

TESIS

**POLA PENCARIAN PENGOBATAN PADA MASYARAKAT
ETNIS DAYAK DI KOTA SAMARINDA**

*HEALTH SEEKING BEHAVIOUR AT THE DAYAK ETHNIC
COMMUNITY IN THE CITY OF SAMARINDA*

**ANDRY RACHMADANI
K012181141**



**PROGRAM PASCASARJANA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2020**

**POLA PENCARIAN PENGOBATAN PADA MASYARAKAT
ETNIS DAYAK DI KOTA SAMARINDA**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi

Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh:

ANDRY RACHMADANI

Kepada

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2020**

TESIS

POLA PENCARIAN PENGOBATAN PADA MASYARAKAT ETNIS DAYAK DI KOTA SAMARINDA

Disusun dan diajukan oleh

ANDRY RACHMADANI
Nomor Pokok K012181141

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis

pada tanggal 16 November 2020

dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui

Komisi Penasihat,



Dr. Ridwan Mochtar Thaha, M.Sc.

Ketua



Prof. Dr. Darmawansyah, SE., M.Si.

Anggota

Ketua Program Studi
Kesehatan Masyarakat



Dr. Masni, Apt., MSPH

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : Andry Rachmadani

Nomor Pokok : K012181141

Program Studi : Kesehatan Masyarakat/Promosi Kesehatan

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupaka pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya, agar dimanfaatkan sebagaimana mestinya.

Makassar, November 2020

Yang Menyatakan,



Andry Rachmadani

PRAKATA

Bismillahirrahmanirrahim

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatu

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, atas segala limpahan rahmat dan karunia-Nya dan salawat serta salam tak lupa penulis panjatkan kepada Nabi Muhammad SAW sebagai uswatun khasanah bagi umat manusia sehingga penulis dapat menyelesaikan Tesis yang berjudul "**Pola Pencarian Pengobatan pada Masyarakat Etnis Dayak di Kota Samarinda**". Pembuatan tesis ini merupakan salah satu syarat untuk penyelesaian studi penulis pada jenjang pendidikan Magister Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin.

Penulis menyadari bahwa tesis ini tidak terlepas dari segala keterbatasan dan kendala, tetapi berkat bantuan dan dorongan dari berbagai pihak, baik moral maupun material sehingga dapat berjalan dengan baik. Oleh karena dengan segala kerendahan hati penulis menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya serta penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Bapak **Dr. Ridwan M Thaha, M.Sc.** selaku pembimbing I dan Bapak **Prof. Darmawansyah, S.E., M.Si.** selaku pembimbing II yang telah meluangkan waktunya memberikan petunjuk, arahan dan motivasinya. Serta kepada Bapak **Prof. Dr. dr, Muhammad Syafar, MS**, Bapak **Prof. Dr. dr. Alimin Maidin, MPH**, dan Bapak **Dr. Lalu Muhammad Saleh, SKM., M.Kes** selaku tim penguji yang telah memberikan bimbingan dan arahan selama ini demi kesempurnaan tulisan ini.

Tidak lupa pula penulis haturkan setulus jiwa, rasa terima kasih sedalam-dalamnya dan penghargaan atas segala bentuk dukungan atas segala pengorbanan, kesabaran, doa yang tiada henti-hentinya terkhusus kepada kedua orang tua tercinta yang telah menjadi motivasi penulis

dalam menyelesaikan tesis ini, serta saudara penulis yang telah memberi semangat dalam hidup penulis.

Pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih dan penghargaan yang tinggi kepada deretan orang-orang yang telah ikhlas membantu, pahlawan tanpa tanda jasa, Civitas Akademika kepada:

1. Rektor Universitas Hasanuddin Makassar, **Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, MA.**, dan seluruh Wakil Rektor dalam Lingkungan Universitas Hasanuddin.
2. **Prof. Dr. Ir Jamaluddin Jompa, M.Sc** selaku Direktur Pascasarjana Universitas Hasanuddin.
3. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat **Dr. Aminuddin Syam, SKM., M.Kes., M. Med.Ed**, dan para Wakil Dekan serta kepada bapak/ibu dosen FKM, terima kasih untuk segala ilmu yang telah diberikan.
4. **Dr. Masni. Apt., MSPH** selaku ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin.
5. Seluruh Dosen Promosi Kesehatan yang telah banyak memberikan ilmu yang sangat berharga kepada penulis.
6. Staf Departemen Promosi Kesehatan FKM UNHAS (**Kak Venny & Kak Ati**) terima kasih atas segala bantuanya selama penulis menjadi mahasiswa Promosi Kesehatan.
7. Staf administrasi Prodi S2 FKM Bapak **Abd Rahman K, ST**, terima kasih atas bantuan dan sarannya selama ini.
8. Lurah, Ketua Adat, dan masyarakat Desa Pampang Kota Samarinda yang telah memberikan izin penelitian dan bersedia menjadi responden yang sangat membantu dalam proses penelitian berlangsung.

9. Seluruh teman-teman Pascasarjana FKM angkatan 2018 terkhusus kepada teman-teman Promkes terima kasih untuk segala bantuan dan dukungannya.
10. Semua pihak yang telah memberikan bantuan kepada penulis baik berupa materi dan non materi yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu, terima kasih untuk bantuan dan dukungannya.

Semoga semua bantuan yang diberikan kepada penulis mendapat balasan dari Tuhan Yang Maha Esa. Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan karena keterbatasan penulis. Oleh karena itu, saran dan kritik demi penyempurnaan tesis ini sangat penulis harapkan. Akhir kata, semoga apa yang disajikan dalam tesis ini dapat bermanfaat bagi setiap yang membacanya.

Wassalamualaikum Wr. Wb.

Makassar, November 2020

Penulis

ABSTRAK

ANDRY RACHMADANI. *Pola Pencarian Pengobatan pada Masyarakat Etnis Dayak di Kota Samarinda* (dibimbing oleh **Ridwan Mochtar Thaha** dan **Darmawansyah**).

Pola Pencarian Pengobatan adalah aktivitas apa pun yang dilakukan oleh individu atau kelompok yang menganggap dirinya memiliki masalah kesehatan atau sakit dengan tujuan untuk menemukan obat yang tepat. Jangkauan fasilitas kesehatan seperti puskesmas semakin lama semakin sampai ke pedalaman, akan tetapi dalam kenyataannya pelayanan kesehatan belum merata sehingga cara-cara pengobatan tradisional masih mendapat tempat di kalangan masyarakat. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh determinan perilaku terhadap pola pencarian pengobatan modern pada masyarakat etnis Dayak di Kota Samarinda.

Desain penelitian ini rancangan *cross-sectional* dengan teknik *purposive sampling*. Sampel penelitian ini sebanyak 71 rumah tangga pada Etnis Dayak di Kota Samarinda. Data dianalisis dengan menggunakan *chi-square* dan regresi logistik.

Hasil penelitian menunjukkan faktor yang berpengaruh pada pola pencarian pengobatan modern adalah pengetahuan (0.001), sikap (0.001), budaya (0.001), dan dukungan petugas kesehatan (0.004). Sedangkan faktor yang tidak berpengaruh adalah aksesibilitas (0.746), dukungan keluarga (0.788), dan dukungan tokoh masyarakat (0.362). Sehingga dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh antara pengetahuan, sikap, budaya, dan dukungan petugas kesehatan terhadap pola pencarian pengobatan modern. Sikap merupakan determinan dominan terhadap pola pencarian pengobatan modern pada Etnis Dayak. Diharapkan masyarakat dapat lebih aktif memperbanyak informasi melalui kunjungan ke fasilitas kesehatan, media cetak, maupun media sosial untuk peningkatan pengetahuan tentang sebuah penyakit dan informasi pencarian pengobatan pada saat sakit.

Kata Kunci: Pola Pencarian Pengobatan, Perilaku, Etnis Dayak, Pengobatan Modern, Determinan



ABSTRACT

ANDRY RACHMADANI. *Health Seeking Behaviour at The Dayak Ethnic Community in Samarinda City* (Supervised by **Ridwan Mochtar Thaha** and **Darmawansyah**).

Health seeking behaviour is any activity undertaken by an individual or group who considers himself or herself to have a health problem or illness in order to find the right medicine. The reach of health facilities such as public health center is increasingly reaching the interior, but in reality health services are not evenly distributed so that traditional methods of treatment still have a place in the community. This study aims to analyze the effect of behavioral determinants on modern health seeking behaviour at the Dayak ethnic community in Samarinda City.

The design of this study was cross-sectional design with purposive sampling technique. Sample from this study were 71 families in Dayak Ethnic in Samarinda City. Data were analyzed using chi-square and logistic regression.

The results showed that factors related to the pattern of health seeking behaviour were knowledge (0.001), attitude (0.001), culture (0.001), and the support of health workers (0.004). Meanwhile, the factors that did not related were accessibility (0.746), family support (0.788), and support from community leaders (0.362). So it can be concluded that there is a influence between knowledge, attitudes, culture, and support of health workers to the pattern of health seeking behaviour. Attitude is the dominant determinant of the pattern of health seeking behaviour for Dayak ethnic. It is hoped that the community can more actively multiply information through visits to health facilities, print media, and social media to increase knowledge about an illness and seeking behaviour information when sick.

Keywords: Health Seeking, Behaviour, Dayak-Ethnic, Modern Medicine, Determinants



DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGANTAR	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS	iv
PRAKATA	v
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR SKEMA	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	10
C. Tujuan Penelitian	11
D. Manfaat Penelitian	12
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Umum Pola Pencarian Pengobatan	13
1. Defenisi	13
2. Perilaku Kesehatan	14
3. Perilaku Pelayanan Kesehatan	18
4. Perubahan Perilaku	23
5. Faktor-faktor dalam Perubahan Perilaku	25
B. Tinjauan Umum Regulasi Pola Pencarian Pengobatan	47
C. Tinjauan Umum Suku Dayak	52
D. Tabel Sintesa Hasil Penelitian Sebelumnya	60

E. Kerangka Teori	70
F. Kerangka Konsep Penelitian	74
G. Defenisi Operasional dan Kriteria Objektif	75
H. Hipotesis Penelitian	83
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Rancangan Penelitian	85
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	85
C. Populasi dan Sampel	86
D. Instrumen Pengumpulan Data	88
E. Teknik Pengumpulan Data Penelitian	90
F. Pengolahan dan Analisis Data	91
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	94
B. Hasil Penelitian	95
C. Pembahasan	131
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	154
B. Saran	155
DAFTAR PUSTAKA	157
Lampiran 1. Kuesioner Penelitian	163
Lampiran 2. Master Data	168
Lampiran 3. Output SPSS	178
Lampiran 4. Dokumentasi Penelitian	185
Lampiran 5. Curriculum Vitae	189

DAFTAR TABEL

Nomor		Halaman
Tabel 2.1	Sintesa Hasil Penelitian	60
Tabel 4.1	Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Responden Etnis Dayak di Kota Samarinda Tahun 2020	95
Tabel 4.2	Distribusi Responden Berdasarkan Umur Responden Etnis Dayak di Kota Samarinda Tahun 2020	95
Tabel 4.3	Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan Responden Etnis Dayak di Kota Samarinda Tahun 2020	96
Tabel 4.4	Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan Responden Etnis Dayak di Kota Samarinda Tahun 2020	97
Tabel 4.5	Pertanyaan dan Jawaban Responden tentang Pengetahuan dalam Pola Pencarian Pengobatan pada Etnis Dayak di Kota Samarinda Tahun 2020	98
Tabel 4.6	Pengetahuan Responden tentang Pola Pencarian Pengobatan pada Etnis Dayak di Kota Samarinda Tahun 2020	101
Tabel 4.7	Pernyataan dan Jawaban responden tentang Sikap dalam Pola Pencarian Pengobatan pada Etnis Dayak di Kota Samarinda Tahun 2020	102
Tabel 4.8	Sikap Responden dalam Pola Pencarian Pengobatan pada Etnis Dayak di Kota Samarinda Tahun 2020	105

Tabel 4.9	Pertanyaan dan Jawaban Responden tentang Budaya dalam Pola Pencarian Pengobatan pada Etnis Dayak di Kota Samarinda Tahun 2020	106
Tabel 4.10	Budaya Responden dalam Pola Pencarian Pengobatan pada Etnis Dayak di Kota Samarinda Tahun 2020	107
Tabel 4.11	Pertanyaan dan Jawaban Responden tentang Aksesibilitas dalam Pola Pencarian Pengobatan pada Etnis Dayak di Kota Samarinda Tahun 2020	108
Tabel 4.12	Aksesibilitas Responden dalam Pola Pencarian Pengobatan pada Etnis Dayak di Kota Samarinda Tahun 2020	110
Tabel 4.13	Pertanyaan dan Jawaban Responden tentang Dukungan Keluarga dalam Pola Pencarian Pengobatan pada Etnis Dayak di Kota Samarinda Tahun 2020	111
Tabel 4.14	Dukungan Keluarga dalam Pola Pencarian Pengobatan pada Etnis Dayak di Kota Samarinda Tahun 2020	112
Tabel 4.15	Pertanyaan dan Jawaban Responden tentang Dukungan Tokoh Masyarakat dalam Pola Pencarian Pengobatan pada Etnis Dayak di Kota Samarinda Tahun 2020	113
Tabel 4.16	Dukungan Tokoh Masyarakat dalam Pola Pencarian Pengobatan pada Etnis Dayak di Kota Samarinda Tahun 2020	115
Tabel 4.17	Pertanyaan dan Jawaban Responden tentang Dukungan Petugas Kesehatan dalam Pola Pencarian Pengobatan pada Etnis Dayak di Kota Samarinda Tahun 2020	116

Tabel 4.18	Dukungan Petugas Kesehatan dalam Pola Pencarian Pengobatan pada Etnis Dayak di Kota Samarinda Tahun 2020	117
Tabel 4.19	Distribusi Responden berdasarkan Pola Pencarian Pengobatan pada Etnis Dayak di Kota Samarinda Tahun 2020	118
Tabel 4.20	Pengaruh Pengetahuan terhadap Pola Pencarian Pengobatan pada Etnis Dayak di Kota Samarinda Tahun 2020	120
Tabel 4.21	Pengaruh Sikap terhadap Pola Pencarian Pengobatan pada Etnis Dayak di Kota Samarinda Tahun 2020	121
Tabel 4.22	Pengaruh Budaya terhadap Pola Pencarian Pengobatan pada Etnis Dayak di Kota Samarinda Tahun 2020	122
Tabel 4.23	Pengaruh Aksesibilitas terhadap Pola Pencarian Pengobatan pada Etnis Dayak di Kota Samarinda Tahun 2020	123
Tabel 4.24	Pengaruh Dukungan Keluarga terhadap Pola Pencarian Pengobatan pada Etnis Dayak di Kota Samarinda Tahun 2020	124
Tabel 4.25	Pengaruh Dukungan Tokoh Masyarakat terhadap Pola Pencarian Pengobatan pada Etnis Dayak di Kota Samarinda Tahun 2020	125
Tabel 4.26	Pengaruh Dukungan Petugas Kesehatan terhadap Pola Pencarian Pengobatan pada Etnis Dayak di Kota Samarinda Tahun 2020	126

Tabel 4.27	Hasil Analisis Regresi Logistik Variabel Pengetahuan, Sikap, Budaya, dan Dukungan Petugas Kesehatan terhadap Pola Pencarian Pengobatan pada Etnis Dayak di Kota Samarinda Tahun 2020	128
Tabel 4.28	Hasil Analisis Regresi Logistik Variabel Budaya dan Dukungan Petugas Kesehatan terhadap Pola Pencarian Pengobatan pada Etnis Dayak di Kota Samarinda Tahun 2020	128

DAFTAR SKEMA

Gambar 2.1. Skema Kerangka Teori.....	73
Gambar 2.2. Skema Kerangka Konsep Penelitian.....	74

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuesioner Penelitian	163
Lampiran 2. Master Data	168
Lampiran 3. Output SPSS.....	178
Lampiran 4. Dokumentasi Penelitian	185
Lampiran 5. Curriculum Vitae.....	189

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Meskipun perkembangan obat modern maju pesat, namun pengobatan tradisional tak pernah surut dari arus kemajuan teknologi kedokteran, hal ini karena pengobatan tradisional telah diakui fungsinya sebagai sarana penyembuhan penyakit yang telah dikenal oleh masyarakat. Pengobatan tradisional telah berkembang pesat di seluruh dunia. Berdasarkan data World Health Organization pada tahun 2002, 75% penduduk Perancis menggunakan pengobatan alternatif, 77% klinik terapi di Jerman menggunakan akupunktur, 95% rumah sakit di Cina memiliki klinik pengobatan tradisional, dan 70% penduduk India menggunakan obat tradisional sebagai pengobatannya. Di Belanda dan Inggris masing – masing sekitar 60% dan 74% penduduk menggunakan pengobatan tradisional. Presentasi penduduk yang menggunakan pengobatan alternatif dan komplementer di Australia 48%, Canada 70%, 42% di USA, 38% di Belgia (WHO, 2005).

Berdasarkan data Kemenkes pada tahun 2010, penduduk Indonesia melakukan pengobatan sendiri sebanyak 55,8%, pengobatan dengan menggunakan obat tradisional sebanyak 15,04%. Sedangkan pada tahun 2013 dinyatakan bahwa dari 294.692 rumah tangga di Indonesia yang memanfaatkan pelayanan kesehatan tradisional

(yankestrad) dalam satu tahun terakhir yaitu berjumlah 30,4% (89.753). Jenis yankestrad yang dimanfaatkan oleh rumah tangga terbanyak adalah keterampilan tanpa alat (77,8%) dan ramuan yaitu 49,0% (Riskesdas, 2013).

Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya ialah dengan menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Pembangunan di bidang kesehatan bertujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan secara mudah, murah dan merata. Salah satu upaya pemerintah dalam rangka pemerataan pelayanan kesehatan kepada masyarakat adalah dengan penyediaan beberapa fasilitas kesehatan terutama puskesmas dan puskesmas pembantu, penyediaan obat, penyediaan tenaga medis dan pencegahan penyakit menular, yang dapat menjangkau segala lapisan masyarakat hingga ke daerah terpencil. Derajat kesehatan masyarakat ditentukan oleh banyak faktor, tidak hanya ditentukan oleh pelayanan kesehatan dan ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan, namun juga dipengaruhi faktor ekonomi, pendidikan, lingkungan sosial, keturunan, dan faktor lainnya. Faktor-faktor ini berpengaruh pada kejadian morbiditas, mortalitas dan status gizi di masyarakat. Angka morbiditas, mortalitas dan status gizi dapat menggambarkan keadaan dan situasi derajat kesehatan masyarakat (Depkes, 2009).

Sejak dahulu manusia telah mengenal beberapa jenis penyakit, cara pencegahan dan pengobatannya. Dengan menggunakan akal pikiran

dan berdasarkan pengalaman, mereka mencoba melakukan berbagai cara untuk menjaga kesehatan. Pengobatan yang dilakukan baik secara tradisional dengan memanfaatkan tenaga pengobat tradisional (dukun, datu, maupun tabib) maupun pengobatan serta penyembuhan jenis penyakit yang dilakukan secara modern dengan memanfaatkan tenaga medis serta dengan mempergunakan peralatan kedokteran yang serba modern. Kedua jenis cara ini saling berbeda dan tidak dapat dipertemukan dan sampai saat ini kedua cara ini masih diperlukan oleh masyarakat, baik masyarakat di perkotaan maupun yang berada di pedesaan. Hal ini tergantung bagaimana pola pencarian pengobatan yang dipahami oleh individu tersebut dan yang berkembang di lingkungan sekitar.

Ketika seseorang merasakan gejala yang mengganggu kesehatannya, maka beberapa kemungkinan tanggapan atau upaya yang dilakukan oleh individu tersebut adalah tidak melakukan upaya apapun, melakukan upaya penyembuhan sendiri tanpa menggunakan obat-obatan, melakukan upaya pengobatan sendiri dengan menggunakan obat-obatan baik modern maupun tradisional atau herbal, dan mengupayakan penyembuhan dengan melakukan rujukan atau berkonsultasi dengan pihak lain. Tanggapan pertama yang berupa tidak melakukan upaya apapun dapat berupa pembiaran terhadap gejala yang dialami atau penundaan terhadap konsekuensi pencarian pertolongan pengobatan. Tanggapan kedua dan ketiga termasuk dalam komponen konsep self-care, yaitu upaya penyembuhan berdasarkan inisiatif sendiri dan untuk diri

mereka sendiri tanpa mencari rujukan atau berkonsultasi dengan pihak lain. Tanggapan yang keempat merupakan upaya pencarian rujukan kepada pihak lain baik kepada tenaga kesehatan profesional maupun non-profesional, baik dilakukan di pusat-pusat pelayanan kesehatan formal atau di luar pusat pelayanan kesehatan (Dean, 1986; WHO, 1998).

Di Indonesia, tindakan pertama yang dilakukan oleh masyarakat sebelum mencari petugas kesehatan adalah pergi berobat ke dukun atau ahli-ahli pengobatan tradisional lainnya. Sehingga membuat kondisi si sakit semakin parah sebelum meminta pengobatan kepada dokter (Sarwono, 2007). Setiap manusia berkeinginan untuk hidup sehat atau paling tidak akan mempertahankan status sehat yang dimilikinya. Tindakan manusia dalam mempertahankan kesehatan tersebut mengakibatkan terjadinya pemanfaatan pelayanan kesehatan yang ada, baik pengobatan tradisional maupun pengobatan modern. Namun hubungan antara sehat dengan permintaan pelayanan kesehatan tidaklah sesederhana itu. Pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh banyak faktor tidak hanya jarak, tarif maupun pelayanan kesehatan yang memuaskan atau tidak, tapi juga dipengaruhi oleh faktor akan konsep masyarakat itu sendiri tentang sakit. Kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan, terdiri dari kebutuhan yang dirasakan oleh konsumen (felt need) dan kebutuhan yang diukur menurut pendapat provider (evaluated need). Kebutuhan yang dirasakan menurut konsumen dipengaruhi oleh faktor sosio demografi dan faktor sosio psikologis (Notoatmodjo, 2007).

Perilaku kesehatan dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal individu. Faktor internal individu misalnya faktor sosio-demografi ekonomi, dan faktor sosio-kognitif seperti pengetahuan, sikap, motivasi, persepsi terhadap lingkungan, dan persepsi tentang konsep “sehat” dan “sakit”. Sedangkan faktor eksternal dapat disebutkan dua yang utama yaitu sistem kesehatan yang diterapkan di tingkat institutional maupun nasional dan budaya lokal (WHO, 2004; Rimer and Glanz, 2005; Sato, 2012).

Pola pencarian pengobatan merupakan gambaran perilaku pola pemanfaatan pelayanan kesehatan secara keseluruhan yang dapat menggambarkan tingkat pengetahuan dan kepercayaan terhadap sarana kesehatan yang ada. Dalam pencarian pengobatan terdapat perbedaan dan cara berfikir masyarakat. Ada yang memilih pelayanan kesehatan modern seperti puskesmas, rumah sakit, dan dokter praktek dan ada pula yang memilih pengobatan tradisional.

Faktor Predisposisi seperti pengetahuan, sikap, dan kepercayaan menjadi salah satu faktor dalam pola pencarian pengobatan. Menurut penelitian Mattebo et al (2019), kurangnya pengetahuan di antara remaja perempuan dan kebutuhan yang tidak terpenuhi dari fasilitas mempengaruhi akses mereka ke perawatan kesehatan seksual dan reproduksi di Nepal. Kurangnya pengetahuan dapat dilihat sebagai penghalang, dan sebagai alasan mengapa remaja perempuan tidak mencari perawatan kesehatan seksual dan reproduksi.

Penelitian Shtapura-Ifrah & Benish-Weisman (2019) menjelaskan bahwa perbedaan dalam pengetahuan, sikap, dan pemanfaatan layanan antara kedua kelompok, baik pengetahuan dan sikap positif terhadap konseling secara positif terkait dengan pemanfaatan layanan, dengan kurangnya pengetahuan secara signifikan berhubungan negatif dengan proses pencarian bantuan ibu-ibu imigran di Israel.

Kota Samarinda adalah salah satu daerah yang paling banyak multi etnis bermukim dikarenakan banyaknya perantau dari daerah lain dan penduduk asli yang mencari kerja di kota Samarinda, sehingga membutuhkan perhatian terkait akses masyarakat ke pelayanan kesehatan yang masih rendah dan tidak terjangkau, jumlah tenaga kesehatan yang masih kurang, waktu dan jarak ke pelayanan kesehatan yang masih menjadi permasalahan. Suku Dayak merupakan salah satu suku asli terbesar yang ada di Kalimantan sekaligus di Kota Samarinda. Suku Dayak di Kota Samarinda sampai saat ini masih tetap mempertahankan tradisi dengan memanfaatkan tumbuhan di sekitarnya untuk pengobatan ataupun perawatan kesehatan. Walaupun sebenarnya jangkauan pelayanan kesehatan seperti Puskesmas semakin lama semakin sampai ke pedalaman akan tetapi dalam kenyataannya pelayanan kesehatan belum merata, sehingga cara-cara pengobatan tradisional masih mendapat tempat di kalangan masyarakat.

Masyarakat yang bermukim di pedalaman Kalimantan Timur seperti Suku Dayak merupakan masyarakat yang agak terbelakang dalam proses

perkembangan di bidang kesehatan. Kondisi seperti ini disebabkan adanya keterbatasan komunikasi dengan masyarakat yang lebih maju serta sulitnya pelayanan pemerintah sebagai akibat dari segi transportasi yang terbatas. Pengobatan tradisional merupakan upaya penyembuhan terhadap penyakit yang dilakukan berdasarkan kepercayaan turun-temurun, baik dengan menggunakan bahan alami yang tersedia dan diyakini mempunyai khasiat dapat menyembuhkan maupun melalui perantara seseorang (dukun) yang diakui mempunyai kekuatan tertentu di dalam dirinya untuk menghilangkan penyakit walaupun pengobatan modern telah dikenal yaitu adanya puskesmas pembantu di kedua desa tersebut, namun hingga sekarang pengobatan tradisional masih tetap dipertahankan.

Menurut penelitian Adrianto et al, (2019), bahwa pola pencarian pelayanan kesehatan etnis dayak dimana pertama, etnis dayak mencoba melakukan perawatan sendiri dan jika tidak berhasil akan secara langsung mengakses perawatan medis. Kedua, etnis dayak melakukan perawatan tradisional untuk mengharapkan kesembuhan yang jika tidak berhasil akan juga secara langsung mengakses pelayanan medis kemudian apabila tidak mengalami kesembuhan akan kembali lagi melakukan perawatan tradisional dan Ketiga, etnis dayak yang secara langsung mengakses perawatan medis untuk mengetahui kondisi kesehatan dan kemudian apabila mengalami sakit akan secara langsung mengakses

perawatan tradisional untuk melakukan pengobatan kemudian jika masih tidak berhasil akan kembali melakukan perawatan medis.

Molina (2004), menemukan umumnya banyak keterampilan dan pengetahuan tradisional tanaman obat ditransfer oleh kakek dan nenek mereka. Pengetahuan tradisional tentang tanaman obat, cara penggunaannya dan bagian tumbuhan apa saja yang digunakan diberitau dan menggunakan petunjuk dari Ketua Adat dan para sesepuh saat melakukan praktek pengobatan oleh Ketua Adat dan sesepuh. Informasi dan pengetahuan tentang tumbuhan yang berkasiat obat, pengolahan dan bagian tumbuhan yang digunakan diperoleh dari para leluhur dan bala petara lewat mimpi. Umumnya kepercayaan tentang kegunaan atau kekhasiatan suatu jenis tumbuhan obat tidak hanya diperoleh dari pengalaman, tetapi seringkali dikaitkan dengan nilai-nilai religius dan nilai-nilai mistik.

Menurut penelitian Hilmy (2017), bahwa suku dayak menggunakan tumbuhan untuk mengobati penyakit, antara lain diare, infeksi saluran kencing, bisul, koreng, kudis, malaria, panu, dan tifus. Suku dayak menggunakan tumbuhan dengan cara diseduh, direbus, dibakar, dan dikonsumsi langsung. Masyarakat memperoleh tumbuhan dari hasil budidaya sebesar 55% dan habitat liar 45%.

Penelitian Julung et al (2018), menjelaskan bahwa suku Dayak desa memperoleh informasi dan pengetahuan tradisional tentang tanaman

yang berkasiat obat dan cara pengolahan dan pemanfaatannya serta bagian tumbuhan yang digunakan melalui beberapa hal berikut yaitu sumber informasi yang diperoleh melalui mimpi sebanyak 10%, melalui penyampaian oleh Ketua Adat dan temenggung 20%, melalui penyampaian muliut ke mulut dari orang tua dan keluarga sebanyak 20%, melalui coba-coba sebanyak 20% dan melalui pengalaman pribadi yang disampaikan ke orang lain sebanyak 30%. Kesimpulannya bahwa informasi pengetahuan tradisional tentang pengetahuan tradisional tentang tumbuhan yang berkasiat obat lebih banyak melalui pengalaman pribadi yang kemudian disampaikan dari mulut ke mulut.

Prabandari et al (2017), menjelaskan bahwa perilaku pencarian pengobatan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor demografi dan geografi, sosio-budaya, klinis, persepsi, dan pengetahuan. Berdasarkan hasil penelitian Saragih et al, (2013), bahwa banyak masyarakat yang setuju akan menunda pengobatan sampai merasa perlu mendapatkan pengobatan, karena merasa tidak perlu ke pelayanan pengobatan karena penyakit yang dialami sudah sering terjadi dengan begitu maka mereka akan mencoba untuk mengobati diri sendiri dengan obat-obatan atau ramuan-ramuan yang dianggap tepat sebelum pergi mencari pelayanan pengobatan. Mereka akan ke pelayanan pengobatan modern jika dia merasa sakitnya perlu ditangani oleh tenaga kesehatan. Sebelumnya mereka lebih memilih untuk pergi ke pelayanan pengobatan tradisional terlebih dahulu jika merasa tidak enak badan kelebihan dan kekurangan

dari pengetahuan masing-masing jenis pengobatan baik itu pengobatan medis, pengobatan tradisional maupun pengobatan sendiri ditambah juga para responden mengetahui kapan suatu penyakit harus diobati ke pelayanan pengobatan dan akibat yang akan terjadi apabila terlambat mencari pelayanan pengobatan.

Walaupun pengobatan modern seperti tenaga medis dan dokter telah banyak tersebar baik daerah perkotaan maupun pedesaan, namun pengobatan secara tradisional masih berfungsi dalam masyarakat baik masyarakat kota maupun masyarakat desa. Hal ini tergantung bagaimana pola pencarian pengobatan yang dipahami oleh individu tersebut dan yang berkembang di lingkungan sekitar.

B. Rumusan Masalah

Pada latar belakang menjelaskan bahwa ada berbagai masalah dalam pelayanan kesehatan salah satunya yaitu pola pencarian pengobatan yang terjadi di masyarakat Kota Samarinda. Selain itu tingkat kesehatan belum menunjukkan hasil yang baik apabila dilihat dari indikator kesehatannya. Selain minat mencari pengobatan secara medis yang masih rendah, ada juga perilaku masyarakat yang mencari pengobatan tradisional sendiri dengan mengadopsi pengetahuan secara turun-temurun pada etnis Dayak di Kota Samarinda. Dengan demikian perlu ditelusuri apa saja determinan perilaku masyarakat etnis dayak terhadap pola pencarian pengobatan modern di Kota Samarinda?

C. Tujuan Penelitian

a. Tujuan Umum

Untuk menganalisis pengaruh determinan perilaku terhadap pola pencarian pengobatan modern pada masyarakat etnis Dayak di Kota Samarinda.

b. Tujuan Khusus

- 1) Untuk menganalisis pengaruh faktor pengetahuan terhadap pola pencarian pengobatan modern pada etnis Dayak di Kota Samarinda.
- 2) Untuk menganalisis pengaruh faktor sikap terhadap pola pencarian pengobatan modern pada etnis Dayak di Kota Samarinda.
- 3) Untuk menganalisis pengaruh faktor budaya terhadap pola pencarian pengobatan modern pada etnis Dayak di Kota Samarinda.
- 4) Untuk menganalisis pengaruh faktor aksesibilitas terhadap pola pencarian pengobatan modern pada etnis Dayak di Kota Samarinda.
- 5) Untuk menganalisis pengaruh faktor dukungan keluarga terhadap pola pencarian pengobatan modern pada etnis Dayak di Kota Samarinda.
- 6) Untuk menganalisis pengaruh faktor dukungan tokoh masyarakat, dan terhadap pola pencarian pengobatan modern pada etnis Dayak di Kota Samarinda.

- 7) Untuk menganalisis pengaruh faktor dukungan petugas kesehatan terhadap pola pencarian pengobatan modern pada etnis Dayak di Kota Samarinda.

D. Manfaat Penelitian

a. Manfaat Keilmuan

Hasil penelitian ini akan menjadi informasi tentang gambaran determinan pola pencarian pengobatan serta berguna untuk menyusun strategi promosi kesehatan dalam upaya meningkatkan pelayanan kesehatan.

b. Manfaat Aplikatif

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan yang konstruktif bagi puskesmas dan dinas kesehatan, serta bagi pemerintah dalam menyusun dan mengembangkan strategi pelayanan fasilitas kesehatan.

c. Manfaat Metodologi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi masukan bagi peneliti selanjutnya, khususnya yang berkaitan tentang pola pencarian pengobatan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Pola Pencarian Pengobatan

1. Definisi

Perilaku pencarian kesehatan didefinisikan sebagai setiap tindakan yang dilakukan oleh individu, yang menganggap diri mereka memiliki masalah kesehatan atau sakit, untuk tujuan menemukan obat yang tepat (Olenja, 2003). Perilaku pencarian pengobatan adalah perilaku orang atau masyarakat yang sedang mengalami sakit atau masalah kesehatan lain, untuk memperoleh pengobatan sehingga sembuh atau teratasi masalah kesehatannya. Bagi keluarga, masalah kesehatan atau penyakit bukan hanya terjadi pada dirinya sendiri, tetapi juga bagi anggota keluarga lain, terutama anak-anak (Notoatmodjo, 2003).

Pola Pencarian Pengobatan adalah aktivitas apa pun yang dilakukan oleh individu atau kelompok yang menganggap dirinya memiliki masalah kesehatan atau sakit dengan tujuan untuk menemukan obat yang tepat. Pola Pencarian Pengobatan yang diinginkan adalah merespons suatu penyakit dengan mencari bantuan dari dokter atau terlatih di pusat perawatan kesehatan yang diakui. Perilaku pencarian pengobatan adalah perilaku individu maupun kelompok atau penduduk untuk melakukan atau mencari pengobatan.

Perilaku pencarian pengobatan di masyarakat sangat bervariasi. Variasi pencarian pengobatan di masyarakat dipengaruhi dengan jumlah sarana pelayanan kesehatan yang semakin bertambah serta jenis, metode serta peralatan pelayanan kesehatan yang tersedia di sarana pelayanan kesehatan juga semakin beragam (Ilyas, 2003).

2. Perilaku Kesehatan

Respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat sakit, penyakit, dan faktor yang mempengaruhinya seperti lingkungan, makanan, minuman, dan pelayanan kesehatan. Perilaku kesehatan adalah semua aktivitas atau kegiatan seseorang, baik yang dapat diamati atau tidak, yang berkaitan dengan upaya pencegahan, perlindungan diri dari masalah kesehatan lain, upaya untuk meningkatkan kesehatan, dan mencari penyembuhan apabila sakit atau memiliki masalah kesehatan. Perilaku orang yang sehat agar tetap sehat dan atau kesehatannya meningkat disebut dengan perilaku sehat (healthy behaviour). Perilaku sakit adalah perilaku mencari penyembuhan atau pemecahan masalah kesehatan (health seeking behaviour). Tempat pencarian kesembuhan ini adalah tempat atau fasilitas kesehatan, baik fasilitas kesehatan atau pelayanan kesehatan tradisional (Notoatmodjo, 2014). Perilaku adalah sesuatu yang kompleks. Secara biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas makhluk hidup, baik yang dapat diamati langsung atau tidak. Perilaku individu dipengaruhi oleh adanya pengetahuan dan sikap

yang memiliki acuan pada sistem nilai dan norma yang dianutnya. Skinner (1938) merumuskan dalam teori S-O-R (Stimulus-Organisme-Respon) bahwa perilaku individu pada dasarnya terbentuk karena 2 faktor utama yaitu stimulus dan respon. Stimulus adalah faktor eksternal, sedangkan respon adalah faktor dari dalam diri seseorang (Notoatmodjo, 2014). Perilaku Kesehatan mempengaruhi Perilaku Mencari Informasi Kesehatan. Pemasar dapat mengetahui segmen target populasi mana yang menjadi target ketika merancang saluran informasi untuk konsumen, terutama melalui Internet. Namun, pesan yang mempromosikan perilaku kesehatan positif kepada audiens target yang sudah memiliki Perilaku Kesehatan positif meningkatkan motivasi untuk Perilaku Mencari Informasi Kesehatan (Jaafar, Ainin, & Wai, 2017).

Notoatmodjo (2003), menjelaskan bahwa perilaku kesehatan itu merupakan respons seseorang (organisme) terhadap rangsangan stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman serta lingkungan. Perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi 3 kelompok, sebagai berikut:

1. Perilaku Pemeliharaan Kesehatan (health maintenance).

Perilaku atau upaya individu untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan

bilamana sakit. Perilaku pemeliharaan kesehatan terdiri dari 3 aspek yang meliputi:

- a) Perilaku pencegahan penyakit dan penyembuhan penyakit bila sakit serta pemulihan kesehatan bilamana telah sembuh dari penyakit.
 - b) Perilaku peningkatan kesehatan, apabila seseorang dalam keadaan sehat. Kesehatan itu sangat dinamis dan relatif, dimana orang yang sehatpun perlu diupayakan supaya mencapai tingkat kesehatan yang seoptimal mungkin.
 - c) Perilaku gizi (makanan) dan minuman Makanan dan minuman dapat memelihara kesehatan seseorang, tetapi sebaliknya makanan akan dapat menjadi penyebab menurunnya kesehatan seseorang. Hal ini tergantung pada perilaku orang terhadap makanan dan minuman tersebut.
2. Perilaku pencarian dan penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan atau sering disebut perilaku pencarian pengobatan (health seeking behaviour). Perilaku ini adalah menyangkut upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit dan atau kecelakaan dalam mencari pengobatan.
 3. Perilaku Kesehatan Lingkungan. Bagaimana seseorang merespons lingkungan baik lingkungan fisik, sosial budaya dan sebagainya, sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi

kesehatannya, keluarga dan masyarakat. Dengan perkataan lain bagaimana seseorang mengelola lingkungannya sehingga tidak mengganggu kesehatannya sendiri, keluarga, atau masyarakatnya.

Faktor-faktor yang menentukan perilaku kesehatan dapat dilihat dalam berbagai konteks yaitu: fisik, sosial ekonomi, budaya dan politik. Oleh karena itu, pemanfaatan sistem perawatan kesehatan, publik atau swasta, formal atau nonformal, dapat bergantung pada faktor sosial-demografi, struktur sosial, tingkat pendidikan, kepercayaan dan praktik budaya, diskriminasi gender, status perempuan, sistem ekonomi dan sistem politik lingkungan kondisi, dan pola penyakit dan sistem perawatan kesehatan itu sendiri (Shaikh & Hatcher, 2005).

Menurut Notoatmodjo (2014) pencarian pengobatan oleh masyarakat terkait dengan respons seseorang apabila sakit serta membutuhkan pelayanan kesehatan. Respons tersebut antara lain:

1. Tindakan mengobati sendiri.
2. Mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan tradisional.
3. Mencari pengobatan dengan membeli obat-obat ke warung-warung obat.

Mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas modern yang diadakan oleh pemerintah atau lembaga-lembaga kesehatan swasta, yang dikategorikan ke dalam balai pengobatan, puskesmas dan rumah sakit.

Mechanics dalam (Notoatmodjo, 2014) mengatakan bahwa faktor

persepsi individu terhadap suatu situasi dan kemampuan individu dalam perihal melawan sakit berat digunakan untuk menjelaskan mengapa seseorang dengan kondisi sakit berat tersebut dapat mengatasinya, tetapi orang lain dengan kondisi yang lebih ringan mengalami kesulitan sosial dan psikologis terhadap penyakitnya (Notoatmodjo, 2014).

3. Perilaku Pelayanan Kesehatan

Pemanfaatan pelayanan kesehatan paling erat hubungannya dengan kapan seseorang memerlukan pelayanan kesehatan dan seberapa jauh pelayanan efektifitas pelayanan tersebut. Bila berbicara kapan memerlukan pelayanan kesehatan, umumnya semua orang akan menjawab bila merasa adanya gangguan pada kesehatan (sakit). Seseorang tidak pernah akan tahu kapan sakit, dan tidak seorang pun dapat menjawab dengan pasti. Hal ini memberi informasi bahwa konsumen pelayanan kesehatan selalu dihadapkan dengan masalah ketidakpastian (Azwar, 1996).

Respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat sakit, penyakit, dan faktor yang mempengaruhinya seperti lingkungan, makanan, minuman, dan pelayanan kesehatan. Perilaku kesehatan adalah semua aktivitas atau kegiatan seseorang, baik yang dapat diamati atau tidak, yang berkaitan dengan upaya pencegahan, perlindungan diri dari masalah kesehatan lain, upaya

untuk meningkatkan kesehatan, dan mencari penyembuhan apabila sakit atau memiliki masalah kesehatan. Perilaku orang yang sehat agar tetap sehat dan atau kesehatannya meningkat disebut dengan perilaku sehat (healthy behaviour). Perilaku sakit adalah perilaku mencari penyembuhan atau pemecahan masalah kesehatan (health seeking behaviour). Tempat pencarian kesembuhan ini adalah tempat atau fasilitas kesehatan, baik fasilitas kesehatan atau pelayanan kesehatan tradisional (Notoatmodjo, 2014).

Mechanics (1968) mengatakan bahwa faktor persepsi individu terhadap suatu situasi dan kemampuan individu dalam perihal melawan sakit berat digunakan untuk menjelaskan mengapa seseorang dengan kondisi sakit berat tersebut dapat mengatasinya, tetapi orang lain dengan kondisi yang lebih ringan mengalami kesulitan sosial dan psikologis terhadap penyakitnya. Suchman (1965) dan Mechanics (1968) menyatakan ada elemen yang menjadi komponen pokok dalam perilaku sakit, antara lain:

1. Content (isi) yang menjelaskan tentang tindakan apa saja yang dilakukan orang sakit itu.
2. Sequence (tahapan) yang ditempuh di saat sakit.
3. Spacing (jarak) menjelaskan tentang rentang waktu antar tindakan atau upaya penyembuhan.
4. Variability (variabilitas) adalah jenis tindakan yang dilakukan dalam upaya penyembuhan.

Empat komponen pokok tersebut selanjutnya dikembangkan kembali menjadi lima, yang digunakan untuk analisis perilaku, antara lain:

1. Shopping yang merupakan proses dalam mencari beberapa sumber yang berbeda dari pelayanan kesehatan (termasuk yang tradisional) yang dapat mendiagnosis dan mengobati sesuai dengan harapan.
2. Fragmentation adalah Proses pengobatan oleh beberapa petugas kesehatan (termasuk tradisional).
3. Procastination adalah suatu proses menunda untuk mencari pengobatan.
4. Self medication adalah usaha seseorang untuk mengobati diri sendiri.
5. Discontinuity adalah proses seseorang berhenti untuk melakukan pengobatan. (Notoatmodjo, 2014).

Beberapa faktor yang memengaruhi perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan digolongkan oleh beberapa ahli dalam beberapa model, salah satu dari model tersebut adalah "model pemanfaatan pelayanan kesehatan". Di dalam model pemanfaatan pelayanan kesehatan (utilization) menurut Dever (1984) dikemukakan bahwa faktor yang memengaruhi pemanfaatan atau penggunaan pelayanan kesehatan, adalah:

1. Faktor sosio kultural, meliputi norma dan nilai yang ada di masyarakat, dan teknologi yang digunakan dalam pelayanan kesehatan.
2. Faktor organisasi, meliputi ketersediaan sumber daya, keterjangkauan lokasi, dan keterjangkauan sosial.
3. Faktor interaksi konsumen-provider, faktor yang berhubungan dengan konsumen meliputi kebutuhan yang dirasakan, dipengaruhi: faktor sosio demografi, faktor sosio psikologis, dan faktor epidemiologis penyakit; selain itu ada faktor lain yang berhubungan dengan provider.

Andersen (1995) mendeskripsikan model sistem kesehatan merupakan suatu model kepercayaan kesehatan yang disebut sebagai model perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan (behaviour model of health service utilization). Andersen mengelompokkan faktor determinan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan ke dalam tiga kategori utama, yaitu:

1. Karakteristik predisposisi (Predisposing Characteristics).

Karakteristik ini digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa setiap individu mempunyai kecenderungan menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda yang disebabkan karena adanya ciri-ciri individu yang digolongkan ke dalam tiga kelompok :

- a) Ciri-ciri demografi, seperti: jenis kelamin, umur, dan status perkawinan.

- b) Struktur sosial, seperti: tingkat pendidikan, pekerjaan, hobi, ras, agama, dan sebagainya.
- c) Kepercayaan kesehatan (health belief), seperti pengetahuan dan sikap serta keyakinan penyembuhan penyakit.

2. Karakteristik kemampuan (Enabling Characteristics).

Karakteristik kemampuan adalah sebagai keadaan atau kondisi yang membuat seseorang mampu untuk melakukan tindakan untuk memenuhi kebutuhannya terhadap pelayanan kesehatan.

Andersen membaginya ke dalam 2 golongan, yaitu:

- a) Sumber daya keluarga, seperti: penghasilan keluarga, keikutsertaan dalam asuransi kesehatan, kemampuan membeli jasa, dan pengetahuan tentang informasi pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.
- b) Sumber daya masyarakat, seperti: jumlah sarana pelayanan kesehatan yang ada, jumlah tenaga kesehatan yang tersedia dalam wilayah tersebut, rasio penduduk terhadap tenaga kesehatan, dan lokasi pemukiman penduduk. Menurut Andersen (1995), semakin banyak sarana dan jumlah tenaga kesehatan maka tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan suatu masyarakat akan semakin bertambah.

3. Karakteristik kebutuhan (Need Characteristics).

Karakteristik kebutuhan merupakan komponen yang paling langsung berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan

kesehatan. Andersen (1995) menggunakan istilah kesakitan untuk mewakili kebutuhan pelayanan kesehatan. Penilaian terhadap suatu penyakit merupakan bagian dari kebutuhan. Penilaian individu ini dapat diperoleh dari dua sumber, yaitu:

- a) Penilaian individu (perceived need), merupakan penilaian keadaan kesehatan yang paling dirasakan oleh individu, besarnya ketakutan terhadap penyakit dan hebatnya rasa sakit yang diderita.
- b) Penilaian klinik (evaluated need), merupakan penilaian beratnya penyakit dari dokter yang merawatnya, yang tercermin antara lain dari hasil pemeriksaan dan penentuan diagnosis penyakit oleh dokter.

4. Perubahan Perilaku

Menurut Teori Lawrence Green (1980), perilaku manusia dalam hal kesehatan dipengaruhi oleh dua faktor pokok yaitu faktor perilaku (behavior causes) dan faktor diluar perilaku (non behavior causes). Perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari tiga faktor yaitu :

1. Faktor-faktor predisposisi (predisposing factors), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan dan nilai-nilai.
2. Faktor-faktor pendukung (enabling factors), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan. Misalnya fasilitas kesehatan, obat-obatan, alat-alat kesehatan dan sebagainya.

3. Faktor-faktor pendorong (reinforcing factor), yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lainnya yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Disamping itu ketersediaan fasilitas, sikap dan perilaku para petugas kesehatan juga mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku.

Bentuk perubahan perilaku sangat bervariasi, sesuai dengan konsep yang digunakan oleh para ahli dalam pemahamannya terhadap perilaku. Menurut WHO dalam Notoatmodjo (2007), perubahan perilaku itu dikelompokkan menjadi tiga:

1. Perubahan alamiah (Natural Change)

Perilaku manusia selalu berubah. Sebagian perubahan itu disebabkan karena kejadian alamiah. Apabila dalam masyarakat sekitar terjadi suatu perubahan lingkungan fisik atau sosial budaya dan ekonomi, maka anggota-anggota masyarakat di dalamnya juga akan mengalami perubahan.

2. Perubahan terencana (Planned Change)

Ini terjadi karena direncanakan sendiri oleh subjek.

3. Kesiapan untuk berubah (Readiness to Change).

Apabila terjadi suatu inovasi atau program-program pembangunan di dalam masyarakat, maka yang sering terjadi adalah sebagian orang sangat cepat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut (berubah perilakunya), dan sebagian orang lagi sangat lambat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut. Hal ini disebabkan setiap orang mempunyai kesediaan untuk berubah (readiness to change) yang berbeda-beda. Setiap orang di dalam masyarakat mempunyai kesediaan untuk berubah yang berbeda-beda meskipun kondisinya sama.

5. Faktor-faktor dalam Perubahan Perilaku

Menurut Green (1980), perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor utama yaitu:

a. Faktor Predisposisi (Predisposing Factor)

Faktor ini mencakup beberapa unsur yaitu unsur pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai (tradisi, norma, sosial, pengalaman), demografi terhadap kesehatan.

1) Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil pengindraan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap suatu objek melalui indra yang dimilikinya yang dipengaruhi oleh intensitas dan persepsi terhadap objek. Pengetahuan seseorang, sebagian besar diperoleh melalui indra pendengaran dan penglihatan. Perilaku yang didasari dengan pengetahuan akan lebih

langgeng jika dibandingkan dengan yang tidak didasarkan dengan pengetahuan. Ada enam tingkatan pada pengetahuan dalam domain kognitif, yaitu:

1. Tahu (know)

Tahu diartikan hanya sebagai recall (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu.

2. Memahami (comprehension)

Memahami suatu objek bukan sekedar tahu terhadap objek tersebut, tidak sekedar dapat menyebutkan, tetapi orang tersebut harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut.

3. Aplikasi (application)

Aplikasi diartikan apabila orang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi yang lain.

4. Analisis (analysis)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui.

5. Sintesis (synthesis)

Sintesis menunjuk suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki.

6. Evaluasi (evaluation)

Kemampuan seseorang melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek tertentu (Notoatmodjo, 2014).

Perlu diadakannya kegiatan penyuluhan kesehatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan dengan tujuan untuk meningkatkan pengetahuan tentang perilaku pencarian pengobatan serta merubah sikap terhadap perilaku pencarian pengobatan. Terutama pengetahuan mengenai jenis-jenis fasilitas pelayanan kesehatan dan pengobatan tradisional, dikarenakan masih ada yang belum mengetahui jenis-jenis fasilitas pelayanan kesehatan dan pengobatan tradisional. Selain itu perubahan sikap juga diperlukan karena masih ada yang memiliki sikap tidak mendukung terhadap perilaku pencarian pelayanan kesehatan, lebih memilih untuk membeli obat-obatan di warung obat dan berobat ke pengobatan tradisional pada saat sakit (Rahman et al, 2016).

Aspek pengetahuan yang dimiliki oleh masyarakat Binongko tentang pencarian pelayanan kesehatan masih memperhatikan, kurangnya pengetahuan akan informasi baru termasuk mengenai pencarian pelayanan persalinan menyebabkan masyarakat kurang memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada sehingga masih banyak masyarakat yang memanfaatkan tenaga dukun bayi sebagai penolong persalinan (Sukirno et al, 2017). Dampak yang sering terjadi atas perilaku pencarian pengobatan adalah pemilihan obat yang dapat membahayakan kesehatan apabila tidak digunakan sesuai dengan aturan, pemborosan biaya dan waktu jika pengobatan yang dipilih tidak tepat, serta kemungkinan timbulnya reaksi obat yang tidak diinginkan, misalnya sensitivitas, efek samping atau resistensi, penggunaan obat yang salah akibat informasi yang kurang lengkap dari iklan obat, tidak efektif akibat salah diagnosis dan pemilihan obat (Holt & Edwin, 1986).

Menurut Aryastuti (2017), pengetahuan yang baik tentang penyakit HIV dan sikap yang positif terhadap pelayanan kesehatan berhubungan positif dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan, dimana pengetahuan yang baik akan menimbulkan sikap yang baik sehingga melakukan pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan baik dengan sebagaimana mestinya. Menurut penelitian (Ahmadi, 2019), ada

hubungan antara tingkat pendidikan dalam keluarga untuk pasien tuberkulosis di Kabupaten Pamekasan terkait dalam melakukan pemeriksaan tuberkulosis. Semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin meningkatkan kesadaran dalam rumah tangga untuk melakukan pemeriksaan TB. Pengetahuan yang buruk tentang tanda-tanda bahaya bayi adalah umum di antara pengasuh mengaburkan besarnya penyakit akut yang mengakibatkan tertundanya pencarian kesehatan. Pengetahuan tentang tanda-tanda bahaya bayi, tingkat pendidikan, dan menikah dikaitkan dengan pencarian kesehatan (Wambui, Kimani, & Odhiambo, 2018).

Menurut Anderson sendiri faktor pengetahuan merupakan salah satu yang mempengaruhi perilaku pencarian pelayanan kesehatan, karena pengetahuan seseorang tentang penyakit akan sedikit banyak mempengaruhi sikap dan keyakinan individu dalam mencari pelayanan kesehatan untuk dirinya, namun tentunya hal ini berbeda-beda pada setiap individu dalam menggunakan pelayanan kesehatan. Pengetahuan yang buruk tentang tanda-tanda bahaya bayi masih umum di antara pengasuh mengaburkan besarnya penyakit akut yang mengakibatkan tertundanya pencarian kesehatan. Pengetahuan tentang tanda-tanda bahaya bayi, tingkat pendidikan tinggi, dan menikah dikaitkan dengan

pencarian perawatan kesehatan segera. Pengasuh yang tinggal di perkotaan dan / atau dekat fasilitas kesehatan terkait dengan pencarian kesehatan segera. Selain itu, kepuasan dan persepsi layanan kesehatan berkualitas dikaitkan dengan pencarian kesehatan segera (Wambui et al., 2018).

Menurut (Mattebo et al., 2019), faktor-faktor ini dapat dilihat sebagai hasil dari masyarakat konservatif yang kompleks dengan kurangnya informasi, pendidikan dan pengetahuan di antara gadis remaja mengenai perawatan dan hak kesehatan seksual dan reproduksi, dan kerahasiaan dan privasi yang tidak memadai, dikombinasikan dengan kebutuhan yang tidak terpenuhi dari fasilitas ramah remaja. Dengan demikian, faktor-faktor ini berdampak negatif pada perilaku pencarian kesehatan remaja perempuan di Nepal.

Menurut Simienez et al (2019), penelitian proporsi ibu yang mencari perawatan kesehatan yang tepat selama sakit anak mereka rendah. Kesadaran akan penyakit pada masa kanak-kanak yang umum, keparahan penyakit yang dirasakan, persepsi tentang perawatan dini dan usia anak <24 bulan secara positif terkait dengan perilaku mencari perawatan kesehatan ibu atau pemberi perawatan. Temuan ini menyarankan perlunya intervensi yang ditujukan untuk

meningkatkan kesadaran ibu / pengasuh dan persepsi penyakit umum anak.

Tingkat pendidikan seseorang berpengaruh pada pola pikir dan kemampuan penalaran dalam menghadapi masalah. Tingkat pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh faktor internal termasuk kecerdasan, minat dan kondisi fisik, serta faktor eksternal yang dipengaruhi oleh keluarga, komunitas, fasilitas kesehatan dan faktor infrastruktur, dan faktor pendekatan pembelajaran termasuk strategi dan metode pembelajaran (Notoatmodjo, 2010). Perilaku orang sakit berobat ke pelayanan kesehatan secara bersama-sama dipengaruhi oleh faktor predisposisi (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan), faktor pemungkin (ekonomi keluarga, akses terhadap sarana pelayanan kesehatan yang ada dan penanggung biaya berobat) dan faktor kebutuhan (kondisi individu yang mencakup keluhan sakit) (Andersen, 1995).

2) Sikap (Attitude)

Sikap merupakan reaksi atau respons yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap merupakan kesediaan untuk bertindak dan bukan pelaksanaan motif tertentu. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu

yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial (Notoatmodjo, 2007).

Penelitian Peprah et al. (2018) bahwa wanita hamil memiliki sikap dan persepsi yang baik terhadap bidan tradisional berdasarkan pengalaman pribadi, kepercayaan dan filosofi mereka. Jadi, wanita hamil hanya melihat kebutuhan untuk mencari layanan bidan modern ketika komplikasi serius terjadi selama persalinan dan sebagian besar persalinan mereka diawasi oleh bidan tradisional.

Notoatmodjo (2007), menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek. Sikap mempunyai berbagai tingkatan yakni:

1. Menerima (receiving)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan objek). Misalnya sikap orang terhadap gizi dapat dilihat dari kesediaan dan perhatian orang itu terhadap ceramah-ceramah tentang gizi.

2. Merespon (responding)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Apabila ada suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, terlepas dari pekerjaan itu benar atau salah, adalah berarti bahwa orang menerima ide tersebut.

3. Menghargai (valuting)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

4. Bertanggung jawab (responsible)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi. Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung, dapat ditanyakan bagaimana pendapat atau pernyataan responden terhadap suatu obyek. Secara tidak langsung dapat dilakukan dengan pernyataan-pernyataan hipotesis, kemudian dinyatakan pendapat responden.

Menurut Setyawan (2007). yang menyatakan ada hubungan antara sikap dan minat masyarakat untuk memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan modern, selain itu

pencarian pengobatan juga berkaitan dengan faktor-faktor pendukung antara lain biaya pengobatan, hasil pengobatan, kepercayaan kepada sarana pengobatan, kondisi waktu berobat, keberadaan sarana, pelayanan pengobatan dan situasi di sarana pengobatan serta konsep sehat dan sakit yang dimiliki oleh masyarakat.

3) Kepercayaan

Kepercayaan adalah komponen kognitif seseorang yang termasuk dalam faktor sosio-psikologi. Kepercayaan merupakan keyakinan akan sesuatu itu benar atau salah dan bisa bersifat rasional dan irasional. Kepercayaan dibentuk oleh pengetahuan, kebutuhan, dan kepentingan. Kepercayaan yang tidak didasari oleh pengetahuan akan menyebabkan kesalahan dalam bertindak (Notoatmodjo, 2014).

Fishbein & Ajzen (1975), menyebutkan pengertian kepercayaan atau keyakinan dengan kata "belief", yang memiliki pengertian sebagai inti dari setiap perilaku manusia. Aspek kepercayaan tersebut merupakan acuan bagi seseorang untuk menentukan persepsi terhadap suatu objek. Keyakinan atau kepercayaan merupakan sesuatu yang berhubungan dengan kekuatan yang lebih tinggi, keahlian dan kekuatan yang menciptakan kehidupan. Aspek keyakinan atau kepercayaan

dalam kehidupan manusia mengarahkan budaya hidup. Perilaku normal, kebiasaan, nilai-nilai dan penggunaan sumber daya di dalam suatu masyarakat akan menghasilkan pola hidup yang disebut kebudayaan dan selanjutnya kebudayaan mempunyai pengaruh yang dalam terhadap perilaku.

Penelitian (Krisnanto, Julia, & Lusmilasari, 2017), Perilaku pencarian pengobatan orang tua pada anak balita dengan demam di Wilayah Kerja Puskesmas Ngaglik II Sleman sebagian besar melakukan pengobatan di Pelayanan Kesehatan Faktor yang mempengaruhi perilaku pencarian pengobatan orang tua pada anak balita dengan demam di Wilayah Kerja Puskesmas Ngaglik II Sleman adalah umur anak, persepsi sakit dan nasehat orang lain dan faktor yang paling mempengaruhi perilaku pencarian pengobatan orang tua pada anak balita dengan demam di Wilayah Kerja Puskesmas.

Kebudayaan adalah sesuatu yang akan mempengaruhi tingkat pengetahuan dan meliputi sistem ide atau gagasan yang terdapat dalam pikiran manusia, sehingga dalam kehidupan sehari-hari, kebudayaan itu bersifat abstrak. Sedangkan perwujudan kebudayaan adalah benda-benda yang diciptakan oleh manusia sebagai makhluk yang berbudaya, berupa perilaku dan benda-benda yang bersifat nyata, misalnya pola-pola perilaku, bahasa, peralatan hidup, organisasi sosial, religi,

seni, dan lain-lain, yang kesemuanya ditujukan untuk membantu manusia dalam melangsungkan kehidupan bermasyarakat. Penelitian (Low, Tong, & Low, 2016) bahwa jaringan sosial adalah sumber informasi yang secara aktif dicari pasien dalam proses pengambilan keputusan tentang pengobatan; dan yang lebih penting, pengaruh jejaring sosial bergantung pada kekuatan hubungan, tingkat kepercayaan, dukungan, dan perhatian yang dirasakan. Penelitian yang dilakukan Sukirno et al. (2017) mengatakan bahwa aspek budaya masih digunakan dalam persalinan yaitu memilih dukun bayi, Hal ini karena pertimbangan pengaruh budaya dan tradisi masyarakat. Dimana pada masyarakat Desa Kampo-Kampo, masyarakat masih merasa nyaman bersalin di dukun dan rumah karena sebelumnya telah bersalin di dukun dan persalinannya berjalan normal selain itu faktor hubungan yang akrab dan bersifat kekeluargaan dengan dukun yang menolong persalinannya.

Faktor budaya menjadi kewajiban keluarga untuk dapat memainkan peran penting dalam keputusan remaja untuk mencari bantuan formal untuk masalah kesehatan mental dan menunjukkan interaksi dinamis antara tekanan remaja dan norma sosial budaya yang mempengaruhi remaja (Guo, Nguyen, Weiss, Ngo, & Lau, 2015). Variasi budaya yang terkait dengan pengalaman ini memiliki implikasi dalam partisipasi dan

proses konsultasi, pemanfaatan layanan kesehatan mental, dan adaptasi budaya dan integrasi dalam masyarakat arus utama (Pham, Goforth, Chun, Castro-Olivo, & Costa, 2017). Nilai dan norma dalam sosial budaya merupakan salah satu faktor dalam pola pencarian pengobatan ibu hamil suku Muna. Pencarian pelayanan kesehatan pada sektor tradisional (dukun) dan pencarian pelayanan kesehatan pada sector professional (tenaga kesehatan) yang dilakukan oleh sebahagian ibu hamil masih ada yang belum memenuhi prosedur Antenatal Care sehingga mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan ibu hamil. Ketiga alur karena mungkin dipengaruhi oleh geografis dan demografis, klinis, sosio-budaya, persepsi, dan pengetahuan, baik dari masyarakat maupun petugas kesehatan (Darmina et al., 2016) . Dalam beberapa penelitian yang lain, faktor yang paling dominan menentukan pencarian pelayanan kesehatan atau pengobatan adalah etnik (Shi dan Stevens, 2005, Tuan et al., 2002, Freeman et al, 2002).

Masyarakat yang membeli obat di warung juga rawan terhadap masalah kesehatan karena obat yang dijual eceran tidak dapat diketahui kondisi kemasannya, tanggal kadaluarsa, aturan pakai, dosis yang dianjurkan, efek samping dan bagaimana cara penyimpanannya. Masyarakat perlu mendapatkan informasi terkait upaya masyarakat untuk

mengobati dirinya sendiri dikenal dengan istilah swamedikasi yang tepat dan aman untuk penyakit ringan yang memang bisa disembuhkan melalui swamedikasi. Promosi kesehatan terkait swamedikasi juga dapat mencegah penyalahgunaan obat pada masyarakat (Amalia, 2017). Menurut penelitian Ellita et al (2019), umur seseorang mempengaruhi keputusan untuk menentukan model pengobatan pada dirinya. Maka dari itu perlu edukasi kepada setiap kelompok umur yang beresiko dalam melakukan metode pengobatan sesuai dengan penyakit serta aman untuk ditempuh. Selain itu, usia juga menjadi determinan dalam pencarian pelayanan kesehatan (Taffa & Chapngeno, 2005, Balabanova et al, 2004, Danso-Appiah et al, 2004).

b. Faktor Pemungkin (Enabling Factor)

1) Pelayanan Kesehatan

Menurut Depkes (2009), pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan atupun masyarakat.

Kondisi pelayanan kesehatan juga menunjang derajat kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang berkualitas

sangatlah dibutuhkan. Masyarakat membutuhkan posyandu, puskesmas, rumah sakit dan pelayanan kesehatan lainnya untuk membantu dalam mendapatkan pengobatan dan perawatan kesehatan. Terutama untuk pelayanan kesehatan dasar yang memang banyak dibutuhkan masyarakat. Kualitas dan kuantitas sumber daya manusia di bidang kesehatan juga mesti ditingkatkan (Devi, 2011). Perilaku orang sakit berobat ke pelayanan kesehatan secara bersama-sama dipengaruhi oleh faktor predisposisi (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan), faktor pemungkin (ekonomi keluarga, akses terhadap sarana pelayanan kesehatan yang ada dan penanggung biaya berobat) dan faktor kebutuhan (kondisi individu yang mencakup keluhan sakit) (Andersen, 1995).

Menurut Depkes (2009), penduduk yang mengobati sendiri keluhan kesehatannya tersebut, sebesar 90,49% diantaranya menggunakan obat modern, sedangkan sebesar 22,26% menggunakan obat tradisional. Persentase penduduk yang memiliki keluhan kesehatan selama sebulan referensi dan memutuskan untuk berobat jalan, dikelompokkan berdasarkan tempat berobat, yaitu Rumah Sakit Pemerintah, Rumah Sakit Swasta, Praktek Dokter, Puskesmas/Pusban (Puskesmas Pembantu), Praktek Nakes (tenaga kesehatan), Praktek Batra (Pengobatan Tradisional) dan Dukun. Tempat yang paling

banyak dikunjungi oleh penduduk yang berobat jalan adalah Puskesmas/Pusban yaitu sebesar 35,50%, diikuti oleh praktek dokter sebesar 30,11%, dan Petugas Kesehatan sebesar 28,82%. Setiap manusia berkeinginan untuk hidup sehat atau paling tidak akan mempertahankan status sehat yang dimilikinya. Tindakan manusia dalam mempertahankan kesehatan tersebut mengakibatkan terjadinya pemanfaatan pelayanan kesehatan yang ada, baik pengobatan tradisional maupun pengobatan modern. Namun hubungan antara sehat dengan permintaan pelayanan kesehatan tidaklah sesederhana itu. Pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh banyak faktor. Tidak hanya jarak, tarif maupun pelayanan kesehatan yang memuaskan atau tidak, tapi juga dipengaruhi oleh faktor akan konsep masyarakat itu sendiri tentang sakit (Notoatmodjo, 2007).

2) Aksesibilitas

Salah satu pertimbangan yang menentukan sikap individu memilih sumber pelayanan kesehatan adalah jarak tempat tinggal ke tempat sumber pelayanan kesehatan. Diketahui bahwa akses terhadap pelayanan kesehatan yaitu merupakan keterjangkauan lokasi tempat pelayanan, jenis dan kualitas pelayanan yang tersedia. Akses ke sarana pelayanan kesehatan berhubungan dengan beberapa hal diantaranya jarak

tempat tinggal dan waktu tempuh ke sarana kesehatan, serta status sosio-ekonomi dan budaya.

Menurut Shrestha et al (2017) persentase perempuan yang lebih tinggi di Bhimtar mencari tabib tradisional sebagai cara terbaik untuk memanfaatkan layanan kesehatan. Pemanfaatan perawatan kesehatan modern kurang karena jarak yang harus ditempuh selama sakit dan kekurangan dokter di pusat kesehatan. Penelitian Sukirno et al (2017), akses dalam persalinan memilih dukun bayi, masyarakat Binongko alasan seorang ibu memilih bersalin pada dukun kampung. Karena rumah masyarakat dekat dengan dukun. Dimana pada masyarakat desa kampo-kampo, masyarakat masih merasa nyaman bersalin di dukun dan rumah karena sebelumnya telah bersalin di dukun dan persalinannya berjalan normal selain itu faktor hubungan yang akrab dan bersifat kekeluargaan dengan dukun yang menolong persalinannya. Penelitian (Latunji & Akinyemi, 2018) Memberikan layanan yang baik, keterjangkauan layanan dan kedekatan tersebut dianggap sebagai karakteristik layanan yang paling penting dalam mencari perilaku pencarian kesehatan. Jarak tempat tinggal pasien amat mempengaruhi pasien untuk memilih tempat atau sarana pengobatan (Yanagisawa et al, 2004).

3) Ekonomi dan Biaya

Biaya adalah pengorbanan sumber ekonomis yang dilakukan dalam satuan uang yang telah terjadi atau kemungkinan akan mencapai untuk tujuan tersebut. Ketersediaan biaya adalah adanya biaya yang akan dikeluarkan dalam jumlah yang tidak ditentukan yang digunakan untuk mencapai tujuan tertentu. Tingginya pendapatan keluarga akan meningkatkan pengeluaran dan demand terhadap pelayanan kesehatan. Semakin tinggi pendapatan seseorang akan semakin meningkat kebutuhan akan kesehatan.

Penelitian Sukirno et al (2017), aspek pendapatan dalam persalinan memilih dukun bayi, oleh masyarakat Binongko desa kampo-kampo dalam persalinan seorang ibu memilih dukun kampung, dimana mereka mempertimbangkan biaya yang begitu mahal, sehingga mereka cenderung untuk memilih dukun bayi sebagai penolong persalinannya.

Selain itu aspek pendapatan dan dukungan keluarga menjadi faktor dalam persalinan memilih dukun bayi. Menurut penelitian di Inggris, perilaku pencarian pengobatan tidak berbeda menurut kepadatan etnis. Kepadatan etnis yang lebih rendah dikaitkan dengan peningkatan laporan diskriminasi yang diharapkan dari layanan, tetapi juga dengan peningkatan

kepuasan terhadap layanan (Bécares & Das-Munshi, 2013). Faktor yang paling menentukan adalah biaya (Cockroft et al, 2007).

c. Faktor Penguat (Reinforcing Factor)

Faktor ini meliputi faktor sikap dan perilaku para petugas termasuk petugas kesehatan dan perilaku tokoh masyarakat serta dukungan keluarga yang berkaitan dengan kesehatan.

1) Dukungan Keluarga

Penelitian Sukirno et al (2017), dukungan Keluarga dalam persalinan memilih dukun bayi, masyarakat binongko menjadi alasan seorang ibu lebih memilih bersalin pada dukun kampung. Mereka selalu berpikir dalam persalinan kewenangan tidaklah selalalu berpihak kepada ibu hamil. Keluarga, teman dan tetangga yang memberikan dukungan dan distribusi yang penuh dalam pengambilan keputusan persalinan.

Menurut Pang (2018), imigran Cina di Amerika dalam pencarian pengobatan akan memanfaatkan peran keluarga kemudian setelah tidak ada pilihan dari keluarga dan jaringan pribadi barulah akan mencari bantuan dokter. Penelitian (Irwan et al., 2016) orang yang lebih tua harus mempelajari pentingnya pemeriksaan kesehatan secara teratur untuk meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, dan memperlambat

perkembangan penyakit kronis. Penelitian Julen (2013) mengungkap faktor pendukung dari informan dalam memilih tempat pengobatan adalah karena adanya inisiatif diri sendiri dan dorongan keluarga. Friedman (2010) dalam menyebutkan bahwa dukungan keluarga adalah sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarga yang sedang mengalami sakit. House dan Kahn (1985) dalam Friedman (2010), membagi jenis dukungan keluarga tersebut menjadi empat tipe, yaitu: dukungan emosional, dukungan penilaian/penghargaan, dukungan instrumental/ fasilitas, dukungan informasional/ pengetahuan.

Intervensi perubahan perilaku melalui pendidikan, kepekaan dan kesadaran masyarakat sangat diperlukan. Ini harus menargetkan anggota keluarga, yang merupakan pengambil keputusan utama rumah tangga. Ini akan membantu mengubah sikap dan persepsi konservatif tentang bidan modern oleh wanita hamil. Berdasarkan dukungan yang ditawarkan dan kemauan yang ditunjukkan oleh masyarakat, sistem kebidanan antarbudaya yang efektif akan membantu memaksimalkan pemanfaatan sistem kebidanan dan pemberian layanan kesehatan. Bidan tradisional dan modern perlu bekerja sama untuk memastikan kelahiran yang aman. Kolaborasi di antara penyedia layanan kesehatan sebagai hal yang penting, terutama di daerah pedesaan di mana jumlah bidan modern terbatas

(Peprah et al, 2018). Faktor keluarga harus perlu diberikan informasi dan intervensi dalam pendidikan dalam perilaku kesehatan. Selain itu dalam sistem kesehatan perlu melibatkan pengobatan tradisional sebagai pelengkap dari fasilitas kesehatan jika akses tidak memadai untuk ke fasilitas kesehatan modern (Abubakar et al, 2013).

Perilaku pencarian pengobatan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor demografi dan geografi, sosio-budaya, klinis, persepsi, dan pengetahuan. Dapat disimpulkan bahwa terdapat 3 alur perilaku pencarian pengobatan yang ada di masyarakat, yaitu langsung ke rumah sakit, ke rumah sakit setelah dibawa ke petugas kesehatan atau non petugas kesehatan, dan tidak pergi ke rumah sakit setelah dibawa ke petugas kesehatan atau non petugas kesehatan (Prabandari, 2017). Dampak yang sering terjadi atas perilaku pencarian pengobatan adalah pemilihan obat yang dapat membahayakan kesehatan apabila tidak digunakan sesuai dengan aturan, pemborosan biaya dan waktu jika pengobatan yang dipilih tidak tepat, serta kemungkinan timbulnya reaksi obat yang tidak diinginkan, misalnya sensitivitas, efek samping atau resistensi, penggunaan obat yang salah akibat informasi yang kurang lengkap dari iklan obat, tidak efektif akibat salah diagnosis dan pemilihan obat Pang (Holt & Edwin, 1986).

Tipping dan Segall dalam Kian (2003) mengatakan bahwa keputusan seseorang untuk melakukan pengobatan dipengaruhi oleh

berbagai variabel, antara lain: sosio ekonomi, jenis kelamin, umur, status sosial, jenis penyakit, akses ke pelayanan kesehatan, dan persepsi terhadap kualitas pelayanan kesehatan tersebut. Beberapa faktor yang mempengaruhi perilaku untuk melakukan pengobatan tersebut dapat dikategorikan menjadi dua jenis. Jenis pertama yaitu faktor penghambat atau penentu antara lain faktor geografi, sosio ekonomi, budaya, dan faktor suatu sistem atau faktor organisasional. Penelitian (Islam & Masud, 2018) menunjukkan bahwa usia ibu, daerah tempat tinggal, tingkat pendidikan, akses ke media massa, indeks kekayaan, paritas, status pekerjaan ibu, dan tingkat pendidikan suami memiliki dampak signifikan pada perilaku mencari perawatan kesehatan selama kehamilan, persalinan, dan perawatan pascanatal. Menurut Penelitian Adane et al, (2017), dengan meningkatkan pendidikan kesehatan dan kedekatan faskes serta pengembangan sosial ekonomi masyarakat atau rumah tangga miskin akan dapat meningkatkan serta mempromosikan perilaku pencarian kesehatan dan aksesibilitas fasilitas kesehatan untuk pengobatan masyarakat.

Berdasarkan hasil penelitian Saragih et al (2013), bahwa banyak masyarakat yang setuju akan menunda pengobatan sampai merasa perlu mendapatkan pengobatan, karena merasa tidak perlu ke pelayanan pengobatan karena penyakit yang dialami sudah sering terjadi dengan begitu maka mereka akan mencoba untuk mengobati

diri sendiri dengan obat-obatan atau ramuan-ramuan yang dianggap tepat sebelum pergi mencari pelayanan pengobatan. Mereka akan ke pelayanan pengobatan modern jika dia merasa sakitnya perlu ditangani oleh tenaga kesehatan. Sebelumnya mereka lebih memilih untuk pergi ke pelayanan pengobatan tradisional terlebih dahulu jika merasa tidak enak badan kelebihan dan kekurangan dari pengetahuan masing-masing jenis pengobatan baik itu pengobatan medis, pengobatan tradisional maupun pengobatan sendiri ditambah juga para responden mengetahui kapan suatu penyakit harus diobati ke pelayanan pengobatan dan akibat yang akan terjadi apabila terlambat mencari pelayanan pengobatan.

B. Tinjauan Umum Regulasi Pola Pencarian Pengobatan

Pola perilaku pencarian pengobatan dapat dipandang sebagai salah satu cerminan implementasi sistem kesehatan nasional dan akses terhadap pelayanan kesehatan. Pada konteks perilaku pencarian pengobatan di Indonesia, pemanfaatan fasilitas kesehatan oleh masyarakat merupakan salah satu indikasi yang positif dari penyelenggara upaya sistem kesehatan nasional (Depkes, 2016). Namun seperti yang telah diuraikan bahwa pengobatan tidak hanya dari konvensional terdapat pengobatan alternatif yang digemari oleh masyarakat apalagi di Negara yang kaya budaya dan kepercayaan seperti Indonesia.

Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan menggunakan istilah pengobatan tradisional, sedangkan dalam undang-undang terbaru yaitu Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (yang selanjutnya disebut UU No.36 Tahun 2009) menggunakan istilah pelayanan kesehatan tradisional. Masyarakat juga lebih mengenal dengan istilah pengobatan tradisional. Pengobatan tradisional merupakan salah satu warisan kebudayaan China yang hingga kini masih eksis dan diakui dunia, bahkan pengobatan tradisional China dinilai sebagai pengobatan alternatif medis saat ini. Filosofi pengobatan tradisional Tiongkok percaya bahwa segala proses dalam tubuh manusia berhubungan dan berinteraksi dengan lingkungan sekitar dan penyakit biasanya disebabkan oleh ketidakharmonisan antara lingkungan di dalam dan di luar tubuh manusia. Gejala ketidakseimbangan ini digunakan dalam pemahaman, pengobatan dan pencegahan penyakit.

Berdasarkan penjelasan atas Peraturan Pemerintah Nomor 103 Tahun 2014 Tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional (yang selanjutnya disebut PP No 103 Tahun 2014), bersamaan dengan keanekaragaman hayati, terdapat ratusan jenis keterampilan pengobatan/perawatan tradisional khas Indonesia. Ramuan dan keterampilan tersebut akan dikembangkan untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan kondisi sakit dan meningkatkan kualitas hidup yang sejalan dengan paradigma sehat serta sejalan dengan upaya pengobatan. Selain itu disebutkan bahwa pelayanan kesehatan tradisional di Indonesia

memiliki tiga klasifikasi, yaitu: pelayanan kesehatan tradisional empiris, pelayanan kesehatan tradisional, komplementer dan pelayanan kesehatan tradisional integrasi yang ketiganya dilaksanakan dalam satu sistem kesehatan tradisional dan harus dapat dipertanggung jawabkan keamanan dan manfaatnya serta tidak bertentangan dengan norma agama dan kebudayaan masyarakat.

Mewujudkan upaya pembangunan kesehatan adalah setiap serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan atau masyarakat harus berasaskan perikemanusiaan, keseimbangan, manfaat, perlindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, keadilan, gender dan nondiskriminatif dan norma-norma agama sehingga aktivitas pelayanan kesehatan haruslah merujuk Undang-undang Kesehatan No.36 tersebut baik pelayanan konvensional dan pelayanan kesehatan tradisional.

Semakin meningkatnya kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan, maka semakin berkembang juga aturan dan peranan hukum dalam mendukung peningkatan pelayanan kesehatan, alasan ini menjadi faktor pendorong pemerintah dan institusi penyelenggara pelayanan kesehatan untuk menerapkan dasar dan peranan hukum dalam meningkatkan pelayanan kesehatan yang berorientasi terhadap

perlindungan dan kepastian hukum pasien. 6 Dasar hukum pemberian pelayanan kesehatan secara umum diatur dalam Pasal 53 UU Kesehatan, yaitu:

- a. Pelayanan kesehatan perseorangan ditujukan untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan dan keluarga.
- b. Pelayanan kesehatan masyarakat ditujukan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit suatu kelompok dan masyarakat.
- c. Pelaksanaan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus mendahulukan pertolongan keselamatan nyawa pasien dibanding kepentingan lainnya.

Kemudian dalam Pasal 54 UU Kesehatan juga mengatur pemberian pelayanan kesehatan, yaitu:

- a. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara bertanggung jawab, aman, bermutu, serta merata dan nondiskriminatif.
- b. Pemerintah dan pemerintah daerah bertanggung jawab atas penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1).

- c. Pengawasan terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat.

Pelayanan kesehatan itu sebenarnya juga merupakan perbuatan hukum, yang mengakibatkan timbulnya hubungan hukum antara pemberi pelayanan kesehatan dalam hal ini rumah sakit terhadap penerima pelayanan kesehatan, yang meliputi kegiatan atau aktivitas professional di bidang pelayanan preventif dan kuratif untuk kepentingan pasien. Secara khusus dalam Pasal 29 ayat (1) huruf (b) UU Rumah Sakit, rumah sakit mempunyai kewajiban memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit. Peraturan atau dasar hukum dalam setiap tindakan pelayanan kesehatan di rumah sakit wajib dilaksanakan sesuai dengan ketentuan Pasal 53 dan Pasal 54 UU Kesehatan sebagai dasar dan ketentuan umum dan ketentuan Pasal 29 ayat (1) huruf (b) UU Rumah Sakit dalam melakukan pelayanan kesehatan. Dalam penyelenggaraan kesehatan di rumah sakit mencakup segala aspeknya yang berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan (Triwibowo, 2014).

Melalui ketentuan UU Kesehatan dan UU Rumah Sakit dalam hal ini pemerintah dan institusi penyelenggara pelayanan kesehatan yakni rumah sakit, memiliki tanggung jawab agar tujuan pembangunan di bidang kesehatan mencapai hasil yang optimal, yaitu melalui pemanfaatan

tenaga kesehatan, sarana dan prasarana, baik dalam jumlah maupun mutunya, baik melalui mekanisme akreditasi maupun penyusunan standar, harus berorientasi pada ketentuan hukum yang melindungi pasien, sehingga memerlukan perangkat hukum kesehatan yang dinamis yang dapat memberikan kepastian dan perlindungan hukum untuk meningkatkan, mengarahkan, dan memberi dasar bagi pelayanan kesehatan.

C. Tinjauan Umum Suku Dayak

Dayak merupakan sebutan bagi penduduk asli pulau Kalimantan. Pulau Kalimantan terbagi berdasarkan wilayah Administratif yang mengatur wilayahnya masing-masing terdiri dari: Kalimantan Timur ibu kotanya Samarinda, Kalimantan Selatan dengan ibu kotanya Banjarmasin, Kalimantan Tengah ibu kotanya Palangka Raya, dan Kalimantan Barat ibu kotanya Pontianak, Kalimantan Utara Ibu kotanya Tanjung Selor. Suku Dayak, terbagi dalam 405 sub-sub suku (J.U.Lontaan, 1974). Dayak adalah nama kolektif untuk beragam suku asli yang bermukim di Kalimantan. Secara umum, masyarakat yang tinggal di pedalaman Kalimantan dapat dikelompokkan ke dalam suku Dayak. Istilah Dayak mempunyai konotasi merendahkan sehingga ada yang lebih suka menamakannya Daya. Terutama di masa silam, Dayak mempunyai asosiasi dengan keterbelakangan, kebiasaan mengayau, animisme, dll (Coomans, 1987).

Di masa lalu juga sudah didirikan perkumpulan-perkumpulan yang memakai istilah Dayak. Sarekat Dayak dan Pakat Dayak pada zaman Belanda. Di kalangan Dayak itu sendiri terdapat keragaman yang besar antara suku yang satu dengan yang lainnya dari sudut bahasa, kesenian, upacara-upacara, arsitektur rumah dll. Namun ciri-ciri yang penting dari suku-suku Dayak adalah bertempat tinggal di pedalaman, di tepi dan di lembah-lembah sungai, sistem pertanian berladang, mempraktekkan mengayau di masa silam, dan agama tradisional yang dinamakan Kaharingan. Sebahagian mempunyai rumah panjang yang disebut lamin atau betang, kebiasaan merajah tubuh (tattoo) dan melobangi daun telinga bagi laki-laki dan lobang telinga yang memanjang dengan anting-anting yang berat bagi perempuan. Suku Dayak tertentu mempunyai seni ukir yang khas yang menakjubkan. Sampai sekarang tidaklah jelas berapa banyak kelompok etnik yang tergabung ke dalam Dayak. Berbeda dengan sukubangsa Jawa, Sunda, Bali, Ambon, Aceh, Batak Karo, Batak Toba, dll. yang ciri-cirinya sebagai suku bangsa sangat jelas mempunyai bahasa dan adat istiadat yang khas sulit mendefinisikan apa yang dinamakan suku bangsa dalam konteks Dayak. Mungkin dua kelompok tertentu mempunyai kesamaan bahasa tetapi adat istiadat mereka berbeda. Sebaliknya mungkin dua kelompok mempunyai bahasa yang berbeda tetapi mempunyai ciri-ciri kebudayaan tertentu yang sama (Driver & Chaney, 1970).

Sellato (2002), membuat pengelompokan penduduk Kalimantan dengan baik dengan mendasarkan pengelompokannya mengikuti sungai-sungai besar. Orang Melayu tinggal di daerah-daerah sepanjang pantai dan dataran rendah dan juga sepanjang tepi bagian tengah sungai-sungai besar. Orang yang baru saja masuk Islam mengaku Melayu dan cenderung menyangkal bahwa ia berasal dari penduduk setempat.

1. Orang Iban dari Serawak mempunyai kebudayaan yang relatif homogen. Bahasanya serumpun dengan bahasa Melayu, tinggal di rumah panjang dan menanam padi di ladang. Mereka egaliter, kompetitif dan kemampuan mengayau dijunjung tinggi. Tekstilnya menarik, mereka suka menghias diri dan merajah badan.
2. Kelompok Barito merupakan kelompok terbesar di belahan Selatan Kalimantan. Ini meliputi orang Ngaju yang banyak jumlahnya, orang Ot Danum, Siang, Murung, Luang, Ma'anyan, Benua', Bentian dan Tunjung. Mereka mempunyai upacara penguburan yang rumit, melakukan pembakaran mayat. Abu dan tulang dimasukkan ke dalam tempayan. Ukiran bambu dan tikar anyaman mereka terkenal, begitu juga ukir-ukiran pada monumen kuburan.
3. Kelompok Barat dinamakan Dayak Daratan atau Bidayuh meliputi beberapa suku di Serawak Barat dan Kalimantan Barat. Kecuali hidup di rumah panjang, mereka mempunyai sebuah

rumah bundar sebagai balai musyawarah; didalamnya terpajang sejumlah tengkorak. Dahulu mereka suka menghiasi tengkorak manusia dan mengukir patung kayu berbentuk manusia.

4. Kelompok-kelompok Timur Laut terutama terdapat di Sabah, meliputi orang Dusun atau Kadazan, Murut Dataran dan beberapa kelompok di sekitar Brunei dan pantai Kalimantan Timur. Bahasa-bahasa mereka berkaitan dengan bahasa Filipina Selatan. Kelompok Kadazan bersawah dan berternak tetapi ada juga yang berladang menanam padi. Orang Bajau terkenal karena kudanya. Anyaman manik-manik kelompok ini terkenal, begitu juga tenunan bersulam dan anyaman keranjang.
5. Kelompok-kelompok Kayan dan Kenyah tinggal di Kalimantan Timur dan pedalaman Serawak. Menurut orang Kayan mereka berasal dari dataran tinggi Apo Kayan dan menyebar ke daerah Mahakam, Kapuas dan Rajang hulu. Orang Kenyah menggantikan orang Kayan di Apo Kayan tetapi kemudian bermigrasi dengan pola yang kurang lebih sama. Tadinya mereka suka mengayau dan menaklukkan suku lain. Masyarakat mereka mempunyai stratifikasi yang terdiri dari bangsawan, orang biasa dan budak. Pada upacara besar budak dijadikan kurban.

6. Kelompok-kelompok Utara Tengah mendiami bagian agak di Utara Kalimantan, terdiri dari orang Kelabit, Lun Dayeh, Lun Bawang dan Murut Bukit di pegunungan sebelah timur, dan orang Kajang. Berawan dan Melanau sebelah Barat. Orang Nlalanau pandai menanam sagu dan menangkap ikan, orang Berawan dan Kajang berladang dan mengolah pohon sagu, tetapi sebagian orang Kalabit dan Lun Dayeh bersawah.
7. Suku Penan merupakan pengembara yang terkenal di Kalimantan, terdapat di semua daerah kecuali di Sabah. Mereka terutama hidup dari tepung sagu yang disarikan dari pohon sagu liar. Mobilitas mereka tinggi, pintar berburu, mencari sarang burung, damar dan hasil hutan lainnya yang ditukarkan dengan berbagai kebutuhan mereka, ump. bcsi, tembakau dll. Sekarang kebanyakan mereka sudah hidup menetap di kampung dan menanam padi dan ubi kayu.

Dalam aktivitas ekonomi orang Dayak, mata pencaharian utama secara tradisional adalah berladang pindah (Ave & King, 1986). Sistem pertanian ladang malah dipraktekkan secara meluas di Indonesia dan sisa-sisanya masih terdapat di Jawa Barat. Clifford Geertz membagi Indonesia dalam dua tipe ekosistem, yakni satu tipe ladang pindah, yang terdapat di luar Jawa, dan sawah, yang merupakan ekosistem yang dominan di Jawa (Geertz, 1968). Terdapat keragaman yang amat besar pada suku-suku Dayak, jumlah kelompok etnik belum diketahui dengan

pasti dan juga sulit untuk membuat batasan apa yang dinamakan sukubangsa. Dengan diterimanya Kaharingan sebagai agama resmi pada suku-suku Dayak, identitas mereka, atau sebahagian dari mereka, dari segi kepercayaan dapat bertahan (Singarimbun, 1991).

Orang-orang Dayak ialah penduduk pulau Kalimantan yang sejati. Tidak ada orang Dayak di pulau lain selain Kalimantan, dahulu mereka ini mendiami pulau Kalimantan, baik di pantai-pantai maupun dibagian daratan. Akan tetapi tatkala orang Melayu dari Sumatera dan Tanah Semenanjung Melaka datang orang Dayak menyingkir lama kelamaan bertambah jauh ke daerah pedalaman Kalimantan disatu sisi. Disisi lain masyarakat Dayak memiliki tradisi berladang berpindah. Dari tahun ketahun mereka mencari hutan yang dinilai subur untuk berladang dan bercocok tanam sebagai mata pencaharian demikian seterusnya. Akhirnya tahun berganti tahun, puluhan tahun, ratusan tahun dan bahkan puluh ribuan tahun akhirnya hampir seluruh daerah pelosok pedalaman Kalimantan tidak ada yang lepas dari hunian orang dayak (Coomans, 1987 & Riwut, 2003). Masing-Masing orang Dayak menumbuh-kembangkan kebudayaan tersendiri. Dengan perkataan, kebudayaan yang ditumbuh-kembangkan oleh Dayak-Iban tidak sama persis dengan kebudayaan yang ditumbuh-kembangkan Dayak-Punan dan seterusnya. Namun demikian Sub eknis Dayak satu dengan lainnya memiliki senjata khas Dayak yang disebut sebagai mandau. Dalam kehidupan sehari-hari senjata ini tidak lepas dari pemiliknya. Artinya, kemanapun mereka pergi

mandau selalu dibawanya karena mandau juga berfungsi sebagai simbol seseorang (kehormatan) orang Dayak.

Suku Dayak memiliki beberapa sub suku berdasarkan letak geografis wilayah tempat tinggal mereka, salah satunya adalah suku Dayak. Dalam masyarakat Dayak, pola perilaku, interaksi, pola hidup dan perlakuan terhadap alam didasarkan pada prinsip solidaritas. Sendi-sendi dasar solidaritas ini bukan merupakan sesuatu yang di rekayasa oleh sebagian pihak yang kemudian dipaksa untuk dipakai bersama. Kondisi material dari waktu ke waktu yang terus berubah membuat masyarakat Dayak menentukan pilihan penyikapan terhadap kondisi yang terus berubah. Sikap individualistis dan penciptaan iklim kompetisi ternyata tidak merupakan pilihan bagi Suku Bangsa Dayak Indonesia. Konsep sakit menurut masyarakat dayak yaitu ketika seseorang mengalami gangguan fungsi tubuh yang dikarenakan ketidakseimbangan unsur-unsur dalam tubuh dan oleh personalistik. Dalam film tersebut diceritakan bahwa salah satu anggota masyarakat sedang mengalami sakit dan masyarakat setempat menganggap sakit tersebut disebabkan karena hilangnya roh dari raga seseorang yang berada disuatu tempat tetapi tidak dapat kembali, sehingga roh tersebut harus dicari dan dibawa kepada pemiliknya. Dalam hal ini gejala yang dialami oleh pasien atau orang yang sakit tidak bisa menggerakkan badan. Dengan demikian konsep sakit menurut masyarakat dayak lebih mengarah pada hal yang bersifat personalistik, dan untuk menyembuhkannya maka harus dilakukan ritual

mantra belian untuk memanggil roh tersebut agar kembali pada pemiliknya. Sementara jika dipandang dari sudut pandang medis modern gejala tersebut mengarah pada penyakit stroke (Adrianto et al, 2019).

Asal mula datangnya penyakit menurut masyarakat dayak yaitu berasal dari hal yang bersifat personalistik, misalnya makhluk halus atau roh-roh jahat yang mengganggu seseorang dan menyebabkan menjadi sakit. Selain itu adanya suatu penyakit juga disebabkan oleh perbuatan yang membuat dewa atau leluhur mereka marah sehingga memberikan sakit kepada orang tersebut. Dengan demikian adanya pandangan sakit dan pengobatan tradisional masyarakat dayak tidak lepas dari kondisi lingkungan masyarakat setempat yang jauh dari pusat kota dan pengobatan medis modern sehingga dalam menangani sakit masyarakat lebih mengarah pada kepercayaan yang mereka yakini dan unsur-unsur tradisional dalam kehidupan masyarakat dayak itu sendiri.

D. Tabel Sintesa Penelitian

Author/Place/ Year	Title	Subject	Study Objective	Design	Study Outcome
Jaafar, et al (2017). Malaysia	Why Bother about Health? A Study on the Factors that Influence Health Information Seeking Behaviour among Healthcare Consumers	300 konsumen layanan kesehatan di tiga kota utama di Malaysia	Untuk melihat hubungan antara faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku pencarian informasi kesehatan online di antara produk perawatan kesehatan di ibu kota Malaysia.	Survey analitik	Perilaku Kesehatan mempengaruhi Perilaku Mencari Informasi Kesehatan. Pemasar dapat mengetahui segmen target populasi mana yang menjadi target ketika merancang saluran informasi untuk konsumen, terutama melalui Internet. Namun, pesan yang mempromosikan perilaku kesehatan positif kepada audiens target yang sudah memiliki Perilaku Kesehatan positif meningkatkan motivasi untuk Perilaku Mencari Informasi Kesehatan.
Hakim, et al (2019) Indonesia	Self-Efficacy And Selected Demographic s As Determinants Of The Family Behavior On	379 sampel dari keluarga dekat (pemberi perawatan) pasien TB	Untuk mengeksplorasi faktor-faktor yang terkait dengan perilaku pemeriksaan diri di antara keluarga	Pendekatan observasi	Efikasi diri dan tingkat pendidikan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap perilaku pemeriksaan diri, oleh karena itu dapat menjadi referensi bagi praktisi kesehatan dan peneliti untuk mempromosikan perilaku kesehatan di antara keluarga pasien dengan

	Examination For Patients With Tuberculosis In Pamekasan	paru yang bersedia untuk diperiksa.	yang memiliki kontak langsung dengan pasien dengan TB di Pamekasan.		Tuberkulosis.
Wambui, et al. (2018) Kenya	Determinants of Health Seeking Behavior among Caregivers of Infants Admitted with Acute Childhood Illnesses at Kenyatta National Hospital, Nairobi, Kenya	Pengasuh bayi dengan penyakit Anak akut yang dirawat di bangsal anak-anak KNH.	Menetapkan faktor penentu perilaku pencarian kesehatan di antara pengasuh bayi yang dirawat dengan penyakit anak akut di Rumah Sakit Nasional Kenyatta.	Sebuah studi metode campuran deskriptif deskriptif menggunakan pendekatan kuantitatif dan kualitatif	Pengetahuan yang buruk tentang tanda-tanda bahaya bayi adalah umum di antara pengasuh mengaburkan besarnya penyakit akut yang mengakibatkan tertundanya pencarian kesehatan. Kemampuan pengetahuan tentang tanda bahaya bayi, tingkat pendidikan tinggi, dan menikah dikaitkan dengan pencarian perawatan kesehatan segera. Pengasuh yang tinggal di perkotaan dan / atau dekat fasilitas kesehatan terkait dengan pencarian kesehatan segera. Selain itu, kepuasan dan persepsi layanan kesehatan berkualitas dikaitkan dengan pencarian kesehatan segera. Intervensi dengan pengasuh harus melibatkan pengembangan kapasitas melalui kemitraan dengan keluarga dan

					<p>masyarakat untuk meningkatkan kesadaran akan tanda bahaya bayi. Penguatan sistem perawatan kesehatan untuk menawarkan layanan kesehatan dasar yang berkualitas dapat meningkatkan perilaku pencarian kesehatan. Penyediaan sistem pasokan yang lancar, dukungan infrastruktur, dan dukungan teknis untuk soft skill meminimalkan waktu penyelesaian yang sangat penting.</p>
<p>Mattebo et al. (2019) Nepal</p>	<p>Perspectives on adolescent girls' health-seeking behaviour in relation to sexual and reproductive health in Nepal</p>	<p>Individu dengan penyedia layanan kesehatan (dokter, perawat dan mahasiswa keperawatan) di Nepal.</p>	<p>Untuk mengeksplorasi perspektif penyedia layanan kesehatan tentang perilaku mencari kesehatan remaja perempuan di Nepal sehubungan dengan kesehatan dan hak seksual dan reproduksi mereka.</p>	<p>Studi wawancara</p>	<p>Kurangnya pengetahuan di antara remaja perempuan dan kebutuhan yang tidak terpenuhi dari fasilitas ramah remaja mempengaruhi akses mereka ke perawatan kesehatan seksual dan reproduksi di Nepal. Kurangnya pengetahuan dapat dilihat sebagai penghalang, dan sebagai alasan mengapa remaja perempuan tidak mencari perawatan kesehatan seksual dan reproduksi</p>

Ifrah & Benish-Weisman, (2017) Israel	Seeking the help of school counselors: Cross-cultural differences in mothers' knowledge, attitudes, and help-seeking behavior	Partisipan adalah 172 ibu remaja (berusia 11-18) dari dua latar belakang budaya utama: ibu Yahudi yang lahir di Israel yang orang tuanya juga lahir di Israel kisaran usia 35-55) dan ibu yang lahir di FSU	Untuk secara komparatif memeriksa ibu-ibu kelahiran dan imigran sehubungan dengan pengetahuan mereka tentang, sikap terhadap, dan perilaku mencari bantuan dari konselor sekolah. untuk mendeteksi perbedaan lintas budaya di antaranya pengetahuan ibu, sikap dan perilaku. untuk melihat apakah ini terkait dengan pemanfaatan layanan	Study Perbandingan	Perbedaan dalam pengetahuan, sikap, dan pemanfaatan layanan antara kedua kelompok. Baik pengetahuan tentang dan sikap positif terhadap konseling secara positif terkait dengan pemanfaatan layanan, dengan kurangnya pengetahuan secara signifikan berhubungan negatif dengan proses pencarian bantuan ibu-ibu imigran. perlunya melakukan intervensi di tingkat sekolah dan nasional untuk membiasakan ibu dengan profesi konseling dan untuk meningkatkan sikap mereka dalam mencari bantuan untuk anak-anak mereka. Intervensi ini sangat penting bagi imigran. Tetapi karena perubahan dalam pengetahuan dan perilaku membutuhkan waktu
Rahman, et al	Faktor-Faktor yang	Seluruh santri baik	Untuk menganalisis faktor-faktor yang	survei analitik (cross	Secara keseluruhan pengetahuan santri sudah baik, akan tetapi masih ada

(2016) Indonesia	Berhubungan dengan Perilaku Pencarian Pelayanan Kesehatan (Health Seeking Behavior) pada Santri di Pondok Pesantren Al Bisyri Tinjomoyo Semarang	laki-laki maupun perempuan yang bermukim di Pondok Pesantren Al Bisyri berjumlah 73 orang	berhubungan dengan perilaku pencarian kesehatan pada santri	sectional study)	santri yang belum mengetahui jenis-jenis fasilitas pelayanan kesehatan dan jenis-jenis pengobatan tradisional. Siswa yang membutuhkan perawatan kesehatan lebih besar 4 hingga 5 kali untuk berkomitmen perilaku mencari kesehatan lebih baik daripada siswa yang tidak membutuhkan perawatan kesehatan. Diperlukan dukungan kiai, ustadz dan admin boarding terhadap perilaku mencari kesehatan siswa dalam bentuk arahan yang diberikan kepada siswa sebagai ceramah atau ketika siswa belajar untuk mengubah pola pikir siswa terhadap perilaku pencarian kesehatan.
Adane, et al. (2017) Ethiopia	Utilization of health facilities and predictors of health-seeking behavior for	472 ibu / pengasuh dari 472 balita dengan dengan penyakit	untuk menilai status pemanfaatan fasilitas kesehatan dan prediktor untuk perilaku mencari kesehatan ibu / pengasuh anak	Desain studi cross-sectional berbasis komunitas	Fasilitas kesehatan menjadi pilihan yang lebih baik untuk mencari perawatan daripada mencari perawatan di rumah. Tingkat perawatan yang cepat dan efektif, baik di rumah maupun di fasilitas kesehatan, dapat ditingkatkan lebih lanjut dengan program promosi kesehatan yang

	under-five children with acute diarrhea in slums of Addis Ababa, Ethiopia: a community-based cross-sectional study	diare akut	balita dengan diare akut di daerah kumuh Addis Ababa, Ethiopia.		menargetkan ibu / pengasuh yang buta huruf dan rumah tangga miskin.
Abu Bakar, et al. (2013) USA	Socio-Cultural Determinants of Health-Seeking Behaviour on the Kenyan Coast: A Qualitative Study	53 ibu, ayah dan pengasuh dari dua klinik pedesaan di Kenya Coast	Untuk mengetahui persepsi kesehatan dan pengaruh pada perilaku mencari kesehatan, berdasarkan informasi dari sang ibu dan ayah	Studi Kualitatif	Obat-obatan biomedis (dari fasilitas kesehatan dan dibeli di apotek) ditemukan sebagai titik perawatan pertama yang paling populer. Namun, penyembuhan tradisional masih memainkan peran penting dalam perawatan kesehatan dalam dua komunitas ini.
Amalia	Hubungan	130	untuk mengetahui	cross	Anak jalanan yang memiliki jaminan

(2018) Indonesia	Faktor Pemungkin dengan Perilaku Pencarian Pengobatan Anak Jalanan di Kota Bekasi Tahun 2017	responden anak jalanan	hubungan faktor pemungkin (kepesertaan rumah singgah, ketersediaan jaminan kesehatan, aksesibilitas pelayanan kesehatan dan dukungan sosial) dengan perilaku pencarian pengobatan anak jalanan	sectional study	kesehatan, memiliki peluang untuk pencarian pengobatan yang baik sebesar 2,7 kali lebih tinggi dibandingkan anak jalanan yang tidak memiliki jaminan kesehatan. Disarankan pentingnya pendataan anak jalanan dan swamedikasi yang tepat dan aman bagi anak jalanan.
Becares & Das-Munshi (2013) Inggris	Ethnic density, health care seeking behaviour and expected discrimination from health services among ethnic	Sampel di ambil dari data EMPIRIC (Survei Kesehatan tindak lanjut untuk Inggris) dan dataset	untuk menguji hubungan antara penurunan kepadatan etnis dan kesehatan, penggunaan layanan kesehatan, kepuasan dengan layanan kesehatan, dan diskriminasi	Dua survei cross-sectional	Menggunakan data yang representatif secara nasional dari Inggris, bahwa responden etnis minoritas yang menderita masalah kesehatan mental dan tinggal di daerah dengan kepadatan etnis yang lebih rendah, tidak mungkin mencari bantuan profesional. Temuan kami menunjukkan ketidakcocokan antara diskriminasi yang diharapkan dan kepuasan dengan pengaturan perawatan

	minority people in England	gabungan dari survei kependudukan tahun 2005 dan 2007	yang diharapkan dari layanan kesehatan.		kesehatan, dan pekerjaan lebih lanjut dengan langkah-langkah diskriminasi ras yang sebenarnya diperlukan untuk memahami perbedaan ini. Perilaku pencarian kesehatan tidak berbeda menurut kepadatan etnis. Kepadatan etnis yang lebih rendah dikaitkan dengan peningkatan laporan diskriminasi yang diharapkan dari layanan, tetapi juga dengan peningkatan kepuasan terhadap layanan.
Prabandari et al. (2017) Indonesia	Health Seeking Behaviour pada Pasien Stroke	101 pasien stroke	Untuk mengetahui perilaku mencari pertolongan kesehatan (health seeking behaviour) pada pasien stroke mulai timbulnya gejala hingga pasien dibawa ke rumah sakit,	Deskriptif observasional	Health seeking behaviour ini dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor demografi dan geografi, sosio-budaya, klinis, persepsi, dan pengetahuan. Dapat disimpulkan bahwa terdapat 3 alur health seeking behaviour pada pasien stroke yang ada di masyarakat, yaitu langsung ke rumah sakit, ke rumah sakit setelah dibawa ke petugas kesehatan atau non petugas kesehatan, dan tidak pergi ke

			sehingga dapat mengurangi keterlambatan penderita stroke dan angka kecacatan serta kematian akibat stroke berkurang.		rumah sakit setelah dibawa ke petugas kesehatan atau non petugas kesehatan.
Peprah, et al (2018) Ghana	Pregnant women's perception and attitudes toward modern and traditional midwives and the perceptual impact on health seeking behaviour and status in rural	30 wanita hamil yang dipilih secara sengaja yang sebelumnya melahirkan di bawah pengawasan bidan modern dan tradisional	Untuk menggali wawasan ke dalam perspektif Ghana tentang sikap dan persepsi wanita hamil tentang bidan modern dan tradisional dan dampak persepsi pada perilaku mencari kesehatan dan status.	Studi Kualitatif	Wanita hamil memiliki sikap dan persepsi yang baik terhadap bidan tradisional di pedesaan Ghana yang mencerminkan pengalaman dan kepercayaan pribadi mereka. Dengan demikian, wanita hamil hanya melihat kebutuhan untuk menggunakan layanan bidan modern ketika komplikasi serius terjadi selama persalinan dan sebagian besar persalinan mereka diawasi oleh bidan tradisional.

	Ghana				
Setyowati (2010) Indonesia	Etnofarmakologi dan Pemakaian Tanaman Obat Suku Dayak Tunjung di Kalimantan Timur	Para dukun kampung, pemimpin adat dan masyarakat pengguna jenis-jenis tumbuhan sebagai bahan obat tradisional.	Untuk menggali pengetahuan tradisional masyarakat Dayak Tunjung dalam pemanfaatan dan pengelolaan jenis-jenis tumbuhan yang ada di sekitarnya, khususnya tumbuhan yang digunakan sebagai bahan obat tradisional.	Metode survei eksploratif, dan teknik pengumpulan data dengan wawancara dan pengamatan langsung di lapangan	Tercatat 47 jenis tumbuhan yang berkhasiat sebagai obat tradisional, diantaranya sebagai obat kulit, masalah kewanitaan, pencernaan, ispa, mulut, demam, diuretika, dll. Pada umumnya cara pengolahan dan penggunaannya masih secara sederhana. Dilihat dari bagian tanaman yang digunakan paling banyak adalah daun, sehingga dilihat dari segi konservasi hal ini tidak mengganggu kelestarian dari jenis-jenis tumbuhan tersebut.

E. Kerangka Teori

Masyarakat yang diserang penyakit dan tidak merasakan gejala sudah tentu tidak akan bertindak apa-apa terhadap penyakitnya, namun bila mereka diserang penyakit dan merasakan sakit, baru akan timbul berbagai perilaku dan tindakan. Menurut Notoatmodjo (2007), pencarian pengobatan oleh masyarakat terkait dengan respons seseorang apabila sakit serta membutuhkan pelayanan kesehatan. Respons tersebut antara lain:

1. Tindakan mengobati sendiri.
2. Mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan tradisional.
3. Mencari pengobatan dengan membeli obat-obat ke warung-warung obat.

Mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas modern yang diadakan oleh pemerintah atau lembaga-lembaga kesehatan swasta, yang dikategorikan ke dalam balai pengobatan, puskesmas dan rumah sakit. Lawrence Green (1980) menyatakan bahwa kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh dua hal pokok yaitu faktor perilaku dan di luar perilaku. Perilaku tersebut dipengaruhi oleh tiga faktor utama yang sering disebut dengan akronim Precede, yaitu: faktor predisposisi (predisposing factor), faktor pemungkin (enabling factor), dan faktor penguat (reinforcing factor). 3 bentuk faktor, yaitu: faktor predisposisi (predisposing factor) terdiri dari pengetahuan, sikap, kepercayaan,

keyakinan, nilai- nilai, dan sebagainya. Faktor pendukung (enabling factor) meliputi lingkungan fisik, sumber daya, dan tersedianya fasilitas dan sarana kesehatan. Faktor pendorong (reinforcing factor) dapat berupa sikap dan perilaku petugas kesehatan maupun petugas lain, teman, tokoh, yang semuanya bisa menjadi kelompok referensi dari perilaku masyarakat (Notoatmodjo, 2014).

Health Belief Model merupakan model kognitif yang digunakan untuk meramalkan perilaku peningkatan kesehatan. Teori ini memungkinkan seseorang melakukan tindakan pencegahan dipengaruhi secara langsung dari 6 variable:yaitu:

1. Kerentanan yang dirasakan (perceived susceptibility)

Agar seseorang bertindak untuk mengobati atau mencegah penyakitnya, ia harus merasakan bahwa ia rentan (sucebtibie) terhadap penyakit tersebut. Dengan perkataan lain suatu tindakan pencegahan terhadap suatu penyakit akan timbul bila seseorang telah merasakan bahwa ia atau keluarganya rentan terhadap penyakit tersebut.

2. Perceived Severity

Perceived severity menjelaskan tentang keyakinan seseorang terhadap keparahan suatu penyakit. Keyakinan seseorang tentang keparahan suatu penyakit tidak hanya dipengaruhi oleh pengetahuan kesehatan, namun hal ini juga dipengaruhi oleh kepercayaan seseorang tentang kesulitan apa yang akan

disebabkan penyakit tersebut dan efek penyakit itu pada hidupnya.

3. Perceived Benefits

Perceived benefit menerangkan tentang opini seseorang terhadap keuntungan apa yang mereka dapatkan dari perilaku yang mereka anut. Orang-orang akan melakukan suatu perilaku apabila ia percaya bahwa perilaku tersebut dapat menghindarkan mereka dari risiko terkena penyakit.

4. Perceived Barriers

Perubahan bukan suatu hal yang mudah dilakukan pada kebanyakan orang. Perceived barriers menjelaskan tentang masalah atau kerugian yang didapat apabila melakukan perubahan. Agar sebuah perilaku diadopsi oleh seseorang, maka seseorang tersebut harus yakin terhadap keuntungan yang akan ia dapat lebih besar dari pada keuntungan perilaku sebelumnya dan lebih banyak dari pada kerugiannya.

5. Self-Efficacy

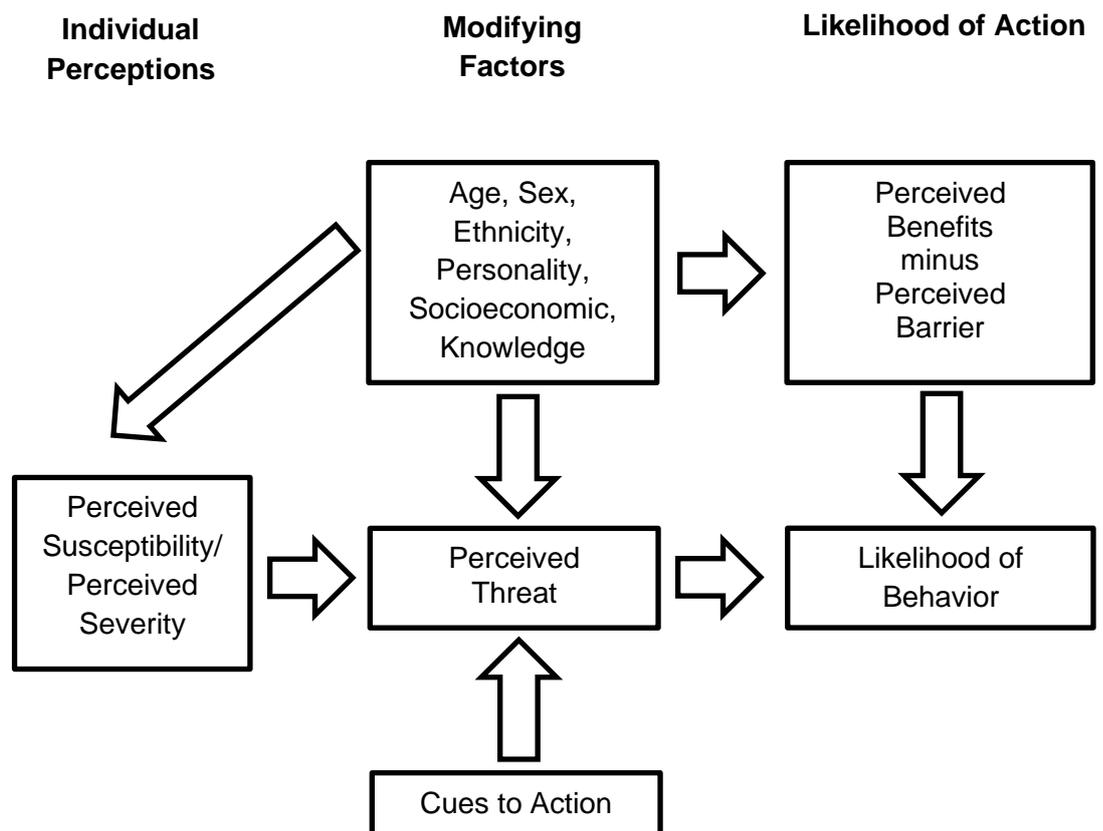
Self-efficacy ditambahkan pada varibale asli teori Health Belief Model (Rosenstock, Strecher & Becker, 1988). Self-efficacy merupakan kepercayaan seseorang akan kemampuannya dalam melakukan sesuatu. Seseorang tidak akan mencoba melakukan hal baru apabila ia berpikir ia tidak mampu melakukannya. Bahkan apabila ia yakin sebuah perilaku

berdampak baik padanya namun ia merasa tidak mampu melakukannya, maka ia tidak akan melakukan hal tersebut.

6. Cues to Action

Cues of action adalah segala hal, baik peristiwa, orang, atau hal-hal lain yang mendorong seseorang untuk merubah perilakunya. Hal pendorong tersebut dapat berupa faktor internal dan eksternal.

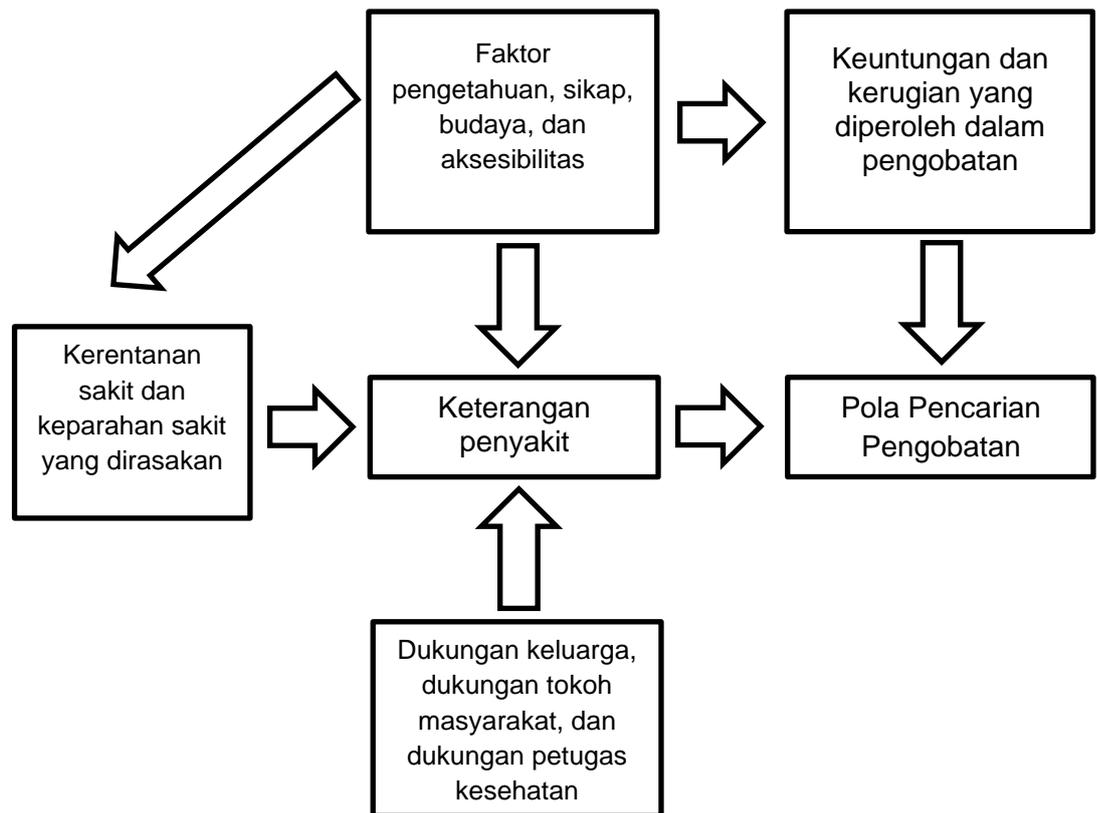
Kerangka Teori



Sumber: Rosentock et al, The Health Belief Model (1950)

G. Kerangka Konsep

Dalam penelitian ini, variabel yang akan digunakan adalah faktor pengetahuan, sikap, budaya, aksesibilitas, dukungan keluarga, dukungan tokoh masyarakat, dan dukungan petugas kesehatan. Faktor-faktor ini dipilih untuk melihat apakah ada pengaruh variable tersebut dengan pola pencarian pengobatan modern pada etnis dayak di Kota Samarinda.



Kerangka Konsep Penelitian

H. Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
Pola pencarian pengobatan	Pola Pencarian Pengobatan adalah aktivitas yang dilakukan oleh masyarakat etnis dayak dalam mencari fasilitas kesehatan pada saat sakit	Wawancara	Kuesioner	Nominal	1. Pengobatan Positif 2. Pengobatan Negatif
Pengetahuan	Pengetahuan dalam penelitian adalah pengetahuan masyarakat tentang upaya pengobatan dan layanan pengobatan pada saat sakit.	Wawancara	Kuesioner	Ordinal	1. Baik 2. Rendah
Sikap	Sikap dalam penelitian adalah sikap masyarakat tentang pemilihan layanan kesehatan saat sakit	Wawancara	Kuesioner	Ordinal	1. Positif 2. Negatif
Budaya	Budaya dalam penelitian ini adalah kepercayaan masyarakat tentang pengobatan budaya tradisional yang di lakukan pada	Wawancara	Kuesioner	Ordinal	1. Percaya 2. Tidak percaya

	saat sakit				
Aksesibilitas	Aksesibilitas dalam penelitian ini adalah akses masyarakat ke fasilitas kesehatan modern dan tradisional di wilayah etnis dayak	Wawancara	Kuesioner	Ordinal	1. Terjangkau 2. Tidak Terjangkau
Dukungan Keluarga	Dukungan keluarga dalam penelitian ini adalah dukungan berupa dorongan dan informasi untuk melakukan pengobatan dan pemilihan layanan pengobatan	Wawancara	Kuesioner	Ordinal	1. Baik 2. Kurang
Dukungan tokoh masyarakat	Dukungan tokoh masyarakat dalam penelitian ini adalah dukungan berupa dorongan dan informasi untuk melakukan pengobatan dan pemilihan layanan pengobatan	Wawancara	Kuesioner	Ordinal	1. Baik 2. Kurang
Dukungan petugas kesehatan	Dukungan petugas kesehatan dalam penelitian ini adalah dukungan petugas kesehatan dalam penyampaian informasi dan pemilihan layanan pengobatan	Wawancara	Kuesioner	Ordinal	1. Baik 2. Kurang

1. Pola Pencarian Pengobatan

Dalam penelitian ini yang dimaksud dengan Pola Pencarian Pengobatan adalah aktivitas yang dilakukan atau dipilih oleh masyarakat etnis dayak dalam mencari fasilitas kesehatan pada saat sakit. Untuk jawaban fasilitas kesehatan modern diberi (+) dan selain fasilitas kesehatan modern diberi (-)

Kriteria Objektif:

- Pengobatan Positif
- Pengobatan Negatif

2. Pengetahuan

Pengetahuan dalam penelitian adalah pengetahuan masyarakat tentang upaya pengobatan dan layanan pengobatan pada saat sakit. Kuesioner pengetahuan diukur dengan menggunakan skala Guttman. Untuk jawaban yang “Ya” diberi nilai 1 dan “Tidak” diberi nilai 0. Jumlah pertanyaan ada 7 nomor. Penentuan kriteria objektif menggunakan rumus median:

$$= \frac{(\text{nilai tertinggi} \times \text{jumlah pertanyaan}) + (\text{nilai terendah} \times \text{jumlah pertanyaan})}{2}$$

$$= \frac{(1 \times 7) + (0 \times 7)}{2}$$

$$= \frac{7+0}{2}$$

$$= 3.5$$

Kriteria Objektif:

- Baik : Apabila total skor ≥ 3.5
- Rendah : Apabila total skor < 3.5

3. Sikap

Sikap dalam penelitian ini adalah sikap masyarakat tentang pemilihan layanan kesehatan saat sakit. Kuesioner sikap diukur dengan menggunakan skala Likert dengan interval nilai 1-4. Kategori penilaiannya terdiri dari Sangat Setuju dengan nilai 4, Setuju dengan nilai 3, Tidak Setuju dengan nilai 2, Sangat Tidak Setuju dengan nilai 1. Jumlah pertanyaan ada 7 nomor. Penentuan kriteria objektif menggunakan rumus median:

Skor tertinggi = (Jumlah pertanyaan) x (skor jawaban tertinggi), yaitu:
 $7 \times 4 = 28$ (100%).

Skor terendah = (Jumlah pertanyaan) x (skor jawaban terendah), yaitu:
 $7 \times 1 = 7$ (25%).

Range : $100\% - 25\% = 75\%$

Interval : $\frac{75\%}{2} = 37,5\%$

Skor standar : $100\% - 37,5\% = 62,5\%$

Kriteria Objektif:

- Positif : Apabila total skor penilaian $\geq 62,5\%$

- Negatif : Apabila total skor penilaian < 62,5%

4. Budaya

Budaya dalam penelitian ini adalah kepercayaan masyarakat tentang pengobatan budaya tradisional yang di lakukan pada saat sakit. Kuesioner budaya diukur dengan menggunakan skala Guttman. Untuk jawaban yang “Ya” diberi nilai 1 dan “Tidak” diberi nilai 0. Jumlah pertanyaan ada 3 nomor. Penentuan kriteria objektif menggunakan rumus median:

$$= \frac{(\text{nilai tertinggi} \times \text{jumlah pertanyaan}) + (\text{nilai terendah} \times \text{jumlah pertanyaan})}{2}$$

$$= \frac{(1 \times 3) + (0 \times 3)}{2}$$

$$= \frac{3+0}{2}$$

$$= 1.5$$

Kriteria Objektif:

- Percaya : Apabila total skor ≥ 1.5
- Tidak percaya : Apabila total skor < 1.5

5. Aksesibilitas

Aksesibilitas dalam penelitian ini adalah akses masyarakat ke fasilitas kesehatan modern dan tradisional di wilayah etnis dayak. Kuesioner aksesibilitas diukur dengan menggunakan skala Guttman. Untuk

jawaban yang “Ya” diberi nilai 1 dan “Tidak” diberi nilai 0. Jumlah pertanyaan ada 5 nomor. Penentuan kriteria objektif menggunakan rumus median:

$$= \frac{(\text{nilai tertinggi} \times \text{jumlah pertanyaan}) + (\text{nilai terendah} \times \text{jumlah pertanyaan})}{2}$$

$$= \frac{(1 \times 5) + (0 \times 5)}{2}$$

$$= \frac{5+0}{2}$$

$$= 2.5$$

Kriteria Objektif:

- Terjangkau : Apabila total skor ≥ 2.5
- Tidak terjangkau : Apabila total skor < 2.5

6. Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga dalam penelitian ini adalah dukungan berupa dorongan dan informasi dari keluarga untuk melakukan pengobatan dan pemilihan layanan pengobatan. Kuesioner dukungan keluarga diukur dengan menggunakan skala Guttman. Untuk jawaban yang “Ya” diberi nilai 1 dan “Tidak” diberi nilai 0. Jumlah pertanyaan ada 5 nomor.

Penentuan kriteria objektif menggunakan rumus median:

$$= \frac{(\text{nilai tertinggi} \times \text{jumlah pertanyaan}) + (\text{nilai terendah} \times \text{jumlah pertanyaan})}{2}$$

$$= \frac{(1 \times 5) + (0 \times 5)}{2}$$

$$= \frac{5+0}{2}$$

$$= 2.5$$

Kriteria Objektif:

- Baik : Apabila total skor ≥ 2.5
- Kurang : Apabila total skor < 2.5

7. Dukungan Tokoh Masyarakat

Dukungan tokoh masyarakat dalam penelitian ini adalah dukungan berupa dorongan dan informasi dari tokoh masyarakat untuk melakukan pengobatan dan pemilihan layanan pengobatan. Kuesioner dukungan tokoh masyarakat diukur dengan menggunakan skala Guttman. Untuk jawaban yang “Ya” diberi nilai 1 dan “Tidak” diberi nilai 0. Jumlah pertanyaan ada 6 nomor. Penentuan kriteria objektif menggunakan rumus median:

$$= \frac{(\text{nilai tertinggi} \times \text{jumlah pertanyaan}) + (\text{nilai terendah} \times \text{jumlah pertanyaan})}{2}$$

$$= \frac{(1 \times 4) + (0 \times 4)}{2}$$

$$= \frac{4+0}{2}$$

$$= 2$$

Kriteria Objektif:

- Baik : Apabila total skor ≥ 2
- Kurang : Apabila total skor < 2

8. Dukungan Petugas Kesehatan

Dukungan petugas kesehatan dalam penelitian ini adalah dukungan berupa dorongan dan informasi dari petugas kesehatan untuk melakukan pengobatan dan pemilihan layanan pengobatan. Kuesioner petugas kesehatan diukur dengan menggunakan skala Guttman. Untuk jawaban yang “Ada” diberi nilai 1 dan “Tidak ada” diberi nilai 0. Jumlah pertanyaan ada 4 nomor. Penentuan kriteria objektif menggunakan rumus median:

$$= \frac{(\text{nilai tertinggi} \times \text{jumlah pertanyaan}) + (\text{nilai terendah} \times \text{jumlah pertanyaan})}{2}$$

$$= \frac{(1 \times 4) + (0 \times 4)}{2}$$

$$= \frac{4+0}{2}$$

$$= 2$$

Kriteria Objektif:

- Baik : Apabila total skor ≥ 2
- Kurang : Apabila total skor < 2

I. Hipotesis

Hipotesis adalah jawaban sementara terhadap permasalahan penelitian yang masih akan diuji kebenarannya. Dalam penelitian ini yang akan diajukan adalah sebagai berikut:

1. Hipotesis Null (Ho)

- a. Tidak ada pengaruh pengetahuan terhadap perilaku pola pencarian pengobatan modern pada etnis Dayak di Kota Samarinda.
- b. Tidak ada pengaruh sikap terhadap perilaku dengan perilaku pola pencarian pengobatan modern pada etnis Dayak di Kota Samarinda.
- c. Tidak ada pengaruh budaya terhadap perilaku pola pencarian pengobatan modern pada etnis Dayak di Kota Samarinda.
- d. Tidak ada pengaruh aksesibilitas terhadap perilaku pola pencarian pengobatan modern pada etnis Dayak di Kota Samarinda.
- e. Tidak ada pengaruh dukungan keluarga terhadap perilaku pola pencarian pengobatan modern pada etnis Dayak di Kota Samarinda.
- f. Tidak ada pengaruh dukungan tokoh masyarakat terhadap perilaku pola pencarian pengobatan modern pada etnis Dayak di Kota Samarinda.

- g. Tidak ada pengaruh dukungan petugas kesehatan terhadap perilaku pola pencarian pengobatan modern pada etnis Dayak di Kota Samarinda.

2. Hipotesis Alternatif (Ha)

- a. Ada pengaruh pengetahuan terhadap perilaku pola pencarian pengobatan modern pada etnis Dayak di Kota Samarinda.
- b. Ada pengaruh sikap terhadap perilaku dengan perilaku pola pencarian pengobatan modern pada etnis Dayak di Kota Samarinda.
- c. Ada pengaruh budaya terhadap perilaku pola pencarian pengobatan modern pada etnis Dayak di Kota Samarinda.
- d. Ada pengaruh aksesibilitas terhadap perilaku pola pencarian pengobatan modern pada etnis Dayak di Kota Samarinda.
- e. Ada pengaruh dukungan keluarga terhadap perilaku pola pencarian pengobatan modern pada etnis Dayak di Kota Samarinda.
- f. Ada pengaruh dukungan tokoh masyarakat terhadap perilaku pola pencarian pengobatan modern pada etnis Dayak di Kota Samarinda.
- g. Ada pengaruh dukungan petugas kesehatan terhadap perilaku pola pencarian pengobatan modern pada etnis Dayak di Kota Samarinda.