

**BUDAYA MASYARAKAT KAILI TENTANG KONSEP
KEHAMILAN DAN PERTOLONGAN PERSALINAN
DI KECAMATAN SIRENJA KABUPATEN DONGGALA
PROPINSI SULAWESI TENGAH
TAHUN 2008**

*(KAILI COMMUNITY'S CULTURE ON THE CONCEPT OF PREGNANCY
AND CHILDBIRTH AID IN SIRENJA DISTRICT OF DONGGALA
REGENCY, CENTRAL SULAWESI PROVINCE YEAR 2008*

LENNY

P 1805206513



**KONSENTRASI PROMOSI KESEHATAN
PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2008**

**BUDAYA MASYARAKAT KAILI TENTANG KONSEP
KEHAMILAN DAN PERTOLONGAN PERSALINAN
DI KECAMATAN SIRENJA KABUPATEN DONGGALA
PROPINSI SULAWESI TENGAH
TAHUN 2008**

Tesis

Sebagai Salah satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi

Kesehatan Masyarakat

Konsentrasi Promosi Kesehatan

Disusun dan Diajukan Oleh

LENNY DUYOH

Kepada

**PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2008**

TESIS

BUDAYA MASYARAKAT KAILI TENTANG KONSEP KEHAMILAN DAN PERTOLONGAN PERSALINAN DI KECAMATAN SIRENJA KABUPATEN DONGGALA PROPINSI SULAWESI TENGAH TAHUN 2008

Disusun dan Diajukan Oleh

**LENNY DUYOH
P 1805206513**

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
Pada tanggal Mei 2008
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui
Komisi Penasehat

**Dr. dr. Muh. Syafar, MS
Ketua**

**dr. Hasanuddin Ishak, M.Sc. PHD
Anggota**

Mengetahui

**Ketua Program Studi
Kesehatan Masyarakat PPS
Unhas**

**Direktur program pasca
sarjana Universitas
Hasanuddin**

Dr. drg. A. Zulkifli Abdullah, MS Prof.Dr.dr. A. Razak Thaha. M.Sc

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Lenny

Nomor Stambuk : P. 1805206513

Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar 18 Juni
2008
Yang menyatakan

Lenny

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas Anugerah dan Kasihnya kepada kita semua, terutama penulis atas selesainya penulisan tesis ini. Penyusunan tesis ini disadari oleh penulis masih terdapat banyak kekurangan dan kelemahan dalam penyajiannya, sehingga pada kesempatan ini penulis dengan segala kerendahan hati menerima segala bentuk saran dan kritik yang sifatnya membangun dalam rangka penyempurnaan tesis ini..

Selama proses penyusunan tesis ini banyak hambatan yang penulis hadapi, namun atas bantuan dan bimbingan dari semua pihak, hal tersebut dapat teratasi, untuk itu penulis dengan segala hormat mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Prof. Dr. dr. Abdul Razak Thaha, M.Sc. selaku selaku direktur Pascasarjana Universitas Hasanudin, Makassar.
2. Bapak Dr. drg. Zulkifli Abdullah, M.Sc. sebagai ketua program study Kesehatan Masyarakat.
3. Bapak Dr. dr. Muh. Syafar, MS. selaku pembimbing I, dan Bapak dr.Hasanuddin Ishak, M.Sc.Ph.D., selaku pembimbing II.
4. Bapak Prof. Dr.dr. H.M. Rusli Ngatimin, MPH, selaku anggota penguji.
5. Bapak Dr. Ridwan M. Thaha, M.Sc selaku anggota penguji
6. Bapak Dr.dr. Arifin Seweng, MPH. selaku anggota penguji

7. Ibu Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Donggala , Ibu drg. Anita B. Nurdin yang telah banyak memberikan dukungan moral maupun material.
8. Direktur Akper Kabupaten Donggala Ibu Dra. Hasaty Bonolele. M.Kes yang telah banyak memberikan dukungan moral maupun material
9. Bapak Kepala Kecamatan Sirenja, Ibu Kepala Puskesmas, Sekretaris adat Kaili Propinsi Sulawesi Tengah, Tokoh adat, Para bidan, Tokoh Masyarakat, Dukun Bayi serta para ibu Hamil dan Ibu Melahirkan yang ada diwilayah Kecamatan Sirenja sebagai Informan.
10. Orang Tua, Suami dan anak tercinta serta seluruh keluarga yang telah memberikan dukungan moral dan materil serta doa yang tak henti-hentinya untuk menjadi bekal bagi penulis mencapai sukses.
11. Rekan-rekan senasib dan sepenanggungan yang selama ini selalu membantu dan mensupport penulis.

Tak lupa pula penulis memohon maaf yang sebesar-besarnya kepada semua pihak bila terdapat kesalahan dan kelalaian yang tidak berkenan di hati baik di sengaja maupun tidak.

Akhirnya semoga tesis ini dapat memberikan manfaat bagi pembangunan kesehatan, khususnya dalam meningkatkan promosi kesehatan. Semoga amal dan budi baik semua pihak mendapat imbalan yang berlimpah dari Tuhan Yang Maha Esa. Amin.

Makassar, Mei 2008

ABSTRAK

LENNY DUYOH, *Budaya Masyarakat Kaili Tentang Konsep Kehamilan Dan Pertolongan Persalinan di Kecamatan Sirenja Kabupaten Donggala Propinsi Sulawesi Tengah Tahun 2008* (dibimbing oleh Muh. Safar dan Hassanudin Ishak).

Tingginya Angka Kematian Ibu dan bayi masih merupakan masalah, hal ini erat kaitannya dengan penolong persalinan yaitu masih tingginya cakupan dukun dalam perawatan kehamilan dan persalinan khususnya dikecamatan Sirenja. Penelitian ini bertujuan untuk mencari informasi secara mendalam tentang pengetahuan, sikap, otonomi pribadi, niat dan perilaku masyarakat tentang konsep kehamilan dan persalinan

Penelitian kualitatif ini menggunakan pendekatan eksploratif dengan metode pengumpulan data wawancara mendalam, diskusi kelompok dan observasi.

Masih rendahnya pengetahuan masyarakat Kaili tentang kehamilan dan persalinan beresiko disebabkan kurangnya informasi dari petugas kesehatan, sikap dan masyarakat Kaili dalam menentukan dan mempercayakan perawatan kehamilan dan persalinan masih dipengaruhi oleh kepercayaan atau adat istiadat yang kuat dan turun-temurun, otonomii pribadi terhadap pengambilan keputusan dalam penentuan perawatan kehamilan dan persalinan berada pada orang tua dan suami. dan perilaku pemilihan perawatan dan persalianan masyarakat Kaili dilakukan dengan pelaksanaan upacara-upacara adat-adat Kaili "Nolama dan Novero oleh seorang Sando atau Dukun.

Untuk mengatasi hal ini perlu dikembangkan peran tenaga kesehatan yang ada didesa dalam pemberian informasi, perlu model pendekatan kesehatan budaya dengan model pendekatan modern dalam pelayanan ANC, persalianan dan nifas melalui program kemitraan bidan dan dukun, perlu dikembangkan advokasi kepada camat dan penggerak PKK untuk mendapatkan dukungan, kebijakan tentang program promosi kesehatan dalam program KIA/ KB termasuk perawatan kehamilan dan pertolongan persalinan.

Kata kunci: *Budaya Kaili– Kehamilan dan Pertolongan Persalianan*

ABSTRACT

LENNY DUYOH. *Kaili Community's Culture on the Concept of Pregnancy and Childbirth Aid in Sirenja District of Donggala Regency, Central Sulawesi Province Year 2008* (supervised by Muh. Syafar and Hassanuddin Ishak)

This research aims to find deep information on knowledge, attitude, private autonomy, intention, and community's behavior on the concept of pregnancy and childbirth.

This research used explorative approach. The data were obtained through in-depth interview, group discussion, and observation. They were then analyzed qualitatively.

The results show that Kaili community's knowledge on pregnancy and childbirth is risky. This is because there is not enough information from health officials; Kaili community's attitude in determining the treatment of pregnancy and childbirth is still influenced by strong belief and custom descended from generation to generation; the private autonomy on the decision making of determining pregnancy and childbirth treatments depends on the parents and husband; and the choice of behavior of treatment and childbirth of Kaili community is done through their custom ceremonies called "Nolama" and "Novero" by a "Sando" or shaman. To cope with this problem, it is necessary to develop the role of health officials who work in the village to provide information; to change the approach model of cultural health with modern approach model in ANC, childbirth, and parturition services through partnership program between midwives and shamans; and to develop advocacy to district head and PKK activator to get support and policy on health promotion program in KIA/KB (Family Planning) program including the treatment of pregnancy and childbirth aid.

Key words : Kaili Culture, Pregnancy and Childbirth Aid

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL DEPAN	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PENGAJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS	v
PRAKATA.....	vi
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
DAFTAR INDEKS KAILI.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan	8
C. Tujuan Penelitian	8
D. Manfaat Penelitian	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Umum Sosial Budaya	11
B. Konsep Budaya Kaili	18
C. Konsep Umum Kehamilan	27

D. Konsep Umum Persalinan	30
---------------------------------	----

DAFTAR GAMBAR

- Gambar 1 : Hubungan Status Kesehatan, Perilaku, Pendidikan Kesehatan
- Gambar 2 : Kerangka Konsep Penelitian

DAFTAR LAMPIRAN

No. Lampiran

1. Pedoman Focus Group Discussion I
2. Pedoman Wawancara Mendalam II
3. Permohonan Menjadi responden III
4. Lembar Persetujuan Responden IV
5. Matriks Penelitian Kualitatif Budaya Masyarakat Kaili
Tentang Konsep kehamilan dan pertolongan Persalinan V
6. Matriks Penelitian VI
7. Permohonan Izin Penelitian Dari Program Pascasarjana UNHAS
8. Izin Penelitian dari Balitbangda palu
- 9 Surat Keterangan Camat Sirenja
10. Surat keterangan dari Kepala Puskesmas Tompe
11. Surat keterangan dari Balitbangda Palu
12. Foto
13. Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN

Lambang/Singkatan	Arti dan Keterangan
Depkes	Departemen Kesehatan
WHO	World Health Organization
AKI	Angka kematian Ibu
AKB	Angka Kematian Bayi
KEP	Kurang Energi Protein
MPS	Marking Pregnancy Safe
PKM	Puskesmas
ANC	Ante Natal Care
APN	Asuhan Persalinan Normal
P2M	Pemberantasan Penyakit Manular
LSM	Lembaga Swadaya Masyarakat
POD	Pos Obat Desa
NGO	Non Government Organization
IDI	Ikatan Dokter Indonesia
PDGI	Persatuan Dokter Gigi Indonesia
PPNI	Persatuan Perawat Nasional Indonesia
SOR	Stimulus Organization Respon
FGD	Focus Group Discussion
WD	Wawancara Mendalam

DAFTAR INDEKS

Bahasa Kaili adalah bahasa daerah yang tersebar di daerah Kota Palu dan Kabupaten Donggola di Sulawesi Tengah dan disamakan oleh kira-kira km 330.000 Jiwa . Cirihas Bahasa ini adalah dialek mempunyai beberapa variasinya. Dialek tersebut antara lain: Dialek Ledo, Rai, Ija, Unde, Da'a, Tara, Doi, Edo, dan lain-lain.

Di daerah penelitian ini, bahasa yang lazim digunakan oleh masyarakatnya adalah bahasa Rai. Berikut ini adalah daftar Indeks (Bahasa Kaili –Rai)

Sando	=	Dukun Banyi
Hihikoi	=	Kotoran burung
Noloma Tai	=	Upacara selamatn Kandungan pada masa hamil pertama
Novero	=	Upacara mengusir roh halus
Nompudu Valaa Mpuse	=	Upacara memotong tali pusat
Nantarauka Ngana	=	Upacara Turun Tanah
Melongkung	=	Upacara Turun Buaian
Mbalasa	=	Pongko/Pontianak
Pompodara	=	Bayi tidak bisa lahir
Pamuda	=	Dimandikan saat melahirkan
Pogoli	=	Letak bayi dalam kandungan tidak normal
Nunu/No Tobula	=	Pakaian putik terbuat dari kulit kayu

Napatanaha = Perawatan Ibu sesudah melahirkan
dengan jalan mandi uap

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan adalah tanggung jawab individu, masyarakat, pemerintah maupun swasta. Apapun peran yang dimainkan oleh Pemerintah tanpa kesadaran individu dan masyarakat secara mandiri untuk menjaga kesehatan mereka, maka hasil yang dicapai sangat jauh dari yang diharapkan. Perilaku yang sehat dan kemampuan masyarakat untuk memilih dan mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu menentukan keberhasilan pembangunan kesehatan.

Salah satu indikator keberhasilan pembangunan kesehatan adalah menurunnya angka kematian ibu. Kematian ibu atau kematian maternal ini merupakan manifestasi dari berbagai faktor yang berkaitan dengan tingkat kesejahteraan ibu.

Kematian ibu atau kematian maternal adalah matinya ibu yang sedang hamil atau melahirkan atau dalam 42 hari setelah melahirkan dan bukan karena bencana atau kecelakaan (Depkes, 2004).

Menurut WHO di seluruh dunia diperkirakan lebih dari 500.000 kematian maternal tiap tahunnya akibat dari proses reproduksi (Depkes, 2001)

Kematian ibu karena kehamilan dan persalinan sangat erat kaitannya dengan penolong persalinan. Proporsi persalinan yang ditolong

oleh tenaga kesehatan adalah 39% di Afrika, 56% di Asia, 81% di Amerika Latin dan Karibia, dan 99% di Negara-negara maju. Semakin tinggi cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, maka semakin rendah AKI (Depkes, 2001).

Di Indonesia, berbagai penelitian melaporkan bahwa dukun bayi, terutama didaerah pedesaan, masih memegang peranan penting dalam pertolongan persalinan. Hampir separuh dari keseluruhan persalinan di daerah pedesaan masih dilakukan oleh dukun bayi yaitu 54,9% .

Masih banyaknya masyarakat yang meminta pertolongan dukun bayi disebabkan oleh kuatnya faktor budaya, kebiasaan dan kepercayaan yang ada, khususnya di pedesaan. Sebagian besar ibu, terutama di daerah pedesaan, lebih senang memanfaatkan pelayanan dukun bayi karena sesuai dengan sistem budaya yang ada di daerah yang bersangkutan. Dukun bayi umumnya berasal dari daerah sekitarnya dan telah sangat dikenal oleh masyarakat setempat. Mereka telah menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari sistem organisasi sosial dan sistem keagamaan yang berlaku. Selain itu juga karena masih kurangnya jumlah tenaga penolong persalinan dan tenaga yang membantu bidan dan tenaga terlatih lainnya serta kurangnya fasilitas untuk tempat persalinan, sehingga mereka tidak dapat menangani dan memenuhi kebutuhan masyarakat (Sonya Yulianti, 2005).

Hasil Riset Operasional Kemitraan Bidan dan Dukun oleh R. Thaha, (2007), mengemukakan gambaran tentang eksistensi dukun yang tidak

mungkin diambil alih oleh bidan. Kepercayaan kesehatan (Health Belief) yang masih menguat dalam masyarakat untuk melegitimasi kehadiran dukun sebagai “institusi pengendali” yaitu pemahaman tentang kehamilan normal disuku Kaili “ditandai” ketika tidak ada keluhan sakit pada ibu hamil, tidak ada bercak darah selama masa kehamilan.

Bila pada periode triwulan satu sampai pertengahan triwulan dua, seorang ibu hamil kekurangan gizi karena tidak dapat makan dengan baik, hal tersebut di anggap wajar karena memasuki masa “orientasi kehamilan” yang harus terjadi pada seorang ibu. Situasi KEP dalam periode ini bila berlanjut setelah periode usia kehamilan diatas enam bulan barulah dianggap sebagai masalah gizi. Bila seorang ibu hamil yang memberikan ciri-ciri wajah pucat karena kekurangan gizi tidak disertai keluhan “tidak enak badan” maka situasi kehamilan masih dianggap normal.

Untuk menghilangkan “kondisi wajah pucat” dan “tidak enak badan” keluarga berkewajiban melaksanakan upacara “nolama” yaitu upacara keselamatan untuk “kesehatan anak dalam kandungan” yang menjadi penyebab kondisi ibu tidak sehat. Kondisi ibu hamil sendiri “tidak mendapat tindakan spesifik karena diyakini bila bayi sehat ibupun akan sehat. Bila kondisi ibu masih tetap “tidak enak badan” dan “wajah tetap pucat”, maka seorang dukun berkewajiban melakukan upaya penanggulangan dalam bentuk upacara “Novero”, sebuah upacara sebagai upaya “mengusir” mahluk halus dalam tubuh “anak” dalam

kandungan ibu. Kondisi ibu tidak mendapatkan intervensi khusus dalam dua upacara ini.

Pada persalinan normal tanda-tanda umum yang dipahami dukun dan masyarakat adalah jarak waktu antara keluar cairan (ketuban pecah) dengan keluarnya bayi, sehingga bila ketuban pecah sampai waktu lebih 1 jam belum juga melahirkan maka persalinan ini beresiko. Bagi dukun dan masyarakat menganggap sebagai hal yang “biasa” dan cara mengatasinya cukup dengan tindakan dukun mengurut perut untuk mendorong keluar, yang secara medis justru mengandung resiko tinggi.

Bila letak bayi sungsang, dukun menarik kaki bayi (dikait kedua kaki bayi dengan jari) kemudian ditarik pelan-pelan hingga bayinya keluar. Bila letak kelahiran dengan posisi pantat duluan, dukun menggoyang-goyang pantat bayi hingga kepalanya kelihatan, setelah terlihat kepala, bayi ditarik keluar dengan menariknya dari kedua sisi telinga bayi. Artinya persalianan beresiko bagi masyarakat dan dukun sangat tergantung pada ketrampilan dan keberanian seorang dukun.

Bila seluruh alternatif telah dilakukan oleh dukun dan keluarga tidak menghasilkan persalinan, barulah bidan dan petugas kesehatan dihubungi atau ibu hamil dibawa ketempat pelayanan kesehatan. Pada situasi seperti ini masyarakat dan dukun mengakui seringkali berakhir dengan resiko berat bahkan kematian. Bila sebelum ditangani bidan atau petugas kesehatan lain dan terjadi kematian, maka dianggap sebagai “takdir” tetapi seringkali bila ditangani bidan dan petugas terjadi kematian,

maka dianggap bidan atau petugaslah penyebab kematian. Persepsi ini juga masih menguat dalam masyarakat tentang pelayanan kesehatan modern dan kesalahan-kesalahan yang dibuatnya.

Penyebab kematian ibu yang utama adalah komplikasi obstetri langsung 94% yang terdiri atas pendarahan 46,7%, toksemia 14,5%, infeksi 8% dan lain-lain. Komplikasi obstetri ini tidak selalu dapat diramalkan sebelumnya dan mungkin saja terjadi pada ibu hamil yang telah diidentifikasi normal.

Dalam menghadapi kemungkinan tersebut maka departemen kesehatan mendekati pelayanan obstetri dan neonatal (kebidanan dan bayi baru lahir) kepada setiap ibu hamil yang dikenal dengan pendekatan "Marking Pregnancy Safe" (MPS) yang mempunyai 3 (tiga) pesan kunci yaitu:

- 1). Semua persalinan harus ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih.
- 2). Semua komplikasi obstetri mendapatkan pelayanan rujukan yang adekuat.
- 3). Semua perempuan dalam usia reproduksi mendapatkan akses pencegahan dan penatalaksanaan kehamilan yang tidak diinginkan dan aborsi yang tidak aman.

Berbagai upaya yang dilakukan melalui kegiatan dalam program Safe Motherhood yang dilaksanakan di Indonesia sejak tahun 1988, telah berhasil menurunkan AKI dari 450 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1985, menjadi 334 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1997

dan 307 per 100.000 kelahiran hidup (SDKI 2002 / 2003). Walaupun menunjukkan penurunan yang bermakna, namun dinilai sangat lambat untuk mencapai target nasional (Komitmen Global) yang menetapkan penurunan AKI menjadi menjadi 75% dari kondisi tahun 1990 atau 125 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2010.

Begitu juga angka kematian bayi di Indonesia juga relatif tinggi meskipun telah mengalami penurunan dratis dari tahun 1995, 55 per 1000 kelahiran hidup dan terus turun hingga 45 per 1000 kelahiran hidup tahun 1999 (Depkes RI, 2000).

Berdasarkan profil kesehatan Propinsi Sulawesi Tengah tahun 2006 AKB dari kabupaten/kota adalah sebesar 11 per 1000 kelahiran sedangkan AKI sebesar 311 per 100.000 kelahiran hidup.

Pada profil kabupaten Donggala terdapat 375 persalinan, 105 (26,9%) orang diantaranya ditolong oleh tenaga kesehatan sedangkan sisanya oleh tenaga Non medis (Dinkes Kabupaten Donggala 2006).

Berdasarkan laporan Puskesmas Tompe bulan Januari sampai Juni 2007 persalinan di wilayah kerja Puskesmas Tompe Kecamatan Sirenja ada 40 orang, dari jumlah tersebut 20 orang ditolong oleh tenaga kesehatan dan 20 orang oleh dukun (Profil PKM Tompe 2007).

Tingginya cakupan dukun terlatih dalam perawatan dan pertolongan persalinan tersebut merupakan cerminan adanya pengaruh dari faktor sosial budaya yang berlaku dalam masyarakat terutama sekali terjadi di daerah-daerah pedesaan dan daerah terpencil.

Kondisi sosial budaya yang berkenaan dengan kehamilan seperti : pengetahuan, pantangan dan perilaku tabu serta kebiasaan-kebiasaan hidup tertentu yang justru merugikan kesehatan ibu hamil merupakan salah satu indikator yang berperan bagi tingginya angka kematian maternal di Indonesia.

Perkembangan pengetahuan tentang kesehatan ini disebut sebagai konsep kesehatan modern, yang dikenal juga konsep kesehatan barat. Demikian pengaruh faktor sosial budaya terhadap tingginya kematian maternal, sehingga penting adanya sosialisai dan diseminasi konsep kesehatan modern kepada masyarakat khususnya pada ibu hamil. Konsep kesehatan dimaksud diantaranya hygiene kehamilan atau kebiasaan hidup sehat ibu hamil yang diartikan sebagai kebersihan dan kesehatan ibu hamil, dan hal pokok yang harus diperhatikan adalah perilaku perawatan kehamilan, perilaku gizi dan perilaku kesehatan personal.

Gambaran yang ada tersebut menunjukkan bahwa kesadaran masyarakat diwilayah kerja puskesmas Tompe untuk memilih tenaga kesehatan sebagai tenaga penolong persalinan masih perlu ditingkatkan. Atas dasar fenomena dan pemikiran diatas peneliti tertarik mengkaji faktor-faktor budaya masyarakat Kaili terhadap konsep kehamilan dan pertolongan persalinan di desa Tompe Kecamatan Sirenja Kabupaten Donggala tahun 2007. Dengan melalui penelitian, dapat dirumuskan

strategi tertentu untuk mempromosikan konsep atau model kesehatan budaya dalam perawatan kehamilan dan pertolongan persalinan.

B. Rumusan Masalah Penelitian

Berdasarkan latar belakang diatas, maka masalah yang akan dikaji dalam penelitian ini adalah:

1. Gambaran tentang pengetahuan masyarakat suku Kaili terhadap konsep perawatan kehamilan dan pemilihan pertolongan persalinan.
2. Gambaran tentang sikap masyarakat suku Kaili terhadap konsep perawatan kehamilan dan pemilihan pertolongan persalinan.
3. Gambaran tentang otonomi pribadi masyarakat suku Kaili terhadap konsep perawatan kehamilan dan pemilihan pertolongan persalinan.
4. Gambaran tentang niat masyarakat suku Kaili terhadap konsep perawatan kehamilan dan pemilihan pertolongan persalinan.
5. Gambaran tentang prilaku masyarakat suku Kaili terhadap konsep perawatan kehamilan dan pemilihan pertolongan persalinan.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk dapat memahami dan mendeskripsikan konsep perawatan kehamilan dan pemilihan pertolongan persalinan pada masyarakat Kaili di Desa Tompe Kecamatan Sirenja Kabupaten Donggala.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mencari informasi secara mendalam pengetahuan masyarakat kaili tentang konsep perawatan kehamilan dan pertolongan persalinan.
- b. Untuk mencari informasi secara mendalam sikap masyarakat Kaili tentang perawatan kehamilan dan pemilihan pertolongan persalinan.
- c. Untuk mencari informasi secara mendalam otonomi pribadi masyarakat Kaili tentang perawatan kehamilan dan pemilihan pertolongan persalinan .
- d. Untuk mencari informasi secara mendalam niat masyarakat Kaili tentang perawatan kehamilan dan pemilihan pertolongan persalinan.
- e. Untuk mencari informasi secara mendalam perilaku masyarakat Kaili tentang perawatan kehamilan dan pemilihan pertolongan persalinan.

D. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan:

1. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi salah satu informasi penting dalam merancang intervensi promosi kesehatan yang menggabungkan dan mempergunakan model pendekatan kesehatan budaya dalam pelayanan ANC, persalinan dan nifas bagi ibu.

2. Manfaat bagi Pengembangan Ilmu Pengetahuan

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi salah satu informasi bagi para peneliti lainnya serta sumbangan bagi pengembangan ilmu pengetahuan khususnya bidang ilmu promosi kesehatan dimasa yang akan datang.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Umum Sosial Budaya

Setiap bangsa atau suku bangsa memiliki kebudayaan yang masing-masing mempunyai ciri tersendiri. Dengan adanya kebudayaan, dapat mempengaruhi pandangan masyarakat tentang bagaimana bertindak dan menilai apakah sesuatu hal yang baru bagi masyarakat tersebut diterima atau tidak (Abdul Sani,1992).

Kebudayaan diartikan sebagai kompleksitas symbol dan barang-barang buatan manusia (*artifacts*), yang diciptakan oleh masyarakat dan diwariskan dari generasi yang lain sebagai faktor penentu atau determinants dan pengatur atau regulator perilaku anggotanya. Sedang simbol dapat bersifat tidak kasat mata seperti kepercayaan, nilai, bahasa, dan ide atau sesuatu yang kasat mata seperti peralatan, produk, hasil seni dan lain sebagainya (Lamarito, 1995).

Pengertian kebudayaan meliputi bidang yang luas, E.B. Taylor (1871) memberikan definisi mengenai kebudayaan yang dikutip oleh Soekanto.S (1981) sebagai berikut: bahwa kebudayaan adalah keseluruhan yang kompleks yang didalamnya terkandung ilmu pengetahuan, kepercayaan, moral, adat istiadat dan kemampuan-kemampuan lain serta kebiasaan-kebiasaan yang didapat oleh manusia sebagai anggota masyarakat.

Pengertian diatas mengandung arti bahwa kebudayaan tercipta karena keberadaan manusia. Manusia lah yang menciptakan kebudayaan dan manusia pula yang menjadi pemakainya, sehingga kebudayaan akan selalu ada sepanjang keberadaan manusia. Kebudayaan dan manusia tidak dapat dipisahkan satu dengan yang lainnya. Didalam kebudayaan terdapat suatu sistem nilai sosial budaya yang merupakan suatu rangkaian dari konsep-konsep yang abstrak yang terdapat dalam alam pikiran sebahagian masyarakat mengenai apa yang dianggap penting dalam kehidupannya sehingga dapat berfungsi sebagai suatu pedoman yang memberi arah dan orientasi kepada kehidupan para warga masyarakatnya.

Kebudayaan mengimplikasikan cara hidup yang dipelajari dan diwariskan, pranata sosial budaya manusia, meliputi keluarga, sekolah, tempat ibadah dan bahasa (Rogers, 1983; Lamarto, 1995). Disisi lain masyarakat sebagai sasaran dari sudut sosiologis merupakan suatu system sosial yang terdiri dari komponen keluarga, ekonomi, pemerintahan, agama dan kepercayaan, nilai, norma, pendidikan, dan status sosial (Soekanto, 1997 dan Slamet, 1985). Didalam situasi yang nyata komponen-komponen masyarakat tersebut tidak berdiri sendiri. Satu sama lain akan berinteraksi, interelasi, bahkan interdependensi.

Pokok persoalan yang menjadi perhatian dalam kajian nilai-nilai sosial budaya adalah struktur sosial dan pranata sosial. Sedangkan norma dan nilai-nilai umum (*common values*) diartikan sebagai pranata, dan

jaringan hubungan sosial dimana interaksi sosial berproses dan menjadi terorganisir yang dapat membedakan posisi sosial dari individu disebut sebagai struktur sosial (Ritzer, 1992).

Pandangan masyarakat secara sosiologis terhadap kebutuhan kesehatan telah tampak dalam sistem kebudayaan masyarakat, dengan urutan kebutuhan sebagai berikut:

1. Sistem religi dan upacara keagamaan
2. Sistem dan organisasi kemasyarakatan (kesehatan berada pada sistem tersebut).
3. Sistem pengetahuan.
4. Bahasa.
5. Kesenian.
6. Sistem mata pencaharian (ekonomi)
7. Sistem teknologi dan peralatan (Koentjaraningrat, 1994).

Sosialkultural merupakan kolektivitas sosial dalam suatu sistem yang menunjukkan arah untuk berperilaku bagi anggotanya (Sanderson, 1993).

Semua masyarakat akan mengembangkan sistem nilai sosial budayanya sebagai suatu cara hidup bagi seluruh anggota masyarakat yang mendukungnya. Didalamnya menyangkut tujuan hidup, nilai dan norma sosial budaya yang dianut, juga semua aspek kebiasaan kehidupan sehari-hari, pengetahuan tentang kehidupan keseharian, hubungan antara anggota keluarga dan lain-lain.

1. Nilai-Nilai Sosial Budaya Sehubungan dengan Kesehatan

Nilai-nilai sosial budaya memiliki arti penting bagi manusia dan masyarakat penganutnya. Didalamnya tercakup segala sesuatu yang mengatur hidup mereka termasuk tata cara mencari pengobatan bila sakit. Kekurangan ilmu pengetahuan khususnya ilmu kesehatan disertai pengalaman hidup sehari-hari yang diturunkan dari satu generasi ke generasi berikutnya membuat mereka mencari pemecahan timbulnya penyakit, penyebaran dan cara pengobatan menuju ke arah percaya akan ada pengaruh roh halus dan tahyul.

Kepercayaan tradisional sebagai cerminan dari nilai-nilai sosial budaya amat berpengaruh terhadap masyarakat terutama dikalangan masyarakat pedesaan. Sistem kepercayaan tradisional pada hakekatnya disadari oleh kepercayaan penduduk desa akan adanya alam gaib (alam super natural yang dihuni oleh entitas dalam bentuk roh-roh halus (Yamin Sani, 1993).

Kondisi tersebut diatas merupakan bentuk dari respon sosial budaya dan jika hal tersebut diatas dikaitkan dengan suatu kondisi kehamilan seseorang, maka akan nampak jelas pengaruhnya dalam kehidupan keseharian ibu hamil tersebut.

Kebiasaan kehidupan sehari-hari yang lain sesuai dengan nilai-nilai sosial budaya dihubungkan dengan kehamilan adalah kebiasaan mengurangi porsi makan semata-mata karena takut anaknya lahir dalam ukuran besar sehingga mempersulit persalinan.

2. Konsep Kesehatan Tradisional

Manusia dalam menghadapi lingkungan senantiasa menggunakan berbagai model tingkah laku yang selektif (*Selected behavior*) sesuai dengan tantangan lingkungan yang dihadapi. Pola perilaku tersebut didasarkan kepada sistem kebudayaan yang diperoleh dan dikembangkan serta diwariskan secara turun-temurun.

Perilaku manusia dalam menghadapi masalah kesehatan merupakan suatu tingkah laku yang selektif, terencana dan terdapat dalam suatu sistem kesehatan yang merupakan bagian dari budaya masyarakat yang bersangkutan. Perilaku tersebut terpolakan dalam kehidupan nilai sosial budaya yang ditujukan untuk meningkatkan kesehatan, kendatipun mungkin bagi masyarakat diluar budaya masyarakat tersebut perilaku itu justru dianggap berlawanan dengan tujuan yang hendak dicapai.

Konsep kesehatan yang diwarnai oleh nilai-nilai sosial budaya ini banyak ditemukan di negara berkembang terutama di negara berkembang terutama dipedesaan dan disebut sebagai konsep kesehatan tradisional. (Yamin Sani, 1993).

Ciri terpenting dari konsep kesehatan tradisional ini adalah kaitannya dengan alam tahyul sehingga sifatnya sangat tradisional. Hal ini ditegaskan oleh Benyamin Lumenta (1989) yang menyatakan bahwa pengobatan modern tidak pernah mengaitkan cara pengobatan dengan hal yang tradisional atau tahyul. Sebaliknya para pengobatan

dengan hal tradisional sangat mudah jatuh dalam tahyul dan praktek magis.

Dalam konsep kesehatan tradisional dikaitkan dengan kondisi kehamilan seseorang, maka setiap gangguan yang biasa terjadi pada masa hamil diyakini akibat mahluk halus atau karma dari Tuhan atau kelalaian orang tersebut memberi sesaji. Pertimbangan tradisi ini mengakibatkan timbulnya kepercayaan bahwa perawatan kehamilan harus dilakukan oleh dukun baik dalam bentuk upacara maupun nasihat berupa pantangan-pantangan atau perilaku tabu dan kebiasaan hidup lainnya.

2. Konsep Kesehatan Modern

Peradaban modern telah membawa manusia ke zaman kemajuan teknologi serta membawa banyak perubahan pada kebudayaan. Demikian pula dengan masalah kesehatan dan kedokteran modern merupakan perubahan terpenting di banyak Negara berkembang sehingga mengakibatkan adanya satu konsep kesehatan yang modern.

Secara umum sebenarnya akan nampak perbedaan yang jelas dari konsep kesehatan tradisional dan konsep kesehatan modern. Hal ini ditegaskan oleh Dwi Purnomowati dan Jemmy (1990), yang menyatakan bahwa sistem kesehatan modern dapat dibagi kedalam sub sistem atau kedalam berbagai institusi seperti : pendidikan

kesehatan, rumah sakit, laboratorium, balai penelitian kesehatan dan lain-lain. Selain itu dalam konsep kesehatan modern sehubungan dengan timbulnya penyakit dikenal adanya interaksi antara bibit penyakit (*agent*), pejamu (*host*) dan lingkungan (*environment*). Konsep-konsep seperti ini tidak dikenal dalam konsep kesehatan tradisional.

Konsep kesehatan modern dalam penanganan bagi ibu-ibu hamil mengharuskan adanya cara hidup yang lebih khusus dengan tujuan untuk mendapatkan ibu dan anak yang sehat, dengan jalan: mencegah komplikasi-komplikasi pada waktu hamil, waktu bersalin maupun waktu nifas.

Kebiasaan hidup yang sehat ibu hamil dilakukan selama ibu dalam keadaan hamil, dan menurut konsep kesehatan modern ada beberapa hal pokok yang harus diperhatikan dalam upaya mencapai kebiasaan hidup sehat ibu hamil, antara lain kebersihan, makanan, istirahat dan tidur, pekerjaan, pergerakan dan pemeriksaan kehamilan.

B. Konsep Budaya Kaili

Suku bangsa Kaili merupakan salah satu suku bangsa dari 12 suku bangsa dari Sulawesi Tengah yang mendiami wilayah Daerah Tingkat II kabupaten Donggala, dan merupakan penduduk terbesar di wilayah ini. Suku bangsa Kaili ini banyak mendiami wilayah pantai baik dipantai barat

dan pantai Timur kabupaten Donggala disamping di wilayah pedalaman. Hubungan dengan dunia luar cukup baik terutama dengan daerah Sulawesi Selatan (Bugis dan Mandar serta Makasar) sudah berjalan sejak jaman kerajaan dahulu. Karena itu cukup banyak pengaruh Bugis di daerah ini.

Suku bangsa kaili sudah sejak lama dikenal dan telah memiliki pemerintahan kerajaan yang dipimpin oleh *madika atau magau*. Salah satu kerajaan yang besar sebelum jaman penjajahan Belanda ialah kerajaan Sigi yang pernah mengadakan hubungan dengan kerajaan Bone di Sulawesi Selatan. Kerajaan lainnya ialah kerajaan Sindue yang dalam lontara Bugis dekenal dengan kerajaan *Sindo*. Disamping itu berdiri pula kerajaan-kerajaan kecil yang tersebar pada berbagai komunitas kecil didaerah kabupaten Donggala yang dipimpin oleh raja *madika atau magau*.

Konon dahulu kala suku kaili mendiami daerah pegunungan kemudian berangsur-angsur turun kelembah dan dataran rendah. Sebagian masih tinggal dipegunungan yang sekarang dikenal dengan masyarakat terasing. Suku Kaili ini 100 % telah beragama Islam kecuali yang tergolong masyarakat terasing.

Sistem religi pada masyarakat Kaili cukup dominan dalam kehidupan masyarakat, dan ini dapat dilihat dalam berbagai upacara, seperti upacara daur hidup dan upacara adat bidang pertanian. Kepercayaan kepada kekuatan magis religius seperti adanya benda-

benda yang dijadikan simbol-simbol dalam upacara tradisional, pemujaan terhadap arwah para leluhur, makhluk halus, kekuatan gaib yang berada di bumi ini bagi suku bangsa Kaili disebut *Rate*.

Sebaliknya dalam kehidupan masyarakat ada orang tertentu yang mampu mengadakan komunikasi baik langsung maupun tidak langsung dengan arwah leluhur, makhluk halus dan kekuatan gaib lainnya. Orang ini cukup terpandang dalam masyarakat seperti para *sando* (dukun) dan para ketua adat yang dianggap mengetahui prosedur dan tata cara serta upacara yang harus dilakukan. Karena itu dalam setiap upacara termasuk upacara tradisional peranan para *sando* dan ketua adat (dewan hadat) cukup besar dan menentukan. Bahkan seakan-akan masih sebagian masyarakat berada ditangannya. Keahlian mengobati berbagai penyakit ini mengantarkan *sando* pada sastra sosial dan status budaya yang tinggi di kalangan masyarakat. Mereka sangat dihormati, dan sering dijadikan panutan bagi masyarakat lainnya. Dengan demikian hubungan emosional *Sando* dan masyarakatpun menjadi sangat dekat.

Tak jarang para *Sando* diminta menyelesaikan masalah keseharian masyarakat, mulai dari menengahi perselisihan dalam rumah tangga, memberi nasehat kepada para remaja, prosesi mendirikan rumah, melangsungkan perkawinan, mengelolah kebun dan lain-lain. Relasi dan ikatan sosial inilah yang tanpa sadar menjadikan *Sando* dan komunitasnya sebagai sebuah gerakan sosial berbasis budaya. *Sando* bukan sekedar ahli pengobatan tradisional, tetapi juga menjadi salah satu simbol identitas

dan ekspresi budaya masyarakat suku Kaili. Dari Alam pikiran suku bangsa Kaili, memandang kehidupan ini sebagai suatu kesatuan dengan alam makrokosmos, suatu alam pikir totalitet yang selalu menjaga keseimbangan makrokosmos dan mikrokosmos, dimana akan melahirkan suatu keharmonisan dalam hidup ini (Depdikbud, 1983/1984).

Upacara-upacara tradisional pada budaya/suku Kaili sehubungan dengan kehamilan, persalinan dan nifas adalah:

1. Adat dan upacara masa hamil

Upacara adat ini dilaksanakan pada saat seorang calon ibu mengandung tujuh bulan untuk bayi yang pertama. Yang berperan dalam upacara tersebut adalah seorang dukun bersalin (Sando). Pelaksanaan upacaranya berturut-turut sebagai berikut.

- a. Ibu hamil tersebut harus memakai pakaian putih terbuat dari kulit kayu (Nunu/Ivo Tobula).
- b. Ibu tersebut diantar keair/ke sungai oleh dukun untuk mandi/membersikan badan dan setelah selesai dimandikan harus memakai pakaian adat atau mbesa.
- c. Dukun memercikan air pada bagian kepala sambil membaca mantera-mantera, lalu diantar pulang kerumah.
- d. Dukun memberikan nasihat/bimbingan pada ibu tersebut untuk memelihara kandungannya sampai melahirkan.

- e. Dukun mengetuk-ngetuk kandungan si ibu seolah-olah mengetuk pintu sebagai suatu isyarat untuk membangunkan sang bayi yang berada dalam kandungan. Kemudian dukun bertindak sebagai guru memberikan pendidikan melalui sugesti kepada bayi tersebut dengan kata-kata yang bermakna tinggi utamanya menerangkan bahwa bayi tersebut adalah keturunan orang baik-baik dan ditunggu kedatangannya dengan gembira, serta menyampaikan doa untuk keselamatan bayi.
- f. Menurut kepercayaan bahwa bayi yang sudah berusia tujuh bulan dalam kandungan memerlukan nasihat-nasihat dan perlu diberitahukan turunan siapakah dia sebenarnya. jadi yang terpenting dalam upacara ini ialah mengandung unsur pendidikan bagi sang bayi sejak berada dalam kandungan.
- g. Setelah acara-acara tersebut selesai maka diadakan acara makan bersama dengan tamu-tamu yang diundang menghadiri upacara. Sedang bagi dukun telah disiapkan makanan khusus lengkap dengan lauk pauknya untuk diantar pulang.

Pada upacara tersebut keluarga raja selalu memotong kerbau. Ini berarti bahwa upacara tersebut adalah upacara yang besar dan meriah. Undangan yang hadir seluruh orang tua desa, sanak keluarga, ketua adat dan sebagainya. Sedangkan pada orang biasa upacara ini dilaksanakan sesuai dengan kemampuannya, biasanya cukup memotong ayam dengan undangan terbatas.

Upacara ini dimaksudkan agar : anak lahir dengan selamat, menjadi orang yang baik, murah rezeki, mengangkat martabat keluarga dan sebagainya.

2. Adat dan upacara kelahiran

- a. Menyongsong kelahiran, dukun telah mempersiapkan bahan-bahan dari dedaunan untuk menegah mahluk-mahluk halus, seperti daun *kariango* dan buah *kaluimpo* lalu digantungkan diempat sudut rumah, atau dijendela dan dikolong rumah.
- b. Begitu anak lahir, oleh dukun, tali pusat/tali tembuni (*placenta*) dipotong dengan sembilu diatas kuku atau diatas buah pinang. Tali pusat tersebut diikat dengan kulit kayu libau, Tembuni (*placenta*) disimpan dalam belanga tanah dicampur dengan abu dapur untuk ditanam atau digantung pada pohon yang tinggi, yang diantar dengan tenang dan hikmat; maksudnya agar anak tersebut dapat hidup dengan tenang. Anak yang baru lahir dimandikan dengan air hangat kuku dicampur dengan daun-daun tertentu sebagai obat.
- c. Bayi yang baru lahir dibungkus dengan kain dari kulit kayu/kain nunu yang telah dipersiapkan sebelumnya. seluruh tubuh bayi dibungkus kecuali bagian muka.
- d. Bila ibu itu sukar melahirkan, maka oleh dukun ditempuh berbagai cara antara lain : memerintahkan semua bagian rumah dan semua alat-alat yang memakai tutup dibuja, umpamanya peti kayu yang terkunci. Kunci peti tersebut diremdam didalam air, lalu disiramkan

pada kepala dan bagian perut ibu, atau mencari kotoran burung (*hihiko*) dan digosokan pada bagian perut ibu.

- e. Perawatan ibu sesudah melahirkan adalah dengan jalan mandi uap (*napatanaha*) yaitu dengan memanaskan badan dengan jalan membakar batu yang dicelupkan kedalam air dingin, sedangkan ibu itu sendiri berdiri diatas tempat air yang berisi batu panas dalam posisi mengangkang dengan sarung panjang dan menutup kain pada bagian kepala sampai menutup seluruh tempat air tersebut. Dengan demikian ibu tersebut akan berkeringat. mandi uap semacam ini dilakukan tujuh hari berturut-turut agar kondisi ibu dapat pulih kembali.

Makanan ibu yang baru melahirkan selama tujuh hari hanya boleh makan bubur dan dilarang makan garam, lombok, serta dilarang keluar rumah.

- f. Sesudah bayi berumur tujuh hari diadakan upacara menginjak tanah. upacara tersebut berlangsung sebagai berikut:
- Di halaman rumah telah disiapkan; parang, tombak, dan pakaian-pakaian kepahlawanan (bila anak itu laki-laki), dan pakaian-pakaian wanita (bila anak itu perempuan)
 - Bayi tersebut dibawah turun oleh seorang tua laki-laki yang berpakaian pahlawan (bila bayi laki-laki) dan seorang ibu (bila bayi perempuan) dikawal oleh keluarga-keluarga yang diundang.

- Bayi tersebut diinjakan kakinya keatas dua biji batu oleh orang tua laki-laki tersebut. Dan pada saat menginjak kaki pada batu yang pertama harus diiringi mantera-mantra yang isinya penuh harapan agar anak tersebut murah rezeki, panjang umur, berani dan keras kemauannya serta menjadi orang baik-baik.
- Kembali naik kerumah, dan seterusnya dicarikan nama atas musyawarah dan usul-usul keluarga, atau atas kesenangan orang tuanya. Kadang-kadang nama tersebut sukar ditemukan pada saat itu.

Motif pemberian nama umumnya berdasarkan nama-nama orang tua/nenek moyangnya atau karena peristiwa/kejadian pada saat dilahirkan.

g. Upacara menaikan bayi dalam buaian/ayunan

Sesudah upacara menginjak tanah tersebut diatas, maka dilaksanakan upacara menaikan bayi dalam buaian/ayunan. Upacara ini berlangsung setelah anak tu berumur kurang lebih empat belas hari. Maka dari upacara ini seolah-olah bayi tersebut dinaikan ketempat tinggal (rumah) yang baru, sehingga buaian/ayunan (biasa pula disebut Toya) tersebut dihiasi dengan hiasan yang indah dan sebagai alat perlengkapannya ialah periuk nasi, panci sayur kecil, kual, piring dan tempat minum dan lain-lain yang pada umumnya berukuran untuk anak-anak. Untuk menyaksikan sang bayi menaiki tempat yang baru ini (Toya),

diundang pula sanak keluarga, handai tolan yang sempat menghadiri/menyaksikan pada waktu ibu melahirkan dan sekaligus memberi selamat.

Upacara tersebut berlangsung sebagai berikut:

- Pemotongan ayam dengan disertai mantera-mantera.
- Anak dinaikan dalam buaian/ayunan/toya oleh dukun disertai mantera-mantera.
- Untuk dukun dipersiapkan makanan yang terdiri dari beras ketan lengkap dengan lauk pauk yang diletakan diatas dulang untuk dimakan oleh dukun. Sisanya dibawah pulang.
- Acara makan bagi undangan (makan adat diatas dulang)

h. Upacara selamatan

Telah merupakan kebiasaan masyarakat, bahwa setelah bayi berusia empat puluh hari diadakan selamatan khusus bagi sang bayi yang disebut Nosalama. Bayi diberi pakaian yang indah, buaian diperindah dan bagi turunan bangsawan sang bayi dilengkapi dengan perhiasan baju adat lengkap dengan kelambu berwarna kuning. Sebagai kelengkapan dari upacara ini buaian tersebut dikelilingi oleh makanan yang berupa nasi ketan kuning dengan diberi telur pada puncak atasnya, kue berjenis-jenis dari ketan dan beras biasa, sesisir pisang dano (pisang khusus untuk selamatan). Ini tidak boleh di ambil sebelum selamatan selesai.

Bila semuanya telah siap maka pembacaan doa pun dimulai. Sesudah itu bayi dibawa oleh dukunnya keruangan depan rumah, kemudian menuruni tangga rumah dan mengosokkan kaki bayi tersebut dengan tanah. Acara ini merupakan pengenalan bayi terhadap dunia luar, setelah sekian lama ia berada dalam kamar kecil dan tertutup.

Sebelum acara ini dilaksanakan maka bayi tersebut belum dapat dikeluarkan dari kamar dan turun ketanah untuk dibawa pesiar. Pada waktu upacara ini diadakan, keluarga yang bersangkutan mengundang sanak keluarga untuk memghadirinya. Bentuk upacara lainnya yang berkaitan dengan perawatan kehamilan dan persalinan adalah yang dikenal dengan Nolama yaitu upacara selamatan kandungan pada masa hamil pertama, Novero adalah upacara pengobatan apabila sang ibu yang hamil kurang sehat, Nompudu Valaa Mpuse yaitu upacara memotong tali pusat dan Nantarauka Ngana yaitu bentuk upacara yang bertujuan agar sang bayi sudah dapat dengan bebas dibawa keluar rumah oleh orang tua dan keluarga lainnya, serta jauh dari gangguan makluk halus, sebagai suatu langkah preventif. (Ahmad Y, 1984)

C. Konsep Umum Kehamilan

Kehamilan dimulai dengan adanya konsepsi (pembuahan) antara sel telur dan sperma dan berakhir dengan permulaan

persalinan. Kehamilan diketahui dari tanda-tanda kehamilan seperti : tidak datang haid/menstruasi (walaupun belum merupakan tanda-tanda pasti), adanya perasaan mual dan muntah (*emesis*) pada awal kehamilan, pembesaran (tidak tampak pada permulaan kehamilan akan tetapi pada bulan ke 3 – 4, mulai tampak penonjolan pada perut bagian bawah) dan pergerakan anak yang dimulai dirasakan pada bulan ke 4 – 5 kehamilan.

Perubahan-perubahan lain pada ibu, seperti pada buah dada dan perut, perubahan warna kulit dan perubahan-perubahan fisiologis lain seiring dengan perkembangan janin dalam kandungan ibu.

Berakhirnya kehamilan menurut lama kehamilan berlangsung dapat dibagi sebagai berikut :

1. Bila hasil konsepsi dikeluarkan dari kavum uteri pada kehamilan dibawah dari kavum uteri dibawah 20 minggu dengan berat badan anak kurang dari 500 gram disebut abortus.
2. Bila hal ini terjadi pada umur kehamilan antara 22 – 28 minggu dengan berat 500 – 1000 gram disebut imatur.
3. Bila terjadi pada umur kehamilan antara 28 – 37 minggu dengan berat anak 1000 - 2500 gram disebut prematur.
4. Bila terjadi pada umur kehamilan 37 – 42 minggu dengan berat anak 2500 – 4500 gram disebut partus aterm.

5. Bila terjadi diatas 42 minggu disebut serotinus.

Ditinjau dari tuanya kehamilan, maka kehamilan dapat dibagi dalam 3 bagian yaitu :

1. Kehamilan triwulan I (antara 0 – 12 minggu).
2. Kehamilan triwulan II (antara 12 – 28 minggu).
3. Kehamialan triwulan III (a antara 28 – 40 minggu).

Dalam triwulan I alat-alat telah dibentuk, tetapi belum sempurna dan viabilitas janin disangsikan sedangkan janin yang dilahirkan dalam triwulan III telah variabel atau dapat hidup (Wikojusastro, 1984).

Tanda-tanda atau gejala kemungkinan suatu kehamilan:

a. Nausea dan Emesis

Nausea terjadi pada umumnya pada bulan-bulan pertama kehamilan disertai kadang-kadang emesis.

b. Buah dada menjadi tegang, berat dan penuh juga perih dan berdenyut.

c. Pigmentasi kulit.

Ini terjadi pada kehamilan 12 minggu keatas.

Tanda-tanda pasti kehamilan:

1. Adanya gerakan janin yang dapat dirasakan oleh ibu dan diraba secara obyektif oleh pemeriksa.

b. Jika terdengar bunyi jantung .

Ini baru dapat terdengar pada kehamilan 18 sampai 20 minggu dengan stetoskop laennec.

- c. Teraba adanya ballotemen dalam uterus.
- d. Teraba bagian-bagian anak.
- e. Pada pemeriksaan dengan sinar rontgen tampak kerangka janin.
- f. Dengan ultrasonografi dapat dilihat janin.

D. Konsep Umum Persalinan

Persalinan adalah proses alamiah dimana terjadi dilatasi serviks, lahirnya bayi dan plasenta dari rahim ibu. (Asuhan Persalinan Normal). Persalinan dimulai (inpartu) pada saat uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap.

Tanda dan gejala inpartu termasuk:

- 1. Penipisan dan pembukaan serviks
- 2. Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan pada serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit).
- 3. Keluarnya lendir bercampur darah (*show*) melalui vagina.

Dalam proses persalinan terdiri dari beberapa kala :

- 1. Kala satu (pendahuluan)

Kala satu persalian dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks hingga mencapai pembukaan lengkap (10

cm). Persalinan kala satu dibagi menjadi dua fase yaitu fase laten dan fase aktif.

2. Kala dua (persalinan)

Kala dua persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua dikenal juga sebagai kala pengeluaran.

3. Kala tiga (Uri)

Kala tiga persalinan dimulai setelah lahirnya bayi sampai lahirnya plasenta /uri. Kala tiga dikenal dengan kala uri.

4. Kala empat (pengawasan)

Kala empat di mulai sejak lahirnya plasenta .

E. Konsep Umum Tentang Kemitraan

1. Pengertian Kemitraan

Di Indonesia istilah kemitraan masih relatif baru, namun demikian prakteknya di masyarakat sebenarnya sudah terjadi zaman dahulu, sejak nenek moyang kita mengenal istilah gotong-royong yang sebenarnya esensi dari kemitraan (Soekidjo No toatmojo, 2007).

Kemitraan adalah suatu kerja sama formal antara individu-individu, kelompok-kelompok, atau organisasi-organisasi, untuk mencapai suatu tugas atau tujuan tertentu. dalam kerja sama tersebut ada kesepakatan tentang komitmen dan harapan masing-masing,

tentang peninjauan kembali tentang kesepakatan-kesepakatan yang telah dibuat, dan saling berbagi baik dalam resiko maupun keuntungan yang diperoleh (Soekidjo Notoatmodjo,2007).

Kemitraan adalah iklim kepercayaan dan keterbukaan antara anda dan sasaran sehingga tidak ada intimidasi (L. Elwes 1992, dikutip oleh Emilia dkk, 1994). Kemitraan adalah salah satu upaya yang dianggap tepat dalam memecahkan masalah kerjasama. Melalui kemitraan dapat secara tepat bersimbiose mutualistik sehingga kekurangan dan keterbatasan dapat teratasi (M.J. Hafsah, 2000).

Pendapat lain menyebutkan kemitraan adalah ikatan semangat kekerabatan yang mencari rangkaian kebenaran dan konteks kepercayaan. Kemitraan adalah kata kerja yang disamakan sebagai kata benda (C.R. Bell, 1996, dikutip oleh A. Adiwiyono, 1997). Mitra adalah teman, sahabat, kawan kerja, pasangan kerja, rekan kerja. Bermitra berarti menyatakan, mengakui sebagai mitra dan kemitraan adalah perihal hubungan menjalin kerjasama sebagai mitra (Depdikbud, 1988). Lebih lanjut Notoatmojo mengatakan "Mengingat kemitraan adalah bentuk kerja sama atau aliansi, maka setiap pihak yang terlibat didalamnya harus ada kerelaan diri untuk kerja sama dan melepaskan kepentingan masing-masing, kemudian membangun kepentingan bersama".

2. Tujuan Kemitraan

- a. Memperluas wawasan dalam mengadakan kemitraan

- b. Mengembangkan gagasan dalam pelayanan kesehatan agar efektif dan efisien.
- c. Menggalang sumber daya baik tenaga, dana, dan sarana
- d. Menjamin jaringan kemitraan dalam pelayanan kesehatan sehingga upaya pelayanan kesehatan dapat lebih tepat sasaran, bermutu, murah, prosesnya cepat, memuaskan untuk semua pihak yang bermitra.

3. Fungsi Kemitraan

Terselenggaranya kemitraan yang dapat memberikan dampak dalam skala mikro maupun skala makro. Skala mikro yaitu adanya interaksi dinamis dan efektif dari yang bermitra untuk saling memperkuat dalam promosi kesehatan. Skala makro, yaitu tercapainya pembudayaan kemandirian hidup bersih dan sehat sebagai salah satu prasyarat sumber daya berkualitas yang meletakkan kesehatan didalam arus tengah pembangunan nasional.

4. Prinsip-Prinsip Kemitraan

Dalam membangun sebuah kemitraan ada 3 prinsip kunci yang perlu dipahami oleh masing-masing anggota kemitraan yakni:

- a. Persamaan (*equity*)

Individu, organisasi, atau institusi yang telah bersedia menjalin kemitraan harus merasa "duduk sama rendah dan berdiri sama tinggi" Oleh sebab itu di dalam forum kemitraan azas demokrasi harus dijunjung, tidak salah satu anggota melaksanakan kehendak kepada yang lain karena merasa lebih tinggi, tidak adanya dominasi terhadap yang lain. Artinya setiap mitra dalam melaksanakan tugas harus diberi kepercayaan penuh, dihargai, dihormati dan diberi pengakuan dalam hal kemampuan dan nilai-nilai yang dimiliki.

b. Keterbukaan

Keterbukaan yang dimaksud adalah apa yang menjadi kekuatan atau kelebihan dan apa yang menjadi kekurangan atau kelemahan masing-masing anggota harus diketahui oleh anggota lainnya. Sebab dengan saling keterbukaan akan menimbulkan rasa saling melengkapi dan saling membantu di antara anggota (mitra).

c. Saling Menguntungkan (*mutual benefit*);

Menguntungkan dalam kemitraan bukan selalu diartikan dengan materi atau uang, tetapi lebih kepada nonmateri. Saling menguntungkan disini lebih dilihat dari kebersamaan atau sinergis dalam mencapai tujuan bersama., artinya setiap mitra dalam melaksanakan tanggung-jawabnya akan memperoleh keuntungan dan manfaat bersama dari kemitraan tersebut.

5. Syarat Terjadinya Kemitraan

- a. Adanya kesamaan kepentingan dan saling pengertian bahwa kemitraan harus menghasilkan suatu perbaikan perilaku kesehatan, sehingga keberadaan memang benar-benar diperlukan dan dipertahankan.
- b. Adanya kesepakatan visi, rasa memiliki dan saling mengargai akan kebutuhan yang sama merupakan landasan yang kuat untuk membina dan mengembangkan kemitraan.
- c. Kepercayaan dan keterbukaan.
- d. Kesiediaan untuk mengorbankan waktu, sumber daya dan tenaga serta kemajuan untuk saling mengontrol dan memberikan informasi serta penyesuaian diri.
- e. Kemauan untuk bekerja sama.
- f. Mudah menyesuaikan diri dan peka terhadap pihak lain.
- g. Ada kemampuan dalam mekanisme evaluasi, antusias dan optimis.

6. Model-Model Kemitraan

Dari berbagai pengalaman dalam pengembangan kemitraan disektor kesehatan yang ada, secara umum dikelompokan menjadi dua :

a. Model I

Model kemitraan yang paling sederhana adalah dalam bentuk jaring kerja (networking) atau sering juga disebut Building

lingkages. Kemitraan semacam ini hanya dalam bentuk jaringan kerjasama. Masing-masing mitra atau institusi telah mempunyai program sendiri mulai dari merencanakannya, melaksanakan, dan menevaluasinya. Oleh karena adanya persamaan pelayanan atau sasaran pelayanan atau karakteristik yang lain diantara mereka, maka dibentuklah jaringan kerja. Sifat kemitraan ini sering juga disebut koalisi.

b. Model II

Kemitraan model ini lebih aik dan soli, masing-masing anggota (mitra) mempunyai tanggung jawab yang lebih besar terhadap program atau kegiatan bersama. Oleh sebab itu visi, misi, dan kegiatan-kegiatan dalam mencapai tujuan kemitraan tersebut harus direncanakan, dilaksanakan, dan dievaluasi bersama.

Langkah-langkah Penanggulangan Kemitraan :

- 1). Melakukan identifikasi stakeholder (mitra dan pelaku potensial)
- 2). Membangun jaringan kerja sama, antar mitra dalam upaya mencapai tujuan
- 3). Memadukan sumber daya yang tersedia di masing-masing mitra kerja.
- 4). Melaksanakan kegiatan terpadu.

- 5). Menyelenggarakan pertemuan berkala untuk perencanaan, pemantauan, penilaian, dan pertukaran informasi.

7. Landasan Untuk Melakukan Kemitraan

- a. Saling memahami kedudukan tugas, fungsi dan struktur masing-masing.
- b. Saling memahami kemampuan (*capacity*)
- c. Saling menghubungi (*linkage*)
- d. Saling mendekati (*proximity*)
- e. Saling bersedia membantu dan dibantu (*openness*)
- f. Saling mendorong dan mendukung (*support*)
- g. Saling menghargai (*reward*)

8. Bentuk Kemitraan dalam Upaya Kesehatan

- a. Kemitraan dalam mengembangkan dan menghasilkan produk
- b. Kemitraan dalam membangun sistem dan tatanan
- c. Kemitraan dalam pelayanan kesehatan
- d. Kemitraan dalam pelayanan pesan-pesan kesehatan
- e. Kemitraan dalam mengembangkan pengetahuan dan issue.

Cara mengembangkan kemitraan dalam promosi kesehatan

- a. Pendekatan langsung maupun tidak langsung dengan calon mitra
- b. Mitra yang sudah ada dapat membawa mitra baru yang lain.

9. Strategi Kemitraan dalam Pelayanan Kesehatan

- a. Strategi Kemitraan dalam Pelayanan Kesehatan adalah:

1) *Advokasi*(dukungan kebijakan)

Yaitu melakukan pendekatan terhadap para pengambil keputusan lintas program maupun lintas sektor terkait pada tiap jenjang administrasi, maksudnya untuk memperoleh dukung/kesepakatan atau menginisiasi aspek-aspek hukum baik dalam bentuk peraturan-peraturan daerah, edaran, serta kebijakan lain yang mendukung program promosi kesehatan. Advokasi juga dapat dilakukan kepada pemuka masyarakat, termasuk pemuka agama sebagai "*informasi decision makers*"

2) *Sosial Support* (dukungan sosial)Yaitu melakukan dukungan-

dukungan untuk mewujudkan lingkungan yang kondusif bagi masyarakat untuk berperilaku sehat atau melakukan tindakan peningkatan kesehatan melalui:

a). Pembinaan iklim yang kondusif untuk membangkitkan prakarsa masyarakat dalam hal:

(1) Mendekatkan jangkauan sasaran pada khalayak

(2) Meningkatkan Posyandu

(3) Adanya tenaga-tenaga relawan kader yang memperluas jaringan distribusi produksi-produksi pelayanan kesehatan

b). Membentuk jaringan interpersonal antara lembaga dalam upaya promosi kesehatan yang dilakukan lintas sektor yang terkait, institusi pendidikan, organisasi profesi, kelompok

agama organisasi masyarakat, swasta, sektor komersial, perusahaan periklanan.

3). *Empowerment* (pemberdayaan)

Yaitu peningkatan kemandirian individu kelompok dan masyarakat untuk melakukan tindakan-tindakan bagi kesehatan melalui:

- a). Pemasaran sosial program kesehatan
- b) Peningkatan pengetahuan dan kemampuan petugas dalam melakukan promosi kesehatan, baik melalui seminar, orientasi atau pelatihan
- c) Seminar dan penelitian bagi kelompok-kelompok (wartawan, organisasi pemuda, organisasi wanita, PKK, organisasi profesi. organisasi masyarakat/swasta, dan lain-lain.
- d) Meningkatkan pengetahuan tentang pesan-pesan kesehatan kepada petugas lintas sektor (pusat s/d Kecamatan) untuk dapat dikaitkan dengan bidang tugasnya .

b. Strategi pelaksanaan kemitraan dapat dilakukan melalui:

1) Forum-forum komunikasi/pertemuan mitra

Sebelum diterima sebagai mitra, sebaiknya kita mulai dengan mengikuti forum-forum yang diselenggarakan oleh calon mitra kita. tujuannya adalah disamping untuk memperkenalkan diri juga untuk menentukan langkah apa yang akan dilakukan

untuk beraliansi. Apabila kehadiran kita sudah merupakan bagian dari mitra kita, selanjutnya dapat ditindak lanjuti dengan mengadakan forum berikutnya yang dilakukan secara bersama-sama, antara lain melalui sarasehan, seminar, worksho, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi, sekaligus memperhitungkan rencana pembiayaan yang diperlukan dan jadwal kegiatan yang rasional dan operasional dengan sumber daya yang jelas.

2) Kegiatan sudah berjalan

Upayakan kegiatan kemitraan diawali dengan kegiatan yang sudah berjalan. Kita memberikan dukungan/dorongan dalam rangka akselerasi dan eskalasi kegiatan mitra. Pendekatan dapat dilakukan melalui studi melihat kegiatan-kegiatan mereka dilakukan, terutama yang berkaitan dengan pembudayaan kemandirian prilaku What. Intervensi dapat dilakukan dengan pengkajian kebutuhan pelatihan, pembuatan pedoman dan modul, mengadakan pelatihan dan lain-lain.

Mengkaji/mengintervensi gerakan masyarakat yang didukung oleh mitra, selanjutnya dikembangkan pada semua tingkatan asministrasi melalui cara menjual kepada pemilik sumber dana (sponsor atau lintas sektor lainnya).

Pendekatan dapat dilakukan melalui :

a. Kajian keberhasilan gerakan masyarakat

b. Menyamakan persepsi melalui pertemuan (seminar, workshop) membantu membuat proposal

c. Tatanan budaya setempat

Tempat dimana masyarakat membuat kebutuhan-kebutuhan yang dilakukan secara sah oleh pemerintah daerah setempat, seperti banjar (Bali Lorong (sumber), marga (sumut))

10. Sasaran Kemitraan

Sasaran kemitraan adalah :

a. Lintas program prioritas di lingkungan Departemen Kesehatan, misalnya program promosi kesehatan, program gizi, program imunisasi, program diare, program JKPM, program kesehatan lingkungan, program P2M.

b. Lintas sektor terkait (Departemen, Dinas, Instansi terkait)

c. Organisasi Masyarakat (LSM)

d. Organisasi Profesi

e. Swasta

f. Institusi Pendidikan

g. Perorangan

h. Dan lain-lain

11. Ciri dan Strategi Kemitraan Pada Type Masyarakat

- a. Type masyarakat yang bisa diajak bermitra yaitu :
 - 1). Masyarakat yang bersifat mengasuh (*Caring Community*)
 - 2). Masyarakat yang bersifat tergantung (*Crisis Response Community*)
 - 3). Masyarakat yang bersifat kerjasama (*Coping Community*)
- b. Ciri dan strategi kemitraan pada type masyarakat yang bersifat mengasuh, masyarakat yang bersifat kerjasama, dan masyarakat yang bersifat tergantung adalah sebagai berikut :
- c. Ciri masyarakat yang bersifat mengasuh (*caring Community*) :
 1. Masyarakat ini sudah menjiwai kemitraan
 2. Berorientasi pada kesehatan promotif dan preventif
 3. Bertanggung jawab dan membantu perkembangan
 4. Saling asah, asih, dan asuh
 5. Mandiri, kreatif dan dinamis
 6. Fokus pada lingkungan

Strategi pelibatan kemitraan

- a. Bersama-sama menyusun masuk dan keterlibatan dalam perumusan kebijakan umum yang berwawasan kesehatan atau *healthy public policy* (seperti : Yayasan Kanker, Yayasan Jantung dan lain-lain)
- b. Menyebarkan informasi melalui *Wan* layanan masyarakat atau jalur media massa

- c. Sebagai mitra penghimpun dukungan dana dan fasilitas
- d. Menjadi pelatih
- d. Ciri masyarakat yang bersifat tergantung (crisis Community)
 - a). Pemanfaatan pelayanan yang tidak lengkap
 - b). Menahan diri
 - c). Menerima tugas
 - d). Menerima keadaan dan harus lebih banyak membutuhkan perhatian dan sumber daya.

Strategi pelibata kemitraan

- a). Bersama-sama menciptakan lingkungan yang mendukung
misalnya : membuat POD (Pos Obat Desa), pembuatan jamban keluarga, air bersih, dan lain-lain.
- b). Melatih petugas agar mampu memberi pelatihan sederhana kepada masyarakat tentang pentingnya ketekunan berobat.
- c). Ciri masyarakat yang bersifat kerjasama (Coping Community)
- d). Mencoba memahami pelayanan
- e). Berorientasi pada pengobatan
- f). Memahami tugas
- g). Menolong yang lebih malang dan bahu-membahu
- h). Belum mandiri, statis, menerima
- i). Fokus pada masalah strategi pelibatan kemitraanya
- j). Sebagai mitra dalam latihan TOT

- k). Meningkatkan kemampuan melalui kelompok, tempat kerja, dan sekolah
- l). Melatih dukun, kader, masyarakat

12. Kerangka Berpikir Kemitraan

Untuk membangun suatu kemitraan dibidang kesehatan terdapat tiga institusi kunci organisasi atau unsure pokok yang terlibat dari didalamnya, ketiga institusi pokok tersebut adalah:

- a. Unsur pemerintah. Unsur ini terdiri dari berbagai sektor pemerintah yang terkait dengan kesehatan antara lain : kesehatan sebagai sektor kunci, pendidikan, pertanian, kehutanan, lingkungan hidup, industri dan perdagangan, agama dan sebagainya.
- b. Dunia usaha atau unsure swasta (*private sectors*) atau kalangan bisnis, yakni: kalangan pengusaha, industriawan dan para pemimpin berbagai perusahaan.
- c. Unsur organisasi non pemerintah atau sering ornop atau non government organization (NGO). yang meliputi 2 unsur penting, yakni: a) unsure lembaga swadaya masyarakat (LSM) dan organisasi massa (ormas) termasuk yayasan dibidang kesehatan, b) organisasi profesi seperti IDI, PDGI, IAKMI, PPNI, dan sebagainya.
- d. Kemitraan bukanlah sebagai output atau tujuan, tetapi juga bukan sebuah proses, namun adalah suatu sistem. Artinya dalam

mengembangkan konsep kemitraan dapat menggunakan pendekatan sistem, yakni:

a) Input

Input sebuah kemitraan adalah semua sumber daya yang dimiliki oleh masing-masing unsur yang terjalin dalam kemitraan, terutama sumber daya manusia, dan sumber daya yang lainnya seperti dana, sistem informasi, teknologi, dan sebagainya.

b) Proses

Proses dalam kemitraan pada hakekatnya adalah kegiatan-kegiatan untuk membangun kemitraan antara lain melalui seminar, lokakarya, pelatihan, semiloka dan sebagainya

c) Output

Output adalah terbentuknya jaringan kerja atau networking, aliansi, forum, dan sebagainya yang terdiri dari berbagai unsur seperti telah disebutkan diatas. Disamping itu uraian tugas dan fungsi untuk masing-masing anggota (mitra) juga merupakan output kemitraan tersebut

d) Outcome

Outcome adalah dampak dari kemitraan terhadap peningkatan kesehatan masyarakat. Oleh sebab itu, outcome kemitraan dapat dilihat dari indikator-indikator derajat kesehatan masyarakat, yang sebenarnya merupakan akumulasi dampak

dari upaya-upaya lain disamping kemitraan. Dengan demikian outcome kemitraan adalah menurunnya angka orang sakit dan angka kematian, atau meningkatnya indikator kesehatan (positif), misalnya status gizi anak balita, dan sebagainya.

13. Pegorganisasian Kemitraan Promosi Kesehatan

Usaha yang berlandaskan kemitraan harus bersifat tulus dan profesional, azas kekeluargaan, azas kebersamaan (maksudnya bukannya untuk dikerjakan seenaknya). Untuk itu diperlukan sistem dan standard kemitraan yang jelas dan mengikat. Sistem dan standard kemitraan memuat komponen-komponen seperti:

- a. Harus sadar bahwa untuk kemitraan perlu waktu dan tidak bisa diukur dengan uang.
- b. Adanya tujuan yang jelas dan harapan yang betul-betul nyata.
- c. Adanya garis tanggung jawab yang jelas.
- d. Masing-masing merasa diuntungkan (win-win solution) dan secara mental merasakan keputusan.
- e. Menjauhkan campur aduk kemitraan dengan kepentingan diri sendiri
- f. Kesepakatan bahwa usaha kemitraan merupakan momentum kemajuan bersama.
- g. Tidak memakai subyektif sebagai ukuran.

14. Keuntungan Kemitraan dalam Promosi Kesehatan

- a. Sumber daya dapat disatukan untuk pengembangan promosi kesehatan.
- b. Upaya-upaya promosi kesehatan dapat digabungkan
- c. Meningkatkan penyampaian pesan untuk promosi kesehatan
- d. Membangun kesepakatan dalam pengembangan promosi kesehatan masyarakat
- e. Meningkatkan rasa tanggung jawab masyarakat untuk melaksanakan promosi kesehatan
- f. Meningkatkan kredibilitas program promosi kesehatan
- g. Meningkatkan manajemen dan pengertian klien untuk promosi kesehatan.

Selain itu menurut (H. Cangara, 2003) struktur sosial merupakan unsur yang penting dalam proses komunikasi, yang diuraikan sebagai berikut:

- a. Orang lebih banyak berkomunikasi dengan orang dari kelas sosialnya sendiri, artinya komunikasi antar pribadi timbal-balik pada dasarnya horisontal,
- b. Komunikasi yang bermartabat, turun dari kelas-kelas yang diatas kelas yang dibawahnya dan komunikasi vertikal ini terutama dari satu arah dan cenderung untuk dilaksanakan dengan kelompok kelas lain yang langsung berdekatan.

Dari dua prinsip diatas ditarik kesimpulan bahwa komunikasi antar budaya lebih mudah terjadi antara orang-orang dari kelas atas yang sama atau mirip, yang akan mempunyai minat yang sama dan lebih mudah komunikasi.

F. Konsep Umum Prilaku

Perilaku dipandang dari segi biologis adalah salah satu kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan. Perilaku adalah tindakan atau perbuatan suatu organisme yang diamati dan dipelajari. Didalam proses pembetulan dan perubahan perilaku dipengaruhi oleh beberapa faktor dari dalam (*intern*) dan dari luar (*ekstem*) individu itu sendiri. Faktor intern mencakup pengetahuan, kecerdasan, persepsi, emosi, motivasi, dan sebagainya, yang berfungsi untuk mengelola rangsangan dari luar. Sedangkan faktor intern mencakup pengetahuan, kecerdasan, persepsi, emosi, motivasi dan sebagainya, yang berfungsi untuk mengelola rangsangan dari luar. Sedangkan faktor eksteren meliputi lingkungan fisik maupun non fisik seperti iklim, manusia, sosial, ekonomi, kebudayaan dan sebagainya. Perilaku itu dibentuk melalui suatu proses dan berlangsung dalam interaksi manusia dengan lingkungannya (Notoadmojo, 2003)

Melalui proses tersebut diharapkan terjadinya perubahan perilaku menuju tercapainya perilaku sehat. Pada proses perubahan ini perlu ditunjang perubahan perubahan sikap dan pengetahuan (Ngatimin, 2003)

Prilaku manusia terjadi melalui proses stimulus – organisme – respon (SOR). Prilaku manusia dapat dikelompokkan menjadi dua:

1. Prilaku Tertutup (*Covert Behavior*)

Prilaku tertutup (*Covert Behavior*) terjadi bila respon terhadap stimulus tersebut masih belum dapat diamati oleh orang lain secara jelas. Respon seseorang masih terbatas dalam bentuk perhatian, perasaan, pengetahuan, dan sikap terhadap stimulus yang bersangkutan.

2. Prilaku Terbuka (*Overt Behavior*)

Prilaku terbuka (*Overt Behavior*) terjadi bila responden terhadap stimulus tersebut sudah berupa tindakan atau praktek dan dapat diamati oleh orang lain dari luar. Faktor penentu atau determinan perilaku manusia sulit untuk dibatasi karena prilaku merupakan resultan dari berbagai faktor baik internal maupun eksternal (lingkungan).

Beberapa teori yang mengungkap determinan perilaku yang mempengaruhi perilaku manusia yang berhubungan dengan kesehatan antara lain:

a. Teori Lawrence Green

Green menganalisis faktor-faktor yang menentukan timbulnya perilaku, yaitu:

- 1). Faktor predisposisi (*Predisposing Factor*), faktor pemudah yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.
- 2). Faktor pendukung (*Enabling Factor*) yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedia fasilitas atau sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, jamban, alat-alat kontrasepsi dan sebagainya.
- 3). Faktor pendorong (*Reinforcing Factor*), yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugaskesehatan atau petugas lain yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

b. Teori Snehandu B. Kar

Kar mencoba menganalisis perilaku kesehatan dengan bertitik tolak bahwa perilaku itu merupakan fungsi dari :

- 1). Niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan kesehatan atau perawatan kesehatannya (*behavior intention*).
- 2). Dukungan sosial dari masyarakat sekitarnya (*social – support*)
- 3). Ada atau tidak adanya informasi tentang kesehatan atau fasilitas kesehatan (*accessibility of information*).
- 4). Otonomi pribadi yang bersangkutan dalam hal ini mengambil tindakan atau keputusan (*personal autonomy*).

- 5). Situasi yang memungkinkan untuk bertindak atau tidak bertindak (*action situation*).

c. Teori WHO

Tim kerja dari WHO menganalisis bahwa yang menyebabkan seseorang itu berperilaku tertentu adalah karena adanya 4 alasan pokok.

Tim kerja WHO menganalisis bahwa yang menyebabkan seseorang itu berperilaku tertentu adalah karena adanya 4 alasan pokok, yakni:

- 1). Pikiran dan perasaan, yakni dalam bentuk pengetahuan, persepsi, sikap, dan penilaian-penilaian seseorang terhadap suatu objek.
- 2). Orang penting sebagai referensi, yaitu orang-orang yang dianggap penting dan menjadi panutan atau tokoh-tokoh yang disegani dan sebagainya, misalnya guru, tokoh agama, kepata suku, tokoh masyarakat, kepala desa dan sebagainya.
- 3). Sumber daya (*recources*) mencakup fasilitas-fasilitas: uang, waktu, tenaga dan sebagainya.
- 4). Perilaku normal, kebiasaan, nilai-nilai, dan penggunaan sumber-sumber didalam masyarakat akan menghasilkan pola hidup yang pada umumnya disebut kebudayaan.

Di dalam proses adopsi perilaku berdasarkan pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Menurut Rogers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni:

- 1). *Awarness* (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu.
- 2). *Interest* yakni orang mulai tertarik kepada stimulus
- 3). *Evaluation* (menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya). Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
- 4). *Trial*, orang mulai mencoba perilaku baru
- 5). *Adoption*, subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus

Namun demikian, dari penelitian selanjutnya Rogers menyimpulkan bahwa perubahan perilaku tidak selalu melewati tahap-tahap diatas. Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini didasari oleh pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng. Sebaliknya apabila perilaku tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama.

1. Teori dan Model Perilaku Kesehatan Saat Ini.

Di antara berbagai teori dan model perilaku kesehatan, yang saat ini menonjol dibidang promosi dan komunikasi kesehatan, adalah:

a. Model Kepercayaan Kesehatan (*health Belief Model*).

Model Kepercayaan Kesehatan (Rosenstock, 1974,1977) sangat dekat dengan bidang pendidikan kesehatan. Model ini menganggap bahwa perilaku kesehatan merupakan fungsi dari pengetahuan maupun sikap.

Menurut Model Kepercayaan Kesehatan (Becker, 1974, 1979), perilaku ditentukan oleh apakah seseorang; percaya bahwa mereka rentan terhadap masalah kesehatan tertentu, menganggap masalah ini serius, meyakini efektifitas tujuan pengobatan dan pencegahan, tidak mahal dan menerima anjuran untuk mengambil tindakan kesehatan.

b. Model Komunikasi / Persuasi (*communication /persuasion model*).

Model Komunikasi / Persuasi (Mc.Guire, 1964) menegaskan bahwa komunikasi dapat dipergunakan untuk mengubah sikap dan perilaku kesehatan yang secara langsung terkait dalam rantai kausal yang sama. Efektifitas upaya komunikasi yang diberikan tergantung dari berbagai input atau stimulus serta output atau tanggapan terhadap stimulus. Menurut model komunikasi/Persuasi

(*communication persuasion model*), perubahan pengetahuan dan sikap merupakan prekondisi bagi perubahan perilaku kesehatan dan perilaku-perilaku yang lain. Variabel-variabel input meliputi; sumber pesan, pesan itu sendiri, saluran penyampaian dan karakteristik penerima serta tujuan pesan-pesan tersebut. Variabel-variabel output merujuk pada perubahan dalam faktor-faktor kognitif tertentu, seperti pengetahuan, sikap, pembuatan/pengambilan keputusan, dan juga perilaku-perilaku yang dapat diobservasi.

c. Model Transteoriti (*Transtheoretical Model*).

Model Transteoriti atau model bertahap mencoba menerangkan serta mengukur perilaku kesehatan dengan tidak tergantung pada perangkat teoritik tertentu. Prochaska dan kawan-kawan (1979) dalam penelitiannya mengidentifikasi 4 tahap independen:

- 1). Prekontemplasi mengacu kepada tahap bila seseorang belum memikirkan sebuah perilaku sama sekali, orang itu belum bermaksud mengubah suatu perilaku. Penyebaran informasi merupakan pendekatan paling efektif untuk mempengaruhi prekontemplator.
- 2). Kontemplasi, seseorang benar-benar memikirkan suatu perilaku suatu perilaku, namun belum siap untuk melakukannya. Pelatihan dan pedoman kerja adalah baik untuk menggerakkan kontemplator untuk menuju aksi

- 3). Aksi, mengacu pada keadaan bila orang telah melakukan perubahan perilaku .
- 4). Pemeliharaan, merupakan pengentalan jangka panjang dan memikirkan perubahan yang telah terjadi. Dalam tahap aksi atau pemeliharaan "kekambuhan" dapat terjadi, yaitu individu kembali pada pola perilaku sebelum tahap "aksi".

Model transteoritik saat ini merupakan subyek dari berbagai upaya penelitian dibidang kesehatan masyarakat, baik untuk pengendalian penyakit-penyakit kronik maupun pengendalian penyakit infeksi.

d. Precede / Proceed model

Precede/Proceed model terkenal untuk merencanakan program-program pendidikan kesehatan (Green, Deeds & Partidge, 1980, Green & Kreuter, 1991). Precede/Proceed model lebih mengarah kepada upaya-upaya pragmatik mengubah perilaku kesehatan daripada sekedar upaya pengembangan teori. Green dan rekan-rekannya menganalisa kebutuhan kesehatan komunitas dengan cara menetapkan lima diagnosis yaitu:

- 1). Diagnosis sosial
- 2). Diagnosis epidemiologi
- 3). Diagnosis perilaku

- 4). Diagnosis pendidikan
- 5). Diagnosis administrasi dan kebijakan

Sesuai dengan prespektif perilaku, fase diagnosis pendidikan model precede memberi penekanan pada faktor-faktor "predisposisi" pemberdayaan dan penguatan. Dua faktor pertama berkaitan dengan *antiseden* dari suatu perilaku dan kebutuhan akan keterampilan bagi kinerja perilaku tersebut, sedangkan faktor penguatan merupakan sinonim dengan istilah *konsekuen* yang dipakai dalam analisis perilaku.

- 1) *Antiseden* adalah peristiwa lingkungan yang membentuk tahap atau pemicu perilaku (Holland & Skinner, 1980). *Antiseden* yang secara reliabel mengisyaratkan waktu untuk menjalankan sebuah perilaku dapat meningkatkan kecenderungan terjadinya suatu perilaku pada saat dan tempat yang tepat. Banyak perilaku yang secara otomatis dipicu oleh peristiwa - peristiwa lingkungan, kami sebut sebagai *antiseden* yang terjadi secara alamiah. Program komunikasi bisa memberikan *antiseden-antiseden* dengan cara memberitahu ibu-ibu, menyiarkan pesan peringatan atau meletakkan poster-poster jadwal posyandu/penyuluhan ditempat-tempat yang mudah dilihat.
- 2) *Konsekuen* adalah peristiwa lingkungan yang mengikuti sebuah perilaku, yang juga menguatkan, melemahkan atau menghentikan suatu perilaku (Holland & Skinner, 1961; Miller,

1980). Secara umum orang cenderung mengulangi perilaku yang membawa hasil positif dan menghindari perilaku yang memberikan hasil negatif. Istilah reinforcement mengacu kepada peristiwa-peristiwa yang memperkuat perilaku.

2. Ranah Perilaku

Perilaku manusia sangatlah kompleks dan mempunyai ruang lingkup yang sangat luas. Benyamin Bloom (1908) seorang ahli psikologi pendidikan membagi perilaku itu kedalam tiga domain (ranah/kawasan) meskipun kawasan-kawasan tersebut tidak mempunyai batasan-batasan yang jelas dan tegas. Ketiga kawasan itu adalah *knowledge*, *attitude*, dan *practice*. Dalam perkembangan selanjutnya oleh para ahli dan untuk kepentingan pengukuran hasil pendidikan, ketiga domain itu diukur dari:

a. Pengetahuan peserta didik terhadap materi pendidikan

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu (Notoatmojo, 2003). Sifat dasar dari manusia adalah keinginan tahanan yang terjadi melalui panca indra tentang sesuatu menyebabkan seseorang melakukan upaya-upaya pencarian. Serangkaian pengalaman-pengalaman selama proses interaksi dengan lingkungannya menghasilkan suatu pengetahuan bagi orang tersebut. Pengetahuan yang dimiliki seseorang dapat

merupakan pendorong motivasi untuk bersikap dan melakukan suatu tindakan bagi orang tersebut.

Pengetahuan yang diperoleh sebagai hasil belajar yang mempunyai tingkatan-tingkatan yang dibagi atas enam seperti dikutip oleh Ngatimin (2003), yaitu:

- 1). Tingkat pengetahuan (*knowledge*), bila seseorang hanya mampu menjelaskan secara garis besar apa yang telah dipelajarinya.
- 2). Perbandingan menyeluruh (*comprehension*), seseorang berada pada tingkat pengetahuan dasar, dia dapat menerangkan secara mendasar ilmu pengetahuan yang dipelajarinya.
- 3). Penerapan (*application*), telah ada kemampuan untuk menggunakan apa yang dipelajarinya dan situasi ke situasi lainnya.
- 4). Analisis (*analysis*), kemampuan lebih meningkat lagi, ia telah mampu untuk menerangkan bagian-bagian yang menyusun bentuk pengetahuan tertentu dan menganalisa hubungan satu dengan yang lainnya.
- 5). Sintesis (*syntesis*), disamping untuk menganalisis diapun mampu untuk menyusun kembali pengetahuan yang diperolehnya dibentuk semula dan atau bentuk yang lain.

- 6). Evaluasi (*evaluation*), seseorang telah mempunyai kemampuan untuk mengevaluasi sesuatu sesuai kriteria yang telah ditentukan.

Terbentuknya suatu perilaku baru, terutama para orang dewasa dimulai pada domain kognitif, subjek tahu terlebih dahulu terhadap stimulus yang berupa objek atau materi diluar dirinya sehingga menimbulkan respon batin dalam bentuk sikap terhadap objek yang diketahuinya itu. Akhirnya objek yang telah diketahuinya dan disadari sepenuhnya tersebut, akan menimbulkan respon lebih jauh lagi yaitu tindakan (*action*) terhadap stimulus tadi.

- b. Sikap atau tanggapan (*attitude*) peserta didik terhadap materi pendidikan yang diberikan.

Membicarakan tentang sikap seperti yang kuitp oleh (Ngatimin, 2003) bahwa *effective* domain terdiri atas 5 tingkat.

- 1). Penerimaan (*receiving*), ditandai adanya rangsangan dari luar yang menyadarkan seseorang bahwa telah terjadi sesuatu.
- 2). Penjawaban (*responding*), rangsangan telah mampu mengubah seseorang untuk memberi perhatian dan ikut serta.
- 3). Memberikan nilai (*valuing*), ditandai dengan adanya nilai baru didalam masyarakat, nilai itu belum merupakan nilai yang khas bagi masyarakat.
- 4). Pengorganisasian (*organization*), nilai yang ada itu telah terorganisasi menjadi milik masyarakat.

5). Memiliki kekhususan dalam nilai yang kompleks

Sikap merupakan hal yang kompleks dan untuk mengubah diperlukan proses yang tidak sederhana. Perubahan sikap dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu :

- 1). Faktor Kognisi, bahwa terjadi perubahan persepsi yang didasari oleh adanya perubahan pengetahuan, cakrawala pengalaman dan pendidikan.
- 2). Faktor Komunikasi ternyata memerlukan komunikasi untuk mengubah diri dari pengetahuan sampai timbulnya rasa percaya diri.
- 3). Faktor Psikologis: Adanya rasa senang / tidak senang pada komunikator akan berakibat sikap menerima / menolak apa yang dibawakannya.
- 4). Faktor Atropologik : Sesuatu yang tidak dianggap wajar sebagai salah satu aspek kesehatan dalam suatu kebudayaan tertentu, dan sulit diterima oleh masyarakat.
- 5). Faktor sosiologik : Mudahnya sikap berubah ikut dipengaruhi oleh adanya *factor in group* dalam masyarakat.

Sikap merupakan perubahan respon yang masih tertutup (tanggapan batin) terhadap suatu rangsangan/stimulus dari luar diri subjek yang bersifat evaluatif atau reaksi perasaan. Sikap seseorang terhadap suatu objek adalah perasaan mendukung atau memihak

(unfavorable) pada objek, sebagai efek positif atau efek negatif terhadap objek psikologis (Notoadmojo, 2002).

Sikap sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau orang lain. Sikap membuat seseorang untuk berbuat atau menjauhi sesuatu objek adapun ciri-ciri sikap yaitu :

- 1). Sikap bukan dibawa sejak lahir melainkan dipelajarinya sepanjang perkembangan orang tersebut dalam hubungannya dengan objeknya.
 - 2). Sikap dapat berubah-ubah karena sikap itu dapat dipelajari orang atau sebaliknya.
 - 3). Sikap tidak berdiri sendiri tetapi senantiasa mengandung relasi tertentu terhadap suatu objek.
 - 4). Objek sikap dapat merupakan suatu hal tertentu tetapi dapat juga merupakan kumpulan dari hal-hal tersebut. Sikap mempunyai segi-segi motivasi dan perasaan sifat yang membedakan sikap dari cakupan atau pengetahuan yang dimiliki orang.
- c. Praktek / tindakan yang dilakukan oleh peserta didik sehubungan dengan materi pendidikan yang diberikan (*Practice*)

Praktik/tindakan adalah respon seseorang terdapat stimulus (rangsangan) dalam bentuk tindakan nyata yang dapat diobservasi secara langsung melalui wawancara dan kegiatan responden merupakan bentuk tindakan nyata/tindakan seorang (*overt behavior*).

Sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan. Untuk terwujudnya sikap menjadi diperlukan faktor pendukung yang memungkinkan, antara lain fasilitas dan dukungan dari pihak lain, Seseorang berbuat bila hal tersebut dapat memenuhi kebutuhan.

4. Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan adalah respon atau reaksi manusia, baik pasif maupun aktif terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, serta lingkungan, perilaku seseorang terhadap sakit dan penyakit, yaitu bagaimana manusia berespon, baik secara pasif (mengetahui, bersikap dan memprediksi) tentang penyakit dan rasa sakit yang ada pada dirinya dan luar dirinya maupun aktif (tindakan) yang dilakukan sehubungan dengan penyakit dan sakit tersebut. Perilaku sesuai dengan tingkatan-tingkatan pencegahan penyakit, yakni:

- a. Perilaku sehubungan dengan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan (*health promotion behavior*).
- b. Perilaku pencegahan penyakit (*health prevention behavior*), adalah respon untuk melakukan pencegahan penyakit, termasuk juga perilaku untuk tidak menularkan penyakit kepada orang lain.
- c. Perilaku sehubungan dengan pencarian pengobatan (*health seeking behavior*) yaitu perilaku untuk melakukan atau mencari pengobatan.

- d. Perilaku sehubungan dengan pemulihan kesehatan (*health rehabilitation behavior*) yaitu perilaku yang berhubungan dengan usaha – usaha pemulihan kesehatan.

G. Tinjauan Umum Tentang Promosi Kesehatan

Secara umum kesehatan dikelompokkan menjadi dua, yakni kesehatan individu dan kesehatan agregat (kumpulan individu) atau kesehatan masyarakat. Dari pengalaman-pengalaman praktek kesehatan masyarakat yang telah berjalan sampai abad ke-20, Winslow (1920) seorang ahli kesehatan masyarakat, membuat batasan yang sampai sekarang masih relevan, yakni: kesehatan masyarakat (*public health*) adalah ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat untuk:

1. Perbaikan sanitasi lingkungan.
2. Pembersihan penyakit-penyakit menular.
3. Pendidikan dan kebersihan perorangan (personal hygiene)
4. Pengorganisasian pelayan-pelayan medis dan perawatan untuk diagnosis dini dan pengobatan
5. Pengembangan rekayasa sosial untuk menjamin setiap orang terpenuhi kebutuhan hidup yang layak dalam memelihara kesehatannya.

Kesehatan merupakan hasil interaksi berbagai faktor, baik faktor internal (dari dalam diri manusia) maupun faktor eksternal (diluar diri manusia). Faktor internal ini terdiri dari faktor fisik dan psikis. Faktor eksternal terdiri dari berbagai faktor antara lain, faktor sosial, budaya masyarakat, lingkungan fisik, politik, ekonomi, pendidikan dan sebagainya.

Secara garis besar faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan baik individu, kelompok, maupun masyarakat, dikelompokkan menjadi empat (Blum, 1974). Berdasarkan urutan besarnya (pengaruh) terhadap kesehatan tersebut adalah sebagai berikut:

1. Lingkungan yang mencakup lingkungan fisik, sosial, budaya, politik, ekonomi, dan sebagainya.
2. Perilaku
3. Pelayanan kesehatan
4. Hereditas (keturunan)

Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan masyarakat hendaknya juga dialamatkan kepada empat faktor tersebut. Dengan kata lain intervensi atau upaya kesehatan masyarakat juga dikelompokkan menjadi empat, yakni intervensi terhadap faktor lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan, dan hereditas.

Apabila kita cermati peran kesehatan dalam empat yang mempengaruhi kesehatan, maka sebenarnya masing-masing faktor tersebut terkait dengan perilaku manusia yakni : perilaku masyarakat dalam menyikapi dan mengelola fasilitas atau pelayanan kesehatan,

kesadaran, dan praktek hidup sehat dalam mewariskan status kesehatan bagi anak dan keturunannya.

Oleh sebab itu dalam rangka membina dan meningkatkan kesehatan masyarakat, maka intervensi atau upaya yang ditujukan kepada faktor perilaku secara garis besar dapat dilakukan dalam dua upaya saling bertentangan (Notoatmodjo, 2003). Masing-masing upaya tersebut mempunyai kelebihan dan kekurangannya, kedua upaya tersebut dilakukan melalui

1. Tekanan (enforcement) adalah upaya agar masyarakat mengubah perilaku atau mengadopsi perilaku kesehatan dengan cara-cara tekanan, paksaan atau koersi (coertion). Upaya enforcement ini biasa dalam bentuk undang-undang atau peraturan-peraturan (law'enforcement), instruksi-instruksi, tekanan-tekanan (fisik atau non fisik) sangsi-sangsi atau sebagainya.
2. Edukasi (education) adalah upaya masyarakat berperilaku atau menghadapi perilaku kesehatan dengan cara persuasi, bujukan, himbauan, ajakan, memberikan informasi, memberikan kesadaran, dan sebagainya. Melalui kegiatan yang disebut pendidikan atau penyuluhan kesehatan.

Dalam rangka pembinaan dan peningkatan perilaku kesehatan masyarakat, tampaknya pendekatan edukasi (pendidikan kesehatan) lebih tepat dibandingkan dengan pendekatan koersi. Dapat disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan adalah suatu bentuk intervensi atau upaya yang

ditujukan kepada perilaku, agar perilaku tersebut kondusif untuk kesehatan.

Selain upaya diatas, untuk memahami perilaku manusia serta menyiapkan upaya menegakan kesadaran arti hidup sehat bagi diri dan keluarga, diperlukan suatu “**alat**” pendekatan secara menyeluruh dan sederhana tetapi mudah dipahami dan diamalkan oleh setiap orang. Bahkan bila penyampaian pemahaman itu mampu menyentuh lubuk hati yang bersangkutan, dapat diharapkan yang bersangkutan sadar sepenuhnya akan tanggung jawabnya tentang nikmat hidup sehat dan meneruskannya kepada orang lain. Salah satu alat yang dimaksud yang tepat adalah pemanfaatan pendekatan melalui “**DOA**” atau *Disabilityy Oriented Approach*. (Ngatimin, 2005).

Sebagai alat pendekatan dalam mencapai tujuan promosi kesehatan, “**DOA**” dapat dijabarkan sebagai berikut:

1. Sebagai “alat” untuk mendukung pengalaman perilaku sehat secara berkesinambungan sehingga “*the man behind the gun*” perlu disiapkan untuk mampu memahami dan menggunakan alat terbaik serta efisien mungkin.
2. Sebagai “alat” yang kesuksesan pemakainya memerlukan dukungan “man behind the gun” yang tepat, maka “the man” harus memiliki kemampuan pendekatan yang komunikatif berdasar “inovasi, komunikasi, dan motivasi (ICM) serta kemampuan mengemas materi penyuluhan berbasis “*medico-sosio-antropoligik (MSA)*”. Pada

pelaksanaan “DOA” secara optimal selalu didukung komitmen bahwa hidup sehat mutlak merupakan “hak asasi manusia”

3. Sebagai “alat” DOA yang dijabarkan berbasis pengetahuan kedokteran dan kesehatan, “the man” harus mampu membawa masyarakat yakin bahwa disability adalah suatu yang tidak enak, meyakinkan, menyebarkan, merugikan, menyengsarakan dan bahkan kehadirannya merupakan awal ancaman kematian.
4. Melalui penjabaran “DOA” disability harus dicegah dengan cara menghindarkan diri dari jatuh sakit karena mampu menjauhi pengalaman perilaku berperan sebagai pemicu terjadinya gangguan keseimbangan “agen host and environment”
5. Melalui penjabaran “DOA” disepakati bahwa timbulnya penyakit karena “agent” dan arena pengalaman perilaku kesehatan.

Pendidikan kesehatan sebagai bagian atau cabang dari ilmu kesehatan, juga mempunyai 2 sisi, yakni ilmu dan seni. Dari sisi seni, adalah praktisi atau aplikasi, pendidikan kesehatan merupakan penunjang bagi program-program kesehatan lain. Artinya setiap program kesehatan misalnya pemberantasan penyakit, perbaikan gizi masyarakat, sanitasi lingkungan, kesehatan ibu dan anak, program pelayanan kesehatan dan sebagainya, perlu ditunjang atau dibantu oleh pendidikan kesehatan. Hal ini esensial, karena masing-masing program tersebut mempunyai aspek perilaku masyarakat yang perlu dikondisikan dengan pendidikan kesehatan.

Kondisi yang ada untuk mewujudkan perilaku hidup sehat bagi masyarakat sangatlah susah diakibatkan oleh banyaknya hambatan, dari beberapa penelitian yang dilakukan ternyata meskipun kesadaran dalam pengetahuan masyarakat sudah tinggi tentang kesehatan, namun praktek tentang kesehatan atau perilaku hidup sehat masyarakat masih rendah.

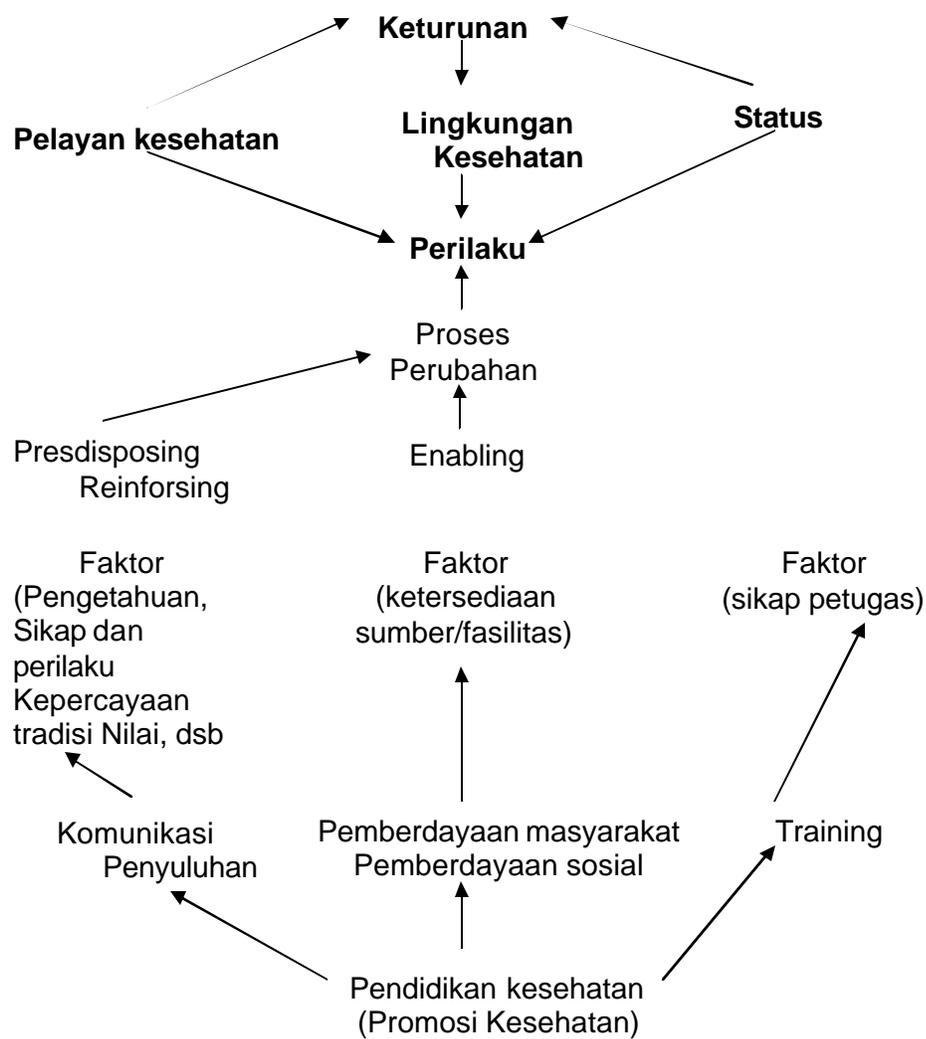
Oleh sebab itu WHO pada awal tahun 1980-an menyimpulkan bahwa pendidikan kesehatan tidak mampu mencapai tujuannya, apabila hanya menfokuskan pada upaya-upaya perilaku saja.

Pendidikan kesehatan harus mencakup pula upaya perubahan lingkungan (fisik dan sosial budaya, politik, ekonomi dan sebagainya). Sebagai penunjang atau pendukung perubahan perilaku tersebut. Sebagai perwujudan dari konsep pendidikan kesehatan ini secara organisasi struktural, maka pada tahun 1984, Devisi Pendidikan Kesehatan (Health Education) didalam WHO di ubah menjadi Promosi dan Pendidikan Kesehatan (Division on Health Promotion and Education) serta pada awal tahun 2000 Departemen Kesehatan RI baru dapat menyesuaikan konsep WHO ini dengan mengubah Pusat Penyuluhan Kesehatan masyarakat (PKM) menjadi Direktorat Promosi Kesehatan, dan sekarang berubah menjadi Pusat Promosi Kesehatan.

Jadi dapat disimpulkan bahwa promosi kesehatan merupakan revitalisasi pendidikan kesehatan pada masa lalu. Promosi kesehatan bukan saja proses penyadaran masyarakat atau pemberian peningkatan

pengetahuan masyarakat tentang kesehatan saja, tetapi juga disertai upaya-upaya memfasilitasi perubahan perilaku.

Gambar 1



Hubungan Status kesehatan, Perilaku, dan Pendidikan kesehatan

Sumber : Buku Pendidikan dan Perilaku Kesehatan, (2003)

H. Strategi Promosi Kesehatan

Perilaku adalah sesuatu yang rumit. Perilaku tidak hanya menyangkut dimensi cultural yang berupa system nilai dan norma, melainkan juga dimensi ekonomi, yaitu hal-hal lain yang merupakan pendukung perilaku. Perilaku seseorang memiliki acuan kepada system nilai dan norma yang dianutnya. Dengan kata lain, sistem nilai dan norma merupakan rambu-rambu bagi seseorang untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu. System nilai dan norma dibuat oleh masyarakat untuk di anut oleh individu-individu anggota masyarakat tersebut.

Untuk system nilai dan norma yang sesuai dengan kaidah-kaidah kesehatan, promosi kesehatan ditujukan guna mengupayakan terpeliharanya system nilai dan norma tersebut. Sedangkan untuk sistem nilai dan norma yang tidak sesuai dengan kaidah-kaidah kesehatan, promosi kesehatan ditujukan guna mengubah system nilai dan norma tersebut melalui perubahan perilaku individu-individu anggota masyarakat.

Menyadari fakta-fakta tersebut diatas, maka promosi kesehatan diharapkan dapat melaksanakan strategi yang bersifat paripurna (Komprehensif), khususnya dalam menciptakan perilaku baru. Kebijakan nasional Promosi Kesehatan telah menentukan tiga strategi promosi kesehatan, yaitu (1) gerakan pemberdayaan, (2) bina suasana, dan (3) advokasi, yang diperkuat oleh kemitraan serta metode dan sarana komunikasi yang tepat. Ketiga strategi ini harus dilaksanakan secara

lengkap dan berkesinambungan dalam menggarap setiap perilaku baru masyarakat yang diperlukan oleh program kesehatan.

1. Gerakan Pemberdayaan

Pemberdayaan adalah proses pemberian informasi secara terus-menerus dan berkesinambungan mengikuti perkembangan sasaran, serta proses membantu sasaran, agar sasaran tersebut berubah dari tidak tahu menjadi tahu atau sadar (aspek knowledge) dari tahu menjadi mau (aspek attitude), dari mau menjadi mampu melaksanakan perilaku yang diperkenalkan (aspek practice). Sasaran utama dari pemberdayaan adalah individu dan keluarga, serta kelompok masyarakat.

Pemberdayaan akan lebih berhasil jika dilaksanakan melalui kemitraan serta menggunakan metode dan tehnik yang tepat. Pada saat ini banyak dijumpai Lembaga-lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) yang bergerak dibidang kesehatan atau peduli terhadap kesehatan. LSM ini harus digalang kerjasamanya, baik diantara mereka maupun antara mereka dengan pemerintah, agar supaya pemberdayaan masyarakat dapat berdaya guna dn berhasil guna. Setelah itu, sesuai dengan ciri-ciri sasaran serta situasi dan kondisi, lalu ditetapkan, diadakan, dan digunakan metode dan sarana komunikasi yang tepat.

2. Bina Suasana

Bina suasana adalah upaya menciptakan opini atau lingkungan sosial yang mendorong individu anggota masyarakat untuk mau melakukan perilaku yang diperkenalkan. Seseorang akan terdorong untuk mau melakukan sesuatu apabila lingkungan sosial dimana pun ia berada (keluarga dirumah, orang-orang yang menjadi panutan/ idolanya, kelompok arisan, majelis agama, dan lain-lain , dan bahkan masyarakat umum) memiliki opini yang positif terhadap perilaku tersebut. Oleh karena itu, untuk mendukung proses pemberdayaan masyarakat, khususnya dalam upaya mengajak para individu meningkat dari fase tahu ke fase mau, perlu dilakukan bina suasana. Adapun tiga pendekatan dalam bina suasana yaitu :

a. Bina Suasana Individu

Bina suasana individu ditujukan kepada individu-individu tokoh masyarakat. Dengan pendekatan ini diharapkan akan menyebarkan opini yang positif terhadap perilaku yang sedang diperkenalkan. Disamping itu, mereka juga diharapkan dapat menjadi individu-individu panutan dalam hal perilaku yang sedang diperkenalkan. Lebih lanjut bahkan dapat diupayakan agar mereka bersedia menjadi kader dan turut menyebarkan informasi guna menciptakan suasana yang kondusif bagi perilaku individu.

b. Bina Suasana Kelompok

Bina suasana kelompok ditujukan kepada kelompok-kelompok dalam masyarakat, seperti rukun tetangga (RT), pengurus rukun warga (RW), majelis pengajian, pengumpulan seni, organisasi profesi, organisasi wanita, organisasi siswa/mahasiswa, organisasi pemuda, dan lain-lain. Pendekatan ini dapat dilakukan oleh dan atau bersama-sama dengan pemuka/tokoh masyarakat yang telah peduli. Dengan pendekatan ini diharapkan kelompok-kelompok tersebut lalu bersedia juga mempraktikkan perilaku yang sedang diperkenalkan, mengadvokasi pihak-pihak yang terkait, dan atau melakukan kontrol sosial terhadap individu-individu anggotanya.

c. Bina Suasana Masyarakat

Bina suasana masyarakat umum dilakukan terhadap masyarakat umum dengan membina dan memanfaatkan media-media komunikasi, seperti radio, televisi, koran, majalah, situs internet, dan lain-lain, sehingga dapat tercipta pendapat umum. Dengan pendekatan ini diharapkan media-media massa tersebut menjadi peduli dan mendukung perilaku yang sedang diperkenalkan. Dengan demikian, maka media-media massa tersebut lalu bersedia menjadi mitar dalam rangka menyebarkan informasi tentang perilaku yang sedang diperkenalkan dan menciptakan pendapat umum (opini publik) yang positif tentang perilaku tersebut. Suasana atau pendapat umum

yang positif ini akan dirasakan pula sebagai pendukung atau penekan (Sosial pressure) oleh individu – individu anggota masyarakat, sehingga akhirnya mereka mau melaksanakan perilaku yang diperkenalkan.

3. Advokasi

Advokasi adalah upaya atau proses yang strategis dan terencana untuk mendapatkan komitmen dan dukungan dari pihak - pihak yang terkait (stakeholders). Berbeda dengan bina suasana, advokasi diarahkan untuk menghasilkan dukungan yang berupa kebijakan (misalnya dalam bentuk peraturan perundang-undangan), dana, sarana dan lain-lain sejenis. Stakeholders yang dimaksud bisa berupa tokoh masyarakat formal yang umumnya berperan sebagai penentu kebijakan pemerintah dan penyandang dana pemerintah. Juga dapat berupa tokoh-tokoh masyarakat informal seperti tokoh agama, tokoh adat, dan lain-lain umumnya dapat berperan sebagai penentu kebijakan (tidak tertulis) dibidangnya. Yang juga tidak boleh dilupakan adalah tokoh-tokoh dunia usaha, yang diharapkan dapat berperan sebagai peyandang dana non pemerintah.

Perlu disadari bahwa komitmen dan dukungan yang diupayakan melalui advokasi jarang diperoleh dalam waktu singkat. Pada diri sasaran advokasi umumnya berlangsung tahapan-tahapan, yaitu (1) mengetahui atau menyadari adanya masalah, (2) tertarik untuk ikut mengatasi masalah, (3) peduli terhadap pemecahan masalah dengan

mempertimbangkan berbagai alternatif pemecahan masalah, (4) sepakat untuk memecahkan masalah dengan memilih salah satu alternatif pemecahan masalah, dan (5) memutuskan tindak lanjut kesepakatan. Dengan demikian, maka advokasi harus dilakukan secara terencana, cermat, dan tepat. Bahan-bahan advokasi harus disiapkan dengan matang yaitu

- 1). Sesuai minat dari perhatian sasaran advokasi
- 2). Memuat rumusan masalah dan alternative pemecahan masalah
- 3). Memuat peran si sasaran dalam pemecahan masalah
- 4). Berdasarkan kepada fakta-fakta atau *evidence-based*
- 5). Dikemas secara menarik dan jelas
- 6). Sesuai dengan waktu yang tersedia.

I. Kerangka Pikir dan Konsep

Secara teoritik, kepercayaan kesehatan (*Health Believe*) yang menjadi dasar dalam tindakan pencegahan dan penanggulangan masalah kesehatan, termasuk dalam penanganan kehamilan dan persalinan, masih dipengaruhi oleh adanya nilai, norma dan kebiasaan-kebiasaan sosial yang dianut masyarakat. (Rosenstock, 1977)

Bentuk kepercayaan yang dimiliki oleh masyarakat sebenarnya ditujukan untuk meningkatkan kesehatan tetapi bagi masyarakat di luar budaya tersebut menilai perilaku itu justru dianggap berlawanan dengan kesehatan. Misalnya kepercayaan itu dikaitkan dengan kehamilan

seseorang bahwa setiap gangguan yang terjadi pada masa kehamilan diyakini bahwa itu akibat dari makhluk halus. Adanya kepercayaan seperti ini membuat mereka melakukan suatu perawatan kehamilan dengan kegiatan dalam bentuk upacara yang ditujukan untuk keselamatan bayinya.

Perilaku pemeriksaan kehamilan dan pilihan tindakan persalinan yang masih manganut konsep kesehatan kepercayaan tradisional merupakan bauran dari kondisi pengetahuan saat ini (pengetahuan medis modern) dan pengetahuan sosial budaya yang dipraktikkan oleh banyak keluarga pada komunitasnya. Dengan bauran kondisi pengetahuan maka akan timbul sikap individu dan keluarga untuk menilai tindakan pemeliharaan kehamilan dan pilihan tindakan persalinan didukung oleh situasi dan kondisi masyarakat setempat.

Oleh sebab itu, Bencker (1979), menyebut bahwa seseorang atau sekelompok orang dalam suatu masyarakat akan bertindak untuk mencegah atau menanggulangi masalah kesehatan karena percaya bahwa mereka berada dalam situasi rentan berdasarkan pengetahuan, menganggap masalah tersebut serius dan mengambil sikap untuk hal itu, dan kemudian meyakini efektivitas tujuan tindakan pencegahan dan penanggulagn, termasuk tindakan tersebut tidak mahal dan mendapat anjuran masyarakat setempat dimana ia bermukim.

Untuk mengukur kepercayaan terhadap tindakan yang diambil, seperti yang dikemukakan oleh Rosenstock dan Becker, maka Prochaska

(1979), menjelaskan proses yang terjadi didalam perubahan perilaku yaitu dengan mengajukan empat tahap independen yaitu tahap prakontemplasi bahwa seseorang atau satu keluarga tidak meningkat pengetahuan modern tentang pencegahan dan peanggulangan kesehatan yang benar karena orang atau keluarga tersebut belum bermaksud merubah kebiasaan-kebiasaan lama yang berlaku dalam masyarakat, namun bila seseorang telah memikirkan suatu perilaku baru tapi masih belum siap untuk melakukannya, maka berada dalam tahap kontemplasi. Bila seseorang telah siap melakukan perubahan perilaku maka hal ini benar-benar menjadi “modal” untuk tindakan baru dalam bentuk aksi.

Sekaitan dengan kebiasaan masyarakat dalam tindakan pemeliharaan penanganan kehamilan dan pemilihan tindakan persalinan seperti kebiasaan pada masyarakat Etnis Kaili di Sulawesi Tengah, beberapa studi terakhir (PPGK, Unicef dan FKM Unhas) menemukan kesimpulan bahwa tahap-tahap prakontemplasi, kontemplasi sampai pada tahap aksi dalam tindakan kesehatan modern belum dilaksanakan oleh sebab masih kuatnya kepercayaan dan kebiasaan-kebiasaan masyarakat tentang institusi perdukunan, walaupun individu dan keluarga telah pula mengetahui pendekatan pelayanan kesehatan modern seperti asumsi yang diajukan oleh Senhandu B. Kar (2003)

Pertanyaan mengapa masyarakat Etnis Kaili masih mempraktekan penanganan kehamilan dan persalinan pada institusi dukun, Senhandu B.

Kar kemudian mengajukan lima determinan yang mengikat perilaku seseorang atau satu keluarga yaitu;

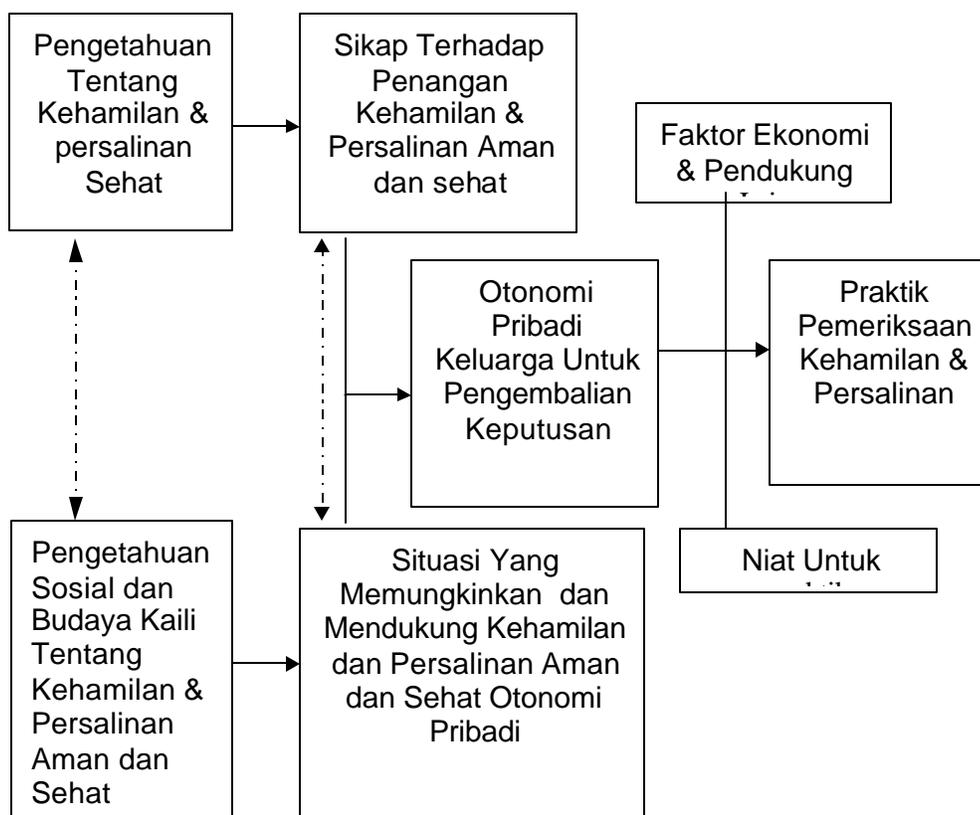
1. Adanya otonomi pribadi untuk mengambil tindakan atau keputusan (personal autonomy). Otonomi pribadi dimaksud dalam kaitan dengan pilihan pemeriksaan kehamilan dan pilihan tindakan persalinan adalah apakah seorang ibu atau satu keluarga dalam memelihara kehamilan dan mengambil tindakan persalinan memiliki otonomi untuk memilih pelayanan kesehatan yang tepat sesuai pengetahuannya ?
2. Adanya dukungan sosial masyarakat (Social Support). Apakah tindakan dari seorang ibu atau satu keluarga tentang pilihan pelayanan kesehatan ke Dukun atau pelayanan kesehatan modern mendapat dukungan dari masyarakat setempat berupa anjuran dan penilaian tentang kepatuhan atau pelanggaran terhadap nilai-nilai sosial setempat yang dianut.
3. Situasi yang memungkinkan untuk bertindak atau tidak (Action Situation) Situasi dukungan dimulai dari pembentukan sikap individu dan sikap sosial; apakah tindakan untuk tetap pada pemeriksaan kehamilan dan tindakan persalinan di institusi dukun atau memanfaatkan pelayanan kesehatan modern tersedia dapat berakibat pada keinginan aman menurut kepercayaan masyarakat dan sehat secara fisik .
4. Selanjutnya, adanya sikap individu dan dukungan sikap sosial, dipengaruhi oleh pengetahuan individu tentang pemeliharaan

kehamilan dan penanganan persalinan yang aman, yang kemudian didukung secara kuat oleh pengetahuan sosial masyarakat.

- Seluruh proses di atas, juga harus didukung oleh niat keluarga ((Behaviour Intention) untuk melakukan tindakan, serta dukungan ekonomi.

Beranjak dari pemikiran teoritis di atas, maka studi dengan judul Budaya Masyarakat Kaili tentang Konsep Kehamilan dan pertolongan Persalinan di Desa Tompe Kecamatan Sirenja Kabupaten Donggala akan menggunakan kerangka model dinamika proses sesuai penjelasan di atas dengan menggambarkan kerangka konsep sebagai berikut:

Gambar 2 Kerangka Konsep Penelitian



J. Definisi Konsep

1. Pengetahuan tentang Kehamilan dan Persalinan berkaitan dengan kondisi kehamilan yang aman dan sehat, tata cara pencegahan, pilihan tindakan pengendalian bila dirasakan rentan dengan resiko, yang kemudian didukung dengan tindakan. Kondisi pengetahuan akan dipegang dan dilaksanakan bila mendapat dukungan yang kuat dari pengetahuan sosial yang diyakini kebenarannya dan berlaku secara turun temurun.
2. Sikap terhadap penanganan kehamilan dan pilihan tindakan persalinan yang aman akan sangat didukung oleh seberapa tinggi pengetahuan yang dimiliki dan seberapa besar keyakinan atas kebenaran pengetahuan yang dimiliki.

3. Otonomi pribadi dan keluarga adalah dasar dari ekspresi karena memiliki pengetahuan modern dan pengetahuan tradisi, sikap dan situasi yang menguntungkan. Otonomi pribadi dapat dilihat dari pernyataan kesediaan menyerahkan praktik pada pemeliharaan kehamilan dan pilihan tindakan persalinan.
4. Niat memiliki dapat diamati karena adanya keinginan-keinginan tersembunyi yang ada pada individu dan keluarga .
5. Perilaku, adalah tindakan yang telah dilaksanakan oleh individu dan keluarga ketika memilih jenis pelayanan kesehatan yang kemudian mendapat dukungan masyarakat dan nilai sosial budaya setempat.

K. Proposisi Penelitian

1. Tingginya cakupan dukun dalam perawatan kehamilan dan pertolongan persalinan merupakan cerminan adanya pengaruh dari : pengetahuan, sikap, otonomi pribadi, niat, perilaku.
2. Karena itu strategi promosi kesehatan merupakan kontribusi dalam mendorong perubahan perilaku