalah jumlah jiwa penghuni di dalam rumah; 2-4 orang atau lebih dari 5 orang.

h. *kepribadian informan,* adalah sifat responden terbuka (mau menerima pendapat orang lain), tertutup (tidak mau menerima pendapat orang lain), atau masa bodoh terhadap status kesehatan anak balitanya.

i. *adat istiadat komunitas,* adalah kebiasaan yang dilakukan dalam keluarga dalam pola penanganan anak penderita sakit ISPA.

j. *norma-norma,* adanya aturan-aturan yang berlaku di komunitas informan yang mempengaruhi pola penanganan anak penderita sakit ISPA

k. *keyakinan (belief),* adalah kepercayaan informan terhadap keberadaan ISPA.

l. pola kehidupan sodal, adalah kebiasaan keseharian dalam hubungan kemasyarakatan informan yang berkaitan dengan pola penanganan anak balita sakit ISPA.

2. **Pengetahuan**

   Adalah pemahaman informan perihal ISPA, mulai dari pemahaman gejala, bahaya, cara-cara pencegahan, dan penyembuhannya

3. **Sikap**

   Adalah tanggapan yang berhubungan dengan rasa yang menyatakan setuju atau tidak setuju, senang atau tidak senang informan terhadap cara-cara pencegahan, dan penyembuhannya.

4. **Praktik**

   Adalah tindakan informan pada saat anak balitanya muncul gejala, tindakan pencegahan, dan pengobatan terhadap anak balitanya dalam kaitannya dengan penyakit ISPA.

5. **ISPA**

   Adalah Infeksi Saluran Pernapasan Atas yang dapat dikenali dengan tanda-tanda; batuk kering, pilek, muntah, diare, lesu-tidak enak badan, dan demam. Kondisi penderita ini dapat diperoleh melalui pengamatan langsung.

6. **Anak balita**

   Yang dimaksudkan dengan anak balita adalah anak usia 1 sampai 4 tahun atau usia pra-sekolah.

C. Jenis Penelitian

Rancangan penelitian dalam upaya mencapai tujuan memperoleh gambaran perilaku orangtua dalam penanganan anak balita penderita ISPA, melalui memahami faktor pengetahuan, sikap, dan praktek. Penelitian ini termasuk jenis penelitian deskriptif dengan sample tipikal-purposif yang stratifikatif dalam pendekatan partisipatif eksploratori terhadap subyek penelitian melalui metode wawancara, observasi, dan studi dokumen. Peneliti sebagai instrumen kunci melakukan kontak person langsung dalam studi situasi alamiah (*naturalistic inquiry*) terhadap informan dengan sikap bebas nilai berdasar netralitas empati sebagai cara masuk (*entry)* analisis induktif dinamis perspektif yang berorientasi pada kasus unik yang terbuka dan bersifat pendekatan *holistik* akomodatif terhadap ragam informasi yang bermuatan kedalaman arti dan wawasan yang 'mempribadi-internal subyektif berdasar pengalaman' (*insight),* sehingga memungkinkan kelenturan *design* penelitian ini sesuai dengan temuan-temuan yang berkembang di lapangan untuk mencapai validitas penelitian. **(E. Kristi, 1998: 29-40).**

D. Informan Penelitian

RW-1 Kelurahan Bandarharjo terdiri dari 9 RT . Dengan pengambilan sample secara tipikal dan purposif stratifikatif dalam pendekatan partisipatif eksploratori terhadap subyek penelitian, maka diperoleh tiga sampel sebagai informan utama dan enam informan pendukung.

1. *Informan utama penelitian*:

   Informan utama penelitian adalah sejumlah tiga orang tua yang kesehariannya langsung menangani anak penderita ISPA yang diambil secara purposif dari sembilan RT yang masuk dalam nominasi tujuan penelitian (tipikal dan purposif stratifikatif) dengan kriteria;

   a. Ekonomi = 1) baik; mampu menyelenggarakan kebutuhan makan 4 sehat dan memiliki investasi dana untuk kesehatan, 2) cukup; mampu menyelenggarakan kebutuhan makan empat sehat, 3) kurang; tidak mampu menyelenggarakan kebutuhan makan empat sehat

   b. Sosial = 1) baik; pergaulan baik dengan lingkungan dan menjadi panutan, 2) cukup; pergaulan baik dengan lingkungan, 3) kurang; pergaulan dengan lingkungan buruk di RW-1 Kelurahan Bandarharjo.

2. *Informan pendukung penelitian:* adalah sejumlah enam orang yang diperoleh dan terdiri dari: Dua orang tetangga pada masing-masing informan utama

E. Teknik Pengumpulan Data

1. *Wawancara,* dengan menggunakan materi pedoman umum wawancara untuk wawancara mendalam individual kepada informan utama dan kepada infroman pendukung. (**Poerwandari**,1998:73).
2. *Observasi*, sebagai bahan refleksi atas hasil wawancara **Poerwandari** (1998: 64-65) ; a) observasi dalam wilayah pengamatan individual

kepada informan utama: kebiasaan sehari-hari, dan b) observasi antar wilayah pengamatan terhadap lingkungan informan utama: kondisi rumah.

3. *Studi dokumen, s*ebagai informasi/bahan pendukung hasil wawancara dan observasi (Matthew, 1992:461). Antara lain melalui data yang ada pada Pelayanan Kesehatan komunitas: KMS (Kartu Menuju Sehat), Kartu Berobat, dan dokumen penunjang lainnya.data Rekam Medik atas anak balita yang bersangkutan.

F. Analisis Data

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis kualitatif yang bersifat terbuka dan mengikuti pola berpikir *induktif.* Dalam proses berpikir *induktif*, pengujiannya bertitik tolak dari data yang telah terkumpul untuk dianalisis.

Data kualitatif diolah sesuai dengan karakteristik penelitiannya dan diolah dengan metode analisis deskripsi Pengolahan data disesuaikan dengan tujuan penelitian selanjutnya diverifikasi dan disajikan dalam bentuk deskriptif.

Tahapan analisis data adalah pengumpulan data, reduksi data, penyajian data, verifikasi dan penarikan simpulan Sedangkan pendekatan yang digunakan adalah pendekatan emik (*Emic Dimention*), peneliti mengidentifikasi masalah responden dan menguraikan dari apa yang telah didengar secara nyata tanpa mempengaruhi opini informan. **(Rahmat,2001:11)**

G. Validitas dan Reliabilitas Data

Uji validitas dimaksudkan untuk meningkatkan validitas tampak dan konstruk dari sesuatu yang akan diteliti. Melalui uji coba dapat diketahui adanya pertanyaan yang benar-benar mengukur dari yang hendak diukur.

Menurut Matthew (1992), uji validitas yang dilakukan pada penelitian kualitatif disebut triangulasi. Triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain di luar data itu untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding tehadap data itu. Triangulasi data dilakukan dengan *cross check* data kepada tetangga responden, tokoh masyarakat juga kepapa petugas kesehatan masyarakat setempat. Teknik pemeriksaan keabsahan data dengan triangulasi dapat dilakukan melalui sumber data, metode dan teori. Kemudian untuk reliabilitas (keterandalan) pada hasil penelitian kualitatif ini dapat dicapai dengan melakukan *auditing data*. Hal ini dapat dilakukan dengan cara mengelompokkan data hasil wawancara yang disesuaikan dengan topik topik penelitian. **(Matthew, B.M, 1992)**

BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Umum

1. Batasan Wilayah

a. Batasan letak geografis

Berdasar informasi dari Kantor Statistik Kota Semarang (2002) Kelurahan Bandarharjo terletak pada garis; 6^0 50^0 -70^0 10' Lintang Selatan dan garis 109^0 35' -110^0 – 50^0 Bujur Timur. Hidrologi dan klimatologi; Kemarau April – November; hujan November – April; Suhu udara maksimum 32,10 °C– minimum 22,60 °C, suhu rata-rata 27,30 °C, sedangkan batas alam adalah dua sungai yang mengapit, yaitu; Kali Semarang dan Kali Baru. **(Kantor Statistik Semarang,2002)**

b. Batas wilayah

Batas wilayah Kelurahan Bandarharjo ialah;

Sebelah Utara; Laut Jawa,

Sebelah Timur; Kelurahan Tanjung Mas,

Sebelah Barat; Kelurahan Panggung Lor,

Sebelah Selatan; Kelurahan Kuningan.

Kelurahan Bandarharjo terdiri dari duabelas RW dan masih terbagi lagi menjadi sembilan puluh RT. Sedangkan lokasi desa tersebut terbagi menjadi dua bagian karena terpisahkan oleh jalan arteri yang

memisahkan wilayah RW 1 dari RW-RW lainnya di wilayah Kelurahan Bandarharjo.

2. Keadaan Wilayah.

Pemukiman urban yang dihuni sejak tahun 1950-an ini sebagai pemukiman yang tumbuh tanpa suatu perencanaan tata ruang, sehingga penyelenggaraan sarana-sarana umum bagi warga, seperti ruang untuk jalan-jalan penghubung, pengaturan pengairan (untuk di konsumsi maupun untuk pembuangan limbah), makam, sekolahan, tempat ibadah, pelayanan kesehatan dan pemukiman itu sendiri dibangun atau diselenggarakan tanpa perencanaan atau menempati ruang-ruang seadanya. Bahkan ruang untuk pasar sampai sekarang belum terselenggara, sehingga warga melakukan jual-beli di tempat-tempat pinggir jalan di mana lokasi tersebut berkecenderungan banyak warga yang melaluinya, misalnya di tepi-tepi jalan penghubung atau di area terbuka yang memungkinkan untuk jual-beli.

Pada tahun 80-an, komunitas wilayah Kelurahan Bandarharjo dan Kelurahan kuningan yang terletak di sebelah selatan arah Timur pada kurun tahun itu dikenal sebagai 'daerah hitam' karena banyak peristiwa-peristiwa kriminal terjadi di wilayah ini. Dapat dipahami bahwa perilaku-perilaku menyimpang dari tatanan social ini dapat terjadi karena komunitas tersebut dalam proses adaptasi dari social - budaya nelayan-

agraris kemudian bertahap memasuki pola social-budaya urban-industri yang kompetitif.

3. Sosial Demografi

a. Sebaran Penduduk

Sebaran Penduduk diketahui sebagaimana dalam Tabel 4.1 berikut ini;

Tabel 4.1: Penduduk Kelurahan Bandarharjo Tahun 2002

Usia	Jml	P	L	%
0-5<	1,068	623	445	5.74
>5-15<	1,071	565	506	5.75
>15-21<	3,006	1,643	1,363	16.15
>21-26<	2,103	957	1,146	11.30
>26-35<	2,201	1,203	998	11.82
>35-50<	4,579	2,309	2,270	24.60
>50-60<	4,027	2,016	2,011	21.63
>60	562	299	263	3.02
Total	18,617	9,615	9,002	100.00

Sumber data: Sekertaris Kelurahan.Bandarharjo

Jumlah penduduk berusia di atas tiga puluh lima tahun sampai dengan sebelum usia lima puluh tahun jumlahnya terbanyak 4.579 jiwa atau 24.60 % dari jumlah jiwa warga Kelurahan Bandarharjo. Urutan terbanyak selanjutnya ialah warga usia di atas lima puluh tahun sampai dengan sebelum usia enampuluh tahun, sejumlah 4.027 jiwa atau 21.63% dari jumlah total warga. Urutan selanjutnya warga usia di atas lima belas tahun sampai dengan sebelum usia dua puluh satu tahun sejumlah 3.006 jiwa atau 16.15% dari jumlah keseluruhan jiwa warga Kelurahan Bandarharjo. Warga usia di atas duapuluh satu tahun sampai dengan usia sebelum duapuluh enam tahun dan warga usia di atas duapuluh enam tahun sampai dengan usia sebelum tiga puluh lima tahun berjumlah hampir sama, yakni persentasenya 11.30% dan 11.82% dari

jumlah jiwa keseluruhan, yakni jumlah riilnya 2.103 dan 2.201 jiwa, begitu pula warga usia 'nol' sampai dengan usia kurang dari lima tahun dan warga usia diatas lima tahun sampai dengan usia sebelum lima belas tahun berjumlah hampir sama, yakni 5.74% dan 5.75% terpaut tiga jiwa dari usia dibawah lima tahun atau angka riilnya, 1.068 dan 1.071 anak.

b. Pola Pemukiman

Keadaan pemukiman warga Kelurahan Bandarharjo pada umumnya didirikan di atas tanah atau hasil menimbun rawa-rawa untuk memproleh sebidang tanah yang dianggap cukup untuk mendirikan atau membangun rumahnya. Oleh karena itu bangunan-bangunan pemukiman pada umumnya diluar 'Perencanaan Tata Guna Tanah' Pemerintah, sehingga tata guna tanah atas pemanfaatan fungsi-fungsi lahan dalam kategori pemukiman layak. Tata ruang untuk pasar dan sarana umum lainnya tidak terdapati dan jalan-jalan atau gang-gang keberadaannya mengikuti peluang bidang tanah yang tidak atau belum terdapat bangunan pemukiman. Secara umum pola pemukimannya tidak beraturan, baik dari segi kuantitas bangunan (permanen - semi permanen - non permanen) bahkan secara kualitas kriteria rumah sehat dalam lingkungan sehat, tidak tepenuhi.

Untuk mengatasi kepadatan penduduk di kawasan tersebut, Pemerintah mendirikan rumah susun di lokasi RW 3 dan RW 4 Kelurahan Bandarharjo yang dihuni oleh 210 KK dari beberapa RW.

c. Sarana Umum

Di wilayah Kelurahan Bandarharjo terdapat tempat Ibadah lima Masjid, duapuluh delapan Surau, dan dua gereja. Sarana pendidikan yang ada adalah TK= lima, SD = sepuluh, dan sebuah SLTP, dan diselenggarakan Kejar Paket A,B,C. Rata–rata pendidikan tertinggi SLTP, hambatan pada umunya ialah biaya sekolah, sehingga pada umumnya setelah tamat SD ataupun SLTP langsung kerja pada pabrik atau menjual jasa dan berdagang

d. Mata Pencaharian

Mata Pencaharian pada mulanya adalah nelayan yang berasal dari berbagai desa pantai pesisir pulau Jawa (Tahun 1950-an), perkembangan kemudian menjadi petani tambak, dan akhir-akhir ini banyak di antara mereka menjadi buruh pabrik, di samping sebagian sebagai pedagang hasil pantai.dan hasil tambak. Hasil inventarsisasi atas jenis-jenis mata pencaharian warga ialah; buruh, pedagang, bengkel, nelayan, tukang kayu, pemulung, tukang ojek, wiraswasta, sopir-kernet, dan serabutan.

4) Keadaan Sarana dan Tenaga Kesehatan

a. Kualitas Kesehatan Anak

Hasil pencatatan Program Pelayanan KIA-KB Puskesmas Bandarharjo 2003 berdasar laporan Pos-pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) dari sejumlah empat puluh lima Posyandu yang tersebar dan

satu Posyandu di lingkungan Rumah Susun, ditemukan bahwa anak balita 68 anak balita dalam kondisi gizi buruk atau BGM (Bawah Garis Merah) dalam catatan KMS (Kartu Menuju Sehat) pada masing-masing Posyandu. Menurut Petugas Kesehatan Puskesmas, para kader Posyandu tidak begitu aktif dalam memotivasi kepada ibu-ibu yang memiliki anak balita, mereka cenderung menunggu digerakkan oleh Petugas Kesehatan Puskesmas Bandarharjo.

b. Keadaan 10 Besar Penyakit

Keadaan Sepuluh Besar Penyakit dapat dilihat pada Tabel 4.2 berikut ini;

Tabel 4.2: Sepuluh Besar Penyakit
Pada Puskesmas Bandarharjo
Tahun 2002

NO	JENIS PENYAKIT	PENDERITA	
		JUMLAH	%
1	Infeksi Saluran Pernapasan Atas Akut	15,857	50.88
2	Penyakit Kulit dan Jaringan Bawah Kulit	4,169	13.38
3	Penyakit pada Sistem Otot & Jaringan Pengikat (Artitis)	3,133	10.05
4	Penyakit pada Rongga Mulut	2,078	6.67
5	Penyakit Tekanan Darah Tinggi	2,012	6.46
6	Diare	1,120	3.59
7	Tukak Lambung	1,020	3.27
8	Penyakit pada Mata dan Aneksi	814	2.61
9	Anemia	551	1.77
10	Disentri	412	1.32
		31,166	100.00

Sumber: Data RM Puskesmas Bandarharjo, 2002.

Tabel 4.2, hasil pendataan Rekam Medik (RM) Puskesmas Bandarharjo pada Tahun 2002 menunjukkan penderita terbanyak ialah penderita penyakit ISPA (Infeksi Saluran Pernapasan Atas Akut) sejumlah 15.857 penderita atau 50.88% lebih dari separo dari jumlah

sepuluh besar penderita penyakit pada kurun tahun tersebut. Catatan terbanyak selanjutnya ialah penderita penyakit kulit dan jaringan bawah kulit, sejumlah 4.169 penderita atau 13.38% penderita. Selanjutnya penderita penyakit pada sistem otot dan jaringan pengikat atau artitis, sejumlah 3.133 penderita. Penderita penyakit pada rongga mulut dan penderita penyakit tekanan darah tinggi hampir sama banyak penderitanya, yakni 2.078 dan 2.012, terpaut 66 penderita, di mana penyakit pada Rongga Mulut lebih banyak 66 penderita dari pada penderita penyakit Tekanan Darah Tinggi. Demikian pula penderita Diare dan Tukak Lambung dicatat jumlah yang mendekati banyak penderitanya, di mana penderita Diare sejumlah 1.120 dan penderita penyakit Tukak Lambung sejumlah 1.020 penderita atau 100 penderita Diare lebih banyak dari pada penderita penyakit Tukak Lambung. Urutan selanjutnya ialah penderita penyakit Mata dan Aneksi, sejumlah 814 penderita, penderita Anemia, sejumlah 551 penderita, dan penderita Disentri sejumlah 412 penderita.

c. Puskesmas Induk

Puskesmas berada di seberang selatan jalan arteri berjarak ± 70 meter dari lokasi wilayah RW-1 Bandaraharjo, dipimpin oleh seorang dokter umum dan dibantu oleh seorang bidan koordinator lulusan sekolah kebidanan, dua bidan desa lulusan sekolah kebidanan dan tiga perawat lulusan Akademi Keprawatan dan Sekolah Perawat Kesehatan,

seorang dokter gigi yang dibantu oleh seorang perawat lulusan Sekolah Perawat Gigi; seorang asisten apoteker; dan seorang analis; kemudian seorang petugas Gizi, tiga orang karyawan kesehatan, seorang TU lulusan SLTP dan lima orang harian lepas. Rata-rata tiap hari melayani 50 pasien dengan jam layanan dari jam 08.^{00} sampai jam 12.^{00} WIB.

e. Klinik 24 Jam

Terletak di kompleks Pelabuhan Tanjung Emas, berjarak ± 2 km ke arah timur dari lokasi wilayah RW-1 Bandarharjo yang dipimpin seorang dokter umum dibantu seorang perawat kesehatan lulusan Akademi Keperawatan, dan seorang pembantu umum.

f. Balai Pengobatan "Santosa"

Di wilayah RW-1 Bandarharjo terdapat Balai Pengobatan yang dipimpin seorang dokter umum yang dibantu seorang bidan dan dua orang perawat lulusan Sekolah Perawatan Kesehatan, seorang petugas kesehatan masyarakat dan seorang pembantu umum.

g. Posyandu-Posyandu

Pada tiap RW diselenggarakan Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) sejumlah empat puluh lima Posyandu di lingkungan pemukiman warga dan sebuah Posyandu di lingkungan Rumah Susun yang bermanfaat untuk perawatan rutin terhadap anak-anak dan balita yang didukung oleh Puskesmas Bandarharjo dan dipergunakan sebagai pelayanan promotif dan preventif bagi kesehatan Ibu dan Anak.

B. Gambaran Sasaran Penelitian

1. Batasan Wilayah

Batasan wilayah RW-1 Kelurahan Bandarharjo sebagai berikut; Sebelah Utara: pantai laut Jawa, sebelah Timur: Muara Sungai Pelabuhan Tanjung Mas, sebelah Barat: Rawa-rawa, sebelah Selatan: Jalan arteri Semarang utara. Sedangkan luas wilayahRW-1 Kelurahan Bandarharjo = 3,9 Ha

2. Keadaan Wilayah dan Pemukiman :

Daratan pantai dengan ketinggian tanah ± 0.25 meter tidak merata, genangan air rawa-rawa dan air 'rob' dan alir arus selokan mampat, oleh sebab itu pendirian bangunan rumah tidak beraturan mengikuti peluang tanah yang ada. Meskipun begitu beberapa rumah didapati selalu di genangi air. Bahan bangunan rumah beragam, mulai dari bahan tembok, bangunan semi permanen (setengah tembok), maupun rumah papan (triplek) yang sebagian besar mengabaikan pemanfaatan penyinaran matahari kedalam rumah dan tidak terdapat ventilasi udara antar ruangan, sehingga udara cenderung tidak sehat. Tata guna ruang di dalam rumah biasanya didapati ruang tamu berfungsi sebagai ruang makan dan ruang keluarga, ruang dapur dan kamar mandi biasanya menjadi satu ruang dan kamar tidur juga berfungsi sebagai ruang perbekalan rumah tangga.

3. Sosial Demografi

a. Sebaran Penduduk

Untuk memahami sebaran penduduk RW-1 Keluraha Bandarharjo diperoleh gambaran seperti Tabel 4.3 dibawah ni:

Tabel 4.3: Sebaran Penduduk RW-1 Bandarharjo 2002

	Penduduk RW-1 Bandarharjo				%
	Usia	Jml	P	L	
	0-5<	131	76	55	5.50
	>5-15<	242	123	119	10.17
	>15-21<	366	153	213	15.38
	>21-26<	256	165	91	10.76
	>26-35<	268	115	153	11.26
	>35-50<	558	341	217	23.43
	>50-60<	490	246	244	20.61
	>60	68	43	25	2.88
	Total	2,380	1,262	1,118	100.00

Sumber data: Sekekretaris RW 01 Bandarharjo

Sebaran Penduduk Menurut Umur dan Jenis Kelamin di RW-1 berjumlah 2380 jiwa yang terdiri dari usia 0-4 tahun sejumlah 244 anak balita (perempuan 125 anak balita, laki-laki 119 anak balita), usia 5-9 tahun sejumlah 264 anak (133 anak perempuan, 131 anak laki-laki) usia 10-14 tahun sejumlah 358 anak (193 anak perempuan, 165 anak laki-laki), sejumlah 275 remaja usia 15-21 tahun (142 perempuan, 133 laki-laki), usia 22-30 tahun sejumlah 248 orang dewasa (perempuan 134 orang, laki-laki 114 orang), usia 31-44 tahun sejumlah 262 orang tua (140 perempuan dan 122 laki-laki), usia 45-64 tahun sejumlah 643 orang (328 perempuan dan laki-laki 315 orang), dan usia di atas 65 tahun sejumlah 86 orang (58 perempuan, 30 laki-laki).

b. Pola Pemukiman

Keterbatasan pengadaan kebutuhan ekonomi rumah tangga menuntut bagi warga atau anggota keluarga yang telah mencapai usia kerja, baik remaja maupun ibu-ibu rumah tangga untuk bekerja agar memperoleh penghasilan untuk menyelenggarakan kebutuhan rumah tangga masing-masing. Tuntutan kebutuhan ini mengakibatkan pada waktu-waktu kerja yang pada umumnya pada siang hari, sehingga pemukiman nampak lengang dan sore sampai petang hari baru terlihat banyak penduduknya. Pola kerja karena tuntutan kebutuhan rumah tangga ini mengakibatkan pula hubungan komunikasi keluarga inti sangat terbatas. Bagi ibu-ibu yang memiliki anak balita atau kanak-kanak terpaksa menitipkan anak balita atau anak-anaknya kepada para tetangga yang pada saat itu tidak meninggalkan lokasi pemukiman. Keadaan ini di beberapa lokasi, temuan informasinya bahwa hubungan keluarga tidak harmonis; sering terjadi pertengkaran suami-istri bahkan saling mencurigai adanya perselingkungan di antara mereka. Demikian pula perihal pola asuh anak dan pola membentuk keluarga 'sakinah' (sejahtera), pada umumnya para keluarga muda memasuki pernikahan pada mulanya tidak memiliki pengetahuan yang cukup untuk itu, misalnya bagaimana mengasuh anak atau bagaimana membentuk keluarga bahagia yang didalamnya terdapat unsur pengelolaan rumah tangga; hubungan suami-istri-anak.

Keadaan lingkungan di wilayah RW-1 yang luasnya sekitar 3, 9 Ha di mana posisi tanahnya menjorok kepantai dan di kiri-kanannya rawa-rawa, juga di antara deret pemukiman RT yang satu dengan RT lainnya terdapati selokan dan rawa-rawa pula dan tanaman sulit tumbuh di wilayah ini, maka dari segi tanah, sangat tidak mendukung sebagai pemukiman layak. Kemudian dari jarak kurang dari satu kilometer arah Timur terdapat Pelabuhan laut 'Tanjung Mas' dan di sebelah Selatan terdapat jalan arteri Utara kota Semarang yang selalu sibuk dengan kendaraan perniagaan yang mengeluarkan polutan atau asap.

Sebagaimana keadaan pada umumnya pemukiman di wilayah Kelurahan Bandarharjo, di wilayah RW-1 terdapati pemukiman yang tidak tertata dengan baik. Di beberapa tempat, terdapat bangunan rumah permanen, tembok yang menjulang tinggi, tetapi sebagian besar rumah dibawah '0' jalan atau sebagian lainnya setiap hari dalam rumahnya terdapat genangan air 'rob' (air kotor yang muncul dari dalam tanah). Pemukiman tak beraturan ini dihubungkan dengan gang utama dari jalan arteri sampai menuju pantai. Di wilayah sebelah Timur jalan gang utama ini banyak septitank tidak mampu menyerap tinja, karena desakan air tanah yang akibatnya menimbulkan bau tidak sedap dilingkungan sekitarnya. Banyak rumah didirikan tanpa memenuhi criteria rumah sehat, di mana banyak rumah tidak beventilasi udara dan tidak terdapat sinar matahari masuk kedalam

ruangan di dalam rumah. Bilik-bilik ruangan dibangun tanpa memperhitungkan sirkulasi udara keluaran asap dapur dan banyak rumah tidak memiliki kamar mandi atau WC. Mereka kebanyakan mandi, cuci atau buang air besar (BAB) ke tempat sarana umum MCK bagi orang dewasa, dan bagi anak-anak untuk BAB di selokan-selokan atau rawa-rawa. Banyak rumah berdiri di atas selokan yang diberi papan dan dibangun rumah di atasnya.

c. Sarana Umum dan Sarana Pendidikan

Di RT-1 (Ujung Laut) dan RT-5 (Ujung Sari) , terdapat MCK (Mandi Cuci Kakus) yang dapat memfasilitasi ± 20 KK di sekelilingnya dan di RT-5 pula terdapat mesjid.

Di wilayah RT 7 RW-1 Kelurahan Bandarharjo terdapat Sekolah Dasar Swasta. Sekolah Dasar ini tidak menyelengarakan UKS (Usaha Kesehatan Sekolah), karena ruangan terbatas; Satu ruang untuk TU dan ruang guru, satu ruang untuk Kepala Sekolah, masing-masing berukuran tujuh setengah meter persegi dan lima lokal ukuran tiga pulum meter persegi untuk kelas.

Rata-rata warga RW-1 pendidikan tertinggi tingkat SLTP. Banyak warga yang berstatus pendidikan Sekolah Dasar lulus ataupun belum lulus. Di wilayah ini diselenggarakan Kejar Paket A,B,C. Hambatan yang dialami pada umumnya ialah biaya sekolah, sehingga pada

umumnya warga usia sekolah setelah tamat SD atau pun SLTP langsung bekerja pada pabrik atau menjual jasa, dan berdagang.

d. Mata Pencaharian

Mata pencaharian warga bermacam-macam antara lain; tukang becak, nelayan, buruh pelabuhan, tukang ojek, sopir angkutan umum, Tukang batu, pedagang ayam, kernet, sopir pribadi, buruh konpeksi, pedagang ikan, sopir truk, sopir bis, sopir taksi, awak kapal, sopir trailer, pedagang es, pedagang sepatu, pedagang sayur, dan serabutan.

4. Keadaan Sarana dan Tenaga Kesehatan

a. Kualitas Kesehatan Anak

Menurut Kader Posyandu setempat, rata-rata anak balita dan anak-anak kekurangan gizi. Untuk Anak balita kebanyakan kondisi KMS-nya di bawah garis merah (BGM). Untuk menanggulangi keadaan tersebut, kader berusaha bekerjasama dengan pihak lain, misalnya BP. Wisma Santosa atau perusahaan yang memproduksi makanan Balita, untuk bekerjasama mengatasi masalah kekurangan gizi tersebut dengan Pemberian Makanan Tambahan (PMT).

b. Keadaan 10 Besar Penyakit

Dari catatan Balai Pengobatan 'Wisma Santosa' yang berada di RT-07 satu lokasi berdampingan dengan SD Wisma Santosa di

wilayah RW-1 Kelurahan Bandarharjo. Diketemukan keadaan sepuluh besar penyakit sebagai berikut;

Tabel 4.4: Sepuluh Besar Penyakit

BP. WISMA SANTOSA 2003			
No	Nama Penyakit	Penderita	%
1	ISPA	34	44.74
2	Hipertensi	12	15.78
3	Diare	8	10.52
4	Maag	7	9.21
5	Asma	4	5.26
6	Kulit	3	3.94
7	Atritis	3	3.94
8	Carries Gigi	2	2.63
9	Infeksi Pencernakan	2	2.63
10	Penyakit Kelamin	1	1.31

Sumber: RM BP. Wisma Santosa

Catatan hasil kunjungan pasien di BP. Wisma Santosa ini menunjukkan bahwa penyakit ISPA sebanyak tiga puluh empat penderita, merupakan paparan terbanyak yang dilayani di BP. Wisma Santosa pada wilayah tersebut. Kemudaian disusul kurang dari separo penderita, yakni 12 penderita menderita hipertensi, disusul kemudian penderita Diare delapan orang, Maag empat orang, penderita penyakit Kulit dan Artitis sebanyak masing-masing tiga orang, carries Gigi dan Infeksi Pencernakan masing-masing dua orang, dan penderita penyakit kelamin seorang.

c. Balai Pengobatan "Santosa"

Terdapat Balai Pengobatan yang dipimpin seorang dokter umum yang dibantu seorang bidan dan dua orang perawat lulusan Sekolah Perawatan Kesehatan, seorang petugas kesehatan masyarakat

dan seorang pembantu umum. Balai Pengobatan ini membuka pelayanannya tiap jam 09.^{00} sampai 12.^{00} pada hari Senin sampai dengan hari Jumat. Rata-rata pada tiap hari melayani 6-10 pasien.

d. Posyandu "Bunga Laut"

Terdapat Posyandu di RT-7 untuk melayani anak-balita yang bertempat tinggal di RW-1 yang digerakkan oleh seorang kader ibu rumah tangga. Kegiatan Posyandu dilakukan sebulan sekali tiap hari Jum'at sore. Pada bulan-bulan tertentu menyelenggarakan kerjasama dengan pihak lain yang memiliki materi untuk penyuluhan maupun PMT (Pemberian Makanan Tambahan).

C. Karakteristik Informan

Melalui tipikal kriteria menurut kebutuhan penelitian dan diperoleh secara purposif stratifikasi, yakni kebutuhan peneliti akan sumber informasi yang mampu memberikan jawaban secara lisan dan tulisan, dalam status sosial-ekonomi cukup mewakili perilaku umum komunitas lokasi penelitian, dan dari sisi sebaran lokus informasi dianggap cukup mewakili warga RW-1 Kelurahan Bandarharjo, maka dipilih informan utama dan informan pendukung dalam sebaran lokasi komunitas sektor Utara, yang terwakili oleh informan 'T', komunitas sektor Tengah, terwakili oleh informan 'M', dan komunitas sektor Selatan yang terwakili oleh informan 'Ng' sebagai berikut:

1. **Informan Utama 'T'**

Umur 26 tahun pendidikan SD, ibu kandung dari kedua anaknya, sebagai ibu rumah tangga tidak berpenghasilan berasal dari Jepara menempati rumah tinggal di RT 08. Ia bersama kedua anak dan suaminya yang bekerja sebagai buruh nelayan pengantar para pemancing ikan di tengah laut dan bekerja pada cuaca terang. Jika musim penghujan suami tidak bekerja karena keadaan laut membahayakan keselamatannya, oleh sebab itu di musim penghujan tidak memperoleh hasil / upah. Ia mempunyai dua anak (L) umur 17 bulan dan (E) umur lima tahun. Anak (L) seringkali batuk.Kemampuan ekonomi rumah tangga sangat terbatas, sehingga keadaan kebersihan dalam rumah dan kebiasaan perilakunya cenderung merugikan kesehatan dasar. Rumahnya terbuat dari bahan bangunan papan kayu di atas selokan yang dihuni oleh empat jiwa. Rumah tempat tinggal seluas 4 x 3 m2 dibangun di atas selokan, dengan bahan bangunan rumah dari triplek, satu pintu depan dan tanpa kamar mandi-WC. Sedangkan Fasilitas MCK berjarak ± 8 m untuk 6 KK dalam keadaan rumah yang sama, selain itu terdapat dua bilik disekat papan dan sebuah ruang serba guna untuk makan dan pertemuan keluarga di depan TV ukuran 12'.

a. Informan Pendukung 'Mhd'

Umur 30 tahun, suami 'T' bekerja sebagai buruh nelayan pengantar orang-orang yang akan memancing di laut. Praktisi pengobatan tradisionil 'mbun-mbun' (merendamkan anaknya di

pantai) untuk pengobatan ISPA. Asal Jepara. Berdomisili di wilayah 'Ujung Laut' RT-1 RW-1 Bandarharjo sejak kecil karena ikut orang tuanya. Jika tidak ada orang yang diantar memancing, ia lebih banyak menunggu di rumah. Oleh karena itu 'M' menghabiskan waktu tunggunya bersama anak 'L'.

b. Informan Pendukung 'K'

Umur 32 tahun, ibu rumah tangga , rumah dekat (berdempetan) dengan rumah informan utama 'T'. 'T' sering meminta bantuan 'K' dalam berbagai masalah domestik keluarga. Dari tujuh deret rumah tangga yang berdiri bangunannya diatas selokan ini, 'K' lebih sering berkomunikasi dengan 'T'. 'K' selama penelitian berlangsung, selalu berada di rumah'T' untuk berbagai macam keperluan.Menurut pengakuannya, ia mempunyai dua anak yang sekolah di kampung dan tinggal bersama neneknya di Pekalongan. Suaminya buruh serabutan kapal yang tidak pernah diketahui waktu kepulangannya. Penghasilnannya tidak tetap bergantung perolehan jasa pengangkutan kapal sandar.

2. **Informan Utama 'M'**

Umur 27 tahun lulusan SD, berasal dari Brebes ibu kandung dari kedua anak. Suaminya bekerja sebagai sopir bis Dedi Jaya Pekalongan yang pulang sebulan sekali. Ibu 'M' mempunyai dua anak , yaitu (D) umur 6 tahun, dan anak (I) umur dua tahun yang sering sakit pilek. Ibu

UPT-PUSTAK-UNDIP

'M' memiliki sambilan buka warung 'jajanan' dan kelontong di teras rumahnya di RT 04 Ibu rumah tangga ini penghasilannya rata-rata sehari Rp. 30.000,- Keadaan kebersihan rumahnya cukup bersih meskipun seringkali dijumpai kotoran buangan bungkus-bungkus 'jajan' dari anaknya dan para pembeli di warungnya. Keluarga ini menempati rumah seluas ± 6 x 4 m2 dibangun dari bahan papan, terdapat dua bilik kamar untuk tempat tidur dan untuk warung, satu ruang tamu dan ruang belakang yang berfungsi untuk kamar mandi dan dapur. Di belakang rumah tedapat selokan yang tergenang air.

a. Informan Pendukung 'D'

Umur 48 tahun, bekerja sebagai supir truk kontainer. Praktisi pengobatan air panas untuk ISPA ('digrujuk-dipijeti'; diguyur-dipijat). Berdomisili didepan rumah 'M'. 'D' salah satu penduduk lama sebelum pemukiman RW-1 banyak dihuni warga. Ia sebagai tokoh masyarakat atau panutan di lingkungan RT-3. Istrinya bekerja di pabrik 'mebel' yang ada di bangunan gudang di wilayah Pelabuhan Tanjung Mas. Memiliki seorang anak yang telah pergi merantau keluar Jawa (Kalimantan) di perkebunan. 'D' berperilaku aktif dalam pelayanan kesehatan tradisionil terapi 'guyur air panas dan pemijatan itu kepada anak-anak bahkan para orang tua di lingkungan komunitas RT-3. Menurutnya proses pengobatan ini paling efisien dan tepat bagi warga di pemukiman itu.

b. Informan Pendukung 'Ksr'

Usia 51 tahun, bekerja sebagai pedagang kecil di 'pasar' Bandarharjo. Suaminya mantan ABK (Anak Buah Kapal). Mempunyai tiga anak yang telah menikah semua dan berada di luar Semarang. 'Ksr' setelah pulang dari jualan sayuran di pasar Bandarharjo, sering membantu kesibukan 'M' berjualan di warung rumah. Rumahnya berjarak ± 3 meter dari 'M'.

3. Informan Utama 'Ng'

Umur 31 tahun lulusan SD ibu kandung dari ke-empat anak, istri tukang becak yang juga sebagai Ketua RT-09. Ibu ini berasal dari Boyolali. Anak bungsunya, (WR) berumur 2,5 tahun. Anak bungsu ini seringkali menderita demam Keadaan di dalam ataupun di luar rumah agak kurang terurus.. Rumah mereka berukuran ± 4x3m^2 , Bapak dari ke empat anak ini menarik becak seringkali di malam hari dengan alasan jika siang hari wilayah tersebut justru sepi penumpang. Ketika peneliti berkunjung wawancara di rumah tersebut, memang terdapati bapak ini tidur pulas di 'ruang tengah serba guna' di rumah yang hanya berbilik satu disekat untuk dapur dan tanpa kamar mandi-WC

a. Informan Pendukung 'O'

Umur 29 tahun, sebagai ibu rumah tangga dan suaminya buruh serabutan. Mempunyai tiga anak ; seorang bayi dan dua anak-anak. 'O' kesehariannya sering berada di rumah 'Ng' karena bersama-sama 'momong' anak mereka. Karena kepentingannya sama dengan 'Ng',

maka 'Ng' sering 'ngrumpi' dengan 'O' berbagai masalah rumah tangga. Rumah mereka berada di gang sempit, berdempetan letak bangunan rumahnya, sehingga sederetan pemukiman nampak sepertirangkaian gerbong kereta api tua yang sudah lama tidak berfungsi di stasiun. Kondisi ini membuat intensitas komunikasi antar penghuni tinggi.

b. Informan Pendukung 'S'.

Berumur ± 35 tahun, bekerja sebagai tukang becak yang seringkali ia lakukan di malam hari, karena menurutnya di malam hari penumpang lebih banyak dari pada di siang hari yang banyak bersaing dengan angkutan kota (ojek, minibus, ataupun 'daihatsu'). 'S' sering memanfaatkan waktu siang untuk istirahat tidur. Penghasilan bersih rata-rata perhari 20-50 ribu rupiah. Ia berharap dapat mengumpulkan uang untuk membangun rumahnya yang sekarang masih berbentuk 'kandang ayam', katanya. Di waktu istirahat siang hari, ia mengetahui secara pasti bagaimana istrinya ('Ng') mengasuh anaknya.

D. Perilaku Orang Tua (Pengetahuan, Sikap, Praktik) dalam Penanganan Anak Balita Penderita ISPA

1. Pengetahuan

a. Pemahaman Gejala

Pemahaman dari ketiga informan mengenai gejala ISPA berlainan antara satu dengan lainnya. Informan 'T' menyatakan bahwa jika anaknya ketika sedang makan dan tersedak-sedak, maka peristiwa

itulah sebagai tanda-tanda anak balitanya akan terserang batuk. *"... kok pas maem niku kok nyelak-nyelak... maem sembarangan, niku tandhane badhe watuk!"* (kok pas makan itu kok tersedak-sedak...makan sembarangan, itu tandanya akan batuk). Kemudian ditambahkan bahwa anak akan mengalami gejala yang sama apabila terlalu sering terkena kipas angin, tetapi tidak semua anak:"*...bocah niku nggih jodo-jodoan... kangge kipas angin, menawi jodo nggih mboten menopo-menopo...*". Untuk informan 'M' memahami gejala ISPA sebagai hal yang biasa sesuai dengan musim yang ada *"... pilek niku musim,..nek pas musim pilek, ya pilek kabeh... alhamdullilah,... pileke genduk niku mboten nular"*, (pilek itu musim, kalau pas musim pilek ya pilek semua, alhamdullilah...pilek anak perempuan itu tidak pemular). Sedangkan bagi informan 'Ng' tidak melihat pertanda yang menunjukkan akan penyakit yang akan diderita oleh anak balitanya *"... demam niku datange mendadak... ujuk-ujuk panas... nopo nggih margo tileme sembarangan nggih?"* (demam itu datangnya mendadak...tiba-tiba panas...apa ya karena tidurnya sembarangan, ya?). yang dimaksud tidur sembarangan adalah tidur tidak pada tempat tidur yang semestinya; di lantai, di kursi, di teras rumah. Dari informan pendukung 'T' dinyatakan bahwa jika anak akan batuk pilek maka gejalanya lendir selalu mengalir dari hidung; "*...irung kadang mili...*".

b. Pemahaman Bahaya Penyakit

Iinforman 'T' menganggap bahwa gejala batuk tersedak-sedak jika sedang makan sebagai peritiwa atau hal biasa, seperti yang diungkapkan; *" watuk niku nggih wajar to Pak? Wong bocah niku... "* (batuk itu ya wajar kan Pak? Namanya anak...) sehingga hal tersebut bukanlah suatu peristiwa yang membahayakan bagi kesehatan anak balitanya. Untuk informan 'M' memahami pilek sebagai peristiwa musim, sehingga penyakit itu akan berlalu sebagaimana musim yang sedang datang dan berlalu, yang diungkapkan sebagai berikut; *" Lha mangke nek mpun wancine mari, kan mari dhewe... "* (Lha nanti kalau saatnya sembuh kan sembuh sendiri). Adapun bagi informan "Ng" memahami bahaya peristiwa demam yang sedang diderita anak balitanya sebatas jika anak balitanya terus menerus panas, maka anak balitanya akan menangis terus-menerus. Ia ungkapkan *:" Wah nggih repot tho Pak, bade ngeten-ngeten mboten saget awit larene nangis terus, njaluk gendong... "* (Wah ya repot to Pak, mau begini – begitu tidak bisa karena anak balitanya menangis terus, minta digendong). Untuk segi bahaya ISPA mereka rata-rata menjawab " adalah hal biasa terjadi bagi anak-anak" tuturnya antara lain;*"... nggih niku musimipun... "*.

c. Pemahaman Pencegahan

Informan pendukung 'O' sebagai tetangga informan utama 'Ng' menganggap bahwa pemahaman mengenai gejala ISPA sangat kurang,

seperti dikatakan 'Ng' terhadap 'O' sebagai berikut: " *Sebab panas niku nggih udan-udanan, maem chiki-chiki, keceh toya, maeme kurang diawasi... !"* (Sebab panas itu ya hujan-hujanan, makan chiki-chiki, main air, makannya kurang diawasi...!). Pernyataan ini jika dibuat pernyataan negatif akan dapat dipahami bahwa pencegahan demam ialah tidak membiarkan anak hujan-hujanan, makan chiki-chiki, dan pengawasan terhadap makanan bagi anak. Sedangkan jika memahami pola perilaku komunitas, para orang tua yang kesehariannya disibukkan dengan pekerjaan, hampir tidak mungkin melakukan pengawasan intensif terhadap anak-anaknya untuk melakukan pencegahan. Sebagaimana informan 'M' memahami gejala ISPA sebagai hal yang biasa sesuai dengan musim yang ada *"... pilek niku musim,..nek pas musim pilek, ya pilek kabeh... alhamdullilah,... pileke genduk niku mboten nular",* (pilek itu musim, kalau pas musim pilek ya pilek semua, alhamdullilah...pilek anak perempuan itu tidak menular) dapat dipahami bahwa mencegah penyakit ISPA sebagaimana mencegah datangnya musim; sesuatu yang tidak mungkin dilakukan. Maka ketiga informan tidak melakukan tindakan apa-apa, dengan alasan penyakit ISPA adalah suatu yang wajar bagi anak balita, sebagaimana musim dan ISPA adalah suatu peristiwa penyakit yang begitu saja tiba-tiba terjadi.

Segi pencegahan pada umumnya dimengerti oleh 'T' sebatas; tidak boleh makan sembarangan dan tidak boleh bermain di tempat sembarangan, misalnya bermain di kubangan lumpur atau main air/hujan-hujanan.

d. **Pemahaman Praktik Penyembuhan**

Ditemukan ungkapan: *"...nek lare lagi nglentruk niku ngghi kulo keriki,... dikeriki bend angine metu... terus digendong, disayang-sayang... ben lali lorone..."* (jika anak terlihat lesu, ya di keroki, supaya anginnye keluar,... kemudian di gendong, disayang-sayang... biar lupa sakitnya..."

Untuk mengatasi peristiwa ISPA sepanjang yang mereka ketahui, diketemukan sebagai berikut; diberi *'obat Cap Pedang'* bagi yang menderita batuk, di *'kopyoh'* bagi yang menderita pilek, dan juga yang sedang demam.

Praktik-praktik penyembuhan ini dapat dipahami karena keterbatasan perekonomian rumah tangga komunitas, sehingga mereka berupaya penyembuhan dengan biaya yang kalau perlu tidak mengeluarkan biaya bagi penyembuhan anak balitanya.

Segi penyembuhan, mereka cenderung menuruti kebiasaan yang ada di lingkungan komunitasnya, yakni jika batuk, pilek, atau demam mereka akan mengatasinya dengan cara penyembuhan di rumah dan jika belum juga sembuh dibelinya obat di warung dan jika juga tidak kunjung sembuh, maka upaya terakhir mereka berharap

kepada pertolongan medis, dibawa ke Balai Pengobatan atau Puskesmas.

2. Sikap

a. Tanggapan Terhadap Gejala dan Bahaya

Munculnya ISPA terhadap anak balitanya ditanggapi oleh informan 'T' sebagai suatu yang biasa , sebagaimana pernyataannya;" *watuk, pilek nggih biasa...* " dan informan 'M' sebagaimana mensikapi musim pula, maka peristiwa itu wajar terjadi. Lain halnya dengan informan 'Ng' yang tidak memahami gejala, sehingga sikap yang diambil 'bertanya' kepada para tetangga, tentang bagaimana harus dilakukan terhadap anak balitanya. Hal ini diketahui dari hasil wawancara dengan para tetangganya yang antara lain mengatakan; " *Mbak 'Ng' niku nek anake sakit panas lajeng nabyak-nabyak takon tanggane piye iki?".* (Mbak 'Ng' itu kalau anaknya sakit panas terus tergopoh-gopoh tanya tetangganya, bagaimana ini?). Kedua informan 'T' dan 'M' bahwa menurut mereka tidak merupakan suatu peristiwa yang membahayakan; memang harus terjadi bagi anak balitanya; *"wajar".* Bagi informan 'Ng' sedikit berbeda dari kedua informan lainnya, ia menyatakan ;"*... mboten nate ketiban Betoro Kolo....".*(tidak pernah kena tulah).

b. Menanggapi Cara-cara Pencegahan

Eliminasi yang dilakukan tidak diketemukan. Tanggapan pencegahan dari ketiga informan, sebagaimana pada umumnya

peristiwa batuk, pilek, dan demam dimengerti sebagai hal biasa terjadi sehingga sebagaimana musim berlalu. " *nggih ngoten...*!" (ya begitu...!). Tidak muncul rasa kekawatiran terhadap paparan ISPA terhadap anak balitanya.

Menanggapi pencegahan ISPA bagi ketiga informan dari hasil pengamatan dan hasil pernyataan informan pendukung, jika anak balitanya terdapati tanda-tanda terserang ISPA, mereka menganggap suatu peristiwa wajar yang tidak perlu penanganan pencegahan. Hal ini terungkap dari pernyataan para tetangga kebanyakan menyatakan; *"nggih memang ngoten niku kok Pak,... musime... "* (ya memang begitu kok Pak, musimnya...) ditanggapi sebagai peristiwa biasa bagi komunitasnya, sehingga tidak perlu melakukan pencegahan. Hal ini teramati dalam aktivitas keseharian dari anak balita penderita ISPA yang dibiarkan bermain atau tidur bersama dengan saudara-saudaranya yang tidak menderita ISPA tanpa dilakukan eliminasi.

Bagi anak balita yang sedang menderita ISPA sebagaimana komunitas sekelilingnya, para beberapa informan pendukung cenderung berserah kepada hasil dari peristiwa-peristiwa yang terjadi. Hal ini nampak dari pernyataan umum mereka; "*...nggih digolekke tombho ... dijaluke tanggane...* " (ya dicarikan obat,...dimintakan tetangganya...)., Peristiwa ini merupakan ekspresi kegelisahan. Namun setelah dikembangkan kedalaman pertanyaan mengapa informan gelisah, ia menyatakan:"*...Iha nangis terus..., nek nangis*

terus kan kulo mboten saged nopo-nopo, mboten saged ngumbahi... .blonjo... masak... wah... kudu njaluk gendong terus... .repot aku... " (lha nangis terus..., kalau menangis terus kan saya tidak dapat apa-apa, tidak dapat mencuci...belanja...memasak...wa harus minta gendong terus...repot saya..). Ungkapan ini menunjukkan bahwa anak balita penderita ISPA merepotkan orang tuanya. Informan merasakan paparan ISPA mengganggu aktivitas rutin mereka,

3. Praktik Penyembuhan

Tindakan penyembuhan diupayakan lebih bermotif mendahulukan kepentingan rutin keseharian para orang tua agar tidak terganggu. Praktik penyembuhan bagi anak balita yang sedang menderita ISPA dari hasil pengamatan diketemukan sebagai berikut; Pengobatan tradisionil dilakukan jika sakit batuk dan pilek dengan dikeroki. Sedangkan yang demam sebagaimana tanggapan para informan, anak balitanya dilumuri tumbukan daun dadap serep yang telah dioplos dengan minyak kayu putih atau di 'kopyoh' (kepala ditengadahkan, lalu disiram air mulai dari kening sampai membasahi seluruh rambut anak balita), jika upaya ini semua tidak menghasilkan kesembuhan bagi anak balitanya, maka upaya terakir mereka, anak balita yang sedang menderita ISPA ini dibawa untuk diperiksakan ke Balai Pengobatan atau Puskesmas yang ada.

Kebiasaan komunitas informan para orang tua ketika memperoleh obat yang berupa kapsul, tablet ataupun cairan, mereka pada umumnya

tidak menghabiskan obat seperti yang tercantum dalam ketentuan kemasan, tetapi diminum sebatas anaknya sembuh dan jika telah sembuh, maka obat tersebut disimpan dan akan diberikan kepada tetangganya yang memiliki gejala sakit yang sama. Ketika ditanya lebih lanjut mengapa hal itu dilakukan, dijawab oleh informan pendukung 'Ng', Ibu 'O' tuturnya; *"... Obat niku lak kangge sing lara,... nak pun mari kan obate percuma di ombek-ke... teng mriki niki kabeh tangga kaya sedulur,... nek ana tanggane sing lara , aku kan isih duwe obat iki... dari pada tuku?... dereng mesti mbak 'Ng' gadah yotro kangge tumbas obat, sa'ake to Pak?... sanes-sanese nggih ngoten! Mboten naming mbak 'Ng'... niku ... minggu wingi, anake Kang 'N' nggih sakit... kulo kek-i obat niki... "* (Obat itu kan untuk yang sakit,...kalau sudah sembuh kan obatnya percuma diminumkan ...di sini ini semua tetangga seperti saudara,...kalau ada tetangga yang sakit, saya kan masih punya obat ini... daripada beli?...belum pasti mbak 'Ng' punya uang untuk beli obat, kasihan to Pak?...lain-lainnya juga seperti itu! Bukan hanya mbak 'Ng'...itu...minggu kemarin, anaknya Kang 'N' ya sakit...saya beri obat ini...).

Penanganan penyembuhan alternatif atau cara-cara tradisionil seperti yang dituturkan oleh informan utama 'Ng' pengikut pola penyembuhan tokoh masyarakat bernama 'Dj' sebagai figure panutan di wilayah RT 3, mengatakan; " *Nek jarene Pak De 'Dj' utowo Bu 'S',... nek pilek, watuk, didusi banyu anget terus, beno awan yo didusi banyu anget... nek*

demam dilumuri deplokan godong dadap serep... " (Jika katanya Pak De 'Dj' atau bu 'S',... jika pilek, batuk, dimandikan air hangat terus, meskipun siang ya dimandikan dengan air hangat, jika demam dilumuri tumbukan daun dadap serep). Dari pernyataan ini dapat dipahami bahwa muncul dua cara, pertama cara penanganan penyembuhan pilek dan batuk, kedua cara penanganan penyembuhan demam. Ketika diajukan pertanyaan lebih lanjut tentang dua cara-cara dan penggunaannya itu, informan 'Ng' menuturkan: *"di dusi ngangge banyu anget niku ngeten... karepe ben nambah tenaga... nguatke daya tahan tubuh sing teng mlebet... nek didusi ngangge banyu atis niku mangke tenagane sing teng mlebet saged telas... dadine... ora ono tenaga nggo nglawan pileke apa watuke ngoten le Pak! Tapi yen didusi ngangge banyu atis, mangke larene nglentruk mawon...* " (dimandikan dengan air hangat itu begini...maksudnya supaya nambah tenaga...menguatkan daya tahan tubuh yang ada di dalam...kalau dimandikan dengan air dingin itu nanti tenaganya yang di dalam dapat habis...sehingga...tidak ada tenaga untuk melawan pileknya atau batuknya begitu lo Pak! Tetapi jika dimandikan dengan air dingin, nanti anaknya lesu saja...). Terhadap cara penyembuhan demam, ia tuturkan:"*... deplokan godong dadap serep niku saged nyedot panase lare... dadi adem rasane* " (tumbukan daun dadap serep itu dapat menyedot panas anak...jadi dingin rasanya).

Suatu keyakinan terhadap obat alternatif atau penyembuhan tradisionil ialah 'Obat Cap Pedang' yang dibeli dari Karangdoro, pasti

sembuh kata informan 'T': " *Biasanya saya pakai obat cap Pedang, telung mbuntel, langsung mari...* ". Bapak 'M', suami informan utama 'T' menuturkan pengalaman cara penyembuhan tradisionil dan masih berlaku sampai sekarang; "*...saking bapake kulo, kulo diajari... nek pas watuk ngekel, kulo diajak njegur laut wayah subuh, nyuwun tombho mBah Sireng sing tunggu laut. Nyuwun tombho, syarate buang kembang, nggih 'kembang buakan' . Carane ngeten, adus riyin... bar adus nek sampun... terus ngombe banyu laut ping telu, nggih tigang sendok kinten-kinten.lek ngoten niku bar subuh, terus sesuke melih... srengenge dereng mlethek!*" (...dari Bapak saya, saya diajari ...kalau sedang batuk berat, saya diajak mencebur laut diwaktu subuh, minta obat mBah Sireng penjaga laut. Minta sembuh, syaratnya membuang kembang, ya 'kembang buangan'. Caranya begini, mandi dulu...selesai mandi ...terus minum air laut tiga teguk,ya tiga senduk kira-kira..kalau begini ini selesai subuh, terus besuk pagi dilakukan lagi...matahari belum terbit!). Ketika ditanya lebih lanjut, mengapa cara-cara seperti itu dilakukan dan menagapa pula ia meyakini bahwa tindakan itu dapat menyembuhkan, jawabnya:"*sepisan... lha niku lak tiyang sepuh kulo piyambak sing ngajari, mosok ngapusi karo anake... nyatane ya mari... bocahe dadi kentheng... waras... ping pindone..ora metu ongkos Mas!*" (pertama...lha itu kan orang tua saya sendiri..., masak menipu sama anak sendiri...nyatanya dapat sembuh...anaknya jadi kuat...sembuh...kedua, tidak keluar biaya Mas!). Diceriterakan pula

bahwa yang mengikuti cara-cara penyembuhan sperti itu tidak hanya warga di sekitar lingkungan ini tetapi juga dari daerah lain ;" *tiyang njaba nggih nglampahi ngoteniku teng mriki... niku diarani pengobatan tradisionil, sanjange"* (orang luar ya melakukan hal sama disini...itu disebut pengobatan tradisionil, katanya...)

BAB V

PEMBAHASAN

Penelitian Perilaku Orang Tua dalam Penanganan Anak Balita Penderita ISPA di Kelurahan Bandarharjo Kecamatan Semarang Utara Kota Semarang, menghasilkan temuan-temuan gambaran umum yang menggambarkan batas dan keadaan wilayah, sebaran penduduk, pola pemukiman, sarana umum, matapencaharian, keadaan sarana dan tenaga kesehatan, keadaan 10 penyakit, kondisi pelayanan kesehatan, karakteristik informan, dan perilaku orang tua dari segi pengetahuan, sikap dan praktik dalam penanganan anak balita penderita ISPA, maka temuan-temuan tersebut dibahas sebagai berikut:

Berdasar kerangka teori yang telah di susun, yakni melalui pendekatan teori 'status kesehatan masyarakat' oleh **Blumm** (2000:19), yang menyatakan bahwa faktor lingkungan sebagai faktor terbanyak mempengaruhi status kesehatan masyarakat dan factor kedua adalah perilaku manusia. Pada pendekatan Blumm ini, oleh **WHO** (Depkes, 1991:4) lebih ditekankan kepada faktor manusia, sebagai penentu kualitas lingkungan, sehingga faktor manusia menjadi fokus amatan primer bagi penelitan ini. Pendekatan selanjutnya menggunakan teori **Green** (1991:21) yang menyatakan bahwa 'perilaku dan gaya hidup' dipengaruhi oleh faktor pemudah, faktor pendorong, faktor pemungkin, dan faktor lingkungan'. Pendapat Green ini dikembangkan teori oleh **Rahmat** (1988:12) menyatakan bahwa 'perilaku manusia dipengaruhi oleh faktor-faktor afeksi, kognisi, dan konasi'. Ketiga faktor; afeksi, kognisi, dan konasi sebagai pendapat yang diutarakan oleh Rahmat tersebut dalam praktik penerapan teorinya

digunakan pendekatan **Soetjiningsih** (1995:23) yang menyatakan bahwa 'pengaruh keluarga dan adat istiadat' mempengaruhi status kesehatan individu dalam komunitas. Faktor 'keluarga dan adat istiadat' oleh Soetjiningsih disebutkan meliputi; secara langsung adalah faktor keluarga, yakni 'keluarga inti/keluarga batih (ibu-bapak-anak-saudara) sampai dengan masyarakat sebagai keluarga besar dan 'adat istiadat' adalah keadaan yang berkaitan dengan keadaan fisik-biologi lingkungan, keadaan sosial-budaya, dan keadaan ekonomi-politik yang secara tidak langsung mempengaruhi pola adat istiadat pada masyarakat.

Berangkat dari pola pikir tersebut, maka sistimatika pembahasan disajikan sebagai berikut:

A. Ciri-ciri Komunitas RW-1 Kelurahan Bandarharjo

Sebagai masyarakat urban yang berasal dari sektor mata pencaharian kelautan dari daerah yang beragam, antara lain dari Rembang, Jepara, Pekalongan, bahkan ada pula warga yang berasal dari Sulawesi Selatan, Kepulauan Morotai. Kepentingan utama mereka menuju pantai utara Kota Semarang, khususnya di kawasan Pelabuhan Tanjung Mas adalah berdagang, maka terjadilah proses adaptasi budaya dimulai sejak tahun 1950-an.

Dari keragaman asal adat-istiadat namun memiliki kesamaan kepentingan inilah yang membentuk kebiasaan baru yang berguna sebagai perekat hubungan atau komunikasi perkerabatan pada komunitas ini. Dimulai dari hubungan berdasar kepentingan perniagaan kelautan dan karena berlangsung dalam waktu cukup lama dan intensif, maka berkembang pula kepentingan

bertahan hidup pada lokasi pemukiman yang sama. Dalam kepentingan untuk bertahan hidup inilah, maka muncul persoalan-persoalan kebutuhan pertumbuhan dan perkembangan manusia secara mendasar, yakni akomodasi, yang berupa upaya pengadaan pemukiman sampai dengan sarana-sarana penunjang suatu pemukiman, kemudian logistik, yang berupa pemenuhan kebutuhan pekerjaan yang mulai bergeser dari kelautan menuju perindustrian dan kemudian persoalan kesehatan dalam bentuk kesehatan primer bagi keberlangsungan hidup, baik secara individual maupun kolektif.

Khususnya hasil adaptasi terhadap penanganan kesehatan di komunitas ini terkondisi menjadi dua pola penanganan, pertama karena berasal dari daerah yang berlainan yang sudah terbekali oleh pengalaman dari kebiasaan asal dalam penanganan kesehatannya, maka kebiasaan-kebiasaan penanganan kesehatan untuk penyembuhan itu dipergunakan sebagai andalan untuk bertahan hidup, dan karena tempat domisili mereka sekarang berada di Kota Semarang di mana bersinggungan dengan pelayanan medis, maka pola kedua adalah pola pelayanan medis 'Barat' yang di luar pengalaman asal daerah mereka namun pada kenyataannya mereka memanfaatkan fasilitas pelayanan medis yang berada di wilayah pemukiman tersebut pada situasi dan kondisi tertentu. Situasi dan kondisi tertentu yang dimaksudkan misalnya adalah tindakan tradisional, ternyata tindakan penyembuhan ini tidak membawa hasil kesembuhan, maka barulah orang tua membawa penderita tersebut kepada pelayanan medis klinis 'Barat' dalam hal ini dibawa ke Puskesmas atau Balai Pengobatan yang ada di sekitar pemukiman.

Di latarbelakangi kehidupan sosial-ekonomi senasib, maka terjadi korespondensi antar budaya asal, demi menjaga keharmonisan kebersamaan mereka. Pada satu sisi, menjaga budaya asal dan pada sisi lain menjaga keharmonisan. Proses korespondensi di dalam kehidupan masyarakat, dari etika sosial komunitas sampai dengan pemaknaan suatu peristiwa 'sakit'. Masyarakat tradisional memahami tentang kondisi sakit adalah adanya: intervensi dari suatu agen yang aktif, yang dapat berupa mahluk supra natural (mahkluk gaib atau dewa), makhluk yang membahayakan manusia (seperti hantu, roh leluhur, atau roh jahat) maupun mahkluk manusia (tukang sihir atau tukang tenung), adalah wujud dari korespondensi pemahaman suatu peristiwa sehat-sakit.

Pandangan lainnnya tentang orang yang sakit adalah korban, obyek dari agresi atau hukuman yang ditujukan khusus kepadanya untuk alasan-alasan yang khusus menyangkut dirinya saja, dan mengakui adanya suatu model keseimbangan, sehat terjadi karena unsur-unsur yang tetap dalam tubuh, seperti panas, dingin, cairan tubuh, berada dalam keadaan seimbang menurut usia dan kondisi individu dalam lingkungan alamiah danl ingkungan sosialnya. Apabila keseimbangan ini terganggu, maka hasilnya adalah timbulnya penyakit.

Dari pemahaman sakit ini, maka usaha untuk mempertahankan diri supaya tetap sehat adalah upaya menjaga keseimbangan '*internal sistem*' (sistem dalam) tubuhnya dan menjaga 'hubungan sosial' perkerabatan. Sehingga motivasi sehat tidak saja dimengerti secara fungsional-ekonomis

atau ketidak-sehatan suatu kondisi yang mengganggu produktivitas namun juga berhubungan dengan *supra natural*. Kesadaran semacam ini secara historis terbentuk karena struktur sosial.

B. Bahasan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Fasilitas pelayanan kesehatan pada masyarakat RW-1 Kelurahan Bandarharjo, terdapat dua bentuk pelayanan kesehatan masyarakat, yakni pelayanan kesehatan masyarakat secara tradisional dan pelayanan kesehatan masyarakat secara medis 'Barat'. Pelayanan kesehatan secara medis 'Barat' mengikuti prosedur tetap yakni; proses anamnese (riwayat sakit), diagnosa (penentuan jenis penyakit) dan kemudian dilakukan terapi (usaha pemulihan kesehatan penderita) yang biasanya dengan pengobatan atau pemberian obat kepada penderita, sehingga pelayanan kesehatan medis 'Barat' lebih dikenal dengan istilah 'pengobatan'. Sedangkan pelayanan kesehatan tradisional seringkali menggunakan berbagai macam cara dan masing-masing cara memiliki prosedur tetap yang kesemuanya mengarah kepada kesembuhan. Cara itu seperti antara lain misalnya diberi 'obat' (ramuan formula herbal)), di doakan-mantera, atau prosesi ritual dan cara-cara penyembuhan yang terjangkau oleh kemampuan pemahaman dan ekonomi mereka adalah cara-cara penyembuhan tradisional seperti ini. Sedangkan pelayanan secara medis 'Barat' cenderung tidak dimengerti etiologinya oleh komunitas yang memiliki tingkat pendidikan sangat terbatas dan cara-cara terapi pengobatan yang membutuhkan pengadaan 'biaya' khusus atau ekstra. Dari segi waktu,

pelayanan tradisional tidak terbatasi oleh waktu pelayanan karena para penyembuh berdomisili di wilayah tersebut, sedangkan pelayanan medis 'Barat' yang berupa pelayanan dari Puskesmas, Balai Pengobatan diselenggarakan menurut jam kerja yang terbatas.

Hal ini disebabkan pelayanan medis berhubungan dengan pekerjaan bagi dokter dan para medisnya sebagai profesi, sedangkan bagi penyembuh-penyembuh tradisional tindakan penyembuhan dilakukan lebih cenderung sebagai 'ibadah' yang tida terbatas waktu pelayanannnya.

1. **Puskesmas Induk Bandarharjo dan 46 Unit Posyandu**

   Laporan keadaan 10 Besar Penyakit, dimana ISPA menduduki tempat tertinggi yang berarti jumlah pasien terbanyak yang dilayani dari jumlah rata-rata tiap hari melayani ± 50 pasien. Jam layanan dari Pk. $08.^{00}$ sampai dengan pk. $12.^{00}$ efektif empat jam itu diharapkan didukung langkah promotif dari ujung tombak pelayanan dari partisipasi masyarakat, yakni melalui Posyandu-posyandu sejumlah 46 yang tersebar di tiap RW sekelurahan Bandarharjo.

   Temuan mendapati bahwa kader-kader Posyandu tersebut pasif bergerak khususnya dalam tindakan promotif-preventif penanggulangan ISPA pada anak-anak balita. Perkembangan ini dapat dipahami dari KMS (Kartu Menuju Sehat) sebagai sarana pemantauan kondisi kesehatan anak-balita layanan Posyandu-posyandu.

   Keberadaan Puskesmas Induk Bandarharjo, menurut standar pelayanan dari **Depkes RI** (1997/1998) dalam **"Pedoman Kerja**

Puskesmas" Jilid I, secara proporsional, melihat hasil temuan penelitian bahwa kapasitas pelayanan kesehatan yang ada belum memenuhi standar. Untuk wilayah perkotaan, seharusnya Puskesmas menyediakan dua orang dokter umum, enam orang perawat kesehatan, seorang sanitarian. Sedangkan di wilayah Kecamatan Semarang Utara, hanya tersedia seorang dokter umum, tiga perawat, dan tidak terdapat sanitarian yang sangat dibutuhkan pada lokasi tersebut.

2. Balai Pengobatan "Wisma Santosa" dan Klinik 24 Jam

Sebagaimana laporan 10 Besar Penyakit pada Puskesmas Induk, menurut data Rekam Medik Balai Pengobatan "Wisma Santosa" juga posisi penderita ISPA terbanyak dari penyakit-penyakit lainnya. Jam layanan waktunya lebih sempit lagi dari pada Puskesmas Induk Bandarharjo, yakni dari Pk. $09.^{00}$ sampai dengan pk. $12.^{00}$ WIB. Dari hari Senin sampai dengan Hari Jumat. Balai Pengobatan "Wisma Santosa" ini memiliki tenaga penyuluh kesehatan masyarakat, namun tenaga penyuluh ini belum banyak melakukan aktifitas promotif. Hal ini dapat dipahami karena kegiatan promotif banyak mengeluarkan dana sedangkan penerimaan dari pasien Balai Pengobatan "Wisma Santosa" terbatas, dimana tiap harinya hanya melayani 6 sampai dengan 10 pasien. Secara umum, keberadaan Balai Pengobatan "Wisma Santosa" merupakan kegiatan non-profit (tidak memperoleh keuntungan atau kegiatan sosial). Adapun kegiatan Klinik 24 Jam biasanya menerima pasien diluar waktu

layanan Puskesmas Induk Bandarharjo maupun Balai Pengobatan ":Wisma Santosa", yakni diatas pukul 12.^{00} WIB sampai pagi hari, dengan rata-rata pasien 2-3 pasien tiap harinya.

Mengutip judul buku karangan Waitzkin B. Howard (1993) bahwa ;"*Mengeksploitasi Penyakit Mencari Keuntungan*", di mana Waitzkin memahami stratifikasi hirarki medis memposisikan pasien berada di bawah profesi kesehatan serta petugas administrasi kesehatan dan sistem kesehatan berpotensi mengeksploitasi pasien. Ternyata dalam temuan penelitian terhadap Balai Pengobatan "Wisma Santosa" maupun Klinik 24 Jam, lebih dimengerti sebagai layanan social meskipun kedua institusi tersebut dalam pola pelayanannya masih berbentuk layanan pasif, menunggu pasien.

3. Kegiatan Posyandu 'Bunga Laut' dan Potensi Penyelenggaraan UKS di SD ' Santosa'

a. Posyandu 'Bunga Laut'

Kegiatan Posyandu 'Bunga Laut' sebagaimana kegiatan Puskesmas Induk Bandarharjo, Kader dari Posyandu tersebut tidak berperilaku pro-aktif dalam penyuluhan-penyuluhan kepada warga di lingkungan cakupa pelayanannya, sehingga kegiatan diselengarakan hanya pada saat hari 'penimbangan balita'.

Sedangkan menurut Paket KIE (Komunikasi, Informasi, dan Edukasi) disarankan agar kader ;'Tahu, mau, dan mampu berperilaku

yang baik dan benar secara berkelanjutan tanpa atau dengan fasilitas kader Posyandu' (**RI-UNICEF**,2000:6). Anjuran ini sebenarnya sangat memungkinkan dilakukan oleh kader, namun kendala ekonomi dari pribadi kader itu sendiri yang memerlukan perhatian untuk di fasilitasi agar mobilitas kader memungkinkan melakukan pelayanan yang layak kepada masyarakat.

b. **Potensi Penyelenggaraan UKS di SD ' Santosa'**

SD 'Santosa' keberadaannya sangat strategis untuk kegiatan promotif–preventif yang berkenanan dengan kesehatan masyarakat. Pernyataan **Langevelt** yang dikutip **Sukijo** (1989:6) menyatakan;*'Pendidikan adalah proses membawa ke arah pendewasaan'*, lebih lanjut dijelaskan bahwa pendewasaan yang dimaksud adalah apabila anak telah sanggup bertindak atas tanggungjawabnya sendiri. Karena keterbatasan ruang yang menyangkut pendanaan, maka SD 'Wisma Santosa' tersebut tidak menyelenggarakan UKS sebagai sarana pendidikan kesehatan bagi anak sekolah. Jika sejak dini anak-anak didik telah mendapat pendidikan PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat), yakni antara lain pola makan, pola istirahat, cara-cara membersihkan diri; mandi, sikat gigi, sampai dengan kebersihan lingkungan, maka pembiasaan ini akan mengurangi banyak resiko kesakitan bagi anak dan keluarganya. Transformasi pemahaman ini dimungkinkan dilakukan oleh UKS pada institusi sekolah.

Akibat dari tidak terselenggaranya UKS pada SD 'Santosa' ini, maka biaya-biaya yang dikeluarkan oleh para orang tua dalam penanganan kuratif, bagi anak-anaknya ketika menderita penyakit cenderung tinggi. Keadaan ini disebabkan ketidak pahaman tindakan-tindakan preventif yakni pembiasaan pola perilaku hidup sehat melalui pendidikan yang seharusnya diselenggarakan oleh UKS. Dengan tidak terselenggaranya pendidikan perilaku sehat, maka faktor pemungkin terjadinya paparan ISPA sangat tinggi.

Membahas fasilitas layanan kesehatan dari keberadaan sarana dan sarana kegiatan Puskesmas Induk Bandarharjo dan 46 Unit Posyandu sebagi figure lembaga pelayanan kesehatan masyarakat yang dijadikan tolok ukur pelayanan kesehatan yang representatif dari lembaga-lembaga pelayanan lainnya seperti Balai Pengobatan, dan Klinik 24 Jam, khususnya mencermati keterbatasan tenaga untuk penyuluh kesehatan masyarakat, hal ini menunjukkan bahwa orientasi pelayanannya masih klinis. Sedangkan konsep lahirnya Puskesmas-Puskesmas didasari dari *'Deklarasi Alma Ata, 1978'* dengan slogan 'Sehat Bagi Semua Orang' yang idealnya diikuti sikap dan tindakan pro-aktif dari pelayanan kesehatan dan partisipasi masyarakat untuk mewujudkan kondisi sehat bagi setiap orang. Penggalangan dinamika yang mengarah kepada suatu kondisi sehat bagi setiap orang dalam masyarakat, **Rahmat** (1988:31) telah memaparkan konsep intervensi perilaku yang ditinjau dari faktor-faktor afeksi, kognisi, dan konasi dengan menelaah motif sosiogenis

(motif ingin tahu, kompetensi, cinta, harga diri, kebutuhan nilai dan makna hidup), sikap, emosi,pengetahuan, kebiasaan, dan kemauan yang kesemuanya itu daoat dijadikan indicator perilaku dan sangat bermanfaat bagi penggalangan partisipasi.

Dengan tidak dipergunakannya pemahaman **Rahmat** ini, maka sistem dan mekanisme suatu pelayanan kesehatan kepada masyarakat akan terasa berat, karena terjadi pemahaman pelayanan kesehatan sebagai subyek dan masyarakat sebagai obyek layanan. Kemudian kaitannya dengan perilaku, maka masyarakat mendudukkan posisinya sebagai yang dilayani.

C. Bahasan Keadaan Lingkungan

1. Lingkungan kawasan di Luar Rumah

Temuan hasil penelitian tentang keadaan wilayah di mana penyelenggaraan tata ruang untuk kepentingan umum maupun untuk pemukiman yang dimulai sejak Tahun 1950-an tidak diselenggarakan secara baik sebagaimana menurut 'tata ruang' **Dinas Tata Kota Semarang** (2000), bahwa daerah pantai tersebut peruntukannya lebih kepada kepentingan pelabuhan, yakni seperti penempatan peti-peti kemas dan sarana perniagaan kelautan. 'Faktor lingkungan memiliki andil terbesar dalam penentuan status kesehatan masyarakat' pernyataan yang dikemukakan Blumm (2000:8). Dengan demikian kondisi kawasan pemukiman yang atmosfir udaranya berpolutan tinggi karena emisi gas

UPT-PUSTAK-UNDIP

kendaraan perniagaanpelabuhan, maka tidak saja menimbulkan penyakit umum seperti demam, kanker, mutasi, asphyxia, dan keracunan yang bersifat sistemik.

2. Lingkungan di Dalam dan di Sekitar Rumah

Temuan selanjutnya adalah perihal kondisi pemukiman warga pada RW-1 Kelurahan Bandarharjo. Perumahan penduduk berdiri pada sebidang tanah yang menjorok ke laut di mana rata-rata berdiri di atas tanah yang di sekelilingnya terdapat rawa-rawa dan di beberapa rumah selalu dignangi air 'rob', dengan bahan bangunan pada umumnya dari papan-tripleksyang pengab sehingga udara tidak bebas bergerak dan lembab, sebab dibangun di atas selokan, tidak berventilasi dan tanpa penyinaran matahari yangmasuk ruangan di dalam rumah, rata-rata pemukimannya tidak memiliki sarana MCK. Sedikit sekali pepohonan yang tumbuh di area pemukiman. Keadaan rumah seperti ini mengakibatkan udara tuidak bergerak. '*Apabila udara tidak bebas, maka efeknya akan sangat nyata di mana pencemaran mempunyai banyak kesempatan untuk masuk ke dalam tubuh penghuni dan dalam konsentrasi yang ada di dalam udara tersebut*' sebagaimana dikatakan oleh **Juli Soemirat Slamet** (2002:65).

Bertolak dari teori-teori yang dipahami dan temuan keadaan wilayah penelitian dapat dipahami bahwa keadaan lingkungan Kelurahan Bandarharjo secara umum tidak mendukung kesehatan masyarakat.

3. **Lingkungan Sosial**

Dengan memahami tingkat kepadatan pemukiman yang cukup tinggi, dan ditemukan sebaran usia warga; usia >5-15< = 10.17%; usia >15-21<Tahun = 15.38%; usia >21-26<Tahun; usia >26-35<Tahun = 11.26%, sementara usia >35-50< Tahun = 23.43% dan usia >50-60< Tahun = 20.61%, mka informasi data ini menunjukkan bahwa warga usia >35-60< Tahun secara kuantitatif dominan terhadap warga usia di bawahnya, yang mencerminkan budaya tarnsisi antara budaya kelautan dengan budaya industrial.

Mensitir model Komponen Analisis Proses Pembelajaran Sosial Bandura (1977:23), bahwa '***proses pembelajaran social melalui tahap-tahap; kepentingan adanya prevalensi, mengingat informasi yang telag diterima, keseksamaan terhadap potensi diri, dan peneguhan keyakinan'***, maka nilai-nilai dari sistem tardisional penyembuhan berdasar latar budaya informan yang disesuaikan dengan kemapuian ekonominya. Sebagaimana ***'Pengaruh Keluarga dan Adat-istiadat'*** yang dinyatakan oleh **Soetjiningsih** (1995:43). Dengan pengertian ini, maka pilihan terhadap tindakan penyembuhan tradisional menjadi prioritas utama informan karena biaya terjangkau, dan pengobatan produk 'Barat' yang terwakili dari pelayanan Puskesmas atau Balai Pengobatan , Klinik 24 Jam, menjadi prioritas elternatif. Sedangkan dalam 'etiologi Barat', penyakit ISPA dapat

dilakukan pencegahan melalui pembiasaan perilaku sehat yang didukung dengan lingkungan yang mampu mencegah agen-agen penyakit berkembang.

Membahas keadaan lingkungan RW-1 Kelurahan Bandarharjo dengan mencermati lingkungan kawasan di Luar Rumah, Lingkungan di Dalam dan di Sekitar Rumah, dan Lingkungan Sosial, maka kondisi-kondisi ini berkaitan dengan teori yang telah dipaparkan oleh Soetjiningsih (1995:19) bahwa :'Pengaruh Keluarga dan Adat-istiadat' mempengaruhi status kesehatan individu. Kondisi sosial-budaya, fisik dan biologi dengan memahami temuan-temuan yang ada, maka domain-nya dapat dimengerti yakni ada pada ekonomi-politik. Paradigma Pembangunan yang berorientasi pada pertumbuhan ekonomi dengan 'mesin politik' melalui birokrasinya, melahirkan sikap-sikap dan tindakan-tindakan pragmatis dalam membuat keputusn-keputusan publik yang melahirkan tata nilai perilaku profan.

Keadaan tanah untuk pendirian pemukiman pada mulanya adalah rawa-rawa yang sedikit demi sedikit diurug tanah yang diambilkan dari wilayah lain dengan menggunakan sarana angkutan tradisional, yakni gerobak sapi. Urugan tersebut kemudian dipadatkan dengan peralatan seadanyasecara tradisional. Proses ini mengakibatkan permukaan tanah yang tidak rata dan mengakibatkan arus air limbah buangan rumah tangga tidak dapat tersalur dengan semestinya, maka timbullah genangan airt di selokan di beberapa tempat. Disamping persoalan air limbah yang tidak

tersalurkan sebagaimana mestinya, di wilayah Kecamatan Semarang Utara pada umumnya terjadi perembesan air kotor yang muncul dari dalam tanah, warga Kota Semarang umumnya menyebut hal itu sebagai 'rob'; air kotor yang menyembul dari dalam tanah. Air ini tidak dapat dikonsumsi untuk kehidupan warga. Warga RT-Kelurahan Bandarharjo menuturkan bahwa '***ketika munculnya air 'rob' membuat kondisi kesehatan terganggu. Uap air ini membuat badan terasa tidak enak; lesu'.***

Keadaan udara di wilayah RW-1 Kelurahan Bandarharjo tercemari oleh polutan emisi kendaraan niaga kelautan dan indusri. Hal ini dapat dipahami karena lokasi pemukiman dekat dengan pelabuhan dan jalan arteri utara Kota Semarang. Sedangkan keadaan udara di dalam rumah tinggal banyak dicemari oleh asap dapur yang tidak tersalurkan ke udara bebas di luar rumah karena kebanyakan rumah tinggal warga tidak memiliki ventilasi udara yang berfungsi untuk sirkulasi udara dari dalam dan keluar rumah. Kondisi bangunan rumah yang tidak mengadakan ventilasi udara pada tempat-tempatdi mana asap di dalam rumah dapat bebas mengalir keluar itu terjadi karena kebanyakan wawasan para pemilik rumah tidak memahami pentingnya sirkulasi udara diadakan dan secara ekonomis, waktu keseharian lebih dipergunakan untuk memperoleh penghasilan untuk kebutuhan sehari-hari. Sehingga cenderung mengabaikan keadaan kesehatan rumah tinggal.

Memahami kondisi pemukiman lokasi penelitian secara umum, baik secara geografis maupun demografis, menurut **Feuverstein** (1997:39)

dalam buku '***Pemukiman dan Kesehatan Kaum Miskin***' dikatakan bahw:***"...pemukimankaum miskin acapkali tidak selalu aman. Mungkin mudah dilanda banjir, kebakaran, longsor atau tanah bergerak***" . Keadaan pemukiman lokasi RW-1 Kelurahan Bandarharjo memang rentan terhadap banjir dan kebakaran. Kondisi ini oleh Suryadi (1999:4) disebut sebagai '***Masalah Kesehatan Karena Kemiskinan dan Lingkungan***' yang banyak menimbulkan penyakit saluran pernapasan yang disebabkan terutama oleh polusi udara di dalam dan di liar rumah. Ini terjadi antara lain karena pemakaian bahan bakar berpolusi tinggi, kurangnya ruang hijau, buruknya ventilasi udara di dalam rumah karena kepadatan penghini dalam rumah yang tinggi, kurangnya ventilasi dapur, pemakaian bahan bakar berpolusi tinggi untuk memasak dan pembakaran sampah yang tidak terangkut terutama di perkampungan kumuh.

Dilihat dari temuan penelitian atas keadaan umum omunitas dimana keterbatasan tingkat pendidikan dan keterbatasan kemampuan ekonomi menjadi kendala dalam memahami dan mengakses fasilitas kesehatan. Komunitas dalam keseharian memiliki dinamisasi rutin mekanistik yang berorientasi pencapaian kebutuhan hidup sehari-hari secara sangat terbatas. Keadaan ini telah dapat dipahami oleh WHO (1992) sebagai keadaan dimana ;***"...rendahnya kesadaran dan kontrol serta pengawasan atas dampak lingkungan hidup dan kesehatan dari industri dan pembangunan fisik kota".***

Keadaan lingkungan komunitas ini terkondisi karena keterbatasan kemampuan social-ekonomi sehingga terjadi ketidakmampuan dalam penataan lingkungan yang layak dan kondisi tekanan-tekanan kesakitan bukannya sesuatu yang tidak diperhatikan oleh para orang tua, namun tantangan agar tetap berlangsungnya kehidupan keluarga inilah yang primer bagi pertimbangan ekonomis keluarga.

D. Bahasan Pengetahuan Sikap Praktik Komunitas Terhadap ISPA

1. Pengetahuan tentang Penyakit ISPA

Pemahaman gejala ISPA, factor yang mempengaruhi sebagaimana diketahui dari hasil; penelitian yang menerangkan bahwa penduduk wilayah Kelurahan Bandarharjo berasal dari berbagai daerah asal yang berkepentingan perniagaan dari hasil kelautan di Kota Semarang, maka dapat dimengerti bahwa ragam budaya diwarnai dari asal budaya masing-masing pendatang tersebut. Motifasi kebutuhan pengembangan ekonomi warga menjadi latar dari perilaku social warga, yakni terbentuknya hubungan fungsional perkerabatan. Hukum 'bermanfaat atau tidak bermanfaat' dari pengertian ekonomis-fungsional menjadi dasar hubungan perkerabatan di antara mereka.

Bermula dari sikap ini, seiring dengan waktu dan perkembangan tantangan kehidupan di mana orientasi kelautan berangsur-angsur bergeser kearah niaga perindustrian, maka terdapati dua pola

kehidupan yang unik, yakni; pola pemukiman yang 'guyub' karena perasaan senasib, dan pola pekerjaan yang individual, karena tuntutan dunia perniagaan industri. Pola ini tidak sesuai dengan pendapat Sceineder (1986:430) yang menyatakan bahwa:*'Perubahan dari kehidupan tradisional ke kehidupan industri membinasakan suatu komunitas secara keseluruhan, ... '*. Uniknya justru komunitas di wilayah tersebut memiliki toleransi tinggi karena perasaan senasib dan pertumbuhan pemukiman semakin padat, sehingga perkerabatan pada komunitas semakin solid.

Kepadatan hunian yang tinggi dalam hubungan kesenasib-an yang kuat melahirkan kebersamaan bersikap dalam menghadapi tantangan kehidupan. Motif sosiogenis, pada komunitas senasib, sesama perantauan dirasakan lebih effektif memperoleh kepercayaan dari individu yang mengalami persoalan atau penderitaan yang membutuhkan pertolongan atau membutuhkan upaya penyembuhan, sehingga informasi yang diperoleh dari warga di sekelilingnya akan mendapat perhatian terlebih dahulu sebagai dasar pertimbangan tindakan-tindakan selanjutnya. Dengan demikian informasi-informasi dari para tetangga merupakan 'predisposing' bagi penderita atau keluarga penderita. Informasi ini dapat diperoleh pada saat yang tepat, yakni pada saat yang bersangkutan sebagai penderita atau keluarga dari penderita membutuhkan informasi tentang suatu kondisi 'sehat-sakit'.

Pemahaman apakah individu dalam keadaan 'sehat'; atau dalam keadaan 'sakit' dapat diperoleh dengan mudah, karena dataran tingkat pendidikan dari pemberi informasi, tidak jauh berbeda dengan dataran tingkat pendidikan penerima informasi, sehingga *etiologi* penyakit dapat dipahami dengan baik oleh penerima informasi, yakni masyarakat secara tradisional, akan lebih mudah diterima karena faktor etiologi penyakit yang *ikon*-nya, bahasa-bahasa pemahaman tidak jauh dari akar budayanya.

Berbeda keadaannya jika informasi tentang keadaan 'sehat' atau tentang keadaan 'sakit' yang diinformasikan oleh petugas kesehatan medis. Hal ini disebabkan beberapa hal, misalnya; waktu membutuhkan informasi, petugas kesehatan medis tidak memiliki waktu untuk bisa memenuhi kebutuhan informasi keadaan 'sehat', atau 'sakit' bagi warganya, mengingat 'jam kerja' yang terbatas. Pegawai kesehatan medis pada umumnya tidak mengenal '*terminologi*' komunitas atas pemaknaan suatu kondisi, sehingga persoalan bahasa menjadi kendala utama dalam proses memahami bersama atas suatu keadaan dalam peristiwa ini.

Faktor Penguat, sebagaimana adanya kebersamaan nasib sebagai perantauan, begitu pula terdapat persamaan perasaan atau *impuls-impuls* sesama warga pada komunitas ini untuk melakukan atau untuk tidak melakukan sesuatu. Informasi yang diterima dan diolah bercampur dengan referensi-referensi yang telah ada sebelumnya di dalam kesadaran individu, proses kognisi ini menjadi '*reinforcing*' atau penguat bagi individu untuk memahami informasi yang telah ia terima. Penguatan

kognitif memunculkan sikap, emosi dan wawasan individu yang termanifestasi kedalam perilakunya. Demikian juga memahami penyakit batuk, pilek atau demam yang ia peroleh informasinya dari warga sekeliling.

Masyarakat tradisional memahami penyebab sehat-sakit karena hukum sebab dari perilaku individu yang mengakibatkan sakit atau sehat. Keberadaan penyakit mempengaruhi seluruh dimensi hidup manusia dan penyakit merupakan gangguan dalam arus hubungan harmonis yang menentukan hidup masing-masing individu. Dipahami bahwa '*kesehatan dan penyakit merupakan keseimbangan yang harmonis*'. Penyakit dijelaskan dengan istilah-istilah sistemik yang bukan pribadi. Sistem-sistem naturalistic, di atas segalanya, mengakui adanya suatu model keseimbangan, sehat terjadi karena unsure-unsur yang tetap dalam tubuh, seperti panas, dingin, cairan tubuh berada dalam keadaan seimbang menurut kondisi individu dalam lingkungan alamiah dan lingkungan sosialnya. Apabila keseimbangan ini terganggu, maka hasilnya adalah timbulnya penyakit. Misalnya seperti ungkapan; '*terlalu banyak kena kipas angin..*' dimengerti bahwa keseimbangan udara di dalam tubuh tidak seimbang dengan udara di luar, maka anak sakit.

Pemahaman versi lainnya dari komunitas adalah; Penyakit disebabkan oleh *intervensi dari suatu agen yang aktif, yang dapat berupa mahluk supra natural* (mahkluk gaib atau dewa), makhluk yang membahayakan manusia (seperti hantu, roh leluhur, atau roh jahat) maupun mahkluk

manusia (tukang sihir atau tukang tenung). Orang yang sakit adalah korban, obyek dari agresi atau hukuman yang ditujukan khusus kepadanya untuk alasan-alasan yang khusus menyangkut dirinya saja, misalnya ungkapan ibu 'Ng'; '*...tidak kena tulah Betoro Kolo...*'.'Betoro Kolo' pada mitos Jawa adalah 'Dewa Penyakit' yang datang atau di datangkan oleh subyek lain (musuh) yang melakukan intervensi kepada individu yang kemudian individu tersebut menderita atau sakit.

Faktor Pemungkin ialah komunitas dapat dengan mudah memahami etiologi tersebut dari pada keadaan kesakitan karena adanya intervensi virus , infeksi dan mengakibatkan batuk, pilek atau demam, seperti dipahami oleh medis 'Barat' yang terwakili oleh unsur pelayanan medis Puskesmas, ataupun layanan kesehatan masyarakat dengan latar belakang etiologi 'Barat' lainnya.

Pemahaman '**Paradigma Kesehatan 2010**', di mana salah satu butir pernyataannya ialah '*hak sehat pada rakyat*'; hak sehat dimulai dengan pemahaman 'sehat-sakit', nampaknya tidak dilakukan transformasi oleh petugas kesehatan masyarakat kepada komunitas atas kewajiban-kewajiban agar hak-hak tersebut dapat dicapai. Hal ini dapat dipahami karena keterbatasan tenaga atau tidak tersedianya tenaga penyuluh kesehatan masyarakat. Oleh karena itu dapat dipahami pula mengapa pelayanan Puskesmas Bandarharjo yang cenderung 'orientasi klinis'; menunggu pasien datang.

Ketidak intensifan intervensi 'Barat' dalam 'transformasi' etiologi penyakit ISPA oleh Petugas medis kepada komunitas RW-1 Kelurahan Bandarharjo ini mengakibatkan komunitas lebih memungkinkan menerima informasi-informasi penyembuhan yang diperoleh dari komunitasnya sendiri.

Pemahaman Bahaya ISPA, penyakit ISPA yang dikenal sebagai sakit batuk, pilek dan demam oleh masyarakat dianggap tidak membahayakan bagi proses pertumbuhan penderita dalam kaitannya dengan kesehatan. Komunitas lebih menganggap penderita penyakit ISPA 'membahayakan' dalam kaitan dengan menghambat aktivitas kesibukan keseharian orang tuanya.

Temuan menunjukkan bahwa komunitas yang diwakili informan dalam memahami gejala paparan ISPA antara lain adalah pernyataan; "*nggih niku musimipun*" (ya itu musimnya) dan:"*watuk, pilek, nggih biasa*" (batuk, pilek, ya biasa), pernyataan tidak adanya kekawatiran terhadap bahaya yang ditimbulkan dari paparan penyakit ISPA. 'Gejala ISPA ditanggapi, dievaluasi dan diperankan oleh individu yang mengalami sakit atau kurang nyaman, atau tanda-tanda lain dari fungsi tubuh yang kurang baik' seperti yang dinyatakan **Mechanic dan Volkhart** dan dikutip oleh **Foster** (1986:172) dimengerti bahwa selama gejala-gejala sakit tidak begitu mengganggu aktivitas rutin individu, maka gejala tersebut tidak dipahami sebagai kondisi sakit. Memahami gejala alam yang berujud penyakit diungkapkan dengan kata '*biasa*' atau '*nggih*

musimipun' (ya memang musimnya), menimbulkan dua pengertian: pertama, peristiwa-peristiwa paparan ISPA itu tidak dimengerti sebagai penyakit, atau yang kedua, bentuk tuturan dari manifestasi struktur kognitif individu di mana ia telah memahami bahwa peritiwa tersebut adalah paparan suatu penyakit dalam derajad yang tidak membahayakan, tetapi tidak mampu melakukan penyembuhan.

Pada umumnya komunitas tidak memahami bahwa ISPA disebabkan oleh virus, sebagaimana dinyatakan oleh **Suwendra** (1988:41). Mereka lebih mengenalnya sebagai dampak musim. Untuk pemahaman ini dapat dimengerti dan lebih mendekati teori bahwa penyebab umum berkaitan dengan turunnya kualitas lingkungan udara. Sedangkan untuk pemahaman apakah ISPA merupakan penyakit bahaya bagi anak-anak mereka, dari pernyataan 'batuk, pilek ya biasa' tersebut, mereka tidak memahami bahwa; 'ISPA dapat mengakibatkan kematian atau cacat' sebagaimana dinyatakan oleh **Roesin dan Indriyono** (1995:34)

Faktor Penguat ialah pengalaman komunitas terhadap penderita penyakit ISPA seirama dengan datang dan perginya siklus musim, sehingga hal ini menguatkan pemahaman komunitas bahwa paparan penyakit ISPA adalah bawaan dari suatu musim. Dengan demikian jika musim berlalu, maka penyakit ISPA akan ikut berlalu pula. Pemahaman bahwa penyakit ISPA tidak membahayakan ini dikuatkan dengan tidak terjadi peristiwa sepanjang pengetahuannya bahwa penderita ISPA, baik ISPA akut maupun ISPA kronik membawa akibat penderita meninggal

atau sakit menahun. Hal ini disebabkan karena banyak peristiwa sosial dan kesehatan yang saling terkait dalam proses individu penderita ISPA, yang mana jika individu menderita kematian atau penyakit kronis, dianggap oleh komunitas bukan akibat dari penyakit batuk, pilek, demam akut dan yang berkepanjangan atau menahun, tetapi disebabkan oleh paparan lain atau insiden lain, sebagaimana konsekuensi dari pemahamannya bahwa penyakit ISPA bagian dari siklus musim.

Faktor-faktor yang memungkinkan pemahaman bahwa ISPA tidak berbahaya bagi kesehatan itu antara lain adalah tingkat pendidikan yang relatif rendah sehingga wawasan terbatas untuk dapat memahami bahwa virus sebagai penyebab penyakit ISPA dan membahayakan kondisi kesehatan penderita. Kemungkinan lainnya ialah bahwa pengalaman tindakan preventif yang mereka lakukan secara tradisional menekan timbulnya bahaya bahaya yang akan terjadi, meskipun demikian, sampai dengan penyusunan tulisan ini , mereka tidak memahami bahwa penyakit ISPA dapat membahayakan kesehatannya.

Pemahaman Pencegahan ISPA, mengingat pemahaman secara medis maupun naturalistic komunitas tidak memahami gejala dan bahaya penyakit ISPA, namun oleh karenanya pemahaman pencegahan terhadap penyakit ISPA dari komunitas tidak diketemukan. Kejadian yang menguatkan pemahaman ini ialah bahwa ketika anaknya pilek dan tidur bersama saudaraya yang lain, pada kenyataannya saudara yang lain itu tidak tertular sakit pilek, tetapi ketika anak sakit demam justru demamnya

menular kepada saudaranya yang lain. Dengan demikian kenyataan ini sulit dijelaskan dengan bahasa penularan paparan virus, dan panas demam karena infeksi di dalam tubuh.

Faktor pemungkin yang semakin mengarah menuju kepada ketidak pahaman perihal pencegahan penularan penyakit adalah faktor pemukiman dan faktor social. Pemukiman yang padat dan di dalam rumah juga di huni oleh banyak orang sehingga dalam satu kamar dan satu tempat tidur dipergunakan oleh tiga sampai lima orang, sangat memungkinkan penularan penyakit. Demikian pula dari sisi pergaulan komunitas, di mana perilaku hidup bersih dan sehat tidak terkondisi, penderita ISPA tidak dilakukan isolasi, sehingga tindakan pencegahan sangat tidak memungkinkan.

Pemahaman Praktik Penyembuhan ISPA dipengaruhi oleh infirmasi-informasi yang diperoleh dari para orang tua keturunannya baik yang berada di daerah asal ataupun dari para senior yang berada di lingkungan komunitas RW – 1 Kelurahan Bandarharjo. Faktor Penguat ialah Peristiwa-peristiwa penyembuhan yang berhasil dilakukan oleh para tetangganya membuat bertambah keyakinan untuk mengikuti praktik-praktik penyembuhan tradisional yang ditawarkan oleh para tetangganya. Sedangkan faktor pemungkinnya ialah informasi dan bukti-bukti keberhasilan yang didukung oleh ketersediaan sarana prasana sebagai tuntutan proses penyembuhan yang tersedia secara mudah, seperti; minyak kayu putih, uang logam untuk kerokan, daun dadap serep, kedekatan

pantai dari lokasi domisili, dan penyembuh itu sendiri yang berada selokasi keluarga penderita yang ia kenali sehari-hari, maka kesemuanya itu menjadi kondisi yang memungkinkan praktik penyembuhan tradisional dilakukan.

2. Sikap Terhadap Penyakit ISPA

Disebabkan latar belakang pendidikan sebagian besar komunitas yang terbatas, maka menanggapi keberadaan penyakit ISPA dianggap peristiwa biasa yang tidak mengkawatirkan bagi pertumbuhan anaknya.Tanggapan ini diperkuat dengan adanya banyak kasus yang sama ternyata sepanjang pengetahuannya tidak membawa akibat yang membahayakan bagi anak balita, adapun faktor pemungkin ialah sikap-sikap dalam menanggapi peristiwa kesakitan ISPA bagi anaknya dianggap suatu peristiwa biasa, karena kebanyakan warga mengalami peristiwa yang sama dan juga tidak merasakan kekawatiran.

Tanggapan terhadap bahaya ISPA dari pengaruh para tetangga dari komunitas RW-1 Kelurahan Bandarharjo menganggap ISPA bukanlah suatu peristiwa yang membahayakan bagi pertumbuhan anak balita. Sedangkan faktor penguat ialah banyaknya peristiwa yang sama dialami oleh para tetangga dan terbukti tidak mengakibatkan peristiwa ini menjadi keadaan yang fatal bagi penderita. Sebagai faktor pemungkin adanya tanggapan terhadap ISPA sebagai penyakit biasa dan tida membahayakan ini dimungkinkan karena kebanyakan warga tidak memiliki wawasan pemahaman tentang penyakit, hanya karena peristiwa tersebut

menghambat proses kesibukan sehari hari dari para orang tua, maka pengertian kondisi sakit ditanggapi sebagai keadaan yang menghambat rutinitas kegiatan sehari-hari..

Tanggapan Terhadap Tindakan Pencegahan ISPA diawali dari pemahaman bahwa ISPA bukanlah penyakit, maka kebanyakan warga tidak menanggapi secara serius perihal pencegahan terhadap paparan ISPA. Adapun Faktor Penguat adalah dengan adanya tanggapan-tanggapan yang sama dari para warga di sekeliling penderita atau keluarga penderita ISPA dan faktor yang memungkinkan tanggapan terhadap pencegahan ini terjadi karena para orangtua cenderung lebih mementingkan pencarian nafkah untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari, sehingga perhatian terhadap anak yang sedang menderita ISPA ditanggapi sebagai keadaan yang wajar.

Adapun tanggapan terhadap praktik penyembuhan ISPA, bahwa sebagai warga dari suatu komunitas yang memiliki sifat perkerabatan yang 'guyub', menanggapi praktik penyembuhan disikapi dengan toleran dan empati. Empati ini di latar belakangi kesamaan nasib yang pada akhirnya praktik penyembuhan tradisional yang dilakukan oleh para tetangganya ditanggapi sebagai cara-cara yang sesuai dengan kebutuhan penyembuhan melakukan tindakan pencegahan terhadap paparan ISPA karena tindakan-tindakan pencegahan tidak membutuhkan biaya untuk melakukannya.

Perilaku pencegahan ISPA rata-rata dilakukan dengan penghindaran terhadap penyebab sakit sejalan dengan perilaku preventif dalam sistem

naturalistik. Hal ini dapat dimengerti sebagaimana ia kehendaki. Adapun faktor penguat tanggapan ini diperkuat oleh fakta-fakta keberhasilan dari proses penyembuhan yang telah dilakukan oleh para tetangganya dan faktor pemungkin dangan keadaan social-ekonomi yang serba terbatas menjadikan alternatif praktik penyembuhan tradisional menjadi suatu alternatif yang sangat mungkin dilakukan oleh penerima informasi dari proses penyembuhan tersebut.

3. Praktik Pencegahan dan Penyembuhan Penyakit ISPA

a. Praktik Pencegahan Penyakit ISPA

Praktik pencegahan dipengaruhi oleh informasi dari para tetangga yang pernah mengalami gejala yang sama atas kemungkinan terpapar penyakit ISPA, dan informasi tersebut dijadikan wacana bagi para orang tua untuk melakukan tindakan pencegahan-pencegahan dan praktik pencegahan dikuatkan karena telah terbukti bahwa praktik-praktik pencegahan yang telah dilakukan oleh para tetangganya dapat mengatasi pencegahan paparan ISPA kepada anak-anaknya adapun faktor yang memungkinkan penderita arau keluarga penderita dengan pernyataan 'jangan hujan-hujanan, jangan makan chiki-chiki, jangan main air, makannya kurang diawasi, tidak boleh lama-lama kena kipas angin' kemudian tentang penularan; 'pilek-batuk tidak menular, tetapi kalau demam menular...' adalah suatu bentuk ungkapan ketidak tahuan terhadap ISPA.

Menurut **Trastonenojo** (1984:21) pencegahan terhadap ISPA dapat dilakukan antara lain dengan; 'banyak istirahat, menutup mulut kalau bersin, sering mencuci tangan'. Memahami keadaan sosial ekonomi para orang tua di komunitas yang terbatas ini, mengakibatkan pengabaian tindakan-tindakan pencegahan seperti yang dikemukakan oleh Trastotenojo tersebut di atas tidak dilakukannya.

Dalam tindakan pencegahan penularan kepada anggota keluarga yang lain, keadaan rumah yang tata ruangnya sangat tidak memungkinkan melakukan *'isolasi'* terhadap anak penderita, sebagaimana tindakan-tindakan pencegahan yang dianjurkan oleh Trastotenojo (1984:23). Keadaan lingkungan yang mendukung paparan penyakit dan pengadaan *'makanan bergizi'*, Suwendra (1988:9) yang hampir tidak diselenggarakannya.

b. Praktik Penyembuhan Penderita ISPA

Dipengaruhi oleh informasi-informasi yang diperoleh dari para tetangganya, maka tindakan-tindakan penyembuhan tradisional dijadikan wacana kognisi dari penderita atau keluarga penderita untuk memperoleh kesembuhan dan dengan membuktikan kejadian-kejadian dan hasil yang didapat dari proses penyembuhan tradisional tersebut, maka penderita atau keluarga poenderita ISPA dikuatkan untuk mengikuti cara-cara yang sama yang dilakukan oleh tindakan penyembuhan tersebut. Adapun faktor yang memungkinkan proses imitasi tersebut ialah keterjangkauan sarana-prasarana dari kemampuan penderita atau keluarga penderita dalam

penyelenggaraan prosesi penyembuhan yang akan dilakukan sebagaimana kebutuhan proses penyembuhan tradisional yang dilakukan.

Perilaku penyembuhan komunitas cenderung menerapkan cara-cara tradisional, khususnya cara penyembuhan di rumah. Terhadap penyakit ISPA, mereka biasanya melakukan tindakan; dikeroki, diberi makan yang kenyang, diguyur dengan air hangat-panas, dan penyembuhan di luar rumah dengan pertolongan penyembuh tradisional yang dimintakan kesembuhan kepada *'mbah Sireng'*, melalui prosesi ritual tradisional secara khusus.

Ketika proses penyembuh-penyembuhan tradisional tersebut tidak membawakan hasil kesembuhan, maka individu yang sedang menderita dimintakan penyembuhan secara medis 'Barat', yakni dibawa untuk berobat ke Puskesmas atau pelayanan penyembuhan medis 'Barat' lainnya; Klinik 24 jam atau Balai Pengobatan, dan Dokter Praktek yang berada di dekat wilayah RW-1 Kelurahan Bandarharjo.

E. Bahasan Perilaku Orang Tua Dalam Penanganan Anak Balita Penderita ISPA

Dengan latar belakang budaya dan tingkat pendidikan umum formal yang terbatas (rata-rata Sekolah Dasar) maka kemampuan ekonomi terbatas pula, kemudian pada kurun waktu yang bersamaan, kebijakan reguler institusi pelayanan kesehatan tidak melakukan tindakan promotif-preventif terhadap

komunitas, maka kecenderungan perilaku orang tua dalam penanganan anak balita ketika menderita ISPA, dapat dipahami dari perihal sebagai berikut:

1. **Etiologi**

Berdasar keyakinan bahwa keberadaan manusia adalah proyeksi mikro dari alam raya yang makro, maka masyarakat tradisional memahami *'mikrokosmos dan makrokosmos'* (mikrokosmos = manusia dan makrokosmos = alam raya) dalam proses penyembuhan adalah sesuatu yang saling berkaitan. Pengertian 'sakit' versi medis Barat yang didiagnosakan kepada individu 'penderita', namun bagi komunitas tradisional, bahwa adanya gangguan phisik maupun psikologis yang 'belum' disembuhkan menurut pemahaman 'Barat', tetapi oleh komunitas tradisional dimengerti sebagai 'laku' (peristiwa-derita yang harus dijalani) demi mencapai keseimbangan 'makro-mikro kosmos' itu. Suatu peristiwa yang harus dijalani demi keharmonisan mikro-makro dan Allah. Oleh karena itu tindakan penyembuhan lebih mendahulukan dengan cara-cara alami, sebagai upaya harmonisasi dengan makrokosmos dan penyembuhan cara medis 'Barat' baru dilakukan ketika anak sebagai penderita sudah tidak tahan merasakan sakitnya.

2. **Sosial Perkerabatan**

Pola layanan yang diterima oleh penderita bersifat guyub kekeluargaan, karena penyembuh dikenal dengan baik secara pribadi oleh penderita.

Dengan kedekatan hubungan perkerabatan ini, individu penderita yang telah sembuh akan mendapat monitoring oleh penyembuh dan bimbingan tindakan-tindakan promotif atau preventif. Hal ini dapat terjadi karena penyembuh bertempat tinggal di wilayah yang sama dengan penderita, yakni orang tua sendiri atau tetangga yang dalam kesehariannya penderita telah mengenalinya. Jika individu warga komunitas tidak mengikuti prosesi penyembuhan seperti ini pada tindakan-tindakan awal penyembuhan bagi anggota keluarganya, maka secara tidak langsung menjadi bahan pergunjingan komunitas dan akibatnya terjadi keretakan hubungan guyub yang selama ini terkondisi.

3. **Kondisi di Lingkungan**

Memahami posisi lokasi komunitas dan dengan metode penyembuhan yang cenderung mudah diperoleh dari pendaya gunaan sarana prasarana yang ada pada lokasi tersebut. Cara-cara penyembuhan ini merupakan konsekuensi dari latar balakang pemahaman etiologi penyakit, yakni upaya '*penyeimbangan mikro-makro kosmos*' atau '*ngruwat*' untuk pembebasan dari 'hukuman' atau sanksi dari suatu proses 'sebab-akibat'. Tindakan riilnya antara lain adalah; pengobatan 'rumah' dengan di keroki, '*diguyur air hangat*', dan '**mbun-mbun**'. 'Mbun-mbun' adalah prosesi penyembuhan dengan merendam penderita di pantai selama kurang lebih 10 menit sambil diiringi 'doa'doa' untuk dimintakan 'pembebasan dari penyakit ' kepada *Mbah Sireng* dan dengan

memberikan *'pisungsung'* atau *'syarat'* tabur bunga di laut. Cara-cara ini sudah menjadi kebiasaan komunitas RW-1 Kelurahan Bandarharjo. Perincian pengaruh lingkungan adalah sebagai brikut;

a. Lingkungan Lokasi

Dari segi ekosistem, komunitas RW-1 Bandarharjo adalah komunitas akuatik, yakni komunitas yang terdapat di tepi laut, menurut **Irwan** (1992:89). Keberadaan komunitas pada lokasi ini secara ekologis akan kausal dengan komponen di sekitarnya, yakni; pantai. Ekosistem pantai menjadi dominan dalam mempengaruhi perilaku komunitasnya. Dari pemahaman ini, segala peri kehidupan komunitas diupayakan komponennya bersumber dari habitat tersebut. Baik dari pola hidup sampai dengan pola-pola penyembuhan.

a. *Lingkungan Sosial*

Terjadinya proses sosialisasi budaya dari generasi pemula ke generasi berikutnya dalam pola-pola tatanan kehidupan. Misalnya tuturan; *'Nggih percaya,... wong niku sing sanjang mbahne kulo!'* (ya percaya... orang itu yang berkata Mbah saya !'. Terjadi proses sosialisasi bergenerasi kearah metode penyembuhan tradisional. Tingkat kepercayaan yang tinggi karena cara-cara penyembuhan diperoleh dari keturunannya sendiri dan dari segi biaya, tidak memerlukan pembiayaan khusus untuk keperluan prosesi penyembuhannya

4. **Waktu**

Waktu layanan bagi penyembuhan tradisional ini tak terbatasi. Untuk dikeroki, di 'kopyoh', dan di 'guyur air hangat' bisa sewaktu – waktu diselenggarakan. Khususnya untuk '*mbun-mbun*' merendam kelaut dibatasi pada waktu subuh sebelum matahari muncul.

Peluang waktu yang longgar akan tindakan penyembuhan ini tidak akan diperoleh dari layanan kesehatan medis 'Barat' yang dibatasi oleh waktu kerja sebagaimana jam kerja yang telah ditentukan oleh masing-masing instansi layanan kesehatan yang ada.

5. **Biaya**

Adanya praktik-praktik penyembuhan dari komunitas di sekelilingnya dan dorongan kebutuhan akan tersembuhkan dari penyakit yang sedang diderita oleh diri sendiri ataupun oleh anggota keluarganya, maka individu penderita cenderung melihat dari sisi efisiensi, kepraktisan dari proses penyembuhan tradisional ini untuk diikuti.

Dengan pemahaman spiritual terhadap penyakit, para penyembuh tradisional berperan sebagai '*medium*' atau penghubung ritual dari individu yang sedang 'sakit' tersebut. Berdasar peran sebagai '*medium*' ini, maka tidak layak jika penyembuh mengenakan harga baku kepada masyarakat yang akan atau sedang dilayani, bahkan seringkali tanpa dibayar, karena memang yang ditolong benar-benar tidak memiliki uang.

Dengan demikian besaran/jumlah harga menjadi relatif karena diperuntukkan sebagai ungkapan rasa terima kasih atas pertolongan penyembuhan itu. Hal yang berbeda dengan proses penyembuhan pada pelayanan medis klinis di Puskesmas, Balai Pengobatan ataupun di Klinik 24 Jam, di mana tarip sudah ditentukan dan hal ini adalah konsekuensi dari penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang membutuhkan banyak biaya, mulai dari pembiayaan untuk; pemeliharaan sarana-prasarana, peralatan, pembelian obat-obatan dan tenaga kesehatan itu sendiri.

Terhadap proses penyembuhan, mereka lebih cenderung mengikuti kebiasaan yang diyakininya dan berlaku pada umumnya diterapkan dari komunitas ini. Tindakan; direndam di laut, dimintakan kesembuhan kepada mBah Sireng, dikeroki, supaya anginnya keluar; sampai pada pengobatan non Barat; 'Cap Pedang', obat ini berbentuk kapsul berisi ramuan yang dibuat dari bahan pala wija oleh Sinshe, seorang penyembuh tradisional Cina.

> *'Pengobatan primitif mengandung pengetahuan empiris yang amat luas. Tatanan dalam corpus tekniknya bervariasi, prosedur-prosedur dan kepercayaan-kepercayaan adalah alur-alur yang amat banyak dari pendekatan yang pragmatis, tes-tes perbandingan dan pengobatan yang efektif bagi pemulihan dan pemeliharaan kesejahteraan organisme manusia'*
> **Laughlin** dikutip **Foster** (1986:156)

Pemanfaatan pengobatan tradisional dari penyembuhan yang demikian telah berlangsung melalui uji-coba yang cukup lama, melalui pengalaman manusia. Metode-metode penelitian yang digunakan oleh para ahli ramuan tradisional secara kualitatif tidaklah berbeda dari yang

digunakan dalam penelitian-penelitian terapi kimiawi dalam klinik-klinik modern. Perbedaan utama adalah dalam faktor waktu. Para ahli ramuan primitif membutuhkan pengujian yang berabad-abad atau bergenerasi-generasi. Oleh karena pengalaman dalam menggunakan cara-cara penyembuhan tradisional, maka komunitas lebih mempercayai cara-cara penyembuhan yang dilakukan secara turun-temurun.

Menurut **Depkes** (1992:12-14), penanganan penyakit ISPA dimulai dari (1) pemberian makanan-minuman yang bertujuan meningkatkan daya tahan tubuh penderita, (2) kemudian penanganan demam dengan dikompres agar akumulasi panas tubuh tidak terjadi, (3) penanganan pilek lebih ditekankan pada kebersihan diri dalam membuang ingus, dan (4) penanganan batuk melalui pengobatan bahan setempat yakni; campuran jeruk nipis dengan kecap manis (½ senduk kecap manis dan ½ senduk jeruk nipis).

Cara-cara penyembuhan tardisional yang sejalan dengan Depkes di atas adalah tindakan 'pemberian makan supaya kenyang'. Keadaan kenyang ini menurut pemahaman komunitas sepaham dengan Depkes, bahwa kondisi kenyang akan meningkatkan daya tahan tubuh sehingga penyakit tidak terpapar. Adapun pemanfaatan bahan setempat yankni dengan bahan jeruk nipis, kecap manis hanya dilakukan oleh beberapa warga, dengan pemahaman bahwa lendir-lendir yang tersangkut di dalam tenggorokan akan keluar karena dorongan rasa asam dari jeruk nipis.

UPT-PUSTAK-UNDIP

Cara-cara pengobatan penyembuhan berorientasi magis yang ada di masyarakat tradisionil, sebagaimana dikatakan oleh Foster bahwa:

> *1) Sistem medik personalistik; Penyakit disebabkan oleh intervensi dari suatu agen yang aktif, yang dapat berupa mahluk supra natural (mahkluk gaib atau dewa), makhluk yang bukan manusia (seperti hantu, roh leluhur, atau roh jahat) maupun mahkluk manusia (tukang sihir atau tukang tenung). Orang yang sakit adalah korban, obyek dari agresi atau hukuman yang ditujukan khusus kepadanya untuk alasan-alasan yang khusus menyangkut dirinya saja,*
> *2) Sistem medik naturalistic; Penyakit dijelaskan dengan istilah-istilah sistemik yang bukan pribadi. Sistem-sistem naturalistic, di atas segalanya, mengakui adanya suatu model keseimbangan, sehat terjadi karena unsure-unsur yang tetap dalam tubuh, seperti panas, dingin, cairan tubuh, yin dan yang (baik dan buruk atau salah dan benar), berada dalam keadaan seimbang menurut usia dan kondisi individu dalam lingkungan alamiah dan lingkungan sosialnya. Apabila keseimbangan ini terganggu, maka hasilnya adalah timbulnya penyakit.*
> **Foster** (1986:63)

Perilaku komunitas RW-1 Bandarharjo dalam penanganan penderita ISPA lebih dominan kepada dua tindakan, pertama upaya mengeluarkan mahkluk halus dari tubuh penderita, sebagaimana dikatakan Foster sebagai sistem medik personalistik dan mencapai keseimbangan diri individu secara fisik dan psikis agar jika keseimbangan terpenuhi maka terjadi ketahanan diri terhadap penyakit atau juga dapat dipergunakan sebagai pencegahan jika keseimbangan diri individu tercapai maka individu tidak akan tertular penyakit. Pemahaman ini oleh Foster disebut sebagai sistem medik naturalistic.

Wawasan praktis komunitas terhadap pemahaman dan pola-pola penyembuhan suatu penyakit, seiring dengan budaya pragmatis yang berkembang karena di latar belakangi kepentingan-kepentingan fungsional bertahan hidup dalam segala keterbatasan social-ekonomi komunitas, sehingga upaya-upaya

penyembuhan pada komunitas, tidak memperhatikan bagaimana atau berdasar apa formula penyembuhan diberlakukan secara tradisional dan ikut melakukannya.

Pengobatan primitif mengandung pengetahuan empiris yang amat luas. Tatanan dalam tekniknya bervariasi, prosedur-prosedur dan kepercayaan-kepercayaan adalah alur-alur yang amat banyak dari pendekatan yang pragmatis, tes-tes perbandingan dan pengobatan yang efektif bagi pemulihan dan pemeliharaan kesejahteraan manusia.

Logika penyembuhan tradisional adalah metafisika terapan, yakni serangkaian aturan praktis untuk memperkaya kehidupan batin orang dan termanifestasikan dalam phisik yang didasarkan pada pengalaman. Walaupun setiap orang dan setiap asal daerah pendatang mempunyai posisi yang agak berbeda dan menarik kesimpulan yang agak berbeda dari proses penyembuhan yang sama, tak satupun mempersoalkan premis-premis dasar dari penyembuhan itu.

Berangkat dari kondisi sosial ekonomi, di mana sebagai kaum urban dengan rata-rata pendidikan SD-SLTP adalah suatu kondisi yang bisa dimaklumi jika keadaan ini sangat membuat jarak terhadap informasi kesehatan, yang pada akhirnya mereka jika mengalami peristiwa kesakitan akan mereka serahkan kepada 'orang lain di luar komunitasnya' **Waitzkin** (1993;28) mengatakan; *"... mereka menyerahkan pengawasan atau pemeriksaan dirinya kepada 'orang lain' yang dianggap mampu mengobati".* Pengertian 'orang lain' di sini adalah layanan Puskesmas atau Balai Pengobatan yang ada di wilayah tersebut. Pengertian 'orang lain' sebagai petugas terapi pengobatan lebih dinilai dari sisi

biaya. Jika penanganan penyembuhan dilakukan oleh komunitas di sekelilingnya, seperti tokoh penyembuh tradisional, maka tidak terjadi tuntutan kewajiban membayar; tetapi jika berobat ke Puskesmas atau layanan medis 'Barat' lainnya; Balai Pengobatan ataupun Layanan Klinik 24 jam, maka individu akan mengeluarkan biaya atau membayarnya untuk kepentingan pengobatan itu.

Keterbatasan sosial-ekonomi komunitas ini dalam keadaan 'ketidaktahuan dan ketidak mampuan' yang pada akhirnya berpola 'mengalir' sebagaimana adanya atau sebagaimana kebiasaan perlakuan-perlakuan yang komunitas atau para tetangganya mengatasi peristiwa-peristiwa kesakitan. Terdapatinya upaya penyembuhan dengan kemungkinan lain, khususnya dari segi keterbatasan ekonomi. Menurut **Foster** (1986;44) sebagai berikut:

> "*bayi dan anak-anak, yang masih merupakan beban terbesar bagi waktu dan dana orang tua dan yang masih sangat mudah digantikan, mungkin hanya menerima tidak lebih dari pengobatan rumah yang paling sederhana*"

Jika keadaan kesakitan tak kunjung sembuh (artinya; keadaan pasien semakin tambah parah), maka pasien dibawa ke sarana pengobatan medis, di mana hal ini akan menuntut ketersediaan dana yang cukup, dan bagi para orang tua keadaan ini semakin menjadi beban.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Perilaku Orang Tua dalam Penanganan Anak Balita Penderita ISPA disimpulkan melalui pemahaman segi-segi sebagai berikut:

1. Pengetahuan Informan dalam Pemahaman Penyakit ISPA

Orang tua dari Anak Balita penderita ISPA memahami bahwa ISPA adalah suatu peristiwa yang berkaitan dengan keadaan dari siklus alam biasa, sehingga peristiwa ISPA bagi anak balitanya dipahami bukan penyakit, tetapi sebagai bagian dari proses pergantian musim. Hal ini menunjukkan kurangnya pengetahuan informan dalam memahami penyakit ISPA.

2. Sikap Informan terhadap Pencegahan dan Praktik Penyembuhan

Orang tua sebagai informan tidak menunjukkan sikap yang tepat terhadap pencegahan penularan penyakit ISPA. Informan sebagai orang tua anak balita yang sedang menderita ISPA menanggapi penyakit ISPA sebagai suatu keadaan biasa. Kemudian menanggapi praktik penyembuhan tradisional dianggap biaya murah, sedangkan praktik pengobatan medis dianggap memerlukan biaya ekstra.

3. Praktik Penyembuhan

Orang tua melakukan tindakan penyembuhan terhadap anak balitanya ketika menderita ISPA dilakukan di rumah, menurut cara-cara tradisional, dan informan sebagai orang tua akan memanfaatkan

pelayanan pengobatan medis jika upaya-upaya penyembuhan tidak membuahkan hasil kesembuhan.

Hasil dari penelitian dengan melakukan wawancara, pengamatan dan triangulasi terhadap tiga informan utama dan enam informan pendukung yang bertempat tinggal di wilayah RW-1 Kelurahan Bandarharjo, selanjutnya pengolahan data dan analisis data yang kemudian dilakukan pembahasan terhadap pengetahuan, sikap dan praktik, maka dapat disimpulkan bahwa; 'Orang Tua dalam Penanganan Anak Balita Penderita ISPA di RW-1 Kelurahan Bandarharjo biasa melakukan praktik-praktik penyembuhan tradisional'.

B. Saran

1. Bagi Puskesmas Bandarharjo dan BP 'Wisma Santosa'

a. Perlunya intervensi dialogis 'subyek-subyek' oleh petugas kesehatan terhadap penyembuh-penyembuh tradisional penyamaan pengetahuan etiologi. Intervensi dialogis 'subyek-subyek' adalah suatu proses di = dua, logos = konsep pikir, yang bertemu untuk menyepakati sesuatu. Setelah pemahaman ini terjadi, kemudian diselenggarakan pendidikan kesehatan masyarakat yang sistematikanya sebagai berikut;

1} Kodifikasi dan Dekodifikasi (penandaan dan pemaknaan ulang menerus sesuai dengan perkembangan keadaan) terhadap pengertian suatu kondisi 'sehat-sakit',

2) Penyelenggaraan diskusi dengan materi yang berangkat dari akar budaya komunitas,

3) Penyelenggaraan kegiatan bersama penanggulangan penyakit berbasis masyarakat,sebagai pentahapan kegiatan pelayanan kesehatan terhadap komunitas akuatik Di RW-1 bandarharjo.

b. Perlunya penyelenggaraan sarana-prasarana konseling kesehatan ibu dan anak yang memfasilitasi pemahaman kesehatan dasar dan pola asuh anak. dalam pelaksanaannya melibatkan kader PKK dan Posyandu setempat.

c. Khusus bagi Puskesmas, perlunya penambahan SDM sebagai tenaga pendamping proses dengan metode 'dialogis' terhadap subyek Kesehatan Masyarakat yang memenuhi volume cakupan wilayah layanan kesehatan. Puskesmas Bandarharjo.

2. Bagi Pengurus SD 'Santosa'

Perlunya penyelenggaraan UKS (Usaha Kesehatan Sekolah) pada SD 'Santosa' yang berbasis komunitas, sehingga sosialisasi tingkat dini dapat diterapkan bagi anak didik terhadap pembiasaan perilaku sehat. Dalam pelaksanaannya bekerjasama dengan BP 'Wisma Sentosa'.

Daftar Pustaka

Abram S. Benenson,1985, *Control of Communicable Diseases in Man*, Fourteenth Edition,The American Public Health Association, Washington,DC

Azwar, Saifudin,1988, *Sikap Manusia; Teori dan Pengukurannya*, Liberty, Yogyakarta

Blum,HL,2000, dalam; *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*, Program Pascasarjana Kesehatan Masyarakat, UNDIP, Semarang

Boat, Thomas F., et al, dalam **Nelson; Behrman E. R and Vaughan III C,Victor**,1993, *Infeksi-infeksi Pernapasan Saluran Bagian Atas; Ilmu Kesehatan Anak; Textbook of Pediatrics*, Edisi 12, Bag.2, EG

Bogdan, Robert and **Barnes, B.Ellen**, ___, *A Qualitative Sociological Study of Mainstreaming Technical Proposal*, London

Brownlee,Ann Templeton, 1978, *Community, Culture, and Care; A cross-cultural guide for health workers*, The C.V. Mosby Company, Saint Louis.

Depkes RI,1992, *Pedoman Pemberantasan Penyakit Ispa & Diare Untuk Petugas Kesehatan*, Ditjen PPN dan PLP, Jakarta

Depkes, 2001, *Program Pemberantasan ISPA*, Pedoman Program Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit, Jakarta.

Depkes,2003, *Program Pemberantasan Penyakit Menular Langsung*, Jakarta

Depkes, 1998, *Pedoman Kerja Puskesmas*; Jilid I, Jakarta

Dinas Kesehatan, 2001, *Profil Kesehatan Propinsi Jawa Tengah*, Proyek Peningkatan Upaya Kesehatan Masyarakat Prop Jateng.

Feuerstein, Marie-Therese, 1997, *Poverty & Health; Reaping a Richer Harvest*, Macmillan, London

Fishbein,M dan Ajzen.1976, *Belief, Attitude, Intention and Behavior: an introduction to theory and research*, Massachusetts, Addison-Weshly Publishing Company

Foster, George M,1986,*Antropologi Kesehatan*, University of California, Berkley

Freire, Paulo, 2002, *The Politic of Education: Cultur, Power, and Liberation*, ReaD, Yogyakarta

Green, L W and **Kreuter M W**, 1991, *Health Promotion Planning; An Education and Environmental Approach*,_MAYFIELD PUBLISHING COMPANY, Toronto, London

Green, L W, L1986, *Health Educational Planning a Diagnosis Approach*, Mayfield Publishing, California

Hog, Michael A and Vaughan, Graham M., 1995, *Social Psychology; an introduction*, Prentice Hall-Harvester Wheatsheaf, London

Hudelson,Patricia M, 1994, *Qualitative Research For Health Programmes*, WHO, Geneva

Isa, Mohamad, 1981, *Ilmu Perawatan Anak di Daerah Tropis*, Pusdiklat Depkes RI- Jica, Jakarta

Jeane Katz dan Alyson Peberdy, 1996, *Promoting Health-Knowleâge and Practice*; Macmillan in association with The Open University

Kantor Statistik Kota Semarang, 2002, *Monografi Kota Semarang*, Pemkot Semarang.

King, Maurice et al, 1978, *Primary Child Care*; Book One, Oxford Universuty Press, Kualalumpur

Mantra, Ida Bagus, 1994, *Perencanaan Kesehatan Masyarakat*, Pusat Pendidikan Kesehatan Masyarakat, Jakarta

Marshall,Catherine and Rossman B,Gretchen,1989, *Design Qualitative Research*, Sage Publication, New Delhi

Matthew B M , and **Huberman, A. M** , 1992, *Analisis Data Kualitatif*, UI-Press

Mikkelsen, Britha, 2001, *Metode Penelitian Partisipatoris dan Upaya-upaya Pemberdayaan*, Sebuah Buku Pegangan untuk Para Praktisi Lapangan, Obor, Jakarta.

Muhadjir, Noeng, 2000, *Metode Penelitian Kualitatif*, Edisi IV, Rake Sarasin, Yogyakarta

Murti, Bhisma,1997, *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*, FK-UNS, Gajah Mada Press, Yogyakarta.

Muzaham,Fauzi, 1995, *Memperkenalkan Sosiologi Kesehatan*, UI-Press, Jakarta

Nelson, 1996, *Ilmu Kesehatan Anak*, Textbook fo Pediatrics, EGC, Jakarta

Notoatmojo, Soekijo, et al, 1985, *Pengantar Ilmu Perilaku Kesehatan*, FKM-UI, Jakarta

Notoatmojo,Soekijo, 1989, *Dasar-dasar Pendidikan dan Pelatihan*, BPKM, UI, Jakarta.

Ogden, Jane, 1996, *Health Psychology*; A Text Book, Open University Press, Buckingham, Philadelphia.

Poerwandari, E. Kristi, *1998, Pendekatan Kualitatif dalam Penelitian Psikologi LPSP3,* Fak. Psikologi UI

Rahmat, Jalaludin.1988.*Psikologi Komunikasi*, Remaja Karya Bandung

Rahmat, Jalaludin, 2001,*Metode Penelitian Komunikasi*, Rosdakarya, Bandung

Reonizar R dan Indriyono, 1995, *Menanggulangi ISPA Pada Anak-anak*, Pusat Penyuluhan Kesehatan Masyarakat, Depkes RI

RI-UNICEF,2000, *Paket KIE,* Jakarta

Sarwono, Solita, 1993, *Sosiologi Kesehatan*, UGM Press

Scheineder V. Eugene, 1986, *Industrial Sociology*, Hill Publishing Company Ltd, New Delhi.

Trastotenojo, 1984 , dalam: Putu Suwendra,1988, *Pengamatan Selintas Terhadap Pengunjung Poliklinik Anak Yang Datang Dengan Keluhan ISPA*, Prosiding ISPA di Ciloto, Depkes

Waitzkin, B. Howard and Waterman, Barbara, 1993, *Sosiologi Kesehatan, Mengeksploitasi Penyakit Mencari Keuntungan,* Prima Aksara, Jakarta

Werner, David,1997, *Where There Is No Doctor; a village health care handbook,* Macmillan Tropical Community Health Manual, London.