

**UPAYA MENCIPTAKAN
MASYARAKAT SEHAT
DI PEDESAAN**

**SUATU STUDI PERILAKU TERHADAP KESEHATAN DI BEBERAPA DESA
DI SULAWESI SELATAN**

**EFFORTS TO CREATE HEALTHY COMMUNITIES
IN RURAL AREAS**

OLEH :

H. M. RUSLI NGATIMIN



**FAKULTAS PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN**

1987

**UPAYA MENCIPTAKAN
MASYARAKAT SEHAT
DI PEDESAAN**

**SUATU STUDI PERILAKU TERHADAP KESEHATAN DI BEBERAPA DESA
DI SULAWESI SELATAN**

**EFFORTS TO CREATE HEALTHY COMMUNITIES
IN RURAL AREAS**

DISERTASI

**UNTUK MEMPEROLEH GELAR DOKTOR
DALAM ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
DI FAKULTAS PASCASARJANA, UNIVER-
SITAS HASANUDDIN DI BAWAH
PIMPINAN :**

Prof. Dr. Ir. H. FACHRUDDIN
Sebagai Rektor

OLEH :

H. M. RUSLI NGATIMIN

**UNIVERSITAS HASANUDDIN
UJUNG PANDANG, INDONESIA**

14 Nopember 1987

PEMBIMBING:

Promotor : Prof. DR. J. Sulianti Saroso

Promotor I : Prof. DR. Hasen Walinono

Promotor II : Prof. DR. H.H.B. Mailangkay

Promotor III : Prof. Dr. Hardjoeno

TIM PENGUJI:

- Ketua : p. DR. J. Sulianti Saroso,
Universitas Airlangga
- Anggota : 1) f. DR. Hasan Walinono
Universitas Hasanuddin
- 2) f. DR. H.H.B. Mailangkay
Universitas Hasanuddin
- 3) f. Dr. Hardjoeno
Universitas Hasanuddin
- 4) f. Dr. Sabdoadi, MPH
Pengujian Eksternal,
Universitas Airlangga
- 5) f. Dr. Ch. Makaliwy
Universitas Hasanuddin
- 6) f. DR. Syamsu Mappa
IP Ujung Pandang

Motto:

إِنَّ اللَّهَ لَا يُغَيِّرُ مَا بِقَوْمٍ حَتَّى يُغَيِّرُوا مَا بِأَنْفُسِهِمْ
(الرعد - ١١)

Artinya:

Sesungguhnya Allah tidak akan mengubah keadaan suatu kaum sehingga mereka mengubah keadaan yang ada pada diri mereka sendiri.

Al Qur'an, S. Ar Ra'd ayat 11.

UCAPAN TERIMA KASIH

Merupakan kesyukuran kehadirat Allah SWT bahwa disertasi yang telah dipersiapkan dalam jangka waktu yang cukup lama, alhamdulillah, sekarang telah selesai. Selama penyusunan disertasi ini, penulis telah mendapat bantuan dari berbagai pihak. Kepada sahabat yang telah membantu kami, baik di keempat lokasi penelitian yaitu di Kecamatan Sendana, Kabupaten Majene, di Kecamatan Marioriwawo, Kabupaten Soppeng, di Kecamatan Sesean, Kabupaten Tana-Toraja serta di Kecamatan Bangkala, Kabupaten Jeneponto dan sahabat-sahabat di Ujung Pandang dan Jakarta, penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih yang tulus dan ikhlas. Tanpa bantuan dan kebaikan serta ketulusan hati mereka, usaha ini sulit selesai pada waktunya.

Penghargaan dan terima kasih yang seikhlas-ikhlasnya kami sampaikan pada Prof. DR. Med. S.J. Warouw, alm. guru dan promotor kami yang sejak semula memberikan petunjuk dan bimbingan, mulai pada penyusunan proposal sampai petunjuk - petunjuk praktis pelaksanaan penelitian hingga akhir hayat beliau tanggal 22 Oktober 1983.

Penghargaan dan terima kasih yang setinggi-tingginya kami sampaikan pada Prof. DR. J. Sulianti Saroso, promotor yang telah membimbing kami dengan penuh perhatian dan kesabaran selama 6 tahun yang terakhir ini dan memberikan petunjuk yang sangat berharga ke arah pengembangan intelektual kami.

Penghargaan dan terima kasih yang sebesar-besarnya kami sampaikan pada Prof. DR. Hasan Walinono, sahabat dan promotor kami yang dengan penuh perasaan persahabatan dan kekeluargaan, tiada jemu-jemunya mengarahkan dan membimbing kami, khususnya dalam masalah-masalah sosial, sehingga dapat memperkaya isi karya ini. Terima kasih yang setulus-tulusnya kami sampaikan pada Prof. DR. H.H.B. Mailangkay, sahabat dan promotor kami yang sejak semula mendorong kami untuk melaksanakan kegiatan guna menyusun karya ini dan perhatian serta bantuan beliau terutama dalam pencarian kepustakaan.

Terima kasih yang setulus-tulusnya kami sampaikan pada guru dan promotor kami, Prof. Dr. Hardjoeno yang telah mengenal dan membimbing kami sejak di Fakultas Kedokteran, Universitas Hasanuddin sampai dengan bimbingan penulisan karya ini. Petunjuk dan bimbingan beliau merupakan pendorong yang mempercepat selesainya karya ini.

Kepada Prof. DR. Ir. H. Fachrudin, Rektor Universitas Hasanuddin saat ini bersama segenap Pimpinan Universitas Hasanuddin lainnya yang telah memberi kesempatan dan bantuan kepada kami, kepada beliau-beliau itupun tak lupa kami sampaikan rasa terima kasih kami.

Khususnya kepada kedua Rektor Unhas terdahulu, Prof. DR. H.A. Amiruddin (sekarang Gubernur Kepala Daerah Tk.I Prop. Sulawesi Selatan) dan Prof. DR. Hasan Walinono (sekarang Direktur Jenderal Pendidikan Dasar dan Menengah, Departemen Pendidikan dan Ke

budayaan R.I.) yang pada masa jabatan masing-masing telah menangani, mendorong dan membantu secara sungguh-sungguh kegiatan penelitian dan penulisan disertasi ini, kepada beliau berdua kami sampaikan rasa terima kasih dan penghargaan yang setulus-tulusnya.

Kepada sahabat-sahabat kami, Prof, Drs. I Gusti N. Agung, MSc. MSt. Ph.D dan Prof. DR. Syamsu Mappa keduanya dari IKIP Ujung Pandang, terima kasih atas bantuan dan petunjuk di Bidang Statistik dan Ilmu Pendidikan.

Kepada sahabat-sahabat kami, Prof. DR. H. Halide, Ketua Lembaga Penelitian Unhas, DR. Mukhlis Paeni, Direktur Proyek Pengkajian Dan Pengembangan Masyarakat Pantai Unhas, Drs. Hamzah Dg. Mangemba dan Drs. Abu Hamid, terima kasih atas bantuan dan petunjuk tentang Statistik, Antropologi dan Kebudayaan.

Bantuan keuangan untuk membiayai kegiatan ini berasal dari Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi, Departemen Pendidikan dan Kebudayaan R.I. serta Pemda Tk. I Prop. Sulawesi Selatan. Untuk itu, kami sampaikan terima kasih kami kepada Pimpinan Direktorat Pendidikan Tinggi dan Bapak Gubernur, Brigjen H.A. Odang dan Prof. DR.H.A. Amiruddin serta Sekwilda Tingkat I Bapak Drs.H.M.Daud Nampo dan Drs. H.M. Parawansa.

Kepada para Bupati KDH Tk. II Majene, Soppeng, Tana-Toraja dan Jeneponto bersama segenap stafnya, kamipun menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya atas segala bantuan dan fasilitas selama kami meneliti di daerah tersebut di atas.

Kepada Bapak-Bapak Kepala Wilayah Kecamatan dan Dokter Puskesmas di Mosso, Kecamatan Sendana, Kabupaten Majene, di Takalala, Kecamatan Marioriwawo, Kabupaten Soppeng, di Pangli-Palawa, Kecamatan Sesean, Kabupaten Tana-Toraja serta di Benteng, Kecamatan Bangkala, Kabupaten Jeneponto, kami sampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya atas segala bantuan dan partisipasinya pada penelitian yang kami laksanakan di daerah tersebut di atas.

Khusus untuk kegiatan eksperimen di Lingkungan Congko, Kelurahan Labessi, Kecamatan Marioriwawo, Kabupaten Soppeng, kepada sahabat-sahabat kami, Abbas Sabbi SH, Sekwilda Tk. II Kabupaten Soppeng, Sdr. A. Nganro Kadir BA (saat itu Camat di Kecamatan Marioriwawo), Sdr. A. Syamsuddin (saat itu Kepala Lingkungan Congko), Dr. A. Nasyruddin Palloge dan Dr. I.B. Ariadnyana, keduanya saat itu Kepala Puskesmas Marioriwawo, terima kasih atas segala bantuannya.

Kepada segenap sahabat-sahabat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Unhas, terutama pada sdr. Dekan, Dr. H. Siradjuddin, BM, SKM bersama staf, terima kasih atas segala bantuan dan pengertian selama kami menulis karya ini. Khususnya pada Dr. Rafael Djajakusli MDH, terima kasih atas bantuan bahan kepustakaannya.

Kepada sahabat-sahabat yang telah membantu kami pada kegiatan lapangan, Sdr. Ir. Senong Zakaria, MSc, Ir. Elly Ishak, MSc, Ir. Maryati Bilang, Ir. Djelil Genisa, Dr. Buraerah H.A. Hakim, Dr. I.B. Ariadnyana dan Sdr. Sultan (saat itu sanitarian pada Puskesmas Marioriwawo) serta segenap Dokter Muda Fakultas Kedokteran Unhas.

yang telah membantu pada pengumpulan data, kepada sahabat-sahabat semua, tak lupa kami sampaikan penghargaan dan terima kasih yang sebesar-besarnya.

Pada penulisan karya ini, kami mendapat sangat banyak bantuan bahan kepustakaan. Untuk itulah, ingin kami sampaikan terima kasih kami yang sebesar-besarnya kepada sahabat-sahabat kami di Perpustakaan Pusat Universitas Hasanuddin yaitu pada Prof.DR. Abd. Rahman Rahim, Drs. Syarifuddin Penta serta staf lainnya. Begitu pula pada sahabat kami, Sdr. Syamsuri Conterius BA, Kepala Perpustakaan Fakultas Kedokteran Unhas, Sdri. A. Sundewi Dewang di Perpustakaan Fakultas Kesehatan Masyarakat serta sahabat di Perpustakaan Kenwil Departemen Kesehatan di Ujung Pandang. Di dalam upaya menambah kepustakaan di Jakarta, kami ingin mengucapkan banyak terima kasih pada sahabat-sahabat kami di Pusat Penelitian Unika Atma Jaya yaitu pada Sdr. Dr. Charles Suryadi, MPH, Sdr. Paul W. Kartono dan Sdri Diao Ai Lien atas segala bantuan melacak, memilih dan menyediakan bahan bacaan selama kami menggunakan fasilitas Perpustakaan Unika Atma Jaya di Jakarta. Demikian pula pada Sdri. Kayes Lumatouw, MLS di Perpustakaan Departemen Kesehatan R.I. jl. Prapatan 10 Jakarta, terima kasih atas segala bantuan untuk mendapatkan data Survei Kesehatan Rumah Tangga tahun 1980.

Kepada kedua orang tua tercinta, ayahanda Ngatimin almarhum (wafat bulan Januari 1979) dan ibunda Hajjah Sitti Hadiah Dg. Sibollo, almarhumah (wafat bulan Juli 1984) yang keduanya ti

dak sempat menyaksikan penulisan karya ini, kepada Allah jua anakda mohonkan semoga jerih payah ayah bunda mengasuh, membesarkan dan mendidik anakda, diterima Allah sebagai amal jariah. Kepada isteriku tercinta, Hajjah Sardina Dg. Ngai bersama keempat putera dan puteriku, Sri, Badar, Heru dan Rudy, terima kasih atas segala doa restu, kesabaran, pengorbanan dan dorongan yang telah diberikan kepada kami untuk menyelesaikan karya ini.

Kepada sahabat-sahabat kami di Perwakilan Pemda Tk. I Sulsel di Jakarta, Sdr. Dahlan Tahir BA, Drs. Burhan, Sdr. A. Bachtiar, Sdr. Simon serta sahabat-sahabat lainnya, terima kasih atas segala bantuan dan penerimaan selama kami di Jakarta untuk berkonsultasi dalam rangka penyelesaian studi ini.

Kepada sahabat-sahabat, Hamzah Mahmood, MA dan DR. Nurdin Yatin yang telah membantu membaca dan mengoreksi susunan bahasa Inggris yang digunakan, terima kasih atas bantuan anda.

Kepada para Guru Besar yang telah bersedia untuk menjadi penguji luar, Prof. Dr. Sabdoadi, MPH, Prof. Dr. Ch. Makaliwy dan Prof. DR. Syamsu Mappa, kami sampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya.

Akhirnya kepada segenap sahabat, handai tolan dan keluarga yang telah terlibat dan membantu tercapainya penulisan karya ini, meskipun tak dapat kami sebutkan satu-persatu, kami yakin bahwa amal jariah itu akan mendapat balasan dari Allah SWT. Insya Allah.

Abstrak.

Nama : H. Muhammad Rusli Ngatimin

Judul : Upaya Menciptakan Masyarakat Sehat di Pedesaan

(dibawah bimbingan Prof.DR.J.Sulianti Saroso beserta para ko-promotor: Prof.DR. Hasan Walinono, Prof.DR.H. H.B.Mailangkay dan Prof. Dr. Hardjoeno).

Menciptakan hidup sehat di pedesaan, merupakan bagian dari Pembangunan Nasional di bidang kesehatan. Guna mencapai keadaan tersebut, perubahan pola berfikir yang merupakan dasar nilai dan perilaku, merupakan sasaran utama yang harus dicapai guna tercapainya tujuan. Terjadinya perubahan pola berfikir di bidang kesehatan, ditandai dengan adanya perubahan persepsi, sikap dan perilaku yang mendukung nilai hidup sehat di dalam masyarakat.

Penelitian yang bertujuan untuk memperlihatkan kemampuan Pendidikan Kesehatan Masyarakat (PKM) untuk merubah perilaku yang tidak sehat menuju ke perilaku sehat, dilaksanakan dalam 3 tahap. Penelitian tahap I yang bertujuan untuk melihat perilaku masyarakat terhadap kesehatan moderen, dilaksanakan di empat lokasi yaitu, (1) Desa Labessi, Kecamatan Marioriwawo, Kabupaten Soppeng, (2) Desa Mosso, Kecamatan Sendana, Kabupaten Majene, (3) Desa Pangli-Palawa, Kecamatan Sesean, Kabupaten Tana-Toraja, dan (4) Desa Benteng, Kecamatan Bangkala, Kabupaten Jeneponto. Penelitian tahap I dilaksanakan dengan metoda survai eksploratif dan berlangsung dari bulan Maret 1981 sampai dengan Januari 1982. Sebanyak 400 responden diikuti sertakan.

penelitian tahap II yang bertujuan untuk melihat kepercayaan dukun tentang timbulnya penyakit, cara mengobatinya serta loyalitas mereka terhadap upaya kesehatan moderen, dilaksanakan pada lokasi yang sama dengan lokasi kegiatan penelitian pada tahap I.

Penelitian tahap II dilaksanakan dengan metoda studi kasus dan berlangsung dari bulan Maret 1982 sampai dengan Februari 1983. Sebanyak 35 orang dukun diikuti sertakan dalam penelitian ini.

Penelitian tahap III yang bertujuan untuk melihat pengaruh PKM dalam merubah perilaku kesehatan di dalam masyarakat serta untuk mendapatkan teknik perubahan perilaku melalui analisis perilaku. Penelitian tahap III dilaksanakan di Lingkungan Congko, Kelurahan Labessi, Kecamatan Marioriwawo, Kabupaten Soppeng dalam bentuk eksperimen dan berlangsung dari Oktober 1984 sampai dengan Januari 1986. Sebanyak 27 orang anggota Kelompok Masyarakat Terlatih (KMT) diikuti sertakan dalam penelitian ini.

Sebagai hasil dari ketiga tahap penelitian tersebut di atas, dapat disimpulkan sebagai berikut, yaitu (1) perilaku responden yang diukur dalam komponen pengetahuan, sikap dan perbuatan, ternyata masih kurang dari 50% dari kriteria yang telah ditentukan, (2) pengaruh pendidikan formal lebih kuat dibandingkan dengan pengaruh pendapatan keluarga terhadap perubahan perilaku kesehatan di dalam keluarga, (3) pengaruh dukun lebih kuat dibandingkan dengan pengaruh petugas kesehatan pada jalur pengobatan di pedesaan, (4) terdapat beberapa kecenderungan a-

adanya kesamaan tindakan dukun dengan upaya kesehatan moderen yang dapat digunakan untuk meningkatkan peranan dukun di dalam mewujudkan tercapainya tujuan pembangunan kesehatan nasional, (5) loyalitas dukun terhadap kesehatan moderen ditentukan oleh usia, tingkat pendidikan, jarak rumah serta lamanya melaksanakan pekerjaan sebagai dukun, (6) profesi dukun bukanlah pekerjaan andalan untuk menopang kehidupan sehari-hari dan terdapat kecenderungan bahwa kegiatan sebagai dukun akan segera berakhir, (7) proses PKM dalam kegiatan terpadu merupakan kegiatan yang tepat untuk merubah perilaku kasehatan, (8) dengan menggunakan cara pendekatan "mediko-sosio-antropologis" nilai sehat yang telah melembaga di dalam masyarakat dapat ditingkatkan sesuai dengan nilai sehat pada kesehatan moderen, dan (9) untuk kerubah perilaku menuju ke perilaku sehat, dapat digunakan formula yaitu: $PS = f (Pb, Ek, Kk, Aa, Ed, Mm)$.

Pada formula ini dimaksudkan bahwa untuk tercapainya perilaku sehat (PS) diperlukan interaksi berbagai variabel yaitu adanya perubahan pola berfikir (Pb), tingkat pendapatan keluarga (Ek), adanya komunikator kesehatan yang tepercaya (Kk), adanya tenaga ahli yang bersedia membantu petugas kesehatan yang berwenang dan bertanggung jawab (Aa), kegiatan dilaksanakan dalam suatu proses pendidikan kesehatan (Ed), dan pembinaan masyarakat untuk menciptakan manusia pembangunan yang bersikap positif terhadap kesehatan (Mm).

Penggunaan formula tersebut di atas dapat dilaksanakan di mana-mana asalkan masyarakat yang bersangkutan memiliki tatanan so-

sial-budaya di bidang kesehatan yang sama dengan masyarakat di Congko. Syarat tersebut berupa, (1) kepercayaan di bidang kesehatan, (2) kebiasaan hidup sehari-hari, (3) upacara-upacara di bidang kesehatan, (4) konsep tentang penyakit dan pengobatan tradisional, (5) adanya panutan, dan (6) sifat khas Indonesia yaitu gotong-royong.

Keberhasilan penelitian didukung oleh adanya kesadaran masyarakat baik para tokoh masyarakat maupun warga masyarakat pada umumnya, para perencana kesehatan serta tersedianya sumber daya yang dapat mendukung pelaksanaan rencana kesehatan masyarakat tersebut.

Namun demikian, hambatan terdapat. Kurangnya pengetahuan tentang kesehatan serta pengaruh sosial-ekonomi, merupakan hambatan yang tak terelakkan. Adanya kegiatan "non-health" yang dimaksudkan agar dapat meningkatkan pendapatan masyarakat, merupakan usaha yang sangat mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan masyarakat.

Abstract.

Name : H. Muhammad Rusli Ngatimin

Title : Efforts to Create Healthy Communities in Rural Areas
(under the direction of Prof. J. Sulianti Saroso, Dr. PH
and committee members: Prof. Hasan Walinono, Ph.D,
Prof. Dr. Med. H. H. B. Mailangkay and Prof. Hard - MD).

The fostering of healthy conditions in rural
of the public health goals in the National Develop

To reach the desired objectives, requires changes in the way of thinking, which in turn change the value and behavior in a community. Changes in perception, attitudes and behavior toward a healthy life provide of changes in the way of thinking.

The research for this study examines the use of health education in order to change the health behavior in the community.

The research was conducted in three phases.

The objective of phase I was to examine the community health behavior with respect to modern health care. The research was carried out in four locations, (1) Desa Labessi, Kecamatan Marioriwawo, Kabupaten Soppeng, (2) Desa Mosso, Kecamatan Sendana, Kabupaten Majene, (3) Desa Pangli-Palawa, Kecamatan Sesean, Kabupaten Tana-Toraja, and (4) Desa Benteng, Kecamatan Bangkala, Kabupaten Jeneponto. Data was compiled in an explorative survey method during the period from March 1981 to January 1982.

There were 400 respondents who participated in this research.

The objective of phase II was to examine the dukun's (traditional healer) beliefs concerning the occurrence of disease and its treatment and the trust placed by the dukun in modern medicine. This research was carried out in the same locations as phase I.

By means of the case-study method, the research was carried out during the period from March 1982 to February 1983. There were 35 dukuns that participated in this phase of the research.

The objective of phase III was to examine the influence

of health education in changing the community health behavior and to identify a formula for changing the behavior by means of an analysis of present behavior.

The research for this phase was carried out at Lingkungan Congko, Kelurahan Labessi, Kecamatan Marioriwawo, Kabupaten Soppeng. An experimentation method was employed during the period from October 1984 to January 1986. The twenty-seven respondents who participated in this experiment are the member of Kelompok Masyarakat Terlatih (Trained Community Group).

The finding from the three phases of research can be summarized as follows: (1) The health related behavior (related to knowledge, attitude and practice) of the respondents measured less than 50% in comparison with predetermined criteria available, (2) The influence of formal education on behavioral changes with respects to family health was greater than the influence of family income, (3) The dukun had more influence on the mode of treatment in the desa than the health worker. (4) There were some similarities in the practices of the dukuns and the practices of the health workers that could be utilized to increase the role of dukuns in the effort to reach the public health objectives of the National Health Development Program. (5) The confidence of the dukuns in modern medicine was associated with several factors such as age, education, the distance of the dukun's house from puskesmas and the length of the time he or she had practicing. (6) The occupation of the dukun was not very remunerative and there was a tendency that this profession would come to an end. (7) Health education process as part of an

integrated program was a fruitful way to change community health behavior. (8) By using a "medico-socio-anthropological" approach, the traditional health values might be moved closer to modern health values. And, (9) the change in a community's health behavior might be described using the following formula: $PS=f(Pb, Ek, Kk, Aa, Ed, Mm)$. The variable abbreviations are PS for healthy behavior, (Pb) for the way of thinking, (Ek) for the family income, (Kk) for the credibility of the health communicators, (Aa) for the assistance of non-health experts working together with the responsible health worker, (Ed) for health education activities, and (Mm) for the training that results in improved attitude toward health. The formula was valid for every community which has social institution as long as these social institution were similar to these Congko's in the following aspects: (1) health beliefs, (2) health habits, (3) health ceremonies, (4) the concept of disease and traditional treatment, (5) personal reverence, and (8) the practice of the Indonesian social custom, gotong-royong. The succes of the research was due in part to an awareness of the importance of goal health on the part of the community and their key-leaders and local government health programmers. Also actual resources in the region are adequate to insure a succesful public health program.

Nevertheless, there were unavoidable obstacles caused by the lack of knowledge regarding health and the influence of social economic problems. "Non-health" activities which help to raise incomes provide very effective support in the effort to reach public health goals.

DAFTAR ISI

UCAPAN TERIMA KASIH	.....	vi
ABSTRAK	.....	xii
DAFTAR ISI	.....	xix
DAFTAR TABEL	.....	xxiv
DAFTAR SKEMA	.....	xxx
DAFTAR GRAFIK	.....	xxxi
DAFTAR LAMPIRAN	.....	xxxii
BAB I	PENDAHULUAN	1
	A. Latar belakang	1
	B. Identifikasi masalah dan kerangka pemikiran	5
	1. Identifikasi masalah	5
	2. Kerangka pemikiran	5
	C. Tujuan dan kegunaan penelitian	11
	1. Tujuan penelitian	11
	a. Tujuan umum	14
	b. Tujuan khusus	14
	2. Kegunaan penelitian	15
BAB II	TINJAUAN PUSTAKA	17
	A. Kesehatan dan kebudayaan	17
	B. Sikap dan perilaku warga masyarakat desa terhadap kesehatan	22
	C. Hubungan tingkat pendidikan formal dan tingkat pendapatan keluarga dalam upaya peningkatan kesehatan	33

	D. Pemanfaatan pengorganisasian dan pengembangan masyarakat untuk merubah nilai dan perilaku kesehatan	43
	E. Perilaku dan nilai sehat masyarakat desa	55
BAB III	METODOLOGI PENELITIAN	64
	A. Pemilihan metoda dan alasannya	64
	1. Tahap I - survai eksploratif	64
	2. Tahap II - studi kasus	64
	3. Tahap III - research cum action "The One Group Pretest-Posttest Design"	65
	B. Pemilihan sampel	66
	1. Tahap I - survai	66
	2. Tahap II - studi kasus	67
	3. Tahap III - research cum action	67
	C. Variabel yang diteliti	68
	D. Hipotesis	69
	E. Pengukuran kemaknaan perhitungan statistik:	
	1. Tahap I - kai-kwedrat	69
	2. Tahap II - data deskriptif	70
	3. Tahap III - McNemar	70
	F. Kriteria objektif	73
	1. Pendidikan	73
	2. Pendapatan	73
	3. Pengetahuan tentang kesehatan	73

	4. Sikap tentang kesehatan	75
	5. Perbuatan tentang kesehatan	77
	6. Perubahan perilaku menuju ke perilaku sehat	79
	G. Lokasi penelitian	81
BAB IV	HASIL-HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	87
	A. Profil responden dan tingkat pengetahuan, sikap dan perbuatan mereka terhadap kesehatan	87
	B. Hubungan tingkat pendidikan formal dan penderatan keluarga terhadap perilaku kesehatan	99
	1. Pengaruh tingkat pendidikan formal terhadap perilaku kesehatan keluarga dalam as- pek pelayanan kesehatan, pe- ningkatan gizi dan sanitasi lingkungan	99
	a. Pengaruh pendidikan formal pada aspek pelayanan kese- hatan	105
	b. Pengaruh pendidikan formal pada aspek peningkatan gizi	107
	c. Pengaruh pendidikan formal pada aspek sanitasi ling- kungan	108
	2. Pengaruh penderatan keluarga terhadap perilaku kesehatan dalam aspek pelayanan kese- hatan, peningkatan gizi dan sanitasi lingkungan	111
	C. Pola berfikir, konsep dan keperca-	

yaan dukun tentang penyebab penyakit, timbulnya penyakit dan pengobatannya 119

D. Loyalitas dukun terhadap pelayanan kesehatan moderen dan pengaruhnya pada jalur pengobatan di desa 135

E. Masyarakat di lokasi eksperimen dan penggunaan "paket pendidikan" pada proses perubahan perilaku mereka 147

F. Eksperimen di Congko dan hasilnya 188

1. Tingkat pengetahuan 191

2. Perubahan sikap 196

3. Perbuatan 200

G. Formulasi perubahan perilaku berdasarkan proses analisis perilaku 217

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN 225

A. Kesimpulan

1. Perilaku terhadap kesehatan moderen 225

2. Dukun, konsep dan pelayanannya 226

3. PKM dan tercapainya perilaku sehat 228

B. Saran-saran 230

BAB VI RINGKASAN 232

A. Tahap I 235

B. Tahap II 237

C. Tahap III 238

CONCLUSION AND SUGGESTION	242
A. Conclusion	
1. The health behavior toward modern medicine ..	242
2. The <u>dukun</u> , his concepts and services	243
3. Health education and the existance of health behavior	244
B. Suggestion	246
KEPUSTAKAAN	254
TABEL-TABEL	284
LAMPIRAN-LAMPIRAN	313
RIWAYAT HIDUP AKADEMIS	351

DAFTAR TABEL

1.	Tabel 1 DISTRIBUSI PENDUDUK, SUKU BANGSA, JUMLAH KEPALA KELUARGA DI LOKASI MENURUT DESA DAN KABUPATEN TAHUN 1981.	284
2.	Tabel 2 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT LOKASI DAN GOLONG- AN UMUR, TAHUN 1982	285
3.	Tabel 3 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT LOKASI DAN TINGKAT PENDIDIKAN FORMAL, TAHUN 1982	285
4.	Tabel 4 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT LOKASI DAN TINGKAT PENDAPATAN KELUARGA, TAHUN 1982	286
5.	Tabel 5 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT LOKASI DAN JENIS PEKERJAAN RESPONDEN, TAHUN 1982	286
6.	Tabel 6 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT LOKASI DAN PENGE- TAHUAAN MEREKA TENTANG ADANYA PUSKESMAS, TAHUN 1982	287
7.	Tabel 7 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT LOKASI DAN JALUR PENGOBATAN YANG DIGUNAKAN UNTUK BERBATAS DAN MENCAPAI KESEMBUHAN, TAHUN 1982	287
8.	Tabel 8 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT LOKASI DAN PENGETAHUAN RESPONDEN TENTANG PENYEBAB PENYA- KIT, TAHUN 1982	288
9.	Tabel 9 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT LOKASI DAN JENIS SUMBER AIR YANG DIGUNAKAN SEHARI-HARI, TAHUN 1982.	288
10.	Tabel 10 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT LOKASI DAN CARA MEREKA MEMPOSSES AIR MINUM, TAHUN 1982	289
11.	Tabel 11 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT LOKASI DAN PEMILIKAN DAN PENGGUNAAN JAMBAN KELUARGA SERTA CARA LAIN UN- TUK MEMBUANG HAJAT, TAHUN 1982	289

2.	Tabel 12 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT LOKASI DAN CARA MEREKA MEMBUANG SAMPAH, TAHUN 1982.	290
3.	Tabel 13 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT LOKASI DAN CARA MEREKA MENCUCI TANGAN, TAHUN 1982	290
4.	Tabel 14 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT LOKASI DAN FREKUENSI KONSUMSI PROTEIN, TAHUN 1982	291
5.	Tabel 15 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT LOKASI DAN FREKUENSI MAKAN SAYUR, TAHUN 1982	291
6.	Tabel 16 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT LOKASI DAN SUMBER PROTEIN YANG DIKONSUMSIKAN TIAP HARI, TAHUN 1982	292
7.	Tabel 17 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT LOKASI DAN LAMANYA MENYUSUKAN ANAK, JEMIS MAKANAN TAMBAHAN YANG DIBERIKAN SERTA ANGKA KE- SAKITAN KKP, TAHUN 1982	292
8.	Tabel 18 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT LOKASI DAN TINGKAT PENGETAHUAN, SIKAP DAN PERBUATAN MEREKA TERHADAP ASPEK PELAYANAN KESEHATAN, PENINGKATAN GIZI DAN SANITASI LINGKUNGAN, TAHUN 1982.	293
9.	Tabel 19 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT TINGKAT PENGE- TAHUAN, SIKAP DAN PERBUATAN DALAM ASPEK PE- LAYANAN KESEHATAN, PENINGKATAN GIZI DAN SA- NITASI LINGKUNGAN DAN TINGKAT PENDIDIKAN FORMAL SERTA PENDAPATAN KELUARGA, DESA LABESSI, KECAMATAN MARIORIWAWO, KABU- PATEN SOPPENG, TAHUN 1982	294
10.	Tabel 20 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT TINGKAT PENGE- TAHUAN, SIKAP DAN PERBUATAN DALAM ASPEK PE- LAYANAN KESEHATAN, PENINGKATAN GIZI DAN SA- NITASI LINGKUNGAN DAN TINGKAT PENDIDIKAN FORMAL SERTA PENDAPATAN KELUARGA, DESA MOSSO, KECAMATAN SENDANA, KABUPATEN MAJENE, TAHUN 1982	295

21.	Tabel 21 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT TINGKAT PENGE- TAHUAN, SIKAP DAN PERBUATAN DALAM ASPEK PE- LAYANAN KESEHATAN, PENINGKATAN GIZI DAN SA- NITASI LINGKUNGAN DAN TINGKAT PENDIDIKAN FORMAL SERTA PENDAPATAN KELUARGA, DESA PANGLI-PALAWA, KECAMATAN SESEAN, KABU- PATEN TANA-TORAJA, TAHUN 1982	296
22.	Tabel 22 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT TINGKAT PENGE- TAHUAN, SIKAP DAN PERBUATAN DALAM ASPEK PE- LAYANAN KESEHATAN, PENINGKATAN GIZI DAN SA- NITASI LINGKUNGAN DAN TINGKAT PENDIDIKAN FORMAL SERTA PENDAPATAN KELUARGA, DESA BENTENG, KECAMATAN BANGKALA, KABUPATEN JENEPONTO, TAHUN 1982.	297
23.	Tabel 23 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT TINGKAT PENGE- TAHUAN, SIKAP DAN PERBUATAN DALAM ASPEK PE- LAYANAN KESEHATAN, PENINGKATAN GIZI DAN SA- NITASI LINGKUNGAN, TINGKAT PENDIDIKAN DAN PENDAPATAN, TAHUN 1982	298
24.	Tabel 24 DISTRIBUSI DUKUN DAN GOLONGAN UMUR, TAHUN 1982	299
25.	Tabel 25 DISTRIBUSI DUKUN DAN LAMANYA BERPERAKTEK SEBAGAI DUKUN, TAHUN 1982	300
26.	Tabel 26 DISTRIBUSI DUKUN DAN GOLONGAN UMUR SAAT MU- LAI MENJADI DUKUN, TAHUN 1982	300
27.	Tabel 27 DISTRIBUSI DUKUN DAN JUMLAH PASIEN YANG DI- RAWAT SETIAP HARI, TAHUN 1982	300
28.	Tabel 28 DISTRIBUSI DUKUN DAN ASAL MULA MENJADI DUKUN TAHUN 1982	301
29.	Tabel 29 DISTRIBUSI DUKUN, JENIS KELAMIN DAN SEX-RATIO TAHUN 1982	301

30.	Tabel 30 DISTRIBUSI DUKUN DAN TINGKAT PENDIDIKAN FORMAL DUKUN, TAHUN 1982	302
31.	Tabel 31 DISTRIBUSI DUKUN DAN JENIS PEKERJAAN POKOK DUKUN, TAHUN 1982	302
32.	Tabel 32 DISTRIBUSI DUKUN DAN CARA DUKUN MEMETAPKAN BIAYA PERAWATAN, TAHUN 1982	303
33.	Tabel 33 DISTRIBUSI DUKUN DAN PENGETAHUAN DUKUN TENTANG PENYEBAB PENYAKIT DAN JENIS PENYEBAB PENYAKIT, TAHUN 1982	303
34.	Tabel 34 DISTRIBUSI DUKUN DAN PENGETAHUAN DUKUN TENTANG HUBUNGAN ASPEK KESEHATAN YANG DITELITI DAN TIMBULNYA PENYAKIT, TAHUN 1982	304
35.	Tabel 35 DISTRIBUSI DUKUN DAN JENIS OBAT YANG DI- BERIKAN, TAHUN 1982	304
36.	Tabel 36 DISTRIBUSI DUKUN DAN PENGAMALAN DUKUN SESUAI UPAYA KESEHATAN MODEREN, TAHUN 1982	305
37.	Tabel 37 DISTRIBUSI DUKUN DAN EKSPRESI DUKUN SAAT MEMBUAT JAMPI, TAHUN 1982	305
38.	Tabel 38 DISTRIBUSI DUKUN DAN SIKAP DUKUN MENG- HADAPI PASIENNYA, TAHUN 1982	306
39.	Tabel 39 DISTRIBUSI DUKUN DAN SIKAP DUKUN MENG- HADAPI PETUGAS KESEHATAN, TAHUN 1982	306
40.	Tabel 40 DISTRIBUSI DUKUN DAN SIKAP DUKUN DALAM MENGHADAPI PANGGILAN PASIEN DAN RUJUKAN, TAHUN 1982	307

41.	Tabel 41 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT GOLONGAN UMUR DI LINGKUNGAN CONGKO, KELURAHAN LABESSI, KE- CAMATAN MARIORIWAWO, TAHUN 1984.....	308
42.	Tabel 42 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT TINGKAT PENDI- DIKAN FORMAL DI LINGKUNGAN CONGKO, KELURAH- AN LABESSI, KECAMATAN MARIORIWAWO, TAHUN 1984	308
43.	Tabel 43 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT TINGKAT PENDA- PATAN DI LINGKUNGAN CONGKO, KELURAHAN LABES- SI, KECAMATAN MARIORIWAWO, TAHUN 1984	309
44.	Tabel 44 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT JENIS PEKERJAAN DI LINGKUNGAN CONGKO, KELURAHAN LABESSI, KE- CAMATAN MARIORIWAWO, TAHUN 1984	309
45.	Tabel 45 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT TINGKAT PENGE- TAHUAN, SIKAP DAN PERBUATAN PADA ASPEK PELA- YANAN KESEHATAN, PENINGKATAN GIZI DAN SANI- TASI LINGKUNGAN (PRETEST), LINGKUNGAN CONGKO, KELURAHAN LABESSI, KECA- MATAN MARIORIWAWO, TAHUN 1984.	310
46.	Tabel 46 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT TINGKAT PENGE- TAHUAN, SIKAP DAN PERBUATAN PADA ASPEK PELA- YANAN KESEHATAN, PENINGKATAN GIZI DAN SANI- TASI LINGKUNGAN (POSTTEST), LINGKUNGAN CONGKO, KELURAHAN LABESSI, KECA- MATAN MARIORIWAWO, TAHUN 1986	310
47.	Tabel 47 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT TINGKAT PENGE- TAHUAN, SIKAP DAN PERBUATAN PADA ASPEK PELA- YANAN KESEHATAN, PENINGKATAN GIZI DAN SANI- TASI LINGKUNGAN, PENDIDIKAN FORMAL DAN PEN- DAPATAN KELUARGA, LINGKUNGAN CONGKO, KELURAHAN LABESSI, KECA- MATAN MARIORIWAWO, TAHUN 1984	311

48. Tabel 48

DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT TINGKAT PENGE-
TAHUAN, SIKAP DAN PERBUATAN PADA ASPEK PELA-
YANAN KESEHATAN, PENINGKATAN GIZI DAN SANI-
TASI LINGKUNGAN, PENDIDIKAN FORMAL DAN PEN-
DAPATAN KELUARGA,
LINGKUNGAN CONGKO, KELURAHAN LABESSI, KECA-
MATAN MARIORIWAWO, TAHUN 1986 312

DAFTAR SKEMA

1.	Skema I PROSES PERUBAHAN PERILAKU	16
2.	Skema II HASIL UJI STATISTIK TABEL-TABEL 19,20,21 DAN 22	100
3.	Skema III HASIL UJI STATISTIK TABEL 23	106
4.	Skema IV JALUR PENGOBATAN DI PEDESAAN	137
5.	Skema V HASIL PERHITUNGAN STATISTIK TABEL 47 DAN TABEL 48	208

DAFTAR GRAFIK

1. Grafik I	
HISTOGRAM PROSENTASE PENGETAHUAN, SIKAP DAN PERBUATAN DALAM ASPEK PELAYANAN KESEHATAN, PENINGKATAN GIZI DAN SANITASI LINGKUNGAN	96
2. Grafik II	
POLYGON PROSENTASE UNTUK PENGETAHUAN, SIKAP DAN PERBU- ATAN PADA KETIGA ASPEK KESEHATAN YANG DITELITI	98
3. Grafik III	
PERALIHAN INDIVIDU MENUJU PENGETAHUAN, SIKAP DAN PER- BUATAN YANG CUKUP DAN KEMAKNAAN DALAM PERHITUNGAN STA- TISTIK	190
4. Grafik IV	
PERBANDINGAN GRAFIK POLYGON PRE-TEST DAN POST-TEST KE TIGA ASPEK KESEHATAN YANG DITELITI	192

DAFTAR LAMPIRAN

1.	Lamp. I DATA PRIBADI PARA DUKUN SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN TAHAP II (TAHUN 1982)	313
2.	Lamp. II DAFTAR NAMA, PENDIDIKAN DAN PENDAPATAN ANGGOTA KMT DI LING. CONGKO, KEL. LABESSI, KEC. MARIO RIWAWO, KABUPATEN SOPPENG TAHUN 1984.	315
3.	Lamp. III JADUAL PEMBERIAN PELAJARAN PADA ANGGOTA KMT, CONGKO TAHUN 1984	316
4.	Lamp. IV DEMONSTRASI GIZI DI CONGKO, TAHUN 1984	318
5.	Lamp. V CARA MENGGUNAKAN SARANA PELAYANAN KESEHATAN, POLA MAKANAN ANGGOTA KMT DAN PEMANFAATAN HASIL KURSUS GIZI, JANUARI 1984	326
6.	Lamp. VI PERBANDINGAN KEADAAN SANITASI LINGKUNGAN BAGI ANGGOTA KMT, NOPEMBER 1984 DENGAN JANUARI 1986	327
7.	Lamp. VII ASUMSI PENGGUNAAN TES STATISTIK MCNEMAR	328
8.	Lamp. VIII PERINCIAN BIAYA/HASIL PETERNAKAN AYAM PADA KEGIATAN "NON-HEALTH" DI CONGKO, TAHUN 1985	331
9.	Lamp. IX PETA PROPINSI SULAWESI SELATAN	333
0.	Lamp. X PETA KABUPATEN DATI II SOPPENG	334
1.	Lamp. XI PETA KECAMATAN MARIORIWAWO	335
2.	Lamp. XII ISTILAH-ISTILAH	336
3.	Lamp. XIII DAFTAR NAMA DAN TEMPAT	348
4.	Lamp. XIV DAFTAR SINGKATAN	350

BAB I

P E N D A H U L U A N

A. Latar belakang

Meskipun untuk hidup sehat merupakan idaman setiap orang namun untuk mencapainya masih ditempuh dengan berbagai cara. Mencapai hidup sehat seperti yang tercantum di dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN)⁽¹⁾ yaitu tercapainya derajat kesehatan yang optimal, secara terinci telah dijabarkan dalam Rencana Pokok Program Pembangunan Jangka Panjang bidang kesehatan (RP3JPK) Di dalam RP3JPK⁽²⁾ secara terinci dikemukakan cara untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal itu dalam suatu rumusan Pancasila Husada. Rumusan tersebut terdiri dari, (1) peningkatan kemampuan masyarakat menolong dirinya sendiri dalam bidang kesehatan, (2) perbaikan mutu lingkungan hidup yang dapat menjamin kesehatan, (3) peningkatan status gizi masyarakat, (4) pengurangan kesakitan (morbiditas) dan kematian (mortalitas), dan (5) pengembangan keluarga sehat sejahtera dengan makin diterimanya norma keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera. Kelima karsa tersebut di atas yang sifatnya memprioritaskan upaya pencegahan, belumlah dapat diterima dan diamalkan masyarakat secara luas dan menyeluruh, karena sementara ini mereka lebih memprioritaskan upaya pengobatan dari pada pencegahan. Pemikiran semacam ini muncul bukan tanpa alasan. Dari pengalaman dan kenyataan sehari-hari mereka melihat bahwa betapa konkritnya

hasil yang diperoleh karena pengobatan dibandingkan dengan abstraknya upaya pencegahan dalam mengatasi masalah yang sama. Sebutir papaverin akan segera menyembuhkan sakit perut sebagai gejala penyakit muntah-berak sedang dengan upaya pencegahan melalui peningkatan sanitasi, penyakit muntah-berak barulah dapat dicegah dalam waktu lama disertai kegiatan yang teratur.

Di dalam hal memilih jalur pengobatan di kala sakit, terlihat adanya perbedaan bagi mereka yang telah mengamalkan perinsip-perinsip kesehatan moderen dibandingkan dengan mereka yang masih berfikiran secara tradisional. Bagi fihak yang disebut terdahulu, puskesmaslah merupakan tempat yang dikunjungi guna mencari pengobatan sedang fihak yang lain walaupun ke puskesmas se tidak-tidaknya masih mencampurkannya dengan pengobatan dukun. Adanya perbedaan di antara kedua golongan ini disebabkan oleh adanya perbedaan persepsi terhadap kesehatan. Adanya perbedaan persepsi ini pula merupakan salah satu penghambat terciptanya perilaku sehat di dalam masyarakat.

Adanya kebiasaan dan kepercayaan yang dipengaruhi oleh cara berfikir tradisional dalam aspek pelayanan kesehatan, peningkatan gizi dan sanitasi lingkungan, umumnya masih mudah ditemukan di mana-mana.

Peraktek para dukun yang melayani pasien dengan konsep dan obat-obatan yang berbeda dengan pengobatan moderen dan ternyata masih ramai dikunjungi masyarakat, menunjukkan bahwa hidup sehat seperti yang diupayakan melalui pengamalan Pancakarsa

Husada, masih jauh dari milik mereka.

Begitu pula adanya kebiasaan buang hajat besar di sembarang tempat, meminum air yang tidak memenuhi sarat kesehatan serta percaya bahwa memberi lauk ikan pada anak kecil akan mengakibatkan timbulnya penyakit cacangan, kesemuanya merupakan perilaku yang merugikan kesehatan dalam aspek sanitasi lingkungan dan peningkatan gizi.

Kejadian yang dikemukakan di atas ternyata didukung oleh data yang diperoleh dari berbagai penelitian. Sampai akhir Pelita II keadaan kesehatan fisik dan biologik belum memadai, karena baru 18% penduduk di pedesaan yang mendapat air bersih dan hanya 20% yang telah memiliki jamban keluarga.⁽¹⁾

Pada aspek gizi didapatkan bahwa, diperkirakan 33% balita-mengidap berbagai tingkat kurang kalori-protein (KKP). Kurang lebih 3% anak-anak tersebut menderita gizi buruk.⁽¹⁾

Pada aspek pelayanan kesehatan di dapatkan data dari Survei Kesehatan Rumah Tangga 1980⁽³⁾ yaitu bahwa dari 13.840 responden, sebanyak 3.623 orang (26,2%) belum diobati dan 10.217 (75,8%) telah mendapat perawatan di berbagai tempat.

Didapatkan bahwa yang berobat ke Rumah Sakit sebanyak 6,7%, ke puskesmas 12,4%, Balai Pengobatan 11,0%, Peraktek Dokter 14,1%, Peraktek Paramedis 13,7%, dukun dan tukang obat 6,0% dan berobat sendiri 34,8%. Meskipun dari data tersebut di atas terlihat bahwa yang memanfaatkan jasa dukun hanyalah 6% tetapi dari sumber lain terlihat bahwa pengobatan dukun masih merupakan

peraktek yang laris. Koentjaraningrat⁽⁴⁾ mengemukakan bahwa di Bagelen, Jawa Tengah, dukun itu amat laris. Disana, selain warga masyarakat umum datang berobat, beberapa tokoh masyarakat dan pejabatpun ikut berobat.

Keadaan kesehatan masyarakat seperti yang telah dikemukakan di atas dinilai sangat tidak menguntungkan dan memerlukan perbaikan. Bila masalah perilaku merupakan sebagai penyebab timbulnya berbagai masalah kesehatan, para ahli kesehatan masyarakat sepakat bahwa untuk mengatasinya diperlukan suatu upaya dalam proses pendidikan kesehatan masyarakat (PKM)^(5,6,7,8) Melalui proses tersebut diharapkan terjadinya perubahan perilaku menuju tercapainya perilaku sehat. Pada proses perubahan perilaku ini, perlu ditunjang oleh perubahan sikap^(9,10,11) dan pengetahuan^(8,11) Masyarakat tidak mungkin akan berbuat sesuatu tanpa ia tahu bila dan bagaimana cara untuk berbuat dan pengetahuan itu sendiri bukan elast untuk timbulnya suatu motivasi tanpa adanya pengaruh kebutuhan dan nilai yang terdapat dalam masyarakat itu sendiri.⁽¹¹⁾ Dengan adanya pengetahuan itu pula, perubahan sikap dapat terjadi melalui suatu objek psikologik⁽⁹⁾ yang ditunjang oleh adanya persepsi.

Di dalam penelitian ini, peneliti menggunakan proses pendidikan kesehatan untuk merubah perilaku dalam aspek pelayanan kesehatan, peningkatan gizi dan sanitasi lingkungan. Diharapkan bahwa hasil penelitian ini dapat digunakan oleh mereka yang ingin bekerja di tengah-tengah masyarakat baik ia seorang psne-

ataupun petugas kesehatan seperti dokter, perawat, bidan, sanitarian bahkan ia seorang kader kesehatan setelah dibimbing sebelumnya. Di dalam penelitian ini ditunjukkan pula pengaruh komunikator yang tepercaya dalam suatu proses komunikasi yang baik dan tepat^(13,14,15,16,17) karena proses komunikasi merupakan alat yang ampuh guna mendukung tercapainya tujuan pendidikan kesehatan.

B. Identifikasi masalah dan kerangka pemikiran

1. Identifikasi masalah

Di dalam upaya menciptakan masyarakat sehat di pedesaan, berbagai masalah yang dihadapi antara lain:

- a. Gizi masyarakat terutama yang menyangkut status gizi balita serta cara memasyarakatkan makanan bergizi sebagai hidangan dalam keluarga sehari-hari;
- b. Kebiasaan buruk di bidang sanitasi;
- c. Masyarakat masih banyak berobat ke dukun;
- d. Fasilitas kesehatan pemerintah belum dimanfaatkan masyarakat secara menyeluruh;
- e. Kurangnya kemampuan/keterampilan petugas kesehatan untuk mengelola masalah-masalah kesehatan di wilayahnya;
- f. Teknologi tepat guna yang mendukung upaya peningkatan kesehatan belum digunakan secara luas dan tepat.

2. Kerangka pemikiran

Penggunaan Pendidikan Kesehatan Masyarakat (PKM) dengan

tujuan merubah perilaku kesehatan, telah lama diianfaatkan. Sejak pertama kali PKM digunakan di Amerika Serikat tahun 1919⁽¹⁸⁾ yang kemudian dilanjutkan dengan pelbagai kegiatan dalam bentuk pilot project^(19,20) ternyata kemudian pendidikan kesehatan dengan cepat menyebar ke mana-mana. Di Indonesia, pelaksanaan pendidikan kesehatan dilakukan pada pelbagai kegiatan setelah diawali oleh pengalihan pelaksanaan upaya kesehatan dari Dinas Kesehatan Militer ke Dinas Kesehatan Rakyat. Kegiatan PKM pada saat itu berupa ceramah, pemutaran film, pemasangan poster dan pamflet.⁽²¹⁾ Pada kegiatan selanjutnya, Dr. Hydrick bersama-sama beberapa tenaga bangsa Indonesia melanjutkan kegiatan-kegiatan tersebut di atas dan dari kelompok inilah dikenal tokoh kesehatan masyarakat seperti Prof. Mochtar dan Dr. Soemedi.⁽²²⁾ Bila masalah kesehatan telah diidentifikasi dan terlihat bahwa masalah tersebut erat hubungannya dengan perilaku masyarakat, maka untuk mengatasinya, perubahan perilaku itu dilaksanakan dalam suatu proses pendidikan kesehatan.

Pada kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan terdahulu, umumnya para peneliti hanya melaksanakan kegiatan dalam satu aspek kesehatan tertentu saja.^(23,24,25,26) Pada kegiatan tunggal seperti itu, para peneliti tentunya hanya mencurahkan perhatiannya pada aspek kesehatan yang ditelitinya tanpa memperhitungkan kaitannya dengan aspek kesehatan yang lain. Mengingat bahwa terjadinya suatu masalah dalam salah satu aspek kesehatan tertentu disebabkan oleh berbagai faktor, maka dianggap penelitian tunggal se-

perti tersebut tidak memadai guna membuktikan pengaruh PKM dalam proses perubahan perilaku.

Sebagai contoh, dapat dikemukakan tentang Dana Sehat. Seharusnya bahwa selain pengadaan dana juga harus difikirkan pengaruh gizi dan sanitasi lingkungan. Tanpa memperhitungkan kedua aspek kesehatan itu, angka kesakitan sulit ditekan dan bahkan penyakit dapat berulang dalam suatu lingkaran setan yang tak terputuskan. Bila hal ini terjadi, pastilah berakibat buruk terhadap penyediaan dana.

Penelitian lain yang pernah dilakukan adalah penelitian yang berorientasi pada kebutuhan masyarakat. Dibandingkan dengan penelitian yang telah disebutkan terdahulu, penelitian ini dapat diharapkan hasil yang lebih baik. Penelitian cara ini telah dilaksanakan di pelbagai negara seperti, Indonesia,⁽²⁷⁾ Filipina,⁽²⁸⁾ Bhutan,⁽²⁹⁾ Hong Kong,⁽³⁰⁾ Burma,⁽³¹⁾ Nepal,⁽³²⁾ Viet Nam,⁽³³⁾ India,⁽³⁴⁾ Mongolia,⁽³⁵⁾ dan Afganistan.⁽³⁶⁾ Pada dasarnya para peneliti bekerjasama dengan masyarakat setempat dan melaksanakan kegiatan-kegiatan inovasi di bidang kesehatan. Kegiatan ini bertujuan agar masyarakat menyadari masalah kesehatan yang dihadapinya dan berusaha mengatasi masalah tersebut.

Berdasarkan hal-hal yang diuraikan di atas, masih dirasa perlu untuk melaksanakan suatu pengkajian penggunaan PKM dalam suatu penelitian terpadu. Di dalam pengkajian ini, dilaksanakan kegiatan yang meliputi, (1) pendidikan kesehatan masyarakat se-

bagai dasar kegiatan untuk merubah perilaku masyarakat melalui perubahan pola berfikir mereka, (2) melakukan pengorganisasian dan pengembangan masyarakat (PPM) sebagai wadah pelaksanaan kegiatan, (3) melaksanakan usaha kesehatan terpadu dalam aspek pelayanan kesehatan, peningkatan gizi dan sanitasi lingkungan, (4) menggunakan teknologi tepat guna yang mendukung usaha peningkatan kesehatan dengan memanfaatkan sumber daya alam setempat, dan (5) berusaha memanfaatkan beberapa istilah-istilah populer yang berasal dari khasanah kebudayaan setempat guna membantu keberhasilan penelitian ini. Untuk mendapatkan data tentang perilaku masyarakat terhadap kesehatan yang digunakan sebagai data dasar dalam proses perubahan perilaku, perlu dilaksanakan penelitian tentang perilaku masyarakat terhadap usaha pelayanan kesehatan moderen dan tradisional dan hubungannya dengan aspek pendidikan dan pendapatan keluarga.

Memilih kegiatan terpadu sebagai cara pelaksanaan penelitian, didasari harapan akan dapat menghemat tenaga, biaya dan usaha bila dibandingkan dengan pelaksanaan kegiatan tunggal. Dari sudut manajemen, kegiatan terpadu akan, (1) memperbanyak sumber daya, dan (2) meningkatkan hasil yang dicapai.⁽³⁷⁾

Dalam kegiatan melalui wadah PPM ini dilaksanakan kegiatan pendidikan nonformal untuk menunjang peningkatan pengaruh PKM terhadap perubahan perilaku kesehatan⁽³⁸⁾ disertai dengan kegiatan non-health⁽⁷⁾ yang diharapkan sebagai sumber dana guna menunjang kelancaran usaha peningkatan kesehatan di dalam masyarakat.

itu sendiri. Pada proses PKM dilaksanakan kegiatan-kegiatan berisikan inovasi, motivasi dan komunikasi. (skema I). Ketiga kegiatan tersebut merupakan pendukung guna tercapainya perubahan pola berfikir.

Dengan kegiatan pendidikan nonformal dimaksudkan untuk meningkatkan daya nalar masyarakat agar mudah menerima sentuhan-sentuhan pembaharuan yang sedang dilaksanakan, sedang kegiatan non-health bertujuan menambah pendapatan masyarakat sehingga dapat memantu mereka merealisasikan hasil motivasi yang telah diterima sebelumnya. Hal ini hanya dapat tercapai bila terjadi perubahan dalam cara berfikir, cara bersikap dan cara bertindak. Dengan perubahan ini dimaksudkan akan membantu terjadinya perubahan dalam pengetahuan, sikap dan perbuatan menuju tercapainya perubahan perilaku.

Pada pelaksanaan PKM dalam kegiatan terpadu ini diutamakan terlaksananya proses belajar-mengajar dalam bentuk belajar sambil bekerja (learning by doing). Dari berbagai pengalaman diketahui bahwa cara ini sangat tepat untuk dilaksanakan terutama bila diharapkan penguasaan tujuan perilaku (behavioral objective) lebih diutamakan dari tujuan instruksional (instructional objective). Dari pengalaman di Indonesia, ⁽³⁹⁾ Thailand⁽⁴⁰⁾ dan Filipina⁽⁴¹⁾ kegiatan belajar sambil bekerja ini memberikan hasil yang sangat memuaskan.

Pada penelitian ini penggabungan proses belajar-mengajar dengan cara belajar sambil bekerja dengan menekankannya pada tujuan pe-

rilaku dalam wadah PPM, diharapkan akan memberikan hasil yang lebih memuaskan lagi. Dengan cara ini, diharapkan kelompok sasaran bukan saja sekadar tahu tentang kesehatan, tetapi yang lebih penting lagi, mereka dapat berbuat untuk hidup sehat.

Setelah terjadi perubahan pada pola berfikir dalam bentuk perubahan pada cara berfikir, cara bersikap dan cara bertindak, diharapkan perubahan ini akan mendorong terjadinya perubahan sikap. Bila perubahan sikap telah terjadi, dapatlah diharapkan terjadinya perubahan perilaku. Perubahan sikap merupakan predisposisi perubahan perilaku. (10)

Perubahan sikap merupakan peristiwa dengan proses yang kompleks karena dipengaruhi oleh berbagai faktor. Perubahan sikap dipengaruhi oleh faktor-kognisi, (9) faktor komunikasi, (14,15,16,17) faktor psikologik, (42,43) faktor antropologik (44) dan faktor sosiologik. (45)

Perubahan sikap dan perilaku merupakan dasar terjadinya peran serta masyarakat (46,47) dan peran serta ini merupakan model utama guna mendukung keberhasilan setiap upaya peningkatan kesehatan. (48)

Penggunaan skema I sebagai landasan pemikiran membawa kegiatan penelitian untuk dilaksanakan dalam 3 tahap. Pada tahap I diteliti tingkat pengetahuan, sikap dan perbuatan masyarakat terhadap kesehatan moderen. Pada tahap II diteliti konsep, pola berfikir dan loyalitas para dukun-pengobatan terhadap pelayanan kesehatan moderen. Pada tahap III, melalui suatu eksperimen di-

ditanamkan perilaku sehat di pedesaan. Dengan dilaksanakannya kegiatan PKM dalam wadah pengorganisasian dan pengembangan masyarakat dan didukung oleh kegiatan non-health serta penggunaan istilah-istilah kebudayaan dimaksudkan untuk lebih memudahkan terjadinya perubahan pola berfikir masyarakat guna menerima pembaharuan. Perubahan perilaku yang didasari oleh adanya perubahan pola berfikir merupakan perubahan perilaku yang mantap.

Oleh karena itu dari penelitian ini diharapkan akan menghasilkan suatu konsep untuk membina kesehatan masyarakat di pedesaan yang dapat dimanfaatkan secara luas oleh para petugas kesehatan dan para kader kesehatan setelah dibimbing seperlunya.

C. Tujuan dan kegunaan penelitian

1. Tujuan penelitian

Penelitian yang dilaksanakan dalam 3 tahap ini merupakan sebuah penelitian yang kompleks. Secara eksploratif diteliti tentang tingkat pengetahuan, sikap dan perbuatan responden terhadap kesehatan moderen dalam aspek pelayanan kesehatan, peningkatan gizi, dan sanitasi lingkungan. Kemudian pada penelitian berikutnya, aspek yang diteliti adalah konsep dan pola berfikir .. dukun tentang penyebab penyakit, proses timbulnya penyakit serta kepercayaan/tata laksana seremonial pendukung konsep tersebut di atas yang merupakan bagian yang terpisahkan pada peraktek perdukunan. Dari hasil kedua penelitian tersebut di atas disimpulkan dan digunakan sebagai data dasar penelitian tahap terakhir.

Penelitian terakhir ini merupakan suatu eksperimen guna mening-

katkan derajat kesehatan masyarakat pedesaan dalam suatu kegiatan terpadu. Sebagai hasil penelitian terakhir ini diharapkan masyarakat akan beralih perilaku untuk mengamalkan hidup sehat sesuai dengan tuntunan kesehatan moderen.

Untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal diperlukan berbagai daya dan upaya. Masalah kesehatan bukanlah suatu masalah yang terjadi karena pengaruh satu faktor saja melainkan merupakan masalah yang multifactorial. Berbagai faktor yang tergolong dalam aspek sosial-ekonomi dan kebudayaan seperti tingkat pendidikan formal, tingkat pendapatan keluarga, kebiasaan hidup sehari-hari serta kepercayaan yang menyangkut masalah kesehatan, kesemuanya memberikan pengaruh dan merupakan faktor-faktor yang diteliti di dalam penelitian ini.

Pada pelaksanaan penelitian, ingin diketahui sejauh mana faktor-faktor tersebut di atas berpengaruh pada tingkat pengetahuan, sikap dan perbuatan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan moderen melalui puskesmas di satu pihak dan pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional yang dilaksanakan berupa pengobatan dukun di lain pihak. Untuk mendapatkan data tentang penggunaan kedua jenis pelayanan kesehatan ini, pelacakan jalur-jalur pengobatan yang ditempuh masyarakat guna mendapatkan kesembuhan, diteliti dalam penelitian ini.

Untuk memasyarakatkan hidup sehat, penggunaan proses PKM dalam wadah PPM serta pemanfaatan teknologi tepat guna merupakan dasar penelitian tahap terakhir yang dilaksanakan dalam ben

tuk eksperimen. Pada kegiatan ini, masyarakat diikuti sertakan secara aktif pada setiap tahap kegiatan, mulai dari perencanaan, kegiatan lapang sampai dengan evaluasi, sehingga hasil yang dicapai benar-benar merupakan karya mereka sepenuhnya dan merupakan milik mereka yang berharga.

Sebagai penelitian dalam ruang lingkup Ilmu Kesehatan Masyarakat maka faktor kesehatan merupakan inti permasalahan sedangkan penggunaan Ilmu-Ilmu Sosial ditempatkan sebagai pendukung tercapainya tujuan. Oleh karena itu tepatlah untuk menggunakan proses pendidikan kesehatan masyarakat (PKM) yang merupakan disiplin ilmu yang berlandaskan Ilmu-Ilmu Sosial. Melalui proses PKM dapatlah dilakukan analisis masalah kesehatan yang dihadapi sehingga melalui proses itu pula diharapkan terjadinya perubahan pola berfikir masyarakat dalam bentuk perubahan persepsi, sikap dan perilaku menuju tercapainya perilaku sehat. Pada proses PKM yang sedang berlangsung itu, diperlukan adanya inovasi dalam upaya memotivasi masyarakat menuju ke derajat kesehatan yang optimal dengan menggunakan komunikasi yang baik dan tepat. Bila seluruh kegiatan dapat berjalan sebaik-baiknya, diharapkan bahwa tujuan penelitian yang akan diuraikan di bawah ini akan tercapai sesuai dengan yang diharapkan.

Berdasarkan hal-hal yang telah diuraikan di atas, tujuan penelitian yang dilaksanakan dalam 3 tahap itu dapat dikemukakan sebagai berikut:

1. Tujuan umum

Mempelajari faktor-faktor yang bertalian dengan perilaku masyarakat terhadap kesehatan dan pelayanan kesehatan yang tersedia serta penggunaan proses pendidikan kesehatan guna merubah perilaku menuju ke perilaku sehat.

2. Tujuan khusus:

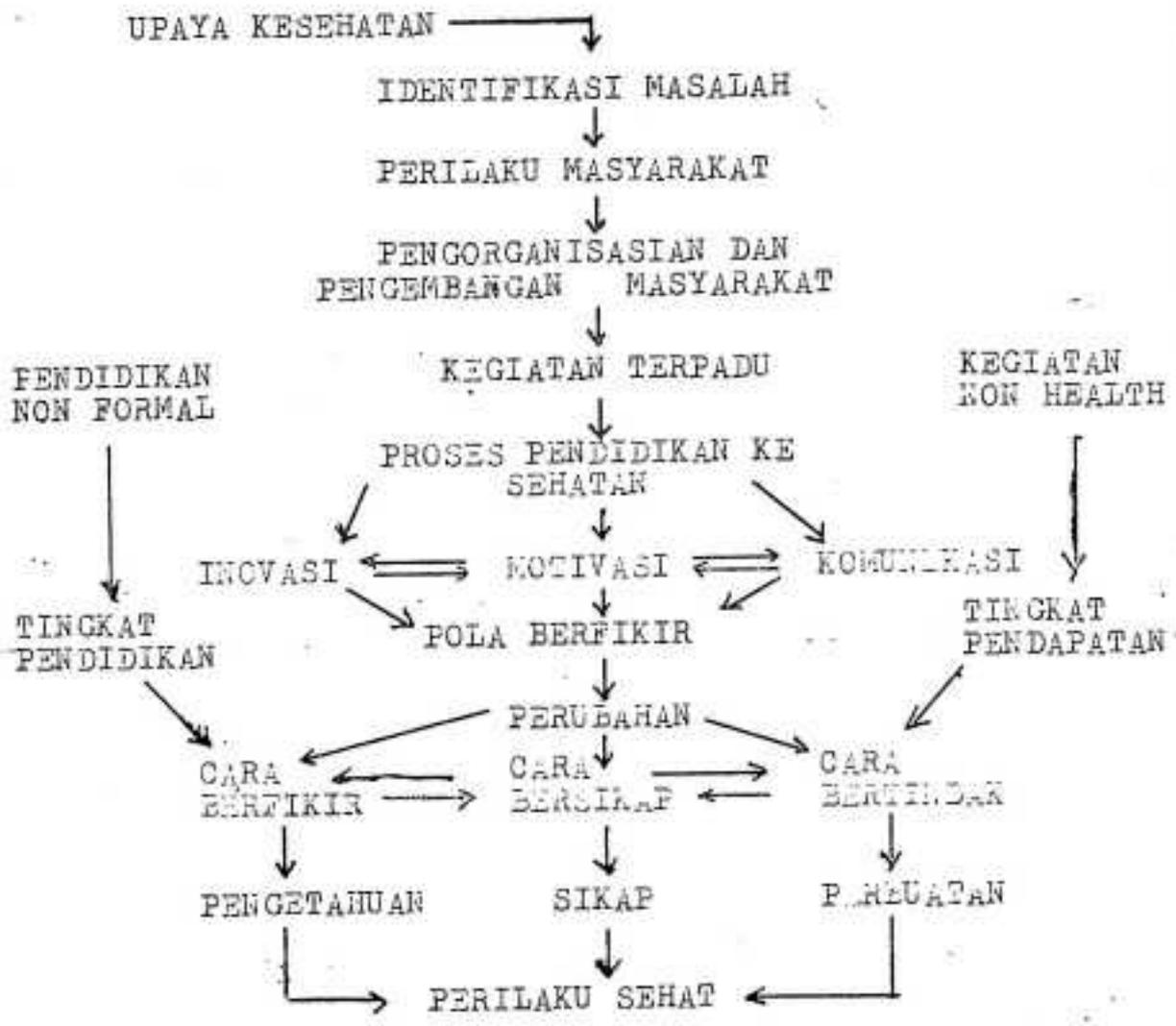
- 1). Untuk mengetahui tingkat pengetahuan, sikap dan perbuatan masyarakat terhadap kesehatan moderen;
- 2). Untuk mengetahui pengaruh tingkat pendidikan formal dan pendapatan keluarga terhadap pengetahuan, sikap dan perbuatan terhadap kesehatan moderen;
- 3). Untuk mendapatkan pola berfikir serta konsep dukun terhadap penyebab penyakit, timbulnya penyakit dan cara mengobati penyakit tersebut;
- 4). Untuk melihat loyalitas para dukun terhadap pelayanan kesehatan moderen dan pengaruh pelayanan dukun pada jalur pengobatan di pedesaan;
- 5). Untuk memperlihatkan pengaruh pendidikan kesenatan masyarakat dalam merubah perilaku tak sehat menuju ke perilaku sehat melalui perubahan pola berfikir masyarakat dalam suatu wadah pengorganisasian yang memanfaatkan teknologi tepat guna serta istilah-istilah kebudayaan yang lazim di daerah itu guna menunjang pembangunan kesehatan;
- 6). Untuk mendapatkan formula perubahan perilaku menuju ke perilaku sehat melalui proses analisis perilaku guna da-

t dimanfaatkan sebagai cara yang mudah, murah dan tepat oleh pa
petugas kesehatan dan bahkan oleh para kader kesehatan yang te
n diberi bimbingan sebelumnya.

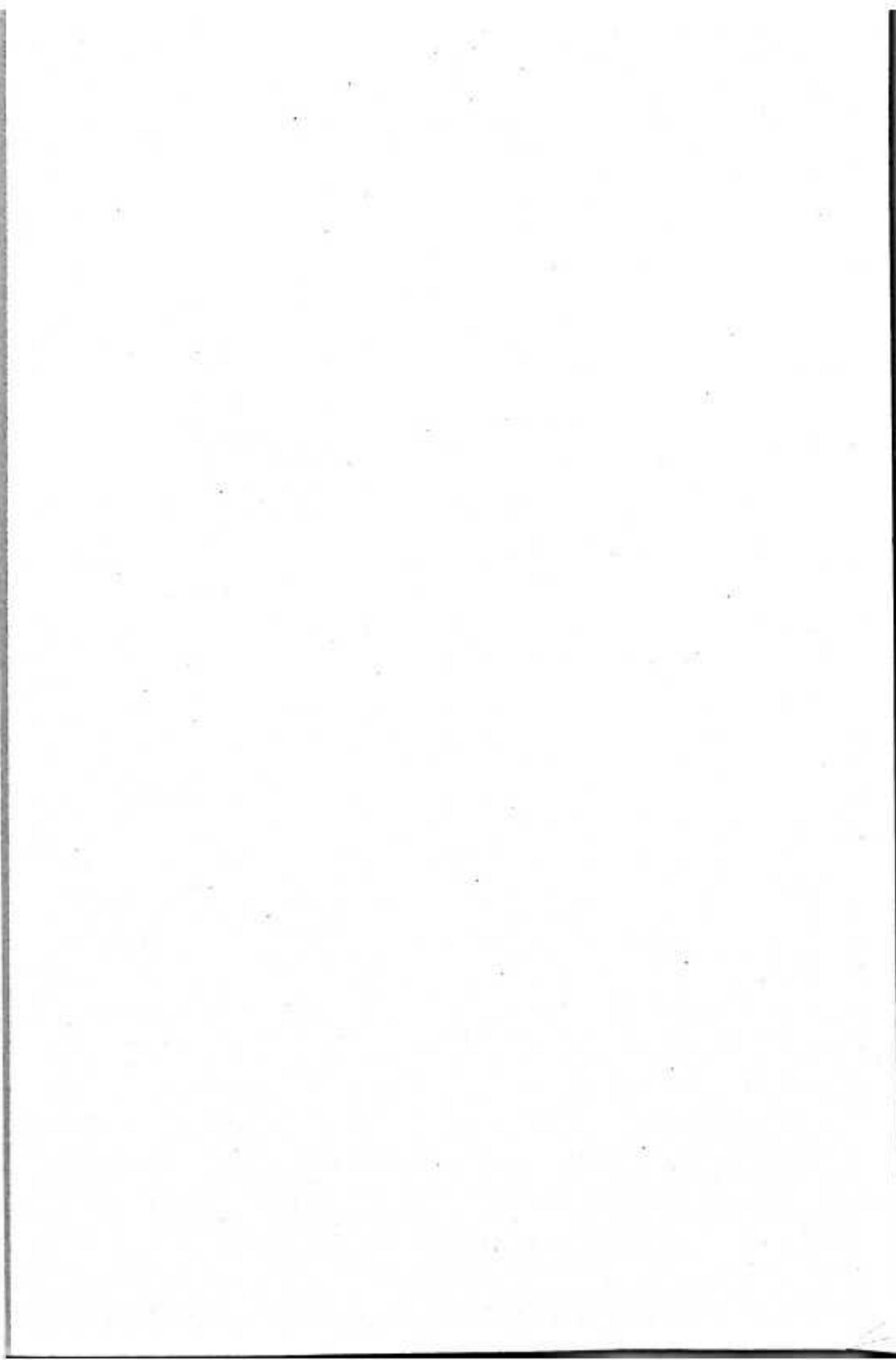
Kegunaan penelitian

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai:

- a. Bahan bacaan, sumber data dan contoh dalam pelaksanaan pe
nelitian lapangan untuk meningkatkan derajat kesehatan de
ngan memanfaatkan proses pendidikan kesehatan masyarakat;
- b. Contoh bagi para peneliti, ilmuwan dan masyarakat bahwa ma
salah kesehatan dan penanggulangannya merupakan tugas yang
harus diemban oleh segenap lapisan masyarakat dan pemanfa
atan ilmu-ilmu sosial sangat membantu memperlancar dan mem
percepat tercapainya tujuan;
- c. Pegangan dan teknik untuk merubah perilaku menuju ke peri
laku sehat dalam bentuk formula analisis perilaku. Pemanfa
atan formula ini dapat dilakukan dengan mudah, murah dan
tepat bagi semua petugas kesehatan seperti dokter, perawat
bidan serta sanitarian dan bahkan dengan mudah dikerjakan
oleh kader kesehatan setelah dilatih secara sederhana sebe
lumnya.



Skema I.
PROSES PERUBAHAN PERILAKU



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kesehatan dan kebudayaan

Setiap masyarakat mempunyai kebudayaan sendiri. Cipta, karsa dan rasa masyarakat terwujud dalam nilai, norma dan teknologi merupakan dasar timbulnya pola perilaku di dalam masyarakat. Dengan teknologi, masyarakat menciptakan sesuatu untuk melindungi diri dan memanfaatkan lingkungan alamnya sedang norma dan nilai diperlukan untuk mengatur tata-tertib dalam pergaulan kemasyarakatan. (45)

Kebiasaan (habit) merupakan suatu perikelakuan pribadi. Penerimaan masyarakat terhadap suatu kebiasaan dan kemudian dijadikan dasar hubungan antara orang-orang tertentu akhirnya akan merupakan sebagai kaedah-kaedah. Kaedah-kaedah yang timbul dari masyarakat sesuai dengan kebutuhannya pada suatu saat dinamakan adat-istiadat (custom). (45)

Koentjaraningrat⁽⁴⁹⁾ mengemukakan bahwa kebudayaan sedikitnya mempunyai 3 wujud yaitu:

1. Wujud kebudayaan sebagai suatu kompleks dari ide-ide, gagasan, nilai-nilai, norma-norma, peraturan dan sebagainya;
2. Wujud kebudayaan sebagai suatu kompleks aktivitas kelakuan berpola dari manusia dalam masyarakat;
3. Wujud kebudayaan sebagai benda-benda hasil karya manusia.

Dari kebudayaan ide ini yang terdapat di setiap masyarakat, terdapatlah pola-pola perikelakuan⁽⁴⁵⁾ atau tata kelakuan⁽⁴⁹⁾ dan

sekalian merupakan sebagai pengatur, pengendali serta pemberi arah cara-cara bertindak atau berkelakuan bagi warga masyarakat. Disamping itu, setiap kebudayaan merupakan cetak biru dari perilaku,⁽⁵⁰⁾ sebagai mekanisme kontrol⁽⁵¹⁾ ataupun sebagai pola bagi kelakuan manusia.⁽⁵²⁾ Sedemikian pentingnya kebudayaan di dalam masyarakat sehingga pada masyarakat tertentu mengatakan bahwa hanya kebudayaan mereka yang penting dan bernilai.⁽⁴⁵⁾

Dari nilai-nilai yang mereka miliki itulah kemudian mereka menilainya apa arti sehat dan sakit. Ternyata bahwa, tidak semua kebudayaan mampu menyimak arti sehat menurut Organisasi Kesehatan Sedunia (WHO) yang menjabarkan pengertian sehat dalam aspek-aspek sehat fisik, mental dan kehidupan sosial.⁽⁵³⁾ Pengetahuan seseorang untuk menyatakan dirinya sehat atau sakit, sangat dipengaruhi oleh kebudayaan di mana dia dibesarkan. Demikian pula untuk menyebutkan penyebab penyakit yang dideritanya, sangat tergantung pada orang-orang yang dianggapnya tahu tentang masalah penyakit dalam kebudayaan itu.⁽³⁸⁾

Di dalam hal timbulnya penyakit, secara kesehatan moderen dikenal adanya interaksi antara bibit penyakit (agent), pejamu (host) dan lingkungan (environment)⁽⁵⁴⁾ Konsep seperti ini tidaklah dianut secara menyeluruh oleh masyarakat tradisional. Konsep tertua yang datang dari Yunani Kuno dan Hippocrates mengemukakan bahwa tubuh manusia terdiri dari 4 unsur yaitu darah, lendir, empedu kuning dan empedu hitam. Penyakit akan timbul bila salah satu bahan tersebut kurang jumlahnya karena rusak atau

Group
sakit

penting

pun bahan-bahan itu tidak bercampur satu dengan lainnya.⁽⁵⁵⁾

Konsep yang dikemukakan oleh Hippocrates mirip dengan konsep para dukun suku Bugis di Sulawesi Selatan. Merekapun mengahut kepercayaan adanya 4 unsur yang menyusun tubuh manusia yaitu unsur-unsur tanah, api, angin dan air. Keempat unsur itu dihubungkan dengan tubuh manusia dengan unsur tanah dilambangkan sebagai otot/daging, api dalam bentuk suhu tubuh, angin berupa nafas dan air dalam bentuk darah.⁽⁵⁶⁾ Menurut keyakinan para dukun itu, apabila terjadi gangguan keseimbangan keempat unsur tersebut di atas, tergantung kadarnya, akan timbulah berbagai penyakit. Pada pengobatan Cina tradisional, dikemukakan konsep bahwa manusia terdiri dari 5 jenis bahan yaitu kayu, api, tanah, logam dan air. Kelima bahan ini pula yang membentuk lima alat dalam tubuh (viscera), lima indera (senses), lima warna (colors), dan lima rasa (testes). Manusia akan jatuh sakit bila terjadi ketidak seimbangan unsur tersebut di atas yang dilambangkan dalam istilah terganggunya "pasang dan surut" dalam bentuk ketidak harmonisan yin dan yang.⁽⁵⁷⁾ Timbulnya penyakit karena adanya kepercayaan tentang makanan "panas" dan "dingin" ternyata dianut secara luas oleh beberapa golongan masyarakat.

Di Meksiko, di daerah Tzintzuntzan, dipercaya bahwa untuk dapat hidup sehat, haruslah ada keseimbangan dalam mengkonsumsi makanan "panas" dan "dingin".⁽⁵⁸⁾ Hal yang sama juga dikemukakan oleh para penganut Ayurvedic di India. Dipercaya bahwa bila makanan yang tergolong panas (tonda) seperti telur, daging dan susu

pun bahan-bahan itu tidak bercampur satu dengan lainnya.⁽⁵⁵⁾

Konsep yang dikemukakan oleh Hippocrates mirip dengan konsep para dukun suku Bugis di Sulawesi Selatan. Merekapun mengahut kepercayaan adanya 4 unsur yang menyusun tubuh manusia yaitu unsur-unsur tanah, api, angin dan air. Keempat unsur itu dihubungkan dengan tubuh manusia dengan unsur tanah dilambangkan sebagai otot/daging, api dalam bentuk suhu tubuh, angin berupa nafas dan air dalam bentuk darah.⁽⁵⁶⁾ Menurut keyakinan para dukun itu, apabila terjadi gangguan keseimbangan keempat unsur tersebut di atas, tergantung kadarnya, akan timbulah berbagai penyakit. Pada pengobatan Cina tradisional, dikemukakan konsep bahwa manusia terdiri dari 5 jenis bahan yaitu kayu, api, tanah, logam dan air. Kelima bahan ini pula yang membentuk lima alat dalam tubuh (viscera), lima indera (senses), lima warna (colors), dan lima rasa (tastes). Manusia akan jatuh sakit bila terjadi ketidak seimbangan unsur tersebut di atas yang dilambangkan dalam istilah terganggunya "pasang dan surut" dalam bentuk ketidak harmonisan yin dan yang.⁽⁵⁷⁾ Timbulnya penyakit karena adanya kepercayaan tentang makanan "panas" dan "dingin" ternyata dianut secara luas oleh beberapa golongan masyarakat.

Di Meksiko, di daerah Tzintzuntzan, dipercaya bahwa untuk dapat hidup sehat, haruslah ada keseimbangan dalam mengkonsumsi makanan "panas" dan "dingin".⁽⁵⁸⁾ Hal yang sama juga dikemukakan oleh para penganut Ayurvedic di India. Dipercaya bahwa bila makanan yang tergolong panas (tonda) seperti telur, daging dan susu

kan dapat menimbulkan penyakit bila dimakan secara tidak ber-
 .imbang dengan makanan dingin (tonda) seperti nasi, sari buah dan
 air. (59)

Selain dari pada penyebab penyakit yang telah dikemukakan
 di atas, dipercaya pula bahwa makhluk haluspun dapat menyebabkan
 timbulnya penyakit. Di kalangan suku Gimi di dataran tinggi I-
 rian Jaya, dipercaya adanya makhluk halus yang dapat menyebabkan
 seseorang jatuh sakit. Glick⁽⁶⁰⁾ menyebutkan makhluk itu sebagai
 "agent" dan timbulnya penyakit karena "agent" tersebut mampu me-
 ngeluarkan daya mengekang gerak korban.

Anggapan tentang timbulnya penyakit karena adanya dosa, diperca-
 ya oleh masyarakat Lugbara di Kongo, Afrika. Menurut mereka, o-
 rang-orang yang telah mati sesungguhnya masih dapat mendengar
 kalimat-kalimat yang diucapkan oleh turunan mereka yang masih
 hidup. Dlen karena itu bila mereka melakukan hal-hal yang menya-
 lahkan tata-cara yang seharusnya mereka lakukan terhadap pendanu-
 lunya, si mati dapat mengirim penyakit kepada turunannya. (61)

Bagi orang-orang Indian Ojibwa di Kanada, sumber penyakit dica-
 ri terutama dalam hal hubungan antara anggota masyarakat. Mere-
 ka percaya bahwa penyakit itu adalah hukuman bagi mereka yang
 bermoral buruk terhadap sesamanya dalam pergaulan sehari-hari
 di dalam masyarakat. (62)

Adanya makhluk gaib yang dianggap sebagai penyebab penyakit di-
 percaya pula oleh masyarakat Safwa di Tanzania, Afrika, masyara-
 kat suku Mandar di Sulawesi Selatan dan masyarakat Pulau Negros

kutip

di Filipina. Bagi masyarakat Safwa, itonga⁽⁶³⁾ merupakan makhluk yang dapat diminta bantuannya untuk menyakiti orang lain. Bagi suku Mandar, kepada Marakdia Parappe⁽⁶⁴⁾ diharapkan bantuannya untuk melakukan hal yang sama. Bagi masyarakat Pulau Negros, ingkantos⁽⁶⁵⁾ sesungguhnya bukanlah makhluk suruhan. Hanya saja, pada mereka yang telah pernah berpapasan dengan ingkantos yang dibayangkan sebagai makhluk yang berwujud manusia, selain dapat menjadi kaya atau memiliki kekuatan tertentu, di pihak lain bila yang bersangkutan tidak melaksanakan tata-cara tertentu sehubungan dengan pertemuan tersebut, ingkantos dapat merupakan sumber bencana. Terkadang penyakit tidak terelakkan dan bila nasib yang bersangkutan sedang buruk, kematianpun dapat terjadi.

Makhluk lain yang dianggap sebagai penyebab penyakit adalah pad dengngeng (hantu gentayangan) bagi suku Bugis dan parakang (makhluk jadi-jadian) bagi suku Makassar di Sulawesi Selatan.

Pada peristiwa atikkengngeng (mati mendadak setelah melintasi padang rumput luas di siang hari bolong) ataupun mati mendadak karena diare, dianggap bahwa kematian tersebut karena perbuatan makhluk tersebut di atas. Pada atikkengngeng disebutkan terjadi karena korban dijerat oleh paddengngeng sedang penderita diare meninggal karena diisap isi perutnya oleh parakang⁽⁶⁶⁾

Pada masyarakat Oromo di Hararghe, Ethiopia, dipercaya makhluk ib jinn sebagai penyebab penyakit ayan (epilepsi) sedang beberapa penyakit lain akan muncul bila bertemu pandang dengan bu-
(67)

Kutip

Perawatan beberapa penyakit pada masyarakat tertentu, tidak jarang menyangkut nilai budaya. Di kalangan penganut Ayurvedic, penyakit cacar (variola vera) dianggap turun dari langit dan untuk mengobatinya, disyaratkan untuk memberikan persembahan berupa sajen kepada Dewi Mata.⁽⁶⁸⁾ Terhadap penyakit yang sama, dengan istilah sagala di Sulawesi Selatan, diperlukan perawatan khusus yang disebut makkasuwiyang. Pada dasarnya istilah makkasuwiyang ini berarti tata-cara pengabdian pada raja di saat seorang menghadap duli beginda.⁽⁶⁹⁾

B. Sikap dan perilaku warga masyarakat desa terhadap kesehatan

Seperti terlihat pada Skema I, untuk dapat berfikir, bersikap dan bertindak, pola berfikir masyarakat sangat menentukan. Adanya pola berfikir untuk menerima apa adanya yang diberikan oleh alam sekitar dan baginya dengan usaha sekadernya ia telah merasa puas pada pemberian alam tersebut, pada masyarakat seperti ini, pola berfikirnya tersimpul dalam pola participating way of thinking. Pada pola berfikir yang lain yang merupakan kebalikan pola berfikir yang telah disebutkan terdahulu, para penganut pola objectivating way of thinking akan mengolah pemberian sebaik dan sebanyak mungkin untuk kepentingan hidupnya. Kedua pola berfikir ini terdapat secara bersama-sama di dalam masyarakat.⁽⁷⁰⁾ Namun demikian, dalam upaya peningkatan kesehatan, pada mereka yang menganut pola berfikir moderen yang tercakup di dalam pola objectivating way of thinking inilah yang diharapkan untuk memanfaatkan sarana kesehatan moderen sebaik-baiknya.⁽³⁸⁾

Di dalam upaya peningkatan kesehatan, Blum⁽⁷¹⁾ mengemukakan adanya 4 faktor yang berpengaruh yaitu, (1) faktor lingkungan, (2) faktor perilaku, (3) faktor pelayanan kesehatan, dan (4) faktor keturunan. Pada negara-negara sedang berkembang, faktor perilaku dan lingkungan memegang peranan lebih penting dibandingkan dengan kedua faktor yang lain.

Faktor perilaku dapat dikemukakan sebagai faktor yang dapat berpengaruh langsung ataupun tidak langsung pada upaya-upaya kesehatan yang dijalankan. Secara langsung, perilaku tidak sehat (negative behavior) merupakan masalah kesehatan⁽⁵⁾ dan secara tidak langsung melalui sikap dan perilaku yang tidak menunjang cara hidup sehat, mereka akan merusak lingkungan hidup baik secara fisik, kimia dan biologis.⁽⁷²⁾ Pada masyarakat seperti ini pula ditemukan kepercayaan/kebiasaan yang merugikan upaya perbaikan dan peningkatan gizi^(73,74,75) serta bila mereka sakit, golongan ini pula yang memanfaatkan jasa pelayanan dukun.^(76,77) Oleh karena itu, bila terjadi perubahan perilaku di bidang kesehatan, hal itu merupakan indikator keberhasilan pembangunan kesehatan.⁽⁷⁸⁾

Di dalam aspek lain, tingkat kesehatan masyarakat merupakan bagian dari kesejahteraan masyarakat. Secara makro kesejahteraan masyarakat dapat diukur dengan Indeks Mutu Hidup (Physical Quality of Life Index) dimana indikatornya merupakan indikator kesehatan. Dalam indeks ini digunakan indikator, (1) harapan hidup pada umur satu tahun, (2) tingkat mortalitas bayi per

seribu kelahiran hidup, dan (3) tingkat melek aksara.⁽⁷⁹⁾ Meskipun tingkat melek aksara tidak secara langsung merupakan indikator kesehatan, namun para peneliti sepakat bahwa melek huruf terutama pada ibu-ibu rumah tangga, akan sangat mempengaruhi kesejahteraan keluarganya.⁽⁷⁹⁾

Di dalam upaya mengemukakan sikap dan perilaku masyarakat terhadap kesehatan, dikemukakan sikap dan perilaku masyarakat terhadap upaya menurunkan Angka Kematian Bayi (AKB). Memilih AKB sebagai contoh berdasarkan kenyataan bahwa terjadinya kematian bayi yaitu bayi yang berusia kurang dari setahun, merupakan peristiwa yang sangat kompleks dan dipengaruhi oleh berbagai sebab yang erat hubungannya dengan perilaku kesehatan. Dari berbagai penelitian didapatkan bahwa sedikitnya terdapat 3 aspek kesehatan yang erat hubungannya dengan kematian bayi yaitu, (1) pelayanan kesehatan yang meliputi penggunaan pelayanan kesehatan moderen dan tradisional, kegiatan imunisasi dan keluarga berencana, (2) perbaikan/peningkatan gizi yang meliputi kegiatan kesejahteraan ibu dan anak, dan (3) sanitasi lingkungan yang meliputi sanitasi makanan, kerusakan lingkungan dan diare.

Pada aspek pelayanan kesehatan dapat dikemukakan bahwa sebagai negara berkembang, di pedesaan Indonesia, ditemukan adanya pelayanan kesehatan ganda yaitu, (1) pelayanan kesehatan moderen melalui kegiatan di Balai Pengobatan, Puskesmas dan Rumah Sakit, dan (2) pelayanan kesehatan tradisional yang dilaksanakan oleh para dukun. Di dalam karya ini, peranan dukun yang di-

penting

uraikan adalah dukun-pengobatan.

Di pelbagai penjuru dunia, para dukun tampil dengan berbagai nama dan gelar seperti, babalawa dan baba-ologun di Nigeria,⁽⁸⁰⁾ curandero di Meksiko,⁽⁸¹⁾ semvojan di Siberia,⁽⁸²⁾ curioso di Colombia,⁽⁸³⁾ kabira di Ethiopia,⁽⁸⁷⁾ dan di Indonesia bergelar dukun, sanro ataupun pawang.⁽⁸⁴⁾

Mengistilahkan terjadinya penyakit baik yang dianggap karena alami (natural) ataupun dari alam gaib (supranatural), bagi para pengamal perdukunanpun belum seakut. Nurge⁽⁸⁵⁾ melaporkan bahwa bagi masyarakat pedesaan di Filipina, supranatural meliputi penyakit yang disebabkan oleh hantu, teluh dan nazar, sedang natural, sesuatu yang ada hubungannya dengan pergantian musim, kenaikan suhu dan kesalahan pencernaan. Juga dibedakan adanya istilah kejadian yang naturalistic dan kejadian personalistic. Bila kematian yang dilaporkan lebih banyak karena sebab-sebab alami, dikatakan bahwa kejadian di dalam masyarakat itu lebih cenderung naturalistic dari pada personalistic. Kejadian seperti ini ditemukan oleh Suarez di El Moro, Venezuela.⁽⁸⁶⁾ Kejadian sebaliknya dari peneruan Suarez, ditemukan oleh Fortuna di Malanesian Dobuans.⁽⁸⁷⁾

Kegiatan imunisasi sebagai upaya untuk mencegah penyakit telah lama dikenal masyarakat. Vaksinasi terhadap penyakit cacar dan kholera yang sekarang telah dihapuskan, pernah merupakan sebagai kewajiban berkala di waktu-waktu lampau. Namun demikian, kegiatan imunisasi untuk mencegah penyakit, be-

lum merupakan milik masyarakat. Dari berbagai penelitian didapatkan bahwa diperkirakan sebanyak 17 juta bayi dan anak meninggal setiap tahun yang disebabkan oleh penyakit yang dapat dicegah, disamping kematian akibat diare, pneumonie/infeksi saluran pernafasan bawah serta kurang gizi.⁽⁸⁸⁾ Penyakit infeksi saluran nafas bawah diperkirakan dalam porsi banyak disebabkan oleh komplikasi penyakit campak, pertussis dan tetanus neonatorum yang sesungguhnya dapat dicegah dengan imunisasi.⁽⁸⁹⁾ Bila imunisasi berlangsung dengan baik, diperkirakan dapat mencegah sebanyak 31,5% dari kematian bayi.⁽⁹⁰⁾

Kurang berhasilnya upaya imunisasi di dalam masyarakat disebabkan oleh banyak faktor seperti, (1) faktor pengelolaan yang menyangkut masalah pengadaan vaksin dan tenaga terlatih serta hanya mengandalkan pada kegiatan lapangan petugas imunisasi,⁽⁹⁰⁾ (2) kurangnya komunikasi dengan masyarakat tentang kegunaan imunisasi,⁽⁹¹⁾ dan (3) kesadaran dan peran serta masyarakat dalam kegiatan imunisasi.⁽⁹²⁾

Peranan komunikasi untuk meningkatkan keberhasilan upaya imunisasi sangat dibutuhkan. Masyarakat tidak akan pernah tahu dan menyadari bahwa kematian bayi/balita dengan penyebab diare sebanyak 24,1%, infeksi saluran nafas akut, 22,1% dan tetanus neonatorum, 20,1%^(91,93,94) tidak perlu terjadi sebanyak itu, bila imunisasi dilaksanakan secara baik dan tepat. Komunikasi yang selama ini dilaksanakan dalam bentuk ceramah, tentu saja tidak akan memuaskan. Perubahan sikap dan perilaku yang merupakan da-

ser untuk tercapainya peran serta masyarakat.^(46,47,48) Untuk suksesnya program imunisasi ini, upaya meningkatkan peran serta masyarakat itu hendaknya ditujukan pada pamong desa, dan ibu-ibu yang memiliki anak dalam usia imunisasi⁽⁹⁵⁾ dengan harapan bahwa kerja sama antara pamong desa, ibu-ibu bayi/anak dan petugas kesehatan akan meningkatkan cakupan imunisasi dan angka kematian bayi/anak dapat diturunkan.⁽⁹⁶⁾

Akhirnya, sebagai strategi pelaksanaan Program Imunisasi (PPI), dilaksanakanlah dengan menitik beratkan adanya keterpaduan kegiatan imunisasi dengan kegiatan pelayanan kesehatan yang lain.⁽⁹⁶⁾ Kegiatan terpadu ini dilaksanakan dengan terbitnya Instruksi Bersama antara Menteri Dalam Negeri, Menteri Kesehatan dan Kepala BKKBN Pusat pada tanggal 25 April 1985 tentang penyelenggaraan Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu). Kemudian dengan terbitnya Petunjuk Pelaksanaan Pembentukan Pos Pelayanan Terpadu yang ditandatangani oleh Direktur Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat, Departemen Kesehatan Republik Indonesia dan Deputi Pembinaan Operasional Program Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional pada tanggal 3 Maret 1986, lengkaplah sudah petunjuk pelaksanaan Posyandu yang melaksanakan kegiatan dalam hal, (1) Kesejahteraan Ibu dan Anak (KIA), (2) Keluarga Berencana (KB), (3) Perbaikan Gizi, (4) Pengembangan Imunisasi, dan (5) Penanggulangan Diare dan diharapkan dapat menurunkan Angka Kematian Bayi (AKB).⁽⁹⁷⁾

Menguraikan masalah gizi pada masyarakat desa, tidak lepas dari cara mereka memberikan makanan pada bayi-bayi semenjak

ilahirkan. Merupakan kebiasaan baik yang dilakukan oleh para ibu di pedesaan ialah mereka senantiasa menyusukan bayinya dengan air susu ibu (ASI). Dari pelbagai penelitian didapatkan bahwa lamanya menyusukan bervariasi antara 1 - 3 tahun⁽⁹⁸⁾ dengan atau tanpa pemberian makanan tambahan. Pada ibu-ibu di Jawa, pemberian makanan tambahan telah diberikan pada usia 1 bulan⁽⁹⁹⁾ sedang ibu-ibu di Sulawesi Selatan memberikannya pada usia yang lebih tua, yaitu pada usia (3 - 4) bulan.⁽¹⁰⁰⁾

Pengaruh pemberian ASI pada kesehatan anak erat hubungannya dengan timbulnya mencret. Bayi yang menderita mencret terdapat sebanyak 6% dari mereka yang cuma mendapat ASI, 14% dari yang mendapat ASI dan susu botol dan 18% dari yang mendapat susu botol saja.⁽¹⁰¹⁾

Tecenderungan beralih dari pemberian ASI ke pemberian susu botol, dipengaruhi oleh berbagai faktor, (1) kegiatan periklanan dan promosi dari perusahaan susu bubuk dan makanan lain untuk bayi,^(102,103) (2) pemberian ASI yang didasari oleh hanya kebiasaan dan bukan karena pengetahuan tentang nilai gizinya,⁽¹⁰⁴⁾ (3) perubahan nilai hidup, jenis pekerjaan ibu serta pendidikan ibu/ayah si bayi,^(103,105) dan (4) perkenaan pemberian susu botol pada hari-hari pertama kelahiran di Rumah Sakit dan diteruskan setelah pulang ke rumah.⁽¹⁰⁵⁾ Kejadian ini harus dihindari, karena pemberian makanan yang tidak tepat dalam jangka waktu lama akan mengakibatkan terjadinya gangguan gizi. Akibat gangguan gizi, terutama pada Kurang Kalori Protein (KKP) biasanya akan

engan kekurangan vitamin A dan timbulnya infeksi. Ketiga kondisi tersebut di atas menimbulkan suatu aksi yang saling menguatkan (synergetic action),⁽¹⁰⁶⁾ dan keadaan seperti ini akan menimbulkan resiko, (1) langsung kepada si bayi, berupa keterlambatan pertumbuhan dan turunnya tingkat resistensi terhadap penyakit infeksi, dan (2) tidak langsung, dirasakan oleh keluarga berupa kesakitan dan kematian yang tinggi.⁽¹⁰⁶⁾ Kematian bayi karena gizi buruk dan mencret, sebanyak 36% dari bayi bergizi buruk yang menderita mencret, 18% pada yang bergizi kurang, dan hanya 7% pada mereka yang bergizi baik.⁽¹⁰¹⁾ Sebab lain dari kematian bayi ini adalah 61,6% karena demam/panas/convulsi sedang yang menderita diare (mencret) sebanyak 30,4%.⁽¹⁰⁷⁾

Dari uraian-uraian tersebut di atas terlihat bahwa akibat kurangnya pengetahuan ibu-ibu rumah tangga tentang ASI mengakibatkan tingginya angka kesakitan dan kematian di kalangan bayi dan anak. Oleh karena itu, perlulah ASI dipopulerkan dalam suatu program pendidikan gizi (nutritional education)^(108,109) dengan tidak meninggalkan bantuan teknologi bila diperlukan,⁽¹¹⁰⁾ sehingga ASI tidak merupakan satu-satunya pilihan untuk mendapatkan anak yang sehat.^(110,111,112)

Namun demikian, mengingat keadaan sanitasi dan higiene perorangan ibu-ibu di pedesaan yang umumnya masih rendah, penggunaan ASI perlu digalakkan untuk mencegah kemungkinan tercemarnya makanan bayi. Dengan pemberian ASI akan lebih mudah memelihara kebersihan makanan dari pada pemberian susu botol.^(113,114)

Pada aspek sanitasi lingkungan, sikap dan perilaku masyarakat pada penyediaan air minum dan jamban keluarga, terlihat masih sangat kurang. Kebiasaan meminum air yang tidak dimasak dengan berbagai alasan, masih ditemukan di mana-mana. Di Sulawesi Selatan umpamanya, alasan utama yang digunakan untuk menolak memasak air sebelum diminum karena air yang telah dimasak rasanya tidak enak. Menurut mereka, rasa tidak enak itu disebabkan karena air yang telah dimasak itu telah "mati".⁽¹¹⁵⁾ Di samping itu, kebiasaan buruk pada waktu memasak air adalah bila air yang dimasak telah mendidih, secepatnya diangkat. Tindakan seperti ini sangat merugikan kesehatan sebab pada saat itu tidak semua penyebab penyakit telah musnah. Hal ini akan nampak pada ibu-ibu yang telah bereaih menyusukan anaknya dengan susu botol dan melakukan cara memasak air seperti tersebut di atas. Pada anak-anak mereka yang menyusu botol itu, sangat mudah menderita penyakit infeksi saluran pencernaan sebagai akibat menggunakan air yang tidak sehat.⁽¹¹⁴⁾ Kejadian seperti inilah yang memberikan fakta bahwa anak-anak yang diberikan ASI menderita mencret lebih kurang dibandingkan anak-anak yang diberi ASI dan susu botol atau anak yang diberi susu botol semata.⁽¹⁰¹⁾

Polusinya sumber air yang digunakan masyarakat terjadi karena akibat perilaku mereka sendiri. Dari cara pembuangan hajat besar kalangan orang dewasa, di dapatkan secara rata-rata 32,5% di rumah dan anak-anak sebanyak 31,0%.⁽¹¹⁶⁾ Meskipun 95,97% di antara responden telah meminum air yang telah dimasak, namun karena

sa memasaknya yang tidak memenuhi syarat kesenatan, air minum
 eka tetap tidak sehat.⁽¹¹⁶⁾ Terhadap kesehatan makanan dan mi
 an jualan, peristiwa kematian seorang anak kecil sesudah mema
 pisang sale di Puncak (Sinar Harapan tanggal 25 Mei 1984) me
 akan akibat yang terjadi karena kecerobohan. Penjual pisang
 e menggunakan karton yang telah tercemar deterjen, pupuk atau
 tisisida sebagai pengganjal kemasan jualannya.⁽¹¹⁷⁾ Dari contoh
 yang merupakan salah satu dari sekian banyak kejadian menun-
 kan bahwa kesadaran masyarakat tentang perusakan-lingkungan
 akibatnya pada diri sendiri atau warga masyarakat lainnya,
 um mendapat perhatian.

urangan pengetahuan tentang kesehatan akan mengakibatkan ada-
 kebiasaan yang merugikan kesehatan. Memanaskan mesin mobil
 pagi hari dengan menghadapkan knal-potnya ke arah rumah ting-
 merupakan tindakan yang merugikan kesehatan. Gas CO yang di-
 ilkan oleh pembakaran di dalam mesin mobil akan meracuni ke-
 rga.⁽⁷²⁾ Membiarkan anak-anak bermain-main di dalam kamar man
 yang digabung dengan WC merupakan ancaman timbulnya penyakit
 acingan atau diare bila kamar mandi tidak digunakan secara ba
 dan tepat serta kebersihan anak tidak dijaga setelah keluar
 si sana.⁽⁷²⁾

Namun demikian, tidak semua masyarakat desa masih menganut
 a berfikir participating way of thinking. Karena pengaruh sen
 an pembaharuan yang dilaksanakan dalam proses pendidikan kese
 , pengadaan air bersih dan jamban keluarga yang sehat, dite

kan di beberapa desa. Di Lingkungan Taulo, Desa Mata Allo, Kecamatan Alla, Kabupaten Enrekang, ditegaskan bahwa 70-80% di antara penduduk telah memiliki sarana air bersih dan 50-60% memiliki jamban keluarga yang sehat.⁽¹¹⁵⁾ Hal ini terjadi karena masyarakat di lingkungan ini, aktif dalam kegiatan Kelompok Pendengaran dan hasil yang mereka peroleh didiskusikan di antara kelompok. Sebagai realisasi keinginan mereka untuk hidup sehat, mereka mengundang petugas kesehatan untuk membantu.⁽¹¹⁵⁾

in lagi di Desa BaraE dan Desa Barata, Kecamatan Marioriwawo, Kabupaten Soppeng. Masyarakat yang memiliki sarana air bersih sebanyak 60-70% dan jamban keluarga 40-50% itu, sadar akan kebutuhan kesehatannya setelah mendapat bimbingan dan penyuluhan dalam program Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD).⁽¹¹⁶⁾

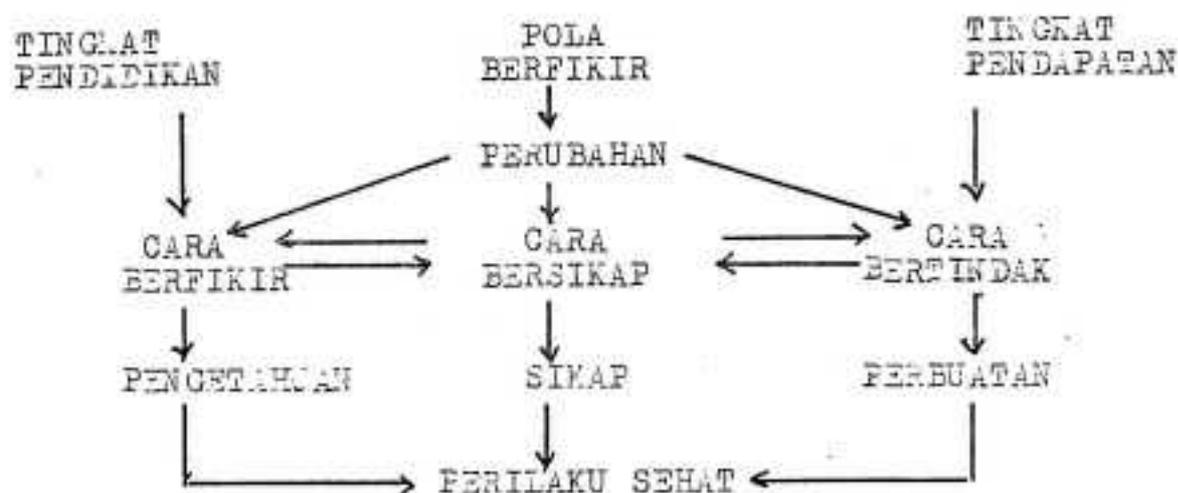
hadap upaya peningkatan gizi, melalui kegiatan yang memanfaatkan Kartu Menuju Sehat (KMS) di Kelurahan Labessi, Kecamatan Marioriwawo, Kabupaten Soppeng, didapatkan penurunan angka kesakitan

KKP di kalangan balita. Masyarakat telah berhasil mengatasi P dengan menurunkan insidensnya dari 40% menjadi 20%.⁽¹¹⁶⁾

giatan masyarakat untuk menurunkan insidens KKP ini dilaksanakan dalam kegiatan Peningkatan Peranan Wanita menuju Keluarga Sehat Sejahtera (P2WKSS) dalam bentuk ceramah, diskusi dan demonstrasi tentang gizi.⁽¹¹⁸⁾

Hubungan tingkat pendidikan formal dan tingkat pendapatan keluarga dalam upaya peningkatan kesehatan

Untuk menguraikan masalah ini, pada Skema I terlihat hal-
sebagai berikut:



erti yang dikemukakan oleh Mico dan Ross⁽³⁾ bahwa masalah ke-
hatan sesungguhnya adalah perilaku yang tidak sehat (negative
avior), maka dalam upaya meningkatkan kesehatan, pada dasar-
adalah merubah perilaku yang tidak sehat menuju ke perilaku
iat (a healthy behavior). Tingkat pendidikan yang memadai me-
akan dasar pengembangan daya nalar seseorang dan jalan untuk
udahkan seseorang menerima motivasi. Pada keadaan selanjutnya
gan pendapatan yang cukup, hasil motivasi yang telah dicapai
n mudah direalisasi.

Untuk mencapai perilaku sehat, diperlukan perubahan kompo-
perilaku yaitu pengetahuan, sikap dan perbuatan.⁽¹¹⁹⁾

i sudut psikologi pendidikan, perubahan ketiga komponen ter-
ut di atas, dilaksanakan dalam 3 domain (wawasan) yaitu, (1)

1) berhubungan dengan pengetahuan pada cognitive domain, berhubungan dengan sikap melalui effective domain, dan (3) berhubungan dengan keterampilan melalui psychomotor domain.⁽¹²⁰⁾

dalam masyarakat, setiap warga pastilah tidak sama tingkat pengetahuannya. Bagi mereka yang berpendidikan lebih baik tentunya diharapkan akan berada pada tingkatan pengetahuan yang lebih tinggi dibandingkan dengan mereka yang berpendidikan sederhana. Melek huruf yang dapat dihubungkan dengan tingkat pendidikan seseorang, merupakan salah satu indikator dalam Indeks Mutu Hidup (IMH)⁽⁷⁹⁾ dan oleh Organisasi Kesehatan Sedunia (WHO), melek huruf di kalangan ibu-ibu rumah tangga merupakan indikator non-melek terhadap upaya peningkatan kesehatan.

ini sesuai yang diperkenalkan oleh Morris (1977) tentang Physical Quality of Life Index (PQLI) atau Indeks Mutu Hidup (IMH). Indikator ini digunakan oleh Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) pada tahun 1980 sebagai dasar untuk menyusun "Sehat Untuk Semua Tahun 2.000" atau Health For All By The Year 2,000.⁽¹⁰⁴⁾

Hubungan dengan tingkat pendidikan ibu-ibu rumah tangga dalam upaya peningkatan kesehatan, Caldwell⁽¹²¹⁾ mengemukakan bahwa, perubahan penting yang dihasilkan oleh pendidikan ibu dalam masyarakat tradisional adalah suatu pergeseran hubungan kekuasaan dalam rumah tangga ke tangan ibu untuk kepentingan anak-anak. Di alam dunia pendidikan di Indonesia, terlihat adanya kemajuan.

Dunia melaporkan bahwa, bebas buta huruf sebanyak 38% pada

n 1960 meningkat menjadi 62% di tahun 1980. (122)

adap tingkat buta huruf pada pria dan wanita, Biro Pusat Statistik (BPS) mengemukakan bahwa pada tahun 1980, sebanyak 18,85% pria dan 35,93% pada wanita. (123)

masyarakat desa, di dalam upaya meningkatkan kesehatan mereka sulitlah untuk membedakan mereka yang buta huruf dan yang ta SD. Bahkan bagi mereka yang berpendidikan lebih tinggi tetapi belum pernah keluar dari desanya, cara dan pola hidupnya tidak berbeda dengan warga masyarakat yang berpendidikan lebih rendah.

penelitian penggunaan kakus (WC) di kalangan orang dewasa, tingkat pendidikan dibagi atas 3 kelompok yaitu, (1) tak lulus SD, (2) lulus SD, dan (3) SLTP ke atas. Penelitian ini dilaksanakan di 4 propinsi yaitu, Propinsi Jawa Timur, Propinsi Jawa Barat, Propinsi Sumatera Barat, dan Propinsi Sulawesi Selatan.

hasil penelitian didapatkan bahwa yang menggunakan WC secara rata-rata, yaitu, (1) kelompok tak lulus SD sebanyak 26,74%, (2) kelompok lulus SD sebanyak 20,56%, dan (3) kelompok SLTP ke atas sebanyak 47,67%. (116)

bandingkan kegiatan yang sifatnya untuk pencegahan (buang air besar di WC) dengan kegiatan yang sifatnya pengobatan (berobat di Rumah Sakit/Puskesmas), didapatkan data pada kelompok yang sama yaitu, (1) kelompok tak lulus SD sebanyak 74,47%, (2) kelompok lulus SD sebanyak 67,74%, dan (3) kelompok SLTP ke atas sebanyak 47,67%. (116) Dari kedua data tersebut di atas, terbukti bahwa peri-

su masyarakat desa, (1) tidak berbeda pada mereka yang tidak berpendidikan dibandingkan dengan mereka yang berpendidikan rendah (SD), dan (2) masalah yang sifatnya pencegahan kurang diperhatikan dibandingkan dengan upaya pengobatan. Masyarakat seperti ini, oleh Grossman⁽¹²⁴⁾ di golongan pada masyarakat yang mempunyai kebiasaan hidup (living habits) yang belum selaras dengan tuntutan kesehatan moderen.

Ternadap pengaruh pendidikan pada kesehatan, O'Hara⁽¹²⁵⁾ mengatakan bahwa, pendidikan meningkatkan produktivitas dengan anggapan bahwa makin tinggi produktivitas, makin tinggi pula pendapatan yang akan diperoleh. Melalui cara ini, dasar untuk menganalisis secara ekonomi dari pengaruh pendidikan pada umumnya dijalankan, baik produktivitas untuk menghasilkan benda yang dapat dipasarkan (market)^(126,127,128) maupun untuk benda-benda yang sifatnya untuk konsumsi (nonmarket)^(124,129). Pada benda konsumsi yang dihubungkan dengan kesehatan, dikemukakan bahwa makin tinggi produktivitas akan menghasilkan kuantitas/kualitas yang lebih tinggi pula dalam bentuk benda-benda berupa makanan ataupun kesehatan. Hal ini terjadi karena adanya inflow of time dalam bentuk benda-benda yang dapat dipasarkan berupa makanan ataupun obat-obatan.⁽¹²⁵⁾

Melalui kedua jalur di atas, dengan meningkatnya pendapatan karena meningkatnya produktivitas, akan membawa masyarakat membelanjakan penghasilannya untuk barang-barang yang dipasarkan (market goods), baik untuk menunjang upaya peningkatan gizi berupa makan

bergizi tinggi, bahan-bahan untuk perbaikan sanitasi serta usaha untuk mendapatkan pengobatan dini dikala sakit. Jalur ini adalah yang disebut oleh Fuchs⁽¹³⁰⁾ sebagai pengaruh pendidikan dalam merubah kebiasaan hidup (living habits).

Mengenai pengaruh pendidikan terhadap kesehatan, Fuchs⁽¹³⁰⁾ mengemukakan bahwa di Amerika Serikat, terdapat korelasi yang kuat antara tingkat kesehatan dan lamanya bersekolah dan di lain pihak, Grossman⁽¹²⁴⁾ mengemukakan adanya hubungan antara lamanya bersekolah dengan kematian dalam usia muda.

Dari kedua hal tersebut di atas, Fuchs menguraikan bahwa dengan pendidikan yang cukup, ada 2 variabel yang paling dipengaruhi yaitu tingkat pendapatan dan tingkat pengetahuan. Karena pendidikan dan pengetahuannya yang cukup, ia mampu untuk menggunakan fasilitas kesehatan secara baik. Akan tetapi di lain pihak, kedua faktor tersebut di atas ikut memperkuat kecenderungan bagi mereka untuk menderita penyakit jantung. Mereka yang berpendapatan dan berpengetahuan cukup adalah mereka yang menduduki jabatan yang sibuk dan selalu tegang dan merupakan golongan dengan resiko tinggi untuk mendapatkan penyakit jantung.

Pada penelitian di negara berkembang, hubungan tingkat pendidikan terutama dilihat pada pendidikan orang tua, kepala keluarga dan ibu-ibu rumah tangga terhadap kesehatan diri dan anak-anak mereka.

Dari berbagai penelitian didapatkan adanya pengaruh pendidikan terhadap upaya perbaikan gizi, baik pada tingkat pendidikan ke-

orang tua, (131,132,133,134,135) ataupun pada lamanya ibu berkolah, (135,137,138,139,140) menunjukkan adanya pengaruh ber-kna pada status gizi anak pada khususnya dan tingkat kesehatan ak tersebut pada umumnya.

samping pengaruh tingkat pendidikan secara langsung pada kese-hatan, terdapat faktor-faktor lain yang ikut berperan seperti, mish anak yang banyak, (141) menolak untuk menggunakan sarana ngobatan modern karena alasan politik dan ekonomi, (142) dan ra mendistribusikan makanan di dalam keluarga. (143)

Menguraikan hubungan tingkat pendapatan dengan kesehatan, bungan ini sesungguhnya tidak terlepas dari hubungan tingkat ndidikan dan kesehatan itu sendiri.

eston dan Gardner (144) menyatakan bahwa dengan adanya suatu mo vasi kepada masyarakat, tingkat kematian merupakan hasil yang akibatkan oleh 2 faktor yaitu, (1) tingkat pengetahuan yang ber-bungan dengan cara-cara memberantas penyakit, dan (2) tersedia e sarana untuk menerapkan pengetahuan itu. Kedua faktor terse-t di atas berlaku baik untuk perorangan maupun untuk kelompok syarakat.

ra ahli ekonomi kesehatan senantiasa melihat hubungan pendapat terhadap kesehatan dalam aspek timbulnya kematian (mortality). bungan ini ditunjukkan pada, (1) Angka Kemataian Bayi (AKB) atau Infant Mortality Rate (IMR), (2) Angka Kematian Kasar atau Crude Rate (CDR), dan (3) Angka Ramalan Hidup (Life Expectancy).

sepakat mengatakan bahwa, (1) pendapatan berhubungan posi-

terhadap ramalan hidup (berhubungan negatif terhadap kematian, dan (2) terdapat nilai batas (limit) pada ramalan hidup yang tidak tercapai, kenaikan pendapatan tidak memberikan efek lagi.⁽¹⁴⁵⁾ Hubungan dengan kesepakatan tersebut di atas, Fuchs⁽¹³⁰⁾ mengemukakan contoh pengaruh pendapatan terhadap kesehatan yang terjadi di New York. Aspek kesehatan yang diteliti adalah AKB dan terdapat bahwa setelah adanya peningkatan pendapatan selama 3 dasawarsa, AKB menurun dari 140% pada tahun 1900 untuk menjadi 65% pada tahun 1930. Begitu pula angka kematian akibat penyakit pneumodiarrrhea complex yang merupakan sebab kematian utama di daerah sanitasi yang rawan, turun dari 75% di tahun 1900 menjadi 25% di tahun 1930.

Adanya pengaruh pendapatan terhadap derajat kesehatan ternyata tidak terlihat secara sama oleh para ahli ekonomi. Rodgers⁽¹⁴⁶⁾ melihat pengaruh tidak langsung pendapatan terhadap derajat kesehatan. Dikemukakannya bahwa terdapat kecenderungan hubungan pendapatan yang rendah sebagai jalan untuk tidak mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai, kekurangan pendidikan serta sejumlah aspek lain di dalam masyarakat yang berhubungan dengan timbulnya penyakit. Peneliti lain, Stockwell dan Hutchinson⁽¹⁴⁷⁾ mengemukakan bahwa terdapat korelasi antara jumlah kalori makanan yang diterima dengan kematian bayi dan anak dibandingkan dengan angka kematian umum. Akhirnya Shin⁽¹⁴⁸⁾ mengemukakan bahwa terdapat kecenderungan tingkat pendidikan lebih berpengaruh pada kematian dibandingkan dengan tingkat pendapatan.

Penelitian tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kematian didapatkan pada analisis tentang kehidupan di Inggris pada abad ke 19 dan Amerika Serikat sebelum tahun 1930. Pada periode tersebut, kematian menurun karena lebih banyak dipengaruhi oleh standar hidup dibandingkan dengan upaya kesehatan. (149,150) Dari tahun-tahun 1930an sampai tahun 1960an, penurunan angka kematian sangat tidak tergantung pada peningkatan standar hidup. (150) Data di atas tersimpul bahwa peningkatan pendapatan sangat bermakna pada peningkatan ramalan hidup antara tahun 1930-1963, 1930-1970 dan 1940-1970 dan hanya sedikit bermakna pada periode tahun 1940-1963. (145)

Kemaknaan pengaruh pendapatan terhadap peningkatan kesehatan di Amerika Serikat dalam kurun waktu 3 dasawarsa (1930-1960), cenderung terjadi bukan karena pengaruh peningkatan pendapatan semata. Pada periode itu, kegiatan PKM telah mulai dilaksanakan dalam bentuk kegiatan pilot-project (13,20) yang bertujuan meningkatkan kesehatan. Keadaan kesehatan yang sangat tidak menguntungkan terjadi sampai tahun 1910 dimana pada setiap pasien yang didiagnosis, berlaku baginya ramalan dengan ratio 50/50 untuk dapat sembuh karena diagnose dan cara perawatan yang kurang memadai. (151) Tantang oleh keadaan seperti itu, upaya peningkatan kesehatan kemudian dilancarkan melalui sekolah-sekolah, seperti di San Antonio, Texas pada tahun 1913, di Philadelphia dan Detroit pada tahun 1916 sampai terbentuknya New York Evaluation Study yang dimulainya pada tahun 1941 dan berakhir pada tahun 1949. (8,152) Kegiatan

emudian memberi dampak positif pada masyarakat. Dengan ber-
 ya organisasi profesional di bidang kesehatan masyarakat se-
 American Public Health Association pada tahun 1872 dan ke-
 n membentuk bagian-bagian yaitu, School Health Section pada
 1936, Health Education Section tahun 1937 dan Society of
 c Health Education (SCPHE) pada tahun 1950, kesemuanya ikut
 ntu masyarakat untuk hidup lebih sehat.⁽⁶⁾ Dengan berlaku-
 he Social Security Act sejak tahun 1935,⁽¹³⁵⁾ kegiatan un-
 idup sehat di seluruh negara bagian, mendapat jaminan dari
 Pemerintah Federal.

Di Indonesia, juga terlintas adanya kecenderungan penurunan
 Leimena⁽¹⁵⁴⁾ mengemukakan hasil penelitian Soediono, bahwa
 um Perang Dunia II, AKB 300% sedang semasa revolusi fisik,
 nti menemukan 200% di daerah percontohan di luar Yogyakarta-
 eadsan selanjutnya menunjukkan bahwa AKB terus menurun men-
 100% pada tahun 1976 dan menjadi 80% di tahun 1980.⁽¹⁵⁵⁾
 derungan terus menurun sampai 60% pada tahun 1985.⁽¹⁵⁶⁾
 ubungkan turunnya AKB dengan tingkat pendapatan masyarakat,
 pat kecenderungan bahwa kenaikan pendapatan per kapita sam-
 engan \$ 530.- (tahun 1981)⁽¹⁵⁷⁾ bukanlah merupakan satu-sa-
 faktor penyebab. Seperti juga di Amerika Serikat, oleh Pe-
 tah Indonesia, melalui kegiatan dalam beberapa periode Pem-
 nan Lima Tahun (Pelita), masalah kesehatan senantiasa menda-
 rioritas. Pada periode penurunan AKB tersebut di atas, se-
 ra itu pula tengah giatnya dilaksanakan pembangunan kesehatan

kemudian memberi dampak positif pada masyarakat. Dengan ber-nya organisasi profesional di bidang kesehatan masyarakat se-ri American Public Health Association pada tahun 1872 dan ke-an membentuk bagian-bagian yaitu, School Health Section pada in 1936, Health Education Section tahun 1937 dan Society of ic Health Education (SCPHE) pada tahun 1950, kesemuanya ikut antu masyarakat untuk hidup lebih sehat.⁽⁶⁾ Dengan berlaku- The Social Security Act sejak tahun 1935,⁽¹³⁵⁾ kegiatan un- hidup sehat di seluruh negara bagian, mendapat jaminan dari ik Pemerintah Federal.

Di Indonesia, juga terlinat adanya kecenderungan penurunan Leimana⁽¹⁵⁴⁾ mengemukakan hasil penelitian Soediono, bahwa lum Perang Dunia II, AKB 300% sedang semasa revolusi fisik, anti menemukan 200% di daerah percontohan di luar Yogyakarta- Keadaan selanjutnya menunjukkan bahwa AKB terus menurun men- 100% pada tahun 1978 dan menjadi 88% di tahun 1980.⁽¹⁵⁵⁾ nderungan terus menurun sampai 60% pada tahun 1985.⁽¹⁵⁶⁾ ertubungkan turunnya AKB dengan tingkat pendapatan masyarakat, apat kecenderungan bahwa kenaikan pendapatan per kapita sam- dengan \$ 530.- (tahun 1981)⁽¹⁵⁷⁾ bukanlah merupakan satu-se- ra faktor penyebab. Seperti juga di Amerika Serikat, oleh Pe- ntah Indonesia, melalui kegiatan dalam beberapa periode Pem- unan Lima Tahun (Pelita), masalah kesehatan senantiasa menda- prioritas. Pada periode penurunan AKB tersebut di atas, se- ara itu pula tengah giatnya dilaksanakan pember...

yang memanfaatkan proses Pendidikan Kesehatan Masyarakat (PKM). Proses PKM yang bertujuan merubah perilaku masyarakat menuju terainya perilaku sehat^(5,6,7,8) melalui berbagai kegiatan, seperti program pendidikan gizi,^(108,109,158) penerangan tentang manfaat imunisasi^(95,96) serta usaha untuk meningkatkan peran masyarakat pada upaya kesehatan yang sedang dijalankan^(159,160,161,163) telah sangat membantu usaha untuk menurunkan AKB.

Perhasilan penggunaan PKM, disamping berfungsi sebagai jembatan antara petugas kesehatan dan masyarakat pada penyampaian pesan-pesan kesehatan,⁽¹⁶⁴⁾ PKM merupakan pula media yang tepat untuk meningkatkan pengetahuan ibu-ibu rumah tangga tentang kesehatan melalui proses pendidikan nonformal.⁽¹⁶⁵⁾

Berarti yang telah dikemukakan terdahulu bahwa tingkat pendidikan ibu rumah tangga sangat penting artinya pada derajat kesehatan anak dan keluarganya maka dengan memiliki pendidikan tersebut, ibu rumah tangga akan mudah termotivasi untuk menggunakan isin oralit pada diare^(166,167,168,169,170,171,172,173) dan dengan upaya ini, walaupun sederhana akan tetapi sangat bermanfaat untuk menurunkan AKB.

Penggunaan PKM yang lain terlihat pada upaya kesehatan di kalangan Indian Aboriginal Community. Melalui proses PKM, petugas kesehatan merubah sikap dan perlakuan masyarakat terhadap bayi sehingga mereka memelihara bayi lebih baik serta meningkatkan kemampuan untuk menggunakan sarana pelayanan kesehatan sebaik-baiknya. Dengan cara ini, AKB berhasil diturunkan dari 260% pada tahun

1953 menjadi 40% di tahun 1972. (174)

Pemanfaatan pengorganisasian dan pengembangan masyarakat untuk merubah nilai dan perilaku kesehatan

Seperti yang telah disepakati para ahli kesehatan masyarakat bahwa untuk terlaksananya usaha-usaha kesehatan di dalam masyarakat, usaha tersebut hendaknya dilaksanakan melalui pengorganisasian masyarakat. Ide ini kemudian berkembang dalam berbagai program kesehatan dan yang paling banyak memanfaatkannya adalah program kesehatan yang menggunakan PKM. Dengan menjadikan tujuan utama penggunaan PKM yaitu untuk merubah perilaku jelek ke perilaku sehat (5,6,7) maka melalui pengorganisasian ini diharapkan terjadinya perubahan pada sekelompok kecil masyarakat untuk selanjutnya dikembangkan lebih luas. Penggunaan pendekatan pendidikan untuk merubah perilaku, dilaksanakan dalam suatu strategi pendidikan. Green (7) mengemukakan adanya 3 cara yang dapat ditempuh yaitu, (1) cara komunikasi, (2) cara latihan, dan metode pengorganisasian. Dari ketiga cara tersebut di atas, dalam pelaksanaan di lapangan, tidak harus hanya satu cara yang digunakan tetapi tergantung kebutuhan, ketiga cara dapat digabungkan dengan lainnya. Pemanfaatan pengorganisasian dan pengembangan masyarakat (PPM) di bidang kesehatan, telah dilaksanakan dengan hasil yang memuaskan baik di negara-negara sedang berkembang maupun di negara yang telah maju. Pemanfaatan PPM secara berhasil dilakukan pada upaya peningkatan gizi, keluarga berencana, sanitasi lingkungan dan bahkan dalam upaya mengatasi berbagai penyakit.

endemik dan epidemik. (175,176,177,178,179)

negara yang maju, kegiatan PPM ditujukan untuk mengatasi masa, alkoholisme, (180) kegemukan (obesity), (181) kerukunan tetangga untuk mencegah terjadinya kecelakaan dalam lingkungan hidup masyarakat, (182) serta kerukunan untuk mengatasi berbagai penyakit tertentu, seperti, penyakit tekanan darah tinggi, (183) penyakit rheumatik yang akut, (184) penyakit tukak lambung, (185) penyakit jantung, (186) dan penyakit gula (diabetes mellitus). (187)

Dari kegiatan-kegiatan tersebut di atas, rasa terikat terjadi di antara penderita/warga masyarakat disebabkan oleh karena adanya sikap kebersamaan dalam menghadapi masalah dan rasa ingin saling menolong penderitaan. (188) Namun demikian, pelaksanaan PPM sesuai dengan prinsip pengorganisasian dan pengembangan masyarakat, terutama pada negara-negara yang sedang berkembang, lebih ditekankan pada pengembangan sedang pada negara-negara yang sudah maju, dan pengorganisasian yang menonjol. (189)

Salah satu upaya peningkatan kesehatan di Indonesia yang menggunakan cara PPM adalah Peningkatan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD). Seperti yang telah dikemukakan oleh Swardjono Suryaningrat (190) bahwa PKMD merupakan bentuk operasional dari Primary Health Care (PHC) dan diharapkan bahwa kegiatan yang dilaksanakan di wadah ini, dapat membawa masyarakat Indonesia menuju tercapainya derajat kesehatan yang optimal. Untuk mencapai maksud tersebut, Mahler (48) menekankan perlunya peran serta masyarakat.

Dengan berpegang pada prinsip kerja PPM (189) yaitu, (1) ide

deknya berasal dari masyarakat itu sendiri, (2) ide dibicarakannya dalam kelompok dan diputuskan sebagai ide kelompok, dan (3) dikerjakan oleh seluruh masyarakat, maka yang dapat diharapkan untuk melaksanakan semua itu adalah manusia Indonesia yang sesuai dengan pandangan hidup, ideologi dan cita-cita bangsa serta berperilaku yang berdasarkan Pancasila.⁽¹⁹¹⁾ Mereka itu pula merupakan masyarakat desa yang melaksanakan modernisasi desa tanpa melupakan asas gotong-royong,⁽¹⁹²⁾ dan dalam pembangunan kesehatan, mereka merupakan manusia yang berkualitas pembangunan.⁽¹⁹³⁾ Bila terjadi kegagalan dalam pelaksanaan PKMD, biasanya ada 2 masalah pokok sebagai penyebabnya yaitu, (1) masalah biaya, dan (2) masalah pengelolaan.⁽¹⁹⁴⁾

Agar terhindar dari timbulnya masalah yang menyangkut biaya, pada setiap PKMD hendaknya diusahakan kegiatan di luar bidang kesehatan *non-health*^(7,165) yang memotivasi masyarakat untuk meningkatkan pendapatan. Secara terinci, untuk lancarnya kegiatan PKMD diperlukan kegiatan secara berturut-turut, (1) identifikasi kebutuhan kesehatan baik berupa need maupun demand, (2) mengusahakan pemukiman untuk memenuhi kebutuhan masyarakat (demand) dari pada mendahulukan kebutuhan sesuai dengan pandangan petugas kesehatan (need), (3) membentuk wadah pelaksana berupa organisasi yang didukung oleh segenap warga masyarakat, (4) pengorganisasian tenaga yang dapat melaksanakan kegiatan non-health untuk menunjang kegiatan kesehatan yang sedang berlangsung, dan (5) membina serta mengembangkan usaha non-health yang tepat sesuai de-

(115)
n kondisi dan situasi setempat.

Salah satu hal timbulnya masalah pengelolaan, yang paling banyak mengganggu keberhasilan kegiatan adalah "dualisme" dokter puskesmas dalam melayani masyarakat. Sebagai dokter yang mengabdikan diri pada kegiatan PKMD yang mengusahakan Dana Sehat, ia akan mengutamakan kegiatan pencegahan sedang dalam kegiatannya melakukan praktik sebagai dokter swasta, ia pasti mengusahakan kegiatan pada bidang pengobatan. Sebagai hasil dari kedua tindakan yang dilakukan oleh dokter yang sama ini, masyarakat akan terpengaruh dalam bersikap dan berbuat di bidang kesehatan. (184)

Di dalam pelaksanaan pengorganisasian masyarakat, sedikit-dikit akan terlihat 3 aspek yaitu, (1) aspek proses, (2) aspek masyarakat, dan (3) aspek berfungsinya masyarakat. (188)

Sebagai kegiatan yang bertujuan merubah nilai di dalam masyarakat, tentunya diperlukan indikator yang dapat diukur yang terjadi di dalam masyarakat tersebut. Di dalam kegiatan ini, bila semua proses berjalan sebaik-baiknya, akan terlihat bahwa di dalam masyarakat itu akan terjadi perubahan pengetahuan, sikap, perilaku dan penampilan kelompok, (189) sebagai pertanda berfungsinya masyarakat di dalam pembangunan.

Pada pelaksanaan kegiatan non-health, tersirat di dalamnya adanya inovasi. Dengan mengadopsi suatu inovasi, akan memberikan perubahan baik pada individu maupun perubahan sistem sosial. (13)
Tahap di mana masyarakat akan teradopsi pada suatu inovasi yang dikomunikasikan pada mereka, tentunya memerlukan proses. Proses

psi meliputi 5 tahap yaitu, (1) tahap timbulnya kesadaran (awareness), (2) tahap menaruh minat (interest), (3) tahap penilai (evaluation), (4) tahap mencoba (trial), dan (5) tahap menerima (adoption).⁽¹³⁾

✓ Seperti yang telah dikemukakan terdahulu bahwa untuk perubahan perilaku, secara psikologi pendidikan perubahan itu meliputi perubahan yang berhubungan dengan cognitive domain, affective domain dan psychomotor domain.⁽¹²⁰⁾

Hubungan ketiga domain ini, Bloom⁽¹²⁰⁾ mengemukakan bahwa, (1) pada cognitive domain, ditekankan tentang tujuan pengetahuan dan hubungan pengembangan intelektual dan keterampilan, (2) pada affective domain, ditekankan pada perubahan perhatian, sikap, nilai, penghargaan serta penyesuaian, dan (3) pada psychomotor domain, ditekankan tentang ketrampilan yang bersifat motorik.

Secara terinci, untuk mengukur tingkat pengetahuan seseorang, Bloom mengemukakan bahwa knowledge domain terdiri atas 5 tingkat yaitu, (1) tingkat pengetahuan (knowledge), bila seseorang hanya mampu menjelaskan secara garis besar apa yang telah dipelajarinya umpamanya istilah-istilah saja. Pada tingkat (2) comprehension, seseorang berada pada tingkat pengetahuan dasar. Ia dapat menerangkan kembali secara mendasar pengetahuan yang telah dipelajarinya. Di tingkat (3) application, telah ada kemampuan untuk menggunakan apa yang dipelajarinya dari satu situasi ke situasi yang lain. Pada tingkat (4) analysis kemampuan lebih meningkat la

Ia telah mampu untuk menerangkan bagian-bagian yang menyusun suatu bentuk pengetahuan tertentu dan menganalisis hubungan satu dengan lainnya. Pada tingkat (5) sintesis (sythesis), disamping kemampuan untuk menganalisis ia pun mampu untuk menyusun kembali ke bentuk semula maupun ke bentuk yang lain. Akhirnya pada tingkat (6) evaluasi (evaluation) merupakan tingkat pengetahuan yang tertinggi. Dalam tingkat ini telah ada kemampuan untuk menguji secara kritis pengetahuan yang telah dipelajarinya. Juga pada tingkat ini telah dapat dijalankan, thwohl (195) mengemukakan lima tingkatan. Pada tingkatan pertama, rangsangan dari luar menimbulkan suatu tindakan. Biasanya rangsangan telah mampu merangsang dan ikut serta. Di dalam tingkatan kedua, ditandai dengan adanya rangsangan di dalam tingkat ini, rangsangan bagi masyarakat yang bersangkutan. Pada tingkatan ketiga, terorganisasi (organization), nilai yang telah ada itu, telah terorganisasi menjadi milik masyarakat. Pada tingkatan terakhir, (5) memiliki kekhususan dalam suatu nilai yang kompleks (characterization by a value complex), masyarakat yang bersangkutan telah memiliki suatu nilai khusus

ekhas bagi mereka. Menurut Krathwohl, nilai di tingkatan kelini merupakan nilai tertinggi dan sangat erat hubungannya dengan cognitive domain.

Menguraikan tentang sikap, bahwa sikap adalah kecenderungan untuk melakukan atau tidak melakukan hal-hal tertentu⁽¹⁹⁶⁾ dan

memberikan respons baik berupa respons yang positif ataupun negatif terhadap orang, objek ataupun situasi.⁽¹⁹⁷⁾

Hal ini disebutkan bahwa sikap merupakan perasaan tertentu, predisposisi ataupun sejumlah kepercayaan tertentu yang ditujukan pada objek, manusia ataupun situasi,⁽¹⁹⁸⁾ menunjukkan bahwa sikap merupakan hal yang kompleks dan untuk merubahnya diperlukan proses yang tidak sederhana.

Perubahan sikap dipengaruhi oleh:

Faktor kognisi.

Hal ini ditunjukkan oleh⁽⁹⁾ mengemukakan bahwa untuk terjadinya perubahan persepsi merupakan dasar perubahan sikap, didasarkan oleh adanya perubahan pengetahuan, cakrawala, pengalaman dan pendidikan;

Faktor komunikasi.

Perubahan sikap dengan mengambil model Hovland-Janis Kelly⁽¹⁹⁹⁾

nyata memerlukan komunikasi untuk merubah diri dari mengatahui sampai timbulnya rasa percaya yang kemudian mengamalkannya.

Hal ini dibutuhkan pula dalam kegiatan diskusi pada proses di kelompok di mana perubahan sikap terjadi.^(10,195,200,201)

Hal ini membuktikan bahwa perubahan sikap karena adanya komunikasi

tersebut (metoda Sokratik) ternyata 10 kali lebih berhasil

andingkan dengan pemberian ceramah (metoda didaktik). Untuk hasilnya penggunaan komunikasi guna menunjang terjadinya perubahan sikap, kredibilitas komunikator sangat menentukan.⁽¹⁴⁾

Lo⁽¹⁶⁾ mengemukakan bahwa untuk meningkatkan derajat kepercayaan pada komunikator, diperlukan, (1) kemampuan berkomunikasi, sikap komunikator terhadap pesan dan penerima, (3) tingkat getahuan komunikator terhadap apa yang dibawakan, (4) posisi komunikator di dalam sistem sosial yang bersangkutan.

Disamping itu, McGuire⁽²⁰²⁾ mengatakan bahwa adanya kesamaan pengalaman antara komunikator dan masyarakat, akan sangat memudahkan komunikasi.

Faktor psikologik

Adanya rasa senang/tidak senang pada komunikator akan berakibat apa menolak/menerima apa yang dibawakannya.^(42,43) Disamping itu, ada kecenderungan bahwa sikap dipengaruhi oleh penghargaan. Adanya penghargaan, seseorang akan bersikap seperti yang diharapkan sedang bila perlakuan sebaliknya, sikap yang muncul ialah yang tidak diharapkan.^(203,204)

Pengaruh psikologik lebih jelas pada penggunaan komunikasi verbal. Penggunaan kata sifat yang tepat pada suatu objek, sangat menentukan terjadinya penolakan/penerimaan objek tersebut.⁽²⁰⁵⁾

Faktor antropologik

Adanya sesuatu yang dianggap wajar (rational) sebagai salah satu aspek kesehatan dalam suatu kebudayaan tertentu dan sulit diterima oleh masyarakat dari kabu-

aan yang lain, tetapi bagi masyarakat pemilik kebudayaan, ma-
 lah kesehatan itu dianggap wajar dan bersikap menerima apa a-
 ra. (44)

Faktor sosiologik

ahnya sikap berubah ikut dipengaruhi oleh adanya faktor in
jp. (45)

Pada percobaan Lewin⁽¹⁰⁾ terlihat betapa besar pengaruh pro-
 dinamika kelompok pada perubahan perilaku. Dari kelompok per-
 aan didapatkan bahwa 32% di antara kelompok diskusi yang beru-
 sikap dan perilaku sedang dari kelompok ceramah hanya 3%.
 n demikian, untuk perubahan perilaku, sikap bukan merupakan
 -satunya determinan disamping adanya determinan yang lain se-
 i motivasi dan norma masyarakat. (197)

Terhadap ketrampilan/perbuatan, para ahli taxonomy belum se-
 at. Dirasakan bahwa pada saat cognitive domain dan affective
in telah dapat dibukukan, bahan-bahan untuk psychomotor do-
y belum lengkap. Nantilah pada tahun 1972, setelah beberapa
 menulis tentang domain ini, Harrow⁽²⁰⁶⁾ berhasil mengemuka-
 tentang ketrampilan yang terdiri atas 5 tingkatan.

agai tingkatan (1) persepsi (perception) ditandai dengan ada-
 kemampuan mendeteksi kelainan dengan adanya rangsangan dalam
 uk pendengaran, penglihatan ataupun pengecapan. Tingkat ke-
 ptilan pada tingkat ini hanyalah sekedar dapat mendeteksi. Pa-
 ingkatan (2) tersusun (set), yang bersangkutan telah siap fi-
 mental dan emosional terhadap keadaan tertentu. Ia telah si

untuk bekerja. Pada tingkatan (3) sebutan terhadap bimbingan
 an cara meniru atau mencoba (guided response by imitation or
 al and error), yang bersangkutan telah mempunyai kemampuan un
 mengerjakan sesuatu asalkan dibawah pengawasan instruktur.
 a tingkatan (4) secara mekanis (mechanism), yang bersangkutan
 an dapat bekerja sangat lancar, seperti mesin saja. Di ting-
 an (5) kemampuan dengan ketrampilan yang kompleks (complex
 rt response) merupakan tingkatan ketrampilan yang tertinggi.
 ang akan bekerja sangat trampil tanpa membuat kesalahan lagi.

Meninjau perilaku yang dipengaruhi oleh berbagai faktor,
 atmodjo⁽²⁰⁷⁾ mengemukakan 3 model kerangka analisis perilaku
 ehatan yaitu, (1) model Green, (2) model Kar, dan (3) model

an⁽⁷⁾ mengemukakan bahwa perilaku sehat terjadi karena penga-
 3 faktor yaitu, (1) faktor predisposisi (predisposing fact-
), (2) faktor pendukung (enabling factors) dan (3) faktor pen-
 ng (reinforcing factors) dan ketiga faktor yang saling ber-
 an ini merupakan gabungan antara faktor-faktor yang terdaat
 , (1) masyarakat, (2) sarana kesehatan tersedia, dan (3) pa-
 etugas kesehatan.

il analisis Green ini digambarkan sebagai:

$$B = f (PF, EF, RF)$$

di mana:

- B = behavior (perilaku)
- PF = faktor predisposisi
- EF = faktor pendukung
- RF = faktor pendorong

en mengemukakan bahwa bila faktor-faktor predisposisi, pendukung dan pendorong berjalan dengan berimbang, maka perilaku sehat akan ditemukan di dalam masyarakat.

(208) mengemukakan bahwa perilaku sehat terjadi dalam bentuk tertentu. Dikemukakannya bahwa perilaku sehat itu terjadi karena ada lima faktor, (1) minat seseorang sehubungan dengan kepentingan pribadi (behavior intentions), (2) adanya dukungan sosial dari masyarakat sekitarnya (social supports), (3) ada/tidak adanya informasi tentang kesehatan (accessibility of information), (4) otonomi pribadi orang yang bersangkutan dalam mengambil tindakan dan keputusan (personal autonomy), dan (5) situasi yang memungkinkan untuk bertindak atau tidak bertindak (action situation).

Model analisis Kar digambarkan sebagai:

$$B = f (BI, SS, AI, PA, AS)$$

di mana

B = perilaku

BI = minat sehubungan dengan kepentingan pribadi

SS = dukungan masyarakat sekitar

AI = informasi kesehatan

PA = otonomi pribadi

AS = situasi untuk melakukan tindakan

Teori terinci Kar mengemukakan bahwa dengan adanya minat seseorang bila didukung oleh masyarakat sekitarnya dan dibantu adanya informasi tentang apa yang diinginkannya, kemungkinan besar ia akan berbuat sesuai dengan keinginannya. Tetapi untuk berbuat, seseorang memerlukan kemampuan untuk memutuskan. Keputusan ini sangat tergantung pada sekelilingnya, apakah ia mendapat kesempatan untuk bertindak. Pada teori Kar ini juga tergambar adanya satu ke-

uan antara, (1) masyarakat, (2) sarana kesehatan dan informasi tentang tersedianya sarana tersebut, dan (3) keadaan sekitar seperti dukungan masyarakat dan lingkungannya.

WHO⁽²⁰⁹⁾ dikemukakan bahwa untuk tiba pada perilaku sehat, diperlukan adanya 4 faktor yaitu, (1) pemikiran dan perasaan (thoughts and feeling), (2) adanya orang penting sebagai referensi (personal reference), (3) sumber daya (resources) dan (4) keyakinan (culture).

hadap pengertian pemikiran dan perasaan, tercakup hal-hal seperti pengetahuan (knowledge), kepercayaan (belief), sikap (attitude) dan nilai (values).

Di perumusan WHO tersebut di atas digambarkan bahwa untuk tiba pada perilaku sehat, diperlukan adanya pengetahuan dan pengalaman di bidang kesehatan untuk mengalihkan kepercayaan yang merugikan kesehatan menuju ke perilaku sehat. Untuk mencapai perubahan, tidaklah mudah. Diperlukan adanya proses pendorong seperti proses imitasi atas perbuatan seseorang yang ditokohkan, tersedianya sumber daya pendukung dan adanya keinginan untuk berubah yang dapat diterima sesuai dengan kebudayaan dimana ia dibesarkan. Secara sistematis, analisis perilaku dari WHO adalah:

$$B = F (TF, PR, R, C)$$

di mana

B = perilaku

TF = pemikiran dan perasaan

PR = pribadi panutan

R = sumber daya

C = kebudayaan

Perilaku dan nilai sehat masyarakat desa

Seperti telah dikemukakan di bagian lain karya ini bahwa pada setiap kebudayaan terdapat perilaku dan nilai yang erat hubungannya dengan masalah kesehatan. Adanya positif magic (sorcery dan negative magic (taboo))⁽²¹⁰⁾ pada kebudayaan tertentu dan a pengamalan kesehatan moderen dianggap mempunyai pengaruh ative dan merugikan kesehatan.

in bila diteliti lebih dalam pada pelaksanaan sorcery dan ta- ini, terdapat kesan bahwa masyarakat menjalankannya dengan an melindungi diri dan keluarga dari berbagai gangguan penyakit. Bila mereka telah melaksanakan sorcery dan menghin taboo, mereka akan merasa tenteram karena anak tercinta ti akan menderita sesuatu kekurangan apapun.⁽²¹¹⁾

alam menentukan seseorang sakit ataupun tidak, mereka mem- ai kriteria tersendiri. Biasanya, sebagai kriteria umum, sa- tidaknya seseorang ditentukan apakah ia masih dapat bangkit tempat tidurnya atau tidak guna melaksanakan tugas sehari- . Pada saat menentukan keadaan sakit ini, gejala penyakit se i kurang darah (anaemie), gangguan status gizi serta demam, klah-diperhitungkan.⁽²¹²⁾

Hidup sehat bagi masyarakat desa yang didasari oleh pola kkir sederhana, bukan saja dianut oleh mereka yang masih te- berdiam di desanya, tetapi merekapun yang telah merantau dan telah berpredikat sarjana, masih ada yang mengamalkannya. ya penyakit "angin hantu" yang bergejala kelumpuhan menda

di pagi hari pada seorang pria berusia 50 tahun, dihubungkan dengan adanya nazar yang belum tertebus.⁽²¹³⁾ Penderita rnyanya meninggal dunia tanpa pengobatan yang memadai. Sangat rasalkan bahwa salah seorang ipar penderita adalah sarjana dan saya bahwa "angin hantu" tidak dapat diobatkan ke dokter. Petan dan pengobatan dukun tentu saja tidak akan memadai untuk olong "angin hantu" yang sesungguhnya adalah perdarahan otak subaral haemorrhagic). Semua petunjuk dukun telah dilaksanakan masuk penebusan nazar secara terburu-buru tetapi hasilnya tesia-sia belaka.

Untuk tiba pada perilaku sehat di dalam masyarakat, berba-faktor harus diperhatikan. Peralihan perilaku yang menunjang et" menurut konsep kesehatan tradisional ke hidup "sehat" me t konsep kesehatan moderen, merupakan suatu kegiatan inovasi m suatu proses alih perilaku.⁽¹¹⁵⁾

nya suatu inovasi diterima masyarakat, dipengaruhi oleh ber i faktor, yaitu (1) inovasi tersebut bertentangan dengan pola kebudayaan yang ada, (2) kalau inovasi itu mengakibatkan bahan pola-pola kebudayaan dan struktur sosial yang sudah a-an menggantikannya dengan yang baru, (3) kalau inovasi terse bersifat mendasar berkenan dengan pandangan hidup atau nilai ada dalam masyarakat bersangkutan, dan (4) inovasi dianggap nya terlalu mahal.⁽²¹⁴⁾

udahnya masyarakat menerima inovasi kesehatan, perlu dia- adanya unsur-unsur kebudayaan yang dapat mendukung inova

itu. Menyangkut masalah kebiasaan masyarakat sehari-hari, masyarakat desa ternyata memiliki kebiasaan-kebiasaan yang baik seperti, (1) setiap ibu yang melahirkan, selalu menyusukan bayinya dengan air susu ibu (ASI), (2) kebiasaan mandi setiap hari, (3) menggendong dan menimang anak, (4) menyucikan diri sesudah mengerjakan hajat (cebok) dengan air yang banyak, dan (5) mengunjungi, menjong dan merawat orang sakit.⁽²¹¹⁾ Kebiasaan tersebut di atas akan tetap baik dan tidak merugikan kesehatan sekiranya mereka memiliki pengetahuan tentang kesehatan yang memadai. Sebagai contoh, menyusukan anak sampai tetes ASI yang terakhir memang tepat. Tetapi, bila makanan tambahan tidak diberikan secara tepat, tepat waktunya dan bermutu, gangguan status gizi pastilah tidak terhindarkan. Kejadian gangguan status gizi dan mencret sering terjadi bersama-sama dan keadaan ini amat merugikan kesehatan anak.^(38, 101, 106)

Penggunaan istilah, bahan dan cara yang telah dikenal masyarakat sangat membantu inovasi. Penggunaan nhopi⁽²¹⁵⁾ sebagai makanan tambahan di Zimbabwe telah sangat membantu untuk perbaikan kesehatan khususnya untuk mengatasi kwashiorkor. Nhopi adalah makanan tradisional Shona yang terdiri dari labu dan kacang tanah.

Penggunaan istilah yang telah dikenal masyarakat untuk menunjang inovasi kesehatan, telah digunakan di Sulawesi Selatan. Pada kegiatan penyuluhan kesehatan, telah digunakan istilah batitong untuk menyukseskan program semijaga dan paddengngeng untuk mengarahkan masyarakat memanfaatkan puskesmas sebaik-baiknya.

itong yang dipercaya sebagai makhluk jadi-jadian dan merupakan penyebab kematian penderita muntah-berak dan untuk memelihara kelangsungan hidupnya, batitong melahap tinja yang tercecer mana-mana. Secara logika, bila batitong tidak lagi mendapatkan makanan karena setiap keluarga telah memiliki dan memanfaatkan jamban keluarga sebaik-baiknya, tentulah si batitong akan mati. Dengan kematian akibat penyakit muntah berak dapat diturunkan. Dengan diusahakannya jamban keluarga secara tepat, kematian akibat penyakit muntah-berak dapat dihindarkan.

Adapun paddengngeng yang disebut-sebut sebagai hantu gentayang yang menyebabkan atikkengngeng (mati mendadak) terutama bagi orang tua, merupakan perangsang untuk mengajak golongan usia lanjut untuk datang ke puskesmas memeriksakan kesehatannya secara berkala. Dengan alasan bahwa pemeriksaan itu merupakan cara yang baik untuk menangkai serangan paddengngeng yang terutama menyerang golongan usia lanjut yang menderita sakit kepala, kaku kuduk dan merasa lelah bila melakukan kegiatan jasmani, diharapkan penderita penyakit darah tinggi atau gejala-gejala gangguan pada pembuluh darah dan jantung akan terpantau.

Dalam menggunakan istilah paddengngeng dan batitong, upaya peningkatan kesehatan melalui puskesmas dapat ditingkatkan. (211)

Salah satu segi lain yang berpengaruh pada upaya mencapai kesehatan di dalam masyarakat, adalah tersedianya sarana.

Dalam negara-negara berkembang, penyedia sarana (provider) terbesar adalah pemerintah sedang masyarakat hanya merupakan pemakai (con-

er). Dalam segi ini, sangat berpengaruh jumlah dana tersedia, arah mana prioritas ditujukan dan bagaimana penerimaan pema-

Indonesia, sebanyak 3% dari Produk Nasional Bruto (GNP) diberikan pemerintah guna pembiayaan di bidang pelayanan kesehatan. Nilai absolut anggaran kesehatan (1,9-2,2)% dari anggaran belanja nasional. Angka 3% dari GNP untuk kesehatan ternyata masih dibawah angka-angka yang disediakan oleh negara lain di kawasan Asia dengan tujuan yang sama. Pada tahun 1970 misalnya, biaya untuk Bangladesh, 3,8%, Burma 6,7% dan Sri Lanka 7,5%.⁽²¹⁶⁾ Berdasarkan data tahun 1980-1981, anggaran pemerintah untuk sektor kesehatan mencapai Rp. 641,8 milyar yang untuk sebagian besar dipergunakan untuk membiayai upaya penyembuhan di rumah-rumah sakit dan puskesmas.⁽²¹⁶⁾

Negara yang memberikan pembiayaan lebih besar lagi untuk sektor kesehatan adalah Mozambique sebesar (13-14)%⁽²¹⁷⁾ dan Israel sebesar 8%.⁽²¹⁸⁾ Bila di Mozambique, peningkatan biaya untuk menanggung terlaksananya "Rural Health Delivery" maka di Israel biaya itu digunakan untuk kesehatan pencegahan.

Israel menggunakan biaya kesehatan sebesar (32-40)%, Israel telah mampu merubah keadaan kesehatan negaranya. Sebagai hasil, dilakukan pada tahun 1978 berupa peningkatan Angka Harapan Hidup. Pada tahun tersebut di atas, Angka Harapan Hidup mencapai 71,9 tahun untuk pria dan 75,6 tahun bagi wanita di kalangan Yahudi dan golongan bukan Yahudi, pria 69,1 tahun dan wanita 72 ta-

Angka kematian bayi juga menurun dari 22,7% (1970) menjadi 5,1% (1980) bagi penduduk Jahudi sedang penduduk bukan Yahudi menurun dari 37,2% (1970) menjadi 18,9% (1980).⁽²¹⁸⁾

Di dalam upaya memasyarakatkan kesehatan moderen, para petugas hendaknya memahami dengan tepat arti kesehatan moderen itu sendiri. Untuk itu, diperlukan tenaga kesehatan yang ideal dengan kriteria bahwa tenaga tersebut memiliki, (1) kemampuan (ability) baik dalam hal pengetahuan maupun ketrampilan, (2) berprestasi secara wajar (performance), (3) berkepribadian yang luwes (personality), (4) cukup matang (maturity) baik fisik maupun mental di dalam menjalankan tugasnya, dan (5) tepercaya oleh masyarakat di mana ia bekerja (credibility).⁽³⁸⁾ Petugas kesehatan seperti inilah yang diharapkan akan dapat merubah persepsi masyarakat sebanyak 80%⁽²¹⁹⁾ yang jelas-jelas keliru dengan pernyataan bahwa kesehatan moderen sama saja dengan kesehatan tradisional.⁽²¹⁹⁾

Para petugas kesehatan yang ideal ini pula diharapkan untuk menjelaskan pada setiap orang bahwa masalah kesehatan dalam masyarakat bukan hanya tanggung jawab dokter, perawat, dan serta petugas kesehatan lainnya, tetapi masalah kesehatan merupakan tanggung jawab seluruh lapisan masyarakat.

Menyampaikan pemikiran tersebut di atas, bukanlah hal yang mudah. Hal mengatasi diare umpamanya, penggunaan oralit secara terencana dilaksanakan oleh segenap warga masyarakat dengan penuh tanggung jawab, tidaklah mudah. Bagaimana menerangkan kepada masyarakat tentang komposisinya,^(220,221) cara memproduksi-

(222) cara memberikannya kepada penderita, (223,224) serta aturan makanan yang tepat setelah pemberian oralit⁽¹⁷²⁾ mengenai hal yang memerlukan waktu untuk dapat difahami secara te

upaya kesehatan yang lain seperti pembuatan jamban keluar-
225) perbaikan lingkungan hidup dengan membangun pemukiman sehat, (226) kegiatan di bidang gizi dengan membuat pengukuran atas dengan pita-pita berwarna, (227) serta membuat sendok rhana untuk mengukur jumlah gula yang harus diberikan pada an rehidrasi, merupakan contoh-contoh kegiatan untuk menga- masalah kesehatan yang memerlukan bantuan tenaga yang ti- tergolong sebagai petugas kesehatan.

Salah satu tolok-ukur keberhasilan pembangunan kesehatan i bila ditemukan adanya "pernyataan" yang didukung oleh "ke- an". (193) Dalam hal seperti ini, keberhasilan pembangunan etan telah dapat dibuktikan dengan berbagai data. Laporan Costa Rica dalam "Success story"⁽²²⁹⁾ merupakan salah satu h penggunaan indikator tersebut di atas. Dari laporan ten- kegiatan di bidang kesehatan di Costa Rica, didapatkan beh- reka telah berhasil menurunkan angka kematian kasar menje- 3%, angka kematian bayi 22% dan angka ramalan hidup rata- 72,3 tahun.

Bila masyarakat telah memiliki nilai sehat dalam kehidup- ka sehari-hari, tidaklah mungkin akan ditemukan perilaku- yang merugikan kesehatan baik bagi dirinya maupun bagi

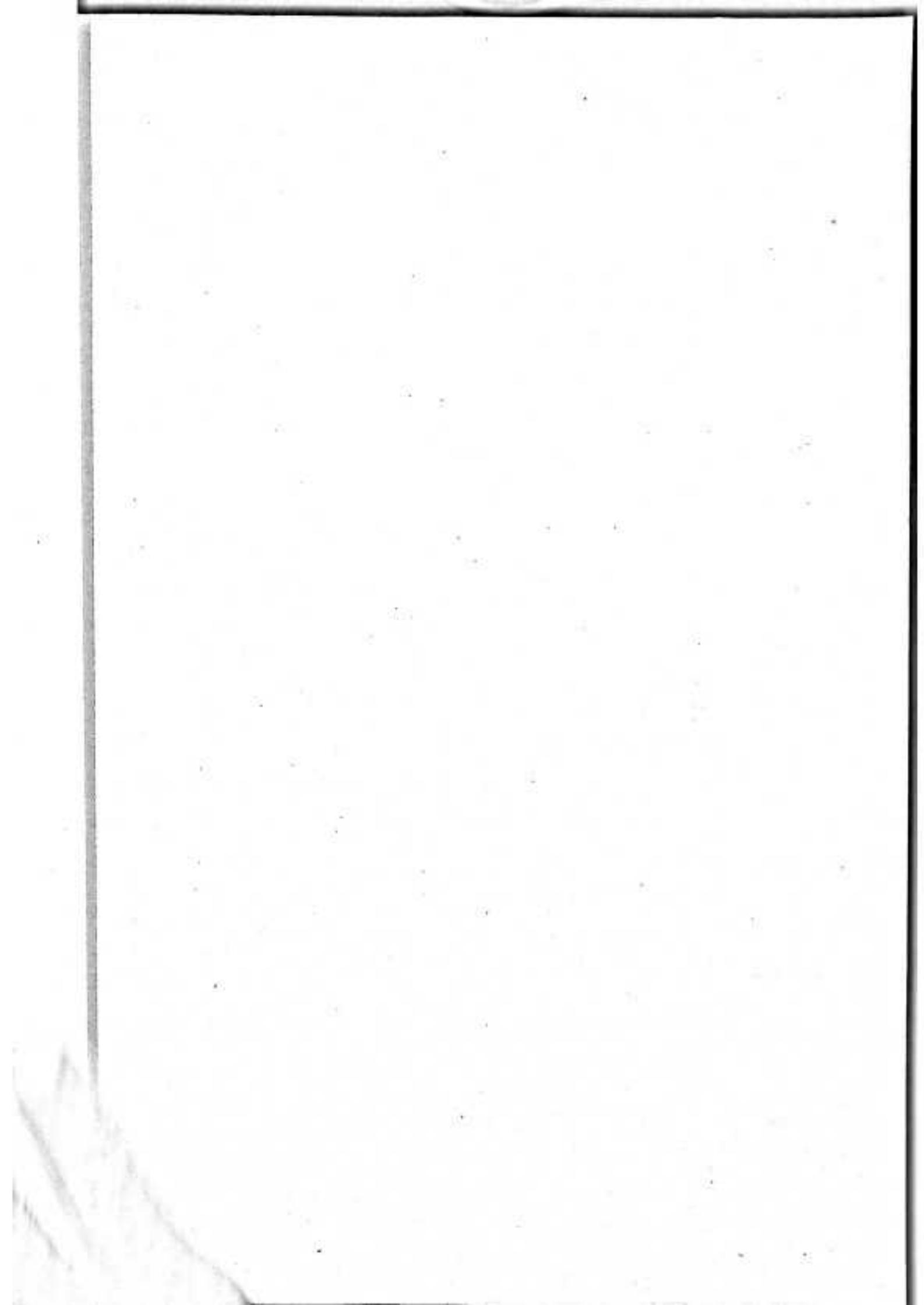
asyarakat sekitarnya. Membuang hajat di tepian sungai tidak ada lagi karena setiap orang menyadari bahwa perbuatan tersebut akan dapat menimbulkan wabah penyakit muntah-berak. Tidak terduga pun yang memiliki rasa tanggung jawab sosial yang tinggi dan bersedia dituding sebagai penanggung jawab timbulnya wabah penyakit muntah-berak, apalagi bila tuduhan bertambah bahwa ia adalah penyebab kematian akibat timbulnya wabah itu. (193)

Sejak pandemi ke tujuh⁽²³⁰⁾ dari penyakit muntah-berak yang disebabkan oleh strain V. cholerae el-Tor yang berasal dari Sula-
wesi Selatan, pastilah akan berakibat sangat berat rasa tanggung jawab sosialnya bagi masyarakat setempat sekiranya mereka telah menyadari arti kesehatan secara tepat.

Nilai-nilai sehat yang bermanifestasi dalam bentuk masyarakat sehat, telah dikemukakan oleh ahli-ahli kesehatan masyarakat semuanya. Bila telah tercapai, (1) maintenance of health dari Green,⁽¹⁸⁾ atau (2) quality of life dari Green,⁽⁷⁾ atau (3) Health for All by the year 2,000 dari WHO karena telah terlaksana Primary Health Care secara sempurna,⁽⁴⁸⁾ ataupun karena tercapainya derajat kesehatan yang optimal sesuai yang digam-
akan dalam Sistem Kesehatan Nasional.⁽¹⁾ Dari apapun yang terdapat, dengan istilah apapun dikemukakan, kesemuanya akan meng-
artikan adanya, (1) kesadaran untuk menolong diri agar tetap
sehat, (2) berperan serta pada setiap program kesehatan yang di-
adakan di desanya, (3) menyadari masalah kesehatan yang diha-
panya dan berusaha untuk mengatasinya, serta (4) tersedianya

na pelayanan kesehatan yang memadai dan terjangkau. (38)

< sampai ke titik ini, Diperlukan keyakinan masyarakat bahwa
lihan perilaku ke perilaku sehat sesuai dengan tuntutan kese
n moderen, merupakan suatu yang berguna, menguntungkan dan
t dicapai.



BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

milihan metoda dan alasannya

Meskipun penelitian dilaksanakan dalam 3 tahap, namun kenyataannya merupakan satu kesatuan. Pemilihan metoda pada setiap didasarkan dan disesuaikan dengan tujuan penelitian.

Lebih terinci dikemukakan bahwa:

Tahap I digunakan metoda survai eksploratif. (231,232)

Metoda ini digunakan untuk mendapatkan data tentang pengetahuan, sikap dan perbuatan masyarakat terhadap kesehatan. Ada aspek kesehatan yang diteliti yaitu, (1) pelayanan kesehatan, (2) peningkatan gizi, dan (3) sanitasi lingkungan. Penggunaan metoda survai dalam tahap I dianggap tepat karena bisa didapatkan gambaran yang luas, menyeluruh dan representatif. Pengumpulan data di lokasi dilakukan dengan menggunakan kuisioner yang telah dipretest dan dikerjakan oleh enumerasi yang telah dilatih sebelumnya.

Tahap II digunakan metoda studi kasus. (232)

Metoda ini digunakan untuk mendapatkan data dari para dukun yang diteliti dalam hal asal mula menjadi dukun, keypercayaannya tentang penyebab penyakit serta cara mengobati penyakit tersebut.

Yang diteliti adanya faktor keturunan untuk menjadi dukun.

Metoda ini dilaksanakan dengan cara life history dan cara ini dinilai tepat untuk menggali hal-hal tersebut di atas.

ngan cara tersebut di atas, secara mendalam diperoleh ke-
 ususan pada dukun walaupun gambaran secara menyeluruh ti-
 k dapat diperoleh.

Step III dilaksanakan dengan melakukan eksperimen dalam su-
 a penelitian research cum action. Metoda ini dilaksanakan
 ngan cara memberikan perlakuan pada masyarakat dan melaku-
 an kegiatan sesuai dengan perlakuan itu. Dengan cara belae-
 ar dari apa yang dikerjakan (learning by doing) disertai
 ngan diskusi dan demonstrasi, ditunjukkanlah kegunaan pro-
 es pendidikan kesehatan masyarakat (PKM) menuju tercapainya
 erilaku sehat. (233,234,235)

eksperimen dilaksanakan dengan desain "The One Group Pretest
 osttest Design" merupakan suatu eksperimen dengan "before
 nd after evaluation"

ngan memilih desain: (236,237,238)

$$O_1 \quad X \quad O_2$$

i mana: O_1 = pretest

X = perlakuan (treatment)

O_2 = posttest

erubahan yang terjadi dalam 2 hal sekaligus yaitu pening-
 atan pengetahuan dan keterampilan yang dapat dievaluasi pa-
 la O_2 . Hasil kemudian dibandingkan dengan O_1 untuk dihitung
 secara statistik guna mendapatkan kemaknaannya. Pemilihan
 metoda ini dianggap tepat bagi masyarakat dengan keadaan
 ingkat pendidikan dan tingkat pendapatan yang rendah.

emilihan sampel

emilihan sampel untuk menjadi responden pada kegiatan:

urvai, dilakukan dengan menetapkan populasi sampel adalah umlah rumah tangga di lokasi, unsur sampel berupa kepala rumah-tangga dan unit penelitian adalah kepala rumah tangga. (231)

erupakan syarat untuk menjadi responden adalah, (1) penduduk asli setempat, (2) telah berdiam di lokasi sedikitnya selama 2 tahun yang terakhir, (3) letak rumah kurang dari 3 km. dari puskesmas dan mudah dicapai, (4) mempunyai kebiasaan hidup sesuai dengan kebudayaan setempat, dan (5) diasumsikan bahwa ia termasuk warga yang berdiam dalam wilayah pengembangan puskesmas dan terjangkau dalam kegiatan penyuluhan kesehatan. Penentuan seseorang untuk terpilih sebagai responden, dipilih secara acak dengan menggunakan tabel acak dari sebuah kerangka sampel yang telah disusun sebelumnya, berdasarkan alamat yang diambil dari Kantor Desa.

besar sampel diperhitungkan berdasarkan rumus: (234)

$$n = \frac{4 p \times q}{L^2}$$

n = jumlah sampel awal

p = sifat suatu keadaan jika tidak diketahui dianggap 50%

q = 100% - p

L = derajat ketepatan yang ingin digunakan.

$$n_1 = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

n₁ = jumlah sampel sebenarnya

N = jumlah populasi

esar sampel diperhitungkan berdasarkan populasi berupa K.K. yang memenuhi syarat pada Tabel. 1. Didapatkan:

$$n = \frac{4 \times \frac{1}{2} \times \frac{1}{2}}{(0,05)^2} = 400$$

$$n_1 = \frac{400}{1 + \frac{400}{400/2575}} = \frac{400}{1 + 0,14}$$

besar sampel = 351 dibulatkan menjadi 400.

Dipilih 100 responden per lokasi.

Studi kasus, dilaksanakan dengan memilih para dukun sebagai responden.

Sebagai syarat untuk dipilih sebagai responden adalah, (1) dukun yang telah melaksanakan peraktek sebagai dukun sedikitnya selama 5 tahun, (2) penduduk asli daerah lokasi, (3) bertempat tinggal kurang dari 5 km, dari Puskesmas dan mudah dicapai, (4) dikenal sebagai dukun terkenal dalam masyarakatnya, dan (5) merawat pasien sedikitnya 1 - 2 orang/hari.

Di setiap lokasi diambil sedikitnya 5 orang dukun.

Research cum action dilaksanakan dengan memilih para anggota promotor kesehatan desa (prokesa) di lokasi penelitian.

Prokesa terpilih adalah prokesa yang belum pernah mendapat latihan ketrampilan sebelumnya. Para prokesa dari Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD) setempat yang diikuti ser

takan dalam penelitian ini, bukan saja diberi keterampilan untuk mendukung penulisan disertasi ini, tetapi juga digunakan selanjutnya oleh warga masyarakat lainnya.

Prokesa terpilih adalah prokesa, (1) dari PKMD yang baru saja didirikan, (2) belum pernah mendapat latihan apapun, (3) PKMD yang bersangkutan dibina oleh tenaga kesehatan dari puskesmas yang membawahnya, (4) para prokesa berasal dari suku dan latar belakang sosio-antropologis yang sama, dan (5) berperan serta secara aktif pada setiap kegiatan PKMD. Lokasi penelitian hendaknya berjarak kurang dari 3 km. dari puskesmas yang membawahnya dan mudah dicapai.

Variabel yang diteliti

Tahap I:

1. Variabel bebas : Upaya pelayanan kesehatan moderen
2. Variabel terikat : Tingkat pengetahuan, sikap dan perbuatan responden terhadap kesehatan
3. Variabel antara : Tingkat pendidikan dan pendapatan responden

Tahap II:

1. Variabel bebas : Upaya pelayanan kesehatan tradisional yang dilaksanakan dukun
Usia dan tingkat pendidikan dukun
- Variabel terikat : Penerimaan masyarakat terhadap upaya kesehatan yang dilaksanakan dukun
Loyalitas dukun terhadap pelayanan kesehatan moderen

Tahap III

1. Variabel bebas : Paket pendidikan yang berisi materi PKM dalam aspek, (1) Pelayanan Kesehatan, (2) Peningkatan Gizi, dan (3) Sanitasi Lingkungan
2. Variabel terikat : Perubahan perilaku setelah mendapat perlakuan pada kegiatan eksperimen
3. Variabel antara : Tingkat pendidikan dan pendapatan responden

hipotesis:

1. Terdapat pengaruh tingkat pendidikan formal terhadap perilaku sehat responden;
2. Terdapat pengaruh tingkat pendapatan keluarga terhadap perilaku sehat responden;
3. Terdapat pengaruh pelayanan kesehatan tradisional yang dilaksanakan dukun terhadap jalur pengobatan di pedesaan;
4. Terdapat pengaruh usia, tingkat pendidikan dan jarak rumah tempat tinggal dukun dengan puskesmas terhadap loyalitas dukun terhadap pelayanan kesehatan moderen;
5. Terdapat pengaruh penggunaan proses pendidikan kesehatan terhadap perubahan perilaku sehat responden.

ukuran kemaknaan perhitungan statistik pada penelitian:

Tahap I

penggunaan rumus "kai-kuadrat" dengan tabel 4 kolom untuk mengukur kemaknaan hubungan antara variabel.

Digunakan sebagai dasar:

- a. tingkat signifikansi : 0,05
 b. derajat kebebasan : $(k-1) (b-1) = 1$ k= kolom
 b= baris
 c. nilai χ^2 : 3,84

Pada penggunaan "kai-kuadrat", hendaknya diperhatikan hal-hal: (242)

- a. tidak boleh dipakai untuk sampel yang kurang dari 20;
 b. frekuensi teoritis minimum harus 5 dalam setiap kotak untuk tabel 2 x 2. Jika syarat itu tidak dipenuhi, beberapa kolom atau baris perlu digabung;
 c. semua kotak tidak boleh mempunyai frekuensi kurang dari 1. Untuk menghitung χ^2 digunakan rumus: (239)

$$\chi^2 = \frac{(O_{11}O_{22} - O_{12}O_{21})^2 \cdot n}{O_1 \cdot O_2 \cdot O_1 \cdot O_2}$$

• Tahap II

Digunakan data deskriptif untuk menguraikan hasil penelitian.

• Tahap III

Untuk mengukur keberhasilan perubahan perilaku dalam eksperimen dengan cara "before and after treatment", digunakan rumus Mc.Nemar (239, 243) dengan dasar:

- tingkat signifikansi : 0,05
 derajat kebebasan : $(k-1) (b-1) = 1$ k= kolom
 b= baris
 nilai χ^2 : 3,84

d. rumus yang digunakan: ⁽²⁴³⁾

$$T_1 = \frac{(b - c)^2}{(b + c)}$$

Penggunaan rumus Mc.Nemar pada eksperimen berdasarkan;

- karena perlakuan, perubahan frekuensi terjadi pada keompok dengan jumlah yang tetap;
- peralihan individu selalu dari mereka yang tergolong dalam kategori kurang menuju ke kategori cukup dan tidak pernah sebaliknya;
- Menurut Conover ⁽²⁴³⁾ penggunaan test McNemar pada tabel 2 x 2 adalah sebagai berikut:

		Klasifikasi Y_i	
		$Y_i=0$	$Y_i=1$
Klasifikasi X_i	$X_i=0$	a	b
	$X_i=1$	c	d

sumsi yang digunakan:

- Pasangan-pasangan (X_i, Y_i) benar-benar bebas (mutually independent).
- Pengukuran digunakan adalah skala nominal dengan 2 kategori untuk semua X_i dan Y_i

Perbedaan $P(X_i=0, Y_i=1) - P(X_i=1, Y_i=0)$ adalah negatif untuk semua i , atau nol untuk semua i , atau positif untuk semua i . (Lihat Lamp.VII)

selanjutnya pada rumus: $T_1 = \frac{(b - c)^2}{(b - c)}$

Jika $(b+c)$ kurang/sama dengan 20 maka dipakai $T_2 = b$

Untuk mengukur keeratan hubungan antara 2 variabel, digunakan rumus: (231)

$$K = \sqrt{\frac{X^2}{X^2 + N}}$$

X^2 = hasil perhitungan statistik

N = populasi

teria objektif.

Pendidikan responden dikatakan:

- a. cukup : bila tamat SLTP atau lebih;
- b. kurang : bila tidak memenuhi syarat 1.a.

Pendapatan responden dikatakan:

- a. cukup : bila pendapatan per kapita kepala keluarga dan anggota keluarga lainnya, sama atau lebih tinggi dari jumlah anggota keluarga dikalikan dengan harga 20 literberas/kapita/bulan (sesuai batas kemiskinan menurut Sayogyo);
- b. kurang : bila tidak memenuhi syarat 2.a.

Pengetahuan tentang kesehatan dikatakan:

- a. cukup : bila responden dapat menjawab 60% atau lebih dari pertanyaan-pertanyaan tentang kesehatan yang disusun dan dibobot berdasarkan tingkat pengetahuan menurut Bloom dan disesuaikan dengan kebutuhan penelitian ini;
- b. kurang : bila tidak sesuai dengan syarat 3.a.

Penilaian pengetahuan responden tentang kesehatan diberikan score yaitu:

- a. Score = 1 bila responden hanya mampu mengingat secara garis besar pengetahuan dan istilah yang telah dipelajari;
- b. Score = 2 bila responden mampu menerangkan secara sangat mendasar tentang berbagai faktor yang te-

lah dipelajarinya dan dapat menghubungkan satu dengan lainnya;

- c. Score = 3 bila responden mampu menerangkan kembali apa yang telah dipelajarinya dengan mengemukakan segala efek yang mungkin timbul bila bahan tersebut diterapkan dalam masyarakat;
- d. Score = 4 bila responden mampu menganalisis dan menyusun kembali apa yang telah dipelajarinya guna melakukan evaluasi.

Pengetahuan dikatakan cukup bagi

a. kesehatan dan penyakit bila

- 1). mampu menjelaskan timbulnya penyakit berdasarkan adanya interaksi penyebab, pejamu dan lingkungan;
- 2). mampu menerangkan bahwa upaya kesehatan berupa pencegahan dan pengobatan dapat dilakukan di puskesmas;
- 3). mampu menerangkan hubungan air sehat, jamban sehat, comberan sehat dan pembuangan sampah yang sehat dengan pencemaran lingkungan serta timbulnya penyakit;
- 4). mampu menjelaskan bahwa makan adalah usaha tuoh guna mendapatkan bahan untuk bertumbuh, bekerja dan hidup sehat.

b. peningkatan gizi bila

- 1). mampu menjelaskan arti makanan bergizi dan menyebut

lah dipelajarinya dan dapat menghubungkan satu dengan lainnya;

- c. Score = 3 bila responden mampu menerangkan kembali apa yang telah dipelajarinya dengan mengemukakan segala efek yang mungkin timbul bila bahan tersebut diterapkan dalam masyarakat;
- d. Score = 4 bila responden mampu mengalisis dan menyusun kembali apa yang telah dipelajarinya guna melakukan evaluasi.

Pengetahuan dikatakan cukup bagi

a. kesehatan dan penyakit bila

- 1). mampu menjelaskan timbulnya penyakit berdasarkan adanya interaksi penyebab, pejamu dan lingkungan;
- 2). mampu menerangkan bahwa upaya kesehatan berupa pencegahan dan pengobatan dapat dilakukan di puskesmas;
- 3). mampu menerangkan hubungan air sehat, jamban sehat, comberan sehat dan pembuangan sampah yang sehat dengan pencemaran lingkungan serta timbulnya penyakit;
- 4). mampu menjelaskan bahwa makan adalah usaha tuuh guna mendapatkan bahan untuk bertumbuh, bekerja dan hidup sehat.

b. peningkatan gizi bila

- 1). mampu menjelaskan arti makanan bergizi dan menyebut

kan sumber-sumber makanan bergizi yang terdapat di desa;

- 2). mampu menerangkan cara pengolahan makanan bergizi dari bahan-bahan yang mudah diperoleh di desa;
- 3). mampu menerangkan bahwa kepercayaan takhyul itu tidak benar dan merugikan kesehatan;
- 4). mampu menerangkan bahwa balita merupakan golongan umur yang peka terhadap gangguan gizi,

c. sanitasi lingkungan bila

- 1). dapat menyebutkan syarat air sehat, jamban keluarga sehat serta pembuangan sampah/combaran yang memenuhi syarat kesehatan;
- 2). mampu menerangkan bahaya air yang tercemar oleh bahan kimia ataupun biologis dalam hubungan timbulnya penyakit, khususnya muntah-berak;
- 3). dapat menerangkan syarat sumur, jamban dan rumah yang sehat serta cara memeliharanya.

Dari kriteria ini, bila tidak memenuhi salah satu yang tercantum di atas, dikatakan bahwa pengetahuan masih kurang. Kap tentang kesehatan dikatakan:

cukup : bila responden dapat menjawab 60% atau lebih dari pertanyaan-pertanyaan tentang sikap terhadap kesehatan yang disusun dan dibobot berdasarkan tingkat sikap menurut Krathwohl dan disesuaikan dengan kebutuhan penelitian ini.

kurang : bila tidak memenuhi syarat 6.a.

Nilai sikap responden tentang kesehatan diberikan score itu:

- Score = 1 bila responden sadar dan menaruh perhatian pada masalah yang diajukan;
- Score = 2 bila responden dapat menilai dan menentukan sikap/pilihan;
- Score = 3 bila responden dapat menyimpulkan bahwa beberapa sikap/pilihan dapat disatukan dalam satu nilai yang disepakati;
- Score = 4 bila responden dapat membuat masyarakat sekitarnya mengamalkan nilai yang disepakati sebagai nilai yang mewakilinya mereka secara menyeluruh.

Sikap dikatakan cukup bagi:

- Kesehatan dan penyakit bila
 - 1). memilih berobat ke puskesmas dari pada meminta pertolongan dukun pada waktu sakit ataupun waktu bersalin;
 - 2). mampu menjelaskan pada orang lain bahwa mencegah penyakit lebih baik dari pada mengobatinya;
 - 3). dapat menerima kehadiran usaha-usaha pencegahan penyakit sepanjang guna dan tujuan pencegahan dimengerti olehnya.
- peningkatan gizi bila
 - 1). mampu memilih makanan sederhana tetapi bernilai gizi tinggi sebagai menu sehari-hari;

- 2). mampu menjelaskan arti, jenis dan guna makanan bergizi bagi balita dibandingkan dengan pemberian makanan secara tradisional;
- 3). mampu menjelaskan prioritas yang tepat dalam mendistribusikan makanan di dalam rumah sesuai umur dan kebutuhan.

sanitasi lingkungan bila

- 1). memilih meminum air sehat dari pada air yang bersumber dari sumur ataupun sungai meskipun telah disimpan tetapi tanpa proses pengolahan;
- 2). mampu menunjukkan pada orang lain cara mengolah air untuk mendapatkan air yang sehat;
- 3). memilih dan memelihara rumah dan lingkungannya secara sehat untuk ditinggali sebagai rumah tinggal keluarga;
- 4). memilih dan menggunakan jamban keluarga sehat dari pada membuang najas besar di sembarang tempat.

Dari kriteria ini, bila tidak memenuhi salah satu yang tercantum di atas, dikatakan bahwa sikap masih kurang.

Perbuatan tentang kesehatan dikatakan:

cukup : bila responden dapat menjawab 60% atau lebih dari pertanyaan-pertanyaan tentang perbuatan terhadap kesehatan yang disusun dan dibobot berdasarkan tingkat perbuatan menurut Karrow dan disesuaikan dengan kebutuhan penelitian ini.

kurang : bila tak memenuhi syarat 9.a.

nilai penilaian perbuatan responden tentang kesehatan diberikan score yaitu:

- Score = 1 bila responden melaksanakan dengan mencampurbaurkan kebiasaan lama dengan apa yang dianjurkan;
- Score = 2 bila responden melaksanakan apa yang dianjurkan, tetapi belum sempurna;
- Score = 3 bila responden melaksanakan secara trampil apa yang dianjurkan;
- Score = 4 bila responden melaksanakan cara yang dianjurkan dengan ketrampilan tinggi dalam jangka waktu lama.

perbuatan dikatakan cukup bagi:

- kesehatan dan penyakit bila:
 - 1). tidak mentelantarkan penderita penyakit baik pada diri sendiri, keluarga dan tetangga setelah ditolong baik oleh diri sendiri ataupun prokese selama 3 hari untuk selanjutnya dikirim/dibawa sendiri ke puskesmas;
 - 2). menyediakan makanan dan minuman sehat sebagai menu keluarga sehari-hari;
 - 3). merawat rumah, sumber air, jamban keluarga dan comberan sehingga selalu berada dalam keadaan bersih dan memenuhi syarekt kea

• peningkatan gizi bila:

- 1). mampu memilih dan mengolah makanan sederhana menjadi makanan bergizi dan mendistribusikan di dalam keluarga sesuai dengan umur dan kebutuhan;
- 2). menyerahkan anak balita untuk ditimbang secara berkala dan memberinya makanan sesuai petunjuk petugas;
- 3). menggarap pekarangan sebagai lahan yang digunakan untuk menghasilkan bahan makanan bergizi.

• sanitasi lingkungan bila:

- 1). mampu mendemonstrasikan cara membuat rumah, sumur, jamban keluarga, comberan serta pembuangan sampah yang memenuhi syarat kesehatan;
- 2). mampu mendemonstrasikan cara mengolah air menjadi air sehat baik dengan cara memasak ataupun menggunakan bahan kimia;
- 3). mampu memberantas vektor penyakit baik di dalam maupun di luar rumah dengan memanfaatkan bahan/alat sederhana ataupun bahan kimia secara tepat.

Dari kriteria ini, bila tidak memenuhi salah satu yang tercantum di atas, dikatakan bahwa perbuatan masih kurang.

Perubahan perilaku menuju ke perilaku sehat.

Secara bertingkat perubahan perilaku diukur dengan kriteria sebagai berikut:

Terjadi perubahan tahap I bila:

- 1). berobat ke puskesmas bila sakit;
- 2). meminum air yang dimasak sesuai petunjuk petugas kesehatan;
- 3). buang hajat di jamban keluarga yang tersedia;
- 4). menyajikan makanan bergizi yang terdiri sedikitnya terdiri dari makanan pokok, lauk-pauk dan sayuran;
- 5). aktif menghadiri pertemuan masyarakat yang membicarakan tentang kesehatan.

Terjadi perubahan tahap II bila:

- 1). melaksanakan semua kegiatan pada tahap I;
- 2). mengajak tetangga yang sakit berobat ke puskesmas;
- 3). memiliki, memproses dan menggunakan air sehat sebagai air minum keluarga sehari-hari;
- 4). memiliki dan menggunakan secara sehat jamban keluarga bagi seluruh anggota keluarga;
- 5). menyajikan makanan sesuai pola makanan sehat sebagai menu keluarga sehari-hari;
- 6). berperan serta secara aktif di dalam setiap program kesehatan di desa di mana ia bertempat tinggal;
- 7). membantu secara aktif tetangga/keluarga untuk senantiasa hidup sehat.

Tercapainya masyarakat sehat bila warga masyarakat telah dapat berperilaku sesuai dengan perilaku tahap I dan II sebagai bagian dari hidup mereka sehari-hari.

okasi penelitian

Ketiga penelitian dilaksanakan secara bertahap dengan lokasi sebagai berikut:

- Penelitian tahap I dilaksanakan di:
 - a. Desa Labessi, Kecamatan Marioriwawo, Kabupaten Soppeng dengan jarak 150 km. sebelah Timur Laut Ujung Pandang;
 - b. Desa Mosso, Kecamatan Sendana, Kabupaten Majene, dengan jarak 332 km. sebelah Utara Ujung Pandang;
 - c. Desa Pangli-Palawa, Kecamatan Sesean, Kabupaten Tana-Toraja dengan jarak 360 km. sebelah Timur Ujung Pandang;
 - d. Desa Benteng, Kecamatan Bangkala, Kabupaten Jeneponto dengan jarak 60 km. sebelah Selatan Ujung Pandang.
- Penelitian tahap II dilaksanakan di:
 - a. Sama dengan lokasi penelitian tahap I;
 - b. Memperluas pengambilan dukun-pengobatan suku Bugis di Kabupaten Wajo, Kabupaten Bone dan Kabupaten Bulukumba.
- Penelitian tahap III dilaksanakan di Lingkungan Congko, Desa Labessi, Kecamatan Marioriwawo, Kabupaten Soppeng dengan jarak 153 km. sebelah Timur Laut Ujung Pandang.

ra geografis, keempat lokasi tersebut di atas dapat digambarkan sebagai berikut:

Kecamatan Marioriwawo mempunyai batas wilayah:

- sebelah Utara : Kecamatan Liliriaja, Kabupaten Soppeng;
- sebelah Timur : Kecamatan Uleweng, Kabupaten Bone;
- sebelah Selatan : Kecamatan Lamuru, Kabupaten Bone;

sebelah Barat : Kecamatan Tanete Riaja, Kabupaten Barru.
 Kecamatan Marioriwawo dengan luas wilayah 30.800 ha. terdiri dari
 6 desa administratif yaitu, (1) Desa TettikenraraE, (2) Desa
 essi, (3) Desa Watu, (4) Desa GoariE, (5) Desa BaraE dan (6)
 a Gattareng. Kecamatan ini berpenduduk 46.242 jiwa (1980),
 diri dari laki-laki 22.520 dan perempuan 23.722.

Mata pencaharian pokok adalah petani (90%) sedang selebihnya pe
 ai negeri, pedagang dan tukang. Pendapatan per kapita pada
 tahun 1983 adalah Rp. 248.080,08.(1983)

Penduduknya 98% beragama Islam dan lainnya beragama Nasrani dan
 lainnya mereka itu adalah pendatang

• Kecamatan Sendana mempunyai batas wilayah:

sebelah Utara : Kecamatan Malunda, Kabupaten Majene;

sebelah Timur : Kecamatan Pamboang, Kabupaten Majene;

sebelah Selatan : Kecamatan Tinambung, Kabupaten Polewa-
 li - Mamasari;

sebelah Barat : Selat Makassar.

Kecamatan Sendana dengan luas wilayah 41.400 ha. terdiri dari 6
 desa administratif yaitu, (1) Desa Mosso, (2) Desa Puttada, (3)
 Sendana, (4) Desa Tammeroro, (5) Desa Onang, dan (6) Desa
 Kecamatan ini berpenduduk 32.200 (1980) yang terdiri dari
 laki-laki 15.925 dan perempuan 16.275. Mata pencaharian pokok
 adalah petani (65%), nelayan (20%) dan lainnya adalah pedagang
 tukang, buruh dan pegawai negeri. Pendapatan perkapita
 tahun 1983 adalah Rp. 262.911,15. Penduduknya 90% beragama

lainnya beragama Nasrani dan umumnya mereka itu pendatang.

Kecamatan Sesean mempunyai batas wilayah:

- sebelah Utara : Kecamatan Walinrang, Kabupaten Luwu;
- sebelah Timur : Kecamatan Sanggalangi, Kabupaten Tana-Toraja;
- sebelah Selatan : Kecamatan Rantepao dan Kecamatan Sanggalangi, Kabupaten Tana-Toraja;
- sebelah Barat : Kecamatan Rinding Allo, Kabupaten Tana Toraja.

Kecamatan Sesean dengan luas wilayah 33.700 ha. terdiri dari 11 administratif yaitu, (1) Desa Pangli-Palawa, (2) Desa Bori Rinding, (3) Desa Sesean Mata Allo, (4) Desa Sesean Salbara, (5) Desa Sangakungan, (6) Desa Sadan Ulusalu, (7) Desa Sadan Mang, (8) Desa Sadan Mata Allo, (9) Desa Belusu, (10) Desa Sira, dan (11) Desa Palangi. Kecamatan ini berpenduduk sebanyak 41.818 (1980) yang terdiri dari laki-laki 21.085 dan perempuan 20.733.

Pencapaian pokok adalah petani. Pendapatan perkapita pada tahun 1983 adalah 185.674,25. Penduduk kecamatan ini memeluk agama Nasrani, Islam dan Aluk To Dolo (Agama nenek moyang).

Kecamatan Bangkala mempunyai batas wilayah:

- sebelah Utara : Kecamatan Tompobulu, Kabupaten Gowa;
- sebelah Timur : Kecamatan Tamelate, Kabupaten Jeneponto;
- sebelah Selatan : Laut Flores
- sebelah Barat : Kecamatan Pojongsangkeng Selatan, Kabupaten Takalar.

Kecamatan Bangkala dengan luas wilayah 25.000 ha. terdiri dari 6 administratif yaitu, (1) Desa Benteng, (2) Desa Bulujaya, (3) Desa Bontorannu, (4) Desa Palantikang, (5) Desa Boneimanu dan (6) Desa Kalimporo. Kecamatan ini berpenduduk 46.962 jiwa terdiri dari laki-laki 22.639 dan perempuan 24.273.

Pencapaian pokok adalah petani disamping mata pencaharian sebagai buruh, tukang dan pegawai negeri. Pendapatan per kapita pada tahun 1983 adalah Rp. 193.088,39. Penduduk kecamatan ini 98% beragama Islam dan lainnya beragama Nasrani dan umumnya mereka itu adalah pendatang.

Gambaran umum dari keempat lokasi penelitian bahwa prosentase buta huruf yang masih cukup tinggi, di Kecamatan Marioriwawo, 4,33%, Kecamatan Sendana, 29,12%, Kecamatan Sesean, 15,83% dan Kecamatan Bangkala, 39,87%. Penyakit utama yang menyerang penduduk adalah penyakit infeksi saluran pernafasan. Dari daftar penyakit utama di keempat lokasi didapatkan bahwa prosentase penyakit infeksi saluran nafas di Kecamatan Marioriwawo, 59,33%, Kecamatan Sendana, 38,8%, Kecamatan Sesean, 38,97% dan Kecamatan Bangkala, 32,91%.

Untuk menggambarkan secara khusus lokasi penelitian, dapat terdapat pada Tabel. 1. Pada tabel ini diperlihatkan jumlah penduduk di masing-masing lokasi, jumlah Kepala Keluarga (KK) secara menyeluruh yang memenuhi syarat untuk diikuti sertakan pada penelitian pengambilan sampel sebanyak 100 KK/ lokasi, dihitung persentase jumlah KK yang memenuhi kriteria.

Secara menyeluruh, jumlah penduduk Propinsi Sulawesi Selatan adalah 6.059.564 jiwa yang terdiri dari 68% suku Bugis, 18% Makassar, 8% suku Mandar dan 6% suku Toraja.

Jarak fisik dari Ujung Pandang ke lokasi adalah, (1) ke Watang (ibu kota Kabupaten Soppeng), jaraknya 192 km., (2) ke Majene (ibu kota Kabupaten Majene), jaraknya 302 km., (3) ke Mamuju (ibu kota Kabupaten Tana-Toraja), jaraknya 310 km. dan (4) ke Maros (ibu kota Kabupaten Jeneponto), jaraknya 91 km. Untuk tiba di desa yang bersangkutan, dari Ujung Pandang jarak masing-masing, Desa Labessi, 150 km., Desa Mosso, 332 km., Desa Angli-Palawa, 360 km. dan Desa Benteng 60 km.

Konektivitas umum ke lokasi sangat lancar. Kemanapun tujuan dapat dicapai dalam waktu 8 - 10 jam.

Pada tahap III, terpilihnya Lingkungan Congko, Desa Labessi Kecamatan Marioriwawo, Kabupaten Soppeng sebagai daerah eksperimen daerah ini dianggap memenuhi syarat:

1. berjarak kurang dari 3 km. dari puskesmas yang membawahi;
2. masyarakatnya masih hidup dalam lingkungan tradisional; masyarakat di lokasi ini belum pernah digarap oleh proyek lain;

terdapat kecenderungan bahwa masyarakat di lokasi ini

telah menerima pembaharuan;

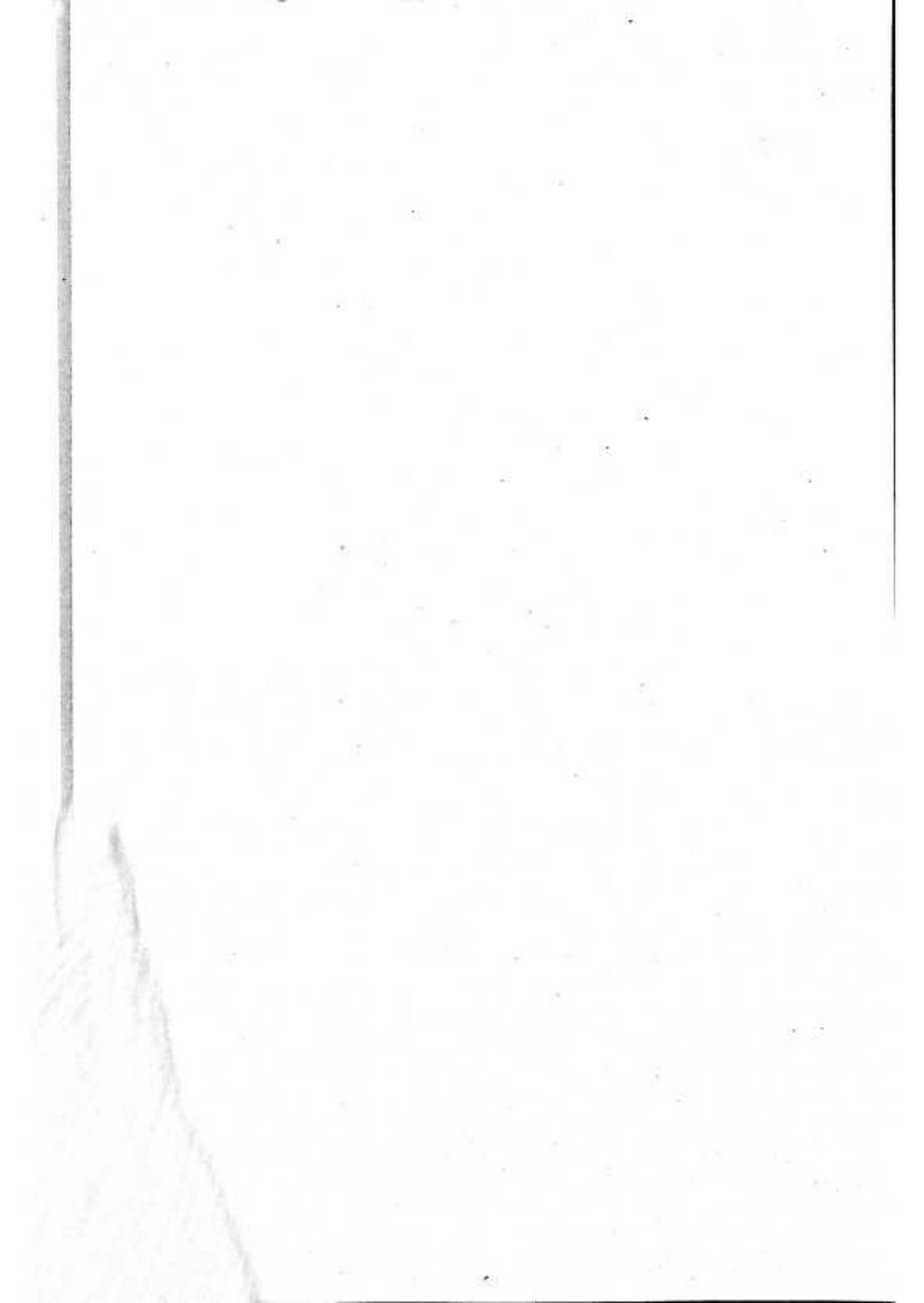
terdapat masyarakat formal (Camat, Lurah dan Kepala Lingkungan) merupakan tokoh yang sadar akan arti pembaharuan

an;

6. puskesmasnya dipimpin oleh seorang dokter yang dinamis;
7. tingkat pendidikan dan pendapatan keluarga di lokasi ini, relatif rendah dibandingkan dengan daerah lain pada kecamatan yang sama;
8. di lokasi ini terdapat kegiatan PKMD dengan prokesa yang belum pernah dilatih sebelumnya. Prokesa inilah yang diteliti sebagai kelompok eksperimen.

aktu pelaksanaan:

1. Tahap I : bulan Maret 1981 sampai dengan bulan Januari 1982;
2. Tahap II : bulan Maret 1982 sampai dengan bulan Februari 1983;
3. Tahap III : bulan Oktober 1984 sampai dengan bulan Januari 1986.
4. Penulisan laporan mulai Februari 1986.
5. Seminar Hasil Penelitian di Unhas, 20 Juni 1987.



BAB IV

HASIL-HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

profil responden dan tingkat pengetahuan, sikap dan perbuatan mereka terhadap kesehatan

Dari 400 responden yang diikuti sertakan dalam penelitian tentang tingkat pengetahuan, sikap dan perbuatan masyarakat adap kesehatan, terdapat sebanyak 320 orang (80%) yang berumur (20-49) tahun. (Tabel. 2). Diperkirakan bahwa anggota masyarakat dalam golongan usia ini merupakan golongan yang mempunyai potensi yang besar dalam pembangunan. Namun demikian, bila dilihat sudut pendidikan formal yang telah ditempuh dan tingkat pendapatan keluarga, hanya 79 orang (19,75%) yang tergolong dalam kategori berpendidikan cukup dan sebanyak 195 orang (48,75%) termasuk dalam kategori berpendapatan cukup. (Tabel. 3 dan 4). Pada tingkat pendidikan yang cukup merupakan pendukung untuk menerima sentuhan-sentuhan pembaharuan di bidang kesehatan melalui daya nalarnya sedang pendapatan yang memadai akan mempermudah untuk merealisasi hasil motivasi.

Kedua aspek ini dapat dipadukan dengan baik, diharapkan bahwa masyarakat yang memilikinya merupakan masyarakat yang dapat berperan serta secara aktif pada setiap program kesehatan di desa. Peran serta yang diharapkan dalam pembangunan kesehatan adalah peran serta yang terjadi karena perubahan sikap dan perilaku yang didahului oleh adanya pengetahuan yang tepat tentang kesehatan. Salah satu patun bahwa pe... telah men-

di milik masyarakat ditandai dengan cara mereka memanfaatkan sarana kesehatan yang tersedia.

dalam penelitian ini, semua responden (100%) mengetahui adanya puskesmas di desa masing-masing tetapi yang memanfaatkannya secara tepat hanyalah 29,75% (Tabel. 7). Terjadinya kesenjangan antara mengetahui dan menggunakan sarana secara tepat menunjukkan bahwa sarana kesehatan tersebut belumlah merupakan pilihan masyarakat secara menyeluruh. Bekerja sebagai petani merupakan jenis pekerjaan yang paling banyak (59,9%) dilakukan oleh responden. (Tabel. 5). Pekerjaan ini ternyata memberikan penghasilan yang memadai. Dengan menggunakan kriteria batas kemiskinan menurut Sayogyo, responden di kedua lokasi, Desa Labessi, Kecamatan Marioriwawo dan Desa Benteng, Kecamatan Bangkala, merupakan responden dengan pendapatan cukup lebih dari 60%. (Tabel. 4). Hal ini mungkin terjadi karena Kecamatan Marioriwawo merupakan daerah lumbung padi sedang Kecamatan Bangkala merupakan daerah penghasil jeruk manis.

Ada kedua lokasi yang lain, Desa Mosso, Kecamatan Sendana dan Desa Pangli-Palawa, Kecamatan Sesean, para responden yang tergolong berpendapatan cukup adalah pegawai negeri yang bekerja sebagai guru-guru SD dan SMP, pegawai kecamatan serta pegawai lainnya. Para pegawai negeri ini pula yang tergolong dalam kategori berpendidikan cukup.

Walaupun sebanyak 79% di antara responden mengemukakan bahwa kurangnya pengetahuan sebagai penyebab penyakit (Tabel. 8) tetapi mereka belum ta-

lengan tepat hubungan antara penyebab penyakit, penyakit dan na kesehatan yang harus digunakan. Dari penelitian ini dida- en bahwa responden yang mengetahui kuman sebagai penyebab pe- it sebanyak 79%, hantu dan guna-guna sebanyak 10% dan tak ta- pa yang menyebabkan timbulnya penyakit sebanyak 11%. Dari me- yang memilih jalur berobat ke puskesmas, 29,75%, mencampur- pengobatan dukun dan puskesmas, 63,25% dan berobat ke dukun ta 7%. (Tabel. 7 dan 8). Dari data tersebut di atas terlihat ya kesan bahwa responden tahu adanya kuman sebagai penyebab akit tetapi di lain pihak mereka masih ragu hanya berobat ke esmas di saat mereka sakit. Mereka yang tergolong dalam jum- 63,25% itu merupakan responden yang telah mendapat sentuhan aharuan di satu pihak sedang di pihak lain mereka pun merupa- warga masyarakat yang masih dipengaruhi kebudayaan tradisio- secara ketat.

kat pendidikan seseorang cenderung lebih mendukung untuk gunakan jasa puskesmas dibandingkan dengan tingkat pendapat- a. Hal ini jelas terlihat pada responden di Desa Pangli-Pala Kecamatan Sesean (desa dengan jumlah responden terbanyak da- gori berpendidikan cukup) dibandingkan dengan responden enteng, Kecamatan Pangkala (desa dengan jumlah respon- nyak dalam kategori berpendapatan cukup). (Tabel.3 dan 4) yang menggunakan puskesmas di Desa Pangli-Palawa seba- bandingkan responden di Desa Benteng, Kecamatan Bang- < 0%. (Tabel 3,4 dan 7).

i Tabel. 7 juga terlihat bahwa lokasi dengan jumlah responden rendah dalam kategori berpendidikan cukup yaitu di Desa Lasi, Kecamatan Marioriwawo dan Desa Benteng, Kecamatan Bangkapinggunaan jalur pengobatan di luar puskesmas cukup tinggi. Desa Labessi didatarkan 89% dan di Desa Benteng 100%.

Pada aspek sanitasi lingkungan, sebanyak 55,5% di antara responden yang menggunakan sumur gali sebagai sumber air. Penggunaan sumur gali sebagai sumber air, secara umum ditemukan di semua lokasi, kecuali di Desa Pangli-Palawa, Kecamatan Sesean. Di lokasi ini, sebanyak 97% di antara responden yang menggunakan sumur gali sebagai sumber air mereka. (Tabel. 9). Untuk air minum, sebanyak 96,25% di antara responden yang telah memasak airnya sebelum diminum. Hanya di Desa Mosso, Kecamatan Bangkapinggunaan terdapat 15% di antara responden yang tidak memasak air minum mereka dengan alasan bahwa air yang telah dimasak rasanya tidak enak karena telah "mati". (Tabel. 10).

Penggunaan sumur pompa tangan (SPT) sebagai sumber air belumlah banyak digunakan di semua lokasi, kecuali di Desa Mosso, Kecamatan Bangkapinggunaan. Di lokasi ini sebanyak 48% di antara responden menggunakan SPT sebagai sumber air mereka. Air yang diperoleh dari SPT lebih jernih dibandingkan dengan air sumur gali. Mungkin alasan ini pula maka responden di Desa Mosso tidak merasa perlu memasak air minum mereka sebelum dihidangkan. (Tabel. 11).

Penggunaan jamban keluarga, sebanyak 48,5%

di antara responden yang telah memilikinya tetapi yang menggunakan sehari-hari berulah 47,5%. (Tabel. 11). Responden yang lain (52,5%) membuang hajat besar di tempat terbuka. Lokasi pembuangan hajat tergantung dari keadaan alam setempat walaupun terdapat kecenderungan bahwa responden lebih suka memilih tepian sungai atau tepi pantai, mungkin dengan alasan praktis untuk membersihkan diri setelah hajat selesai. (Tabel. 11).

Cara membuang sampah ke lubang, membiarkannya kering, membakarkannya kemudian menimbuninya dengan tanah, merupakan cara terbanyak (39%) yang digunakan responden. (Tabel. 12). Meskipun hanya 10% di antara responden yang membuang sampah di tempat-tempat terbuka, namun cara ini cukup potensial sebagai penyebab kerusakan lingkungan terutama di musim penghujan.

Mencuci tangan yang dilakukan pada saat selesai bekerja, sesudah membuang hajat besar ataupun sebelum makan merupakan salah satu cara memutuskan mata rantai masuknya bibit penyakit ke dalam tubuh. Mencuci tangan dengan sabun tentunya lebih baik dibandingkan dengan hanya menggunakan air saja. Namun dalam penelitian

tersebut 93,75% di antara responden yang melakukan cuci tangan hanyalah 29,75% yang menggunakan sabun. (Tabel. 13).

Terdapat upaya peningkatan gizi, sebanyak 76,25% di antara responden yang mengkonsumsi protein dalam makanan mereka sehari-hari

(Tabel. 14). Sumber protein yang terbanyak dikonsumsi adalah, daging (44,5%), ikan laut segar (24,13%) dan ikan air tawar (11,38%). (Tabel. 16). Sebagai sumber vitamin, 71,25% di an-

responden yang mengkonsumsi sayur dalam makanan mereka sehari-hari. (Tabel. 15).

responden mengkonsumsi ikan sebagai sumber protein, ternyata dipengaruhi oleh berbagai faktor. Bila responden di Desa Lasi, Kecamatan Marioriwawo mengkonsumsi ikan kering dalam porsi yang tinggi (60,7%) dan responden di Desa Pangli-Palawa, Kecamatan Sesean mengkonsumsi ikan air tawar sebanyak 84,2%, hal itu sejalan dengan keadaan alamnya. Akan tetapi bila responden di Desa Mosso, Kecamatan Sendana sebagai penduduk desa pantai dan mereka mengkonsumsi ikan kering dalam porsi yang tertinggi (60,2%) bila dibandingkan dengan responden di desa pantai lainnya yaitu di Desa Benteng, Kecamatan Bangkala yang mengkonsumsi ikan air tawar 69,4%, keadaan di Desa Mosso memerlukan ulasan tersendiri. Sebagai makanan pokok suku Mandar berupa jepak (sejenis roti kukus dari bahan ubi kayu) dan loka di anjoroi (pisang direbus bersantan kelapa), kedua makanan ini menurut selera masyarakat setempat, terasa tepat dihidangkan bersama ikan kering dibandingkan dengan ikan laut segar. Oleh karena itu, ikan laut hasil tangkapan para nelayan di Desa Mosso, dikeringkan dahulu sebelum dikonsumsi.

responden di Desa Benteng, Kecamatan Bangkala, makanan pokok adalah nasi. Ikan laut hasil tangkapan para nelayan dikonsumsi, diolah menjadi masakan pallu cekla (sejenis ikan panggang). Pada pengolahan pallu cekla ikan segar yang dimasak disusun dengan rapi dalam kaleng minyak tanah

1 ditaburi garam halus sehingga ikan pallu cekla yang diha-
n akan terasa asin sekali. Sebagai cara untuk mengawetkan
an, teknik pallu cekla memang tepat. Akan tetapi, bila diha-
n sebagai sumber protein, rasa asin yang berlebihan merupa-
nghambat untuk mendapatkan kuantitas yang memadai.

Dari data yang diperoleh dalam penelitian ini didapatkan
semua responden menyusukan bayi-bayi mereka dengan air su-
u (ASI). Lamanya menyusukan antara 6 sampai 8 bulan dan bah-
da yang sampai 2 tahun. Dengan pola menyusukan seperti ter-
di atas dan pada bayi hanya diberi makanan tambahan berupa
g dan biskuit, di dapatkan angka kesakitan Kurang Kalori Pro-
(KKP) yaitu 22,83%, suatu angka yang cukup tinggi. (Data na-
l 33%). Angka kesakitan KKP tertinggi (54,3%) didapatkan di
Labessi, Kecamatan Marioriwawo dan kejadian ini diperkirakan
dipengaruhi oleh berbagai faktor. Faktor yang paling menon-
dukun terjadinya masalah kesenatan ini adalah rendahnya
n responden (12%) yang tergolong dalam kategori berpendidik-
cup dan responden di lokasi ini merupakan responden pemakai
dukun yang tertinggi (85%). (Tabel, 3 dan 7). Pada responden
n tingkat pendidikan yang rendah serta hidupnya dipengaruhi
era berfikir dukun, merupakan keadaan yang memudahkan tim-
berbagai masalah kesehatan, termasuk tingginya angka kesa-
. Pengaruh para dukun pada upaya peningkatan kesehatan
an mengakibatkan timbulnya berbagai dampak yang merugi

ngkut masalah konsep dan peraktek dukun, mereka pada umumnya mengenal konsep kesehatan moderen secara sempurna. Para du-idak memperhitungkan upaya promotif dan preventif dalam tim-a penyakit. Dengan demikian mereka tidak mengenal faktor-fak-ingkungan, gizi dan perilaku kesehatan sebagai faktor yang berpengaruh pada timbulnya penyakit. Oleh karena itu, nasi-an pandangan dukun bersifat merugikan kesehatan. Salah satu h adanya kebiasaan/kepercayaan dukun untuk melarang orang .emberikan lauk-pauk ikan dan telur pada bayi dan anak mereka ia dikhawatirkan akan menderita penyakit cacingan atau bisul lasihat tersebut di atas jelas merupakan nasihat yang merugi esehatan dan pertumbuhan anak.

Hasil pengukuran tingkat pengetahuan, sikap dan perbuatan aspek kesehatan, (1) pelayanan kesehatan, (2) peningkatan dan (3) sanitasi lingkungan pada keempat lokasi, secara pro-si didapatkan, pengetahuan untuk pelayanan kesehatan bervan-antara (22-45)% dengan rata-rata 27,25%. Pengetahuan ten-ingkatan gizi bervariasi antara (2-59)% dengan rata-rata ang pengetahuan untuk sanitasi lingkungan bervariasi (22-72)% dengan rata-rata 36,0%.

didapatkan bahwa mereka yang bersikap cukup untuk pe-natan, bervariasi antara (1-23)%, untuk peningkatan si (6-69)%, dan untuk sanitasi lingkungan bervariasi (3-83)%. Secara rata-rata, sikap untuk pelayanan kese-tuk peningkatan gizi, 35,5% dan sanitasi lingkung

0,5%.

perbuatan, terhadap pelayanan kesehatan bervariasi (15-44)%,
gkatan gizi, (0-46)% dan sanitasi lingkungan, (36-96)%.

rata-rata didapatkan, pelayanan kesehatan 26,5%, pening-
gizi, 19,75% dan sanitasi lingkungan 65%. (Tabel. 18).

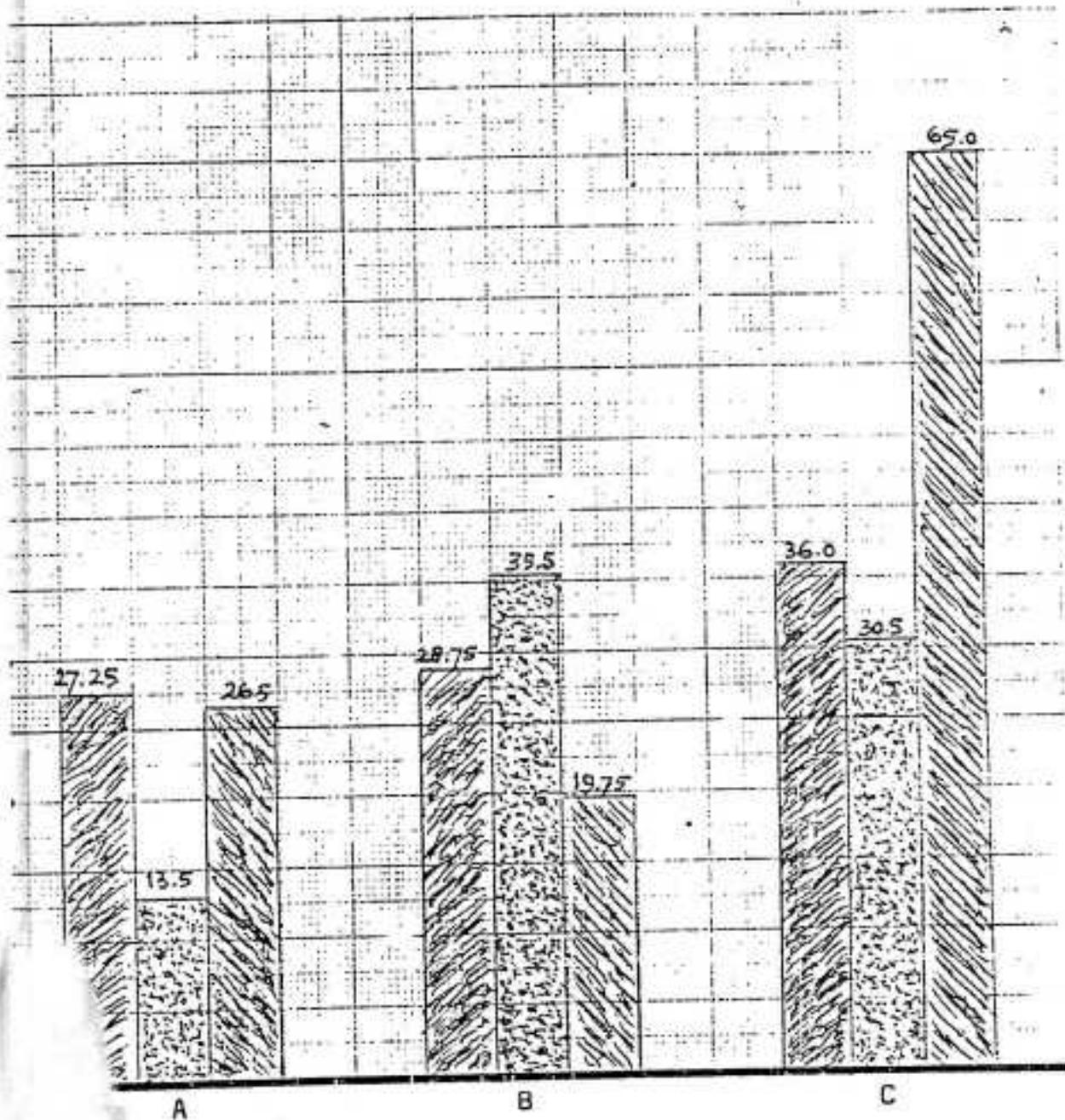
Pada Grafik. I secara prosentasi digambarkan dalam bentuk
gram tingkat pengetahuan, sikap dan perbuatan pada ketiga
kesehatan yang diteliti.

grafik histogram A digambarkan tentang pelayanan kesenatan,
k histogram.B tentang peningkatan gizi, dan grafik histo-
C tentang sanitasi lingkungan.

ubungkan analisis yang telah dikemukakan terdahulu dengan
k A,B dan C tersebut di atas dapat dikemukakan bahwa dalam
ah perilaku, tidak terdapat perbandingan lurus antara peru-
pengetahuan, sikap dan perbuatan dengan perilaku yang ter-

aspek pelayanan kesehatan misalnya, semua responden tahu a-
puskesmas di lokasi masing-masing dan sebanyak 79% di anta
reka mengetahui bahwa kuman sebagai penyebab timbulnya penya
etapi ternyata bahwa hanya 29,75% yang mengemukakan puskes-
waktu mereka sakit.

ek peningkatan gizi, tingkat pengetahuan dan sikap tidak
perbuatan. Hal itu terbukti bahwa meskipun responden
ei sayuran dan sumber protein secara cukup namun cara
rikan makanan tambahan pada bayi-bayi mereka belumah



= pengetahuan

= sikap

= perbuatan

A = pelayanan kesehatan

B = peningkatan gizi

C = sanitasi lingkungan

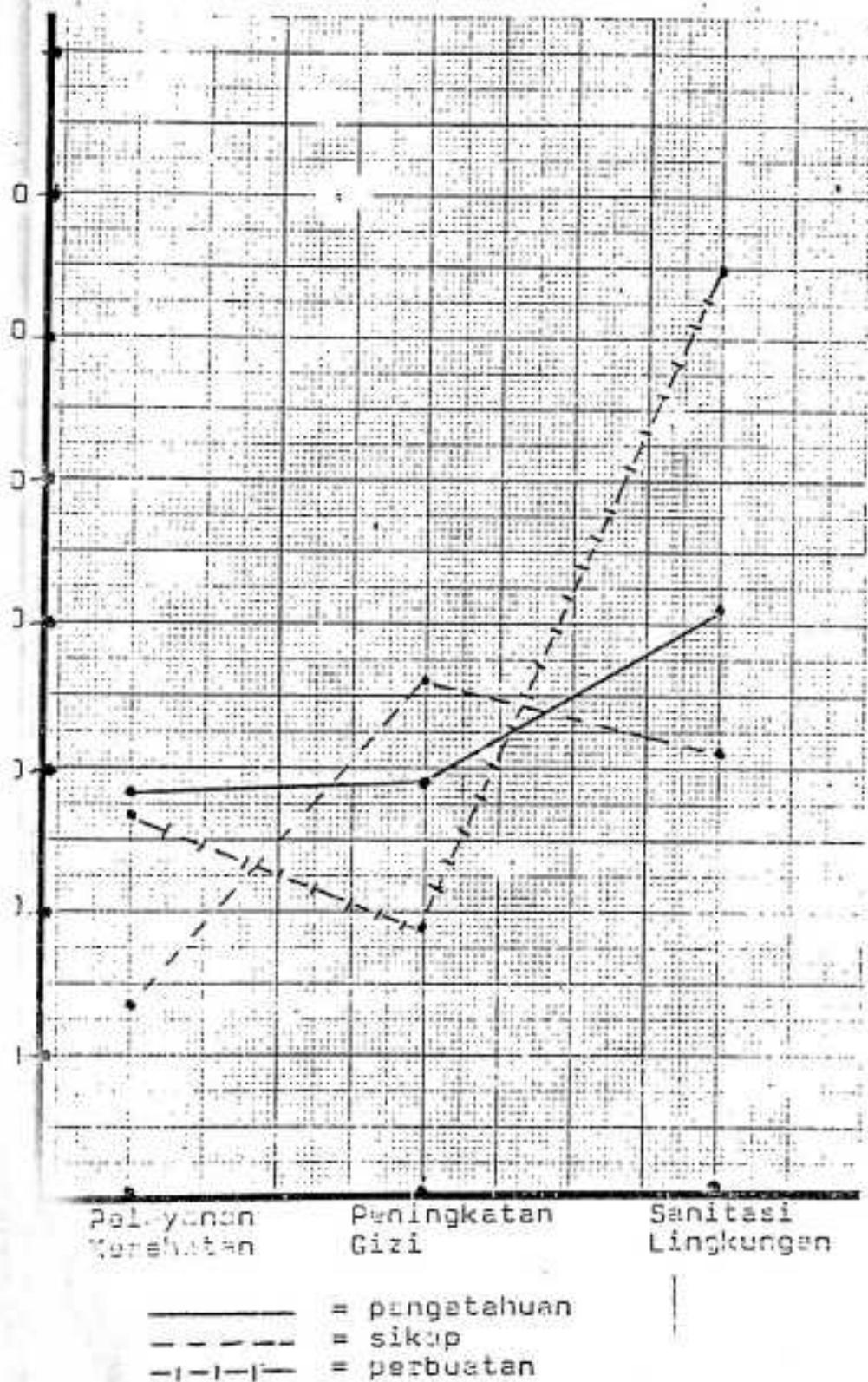
1. Histogram prosentase pengetahuan, sikap dan perbuatan dalam aspek pelayanan kesehatan, peningkatan gizi dan sanitasi lingkungan.

jai. Hal itu sangat jelas terlihat pada pola pemberian makan pada bayi/anak yang mengakibatkan terjadinya angka kesakitan yang cukup tinggi.

Aspek sanitasi lingkungan, prosentasi responden dengan persentase 65% menunjukkan angka yang sangat menyolok. Terlihat tidak adanya keserasian dengan perilaku responden sehari-hari. Responden yang memasak air/minumnya memang 96,25% tetapi cara memakainya belum semua melakukan yang memenuhi syarat kesehatan. Itu pula, hanya 47,5% di antara responden buang hajat di WC, sebanyak 29,75% mencuci tangan dengan sabun dan 19% yang membuang sampah yang tidak dikerubungi lalat.

Grafik C didapatkan bahwa perbuatan 65% itu tidak didukung pengetahuan dan sikap yang cukup dan bahkan tidak didukung perilaku responden sehari-hari.

Grafik II, grafik polygon yang menggambarkan secara menyeluruh dan menghubungkan ketiga aspek kesehatan yang diteliti pada setiap grafik. Didapatkan bahwa tingkat pengetahuan bervariasi antara (27,5-36,0)%, sikap (13,5-35,5)% dan perbuatan (13,5-36,0)%. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan, sikap dan perbuatan responden terhadap kesehatan moderen, masih jauh dari memenuhi perbuatan responden pada aspek sanitasi lingkungan, menunjukkan angka dibawah 50%.



Grafik. II. Polygon prosentase untuk penge-
tahuan, sikap dan perbuatan pa-
da ketiga aspek kesehatan yang
diteliti.

Hubungan tingkat pendidikan formal dan pendapatan keluarga terhadap perilaku kesehatan

Analisis statistik untuk mengetahui hubungan antara tingkat pendidikan formal dan tingkat pendapatan keluarga terhadap getahuan, sikap dan perbuatan di bidang kesehatan, secara perasi dikemukakan datanya pada Tabel. 19, 20, 21 dan 22. Kemudian perhitungan statistik dengan menggunakan rumus kai-kuadrat, dan dikemukakan persyaratannya pada BAB III E.1. dan ternyata ada tidak semua data tercantum dapat dihitung. (Lihat skema II). Oleh karena itu, untuk mendapatkan hasil perhitungan statistik dan melihat hubungan antara variabel yang diteliti, diperlukan adanya penggabungan data. Data pada Tabel. 23 merupakan data gabungan dari Tabel. 19, 20, 21 dan 22.

Analisis selanjutnya digunakan data pada Tabel. 23 dengan tetap memperhatikan data penunjang pada Tabel. 19, 20, 21 dan 22. Secara terinci, analisis dikemukakan sebagai berikut:

Pengaruh tingkat pendidikan formal terhadap perilaku kesehatan keluarga dalam aspek pelayanan kesehatan, peningkatan gizi dan sanitasi lingkungan

Pada perhitungan statistik terlihat adanya hubungan yang signifikan pada semua komponen perilaku yang diteliti. Didapatkan $p < 0,05$ kecuali pada sikap dalam aspek peningkatan gizi ($p < 0,25$) dan sikap pada aspek sanitasi lingkungan ($p < 0,05$). (Tabel. 23)

Hal ini telah dikemukakan pada sub BAB terdahulu bahwa pemakai Puskesmas cenderung pada mereka yang tergolong dalam kategori pendidikan cukup dibandingkan dengan mereka yang tergolong

HASIL UJI STATISTIK TABEL-TABEL

19, 20, 21 dan 22

varia bel dite liti			Tabel	Tabel	Tabel	Tabel
			19	20	21	22
P E N D I D I K A M - F O R M A L	Pela- yanan Kese hat an	Pn	-	93,8	61,1	5,72
		Si	-	43,68	-	-
		Pr	-	43,94	-	-
	Pe ning- katan Gizi	Pn	-	-	-	-
		Si	-	-	-	-
		Pr	-	10,47	0	0
	Sani tasi ling kung an	Pn	-	-	25,61	-
		Si	-	4,12	0	0
		Pr	8,18	23,15	-	-
P E N D A P A T A N - K E L U A R	Pela yanan kese hat an	Pn	12,74	40,92	22,45	-
		Si	13,48	43,47	-	-
		Pr	11,85	20,51	-	-
	Pening kat an Gi zi	Pn	20,8	-	-	-
		Si	18,21	-	-	-
		Pr	17,98	6,9	0	0
	Sani tasi Ling kung an	Pn	9,8	5,0	25,77	-
		Si	10,37	5,21	0	0
		Pr	19,38	16,5	-	-

Catatan: - = tidak dapat dinitung

Digunakan:

Tabel 4 kolom, tk. signif. = 0,05₂derajat kebebasan = 1 dan nilai $X^2 = 3,84$

ng dalam kategori berpendidikan cukup, hal mana terlihat pa-
 responden di Desa Mosso, Kecamatan Sendana dan Desa Pangli-Pa-
 wa, Kecamatan Sesean. (Tabel. 3). Responden pemakai jasa puskes-
 s di kedua lokasi ini umumnya adalah pegawai negeri dan untuk
 rawatan itu, mereka dijamin oleh asuransi kesehatan.

rbedalah dengan responden di Desa Labessi, Kecamatan Mariori-
 wo dan Desa Benteng, Kecamatan Bangkala yang umumnya pedagang
 n petani. Perbedaan jenis pekerjaan, tingkat pendidikan serta
 minan sosial merupakan pula dasar perbedaan persepsi terhadap
 sehatan khususnya pada penggunaan pelayanan melalui puskesmas.
 sponden yang berada di Desa Labessi dan Desa Benteng yang pa-
 ng percaya tentang perdukunan. Perawatan penyakit semeng tas
rok (demam yang tak kunjung reda) bagi responden di Desa Labes-
 dan garring lekling (penyakit yang bergejala kulit menjadi hi-
 n setelah menggunakan obat dukun) bagi responden di Desa Ben-
 ng, merupakan dua penyakit yang penting diobatkan ke puskesmas.
 nikiran yang semacam itu tentunya pemikiran yang keliru dan
 jadi karena kurangnya pengetahuan tentang kesehatan. Respon-
 ng berada di kedua lokasi ini merupakan responden dengan
 asi yang rendah dalam kategori berpendidikan cukup. Aki-
 sulitlah bagi mereka menerima penyuluhan kesehatan dan
 ngondalkan perawatan dukun. Mereka akan menyerahkan ke-
 untuk dirawat dukun sampai keadaan dimana dukun merasa
 Saat itulah, jalur pengobatan beralih dari dukun ke
 an hal ini terlihat jelas pada responden di Desa La-

asi. Di lokasi ini sebanyak 22% di antara responden menggunakan jalur pengobatan dari dukun ke puskesmas dalam keadaan tersebut di atas. (Tabel. 7).

Pengaruh dukun-pengobatan bukan hanya pada aspek pelayanan kesehatan. Para dukun-pengobatan pada saat merawat pasiennya, mereka tidak mengindahkan adanya gangguan gizi, pengaruh sanitasi lingkungan serta faktor-faktor epidemiologis lainnya. Hal ini juga terlihat pada responden di Desa Labessi, Kecamatan Mariorawa. Di lokasi ini, 63% di antara responden tergolong dalam kategori berpendapatan cukup (Tabel. 4) tetapi di lain pihak, di lokasi ini pula ditemukan angka kesakitan KKP tertinggi (54,3%). (Tabel. 17). Kejadian angka kesakitan KKP yang tinggi seharusnya tidak perlu terjadi. Bila dilihat dari letak geografis sebagai desa pegunungan, memang tepat bila responden di Desa Labessi merupakan konsumen ikan kering (60,7%) sebagai sumber protein. Tetapi di lain pihak, desa ini merupakan jalur penjualan ikan segar dari PekkaE (Kabupaten Warru) ke Watansoppeng (ibu kota Kabupaten Soppeng). Bila ikan kering sulit untuk digunakan sebagai sumber protein guna pertumbuhan balita, ikan segar tentu dapat menggantikannya. Pada responden sebanyak 63% yang tergolong dalam kategori berpendapatan cukup, mereka dapat mengkonsumsi ikan segar secara teratur sehingga tidak terjadi. Bila KKP terjadi juga sedang faktor faktor penyebabnya adalah kurangnya bahan makanan, daya beli masyarakat yang rendah, angka kesakitan penyakit infeksi yang tinggi, dan angka kesakitan

...sialah dipertimbangkan adanya faktor-faktor sosio-antropolo-
 . Pengaruh pemikiran tradisional pada pemberian makanan sa-
 : menentukan gangguan status gizi bayi dan balita. Pengaruh
 pikiran tradisional pada pemberian makanan dalam keluarga ter-
 : pada jumlah makanan, mutu, jenis makanan, cara mengolah,
 menghidangkannya serta distribusinya. Pemberian air susu ibu
 , berkelanjutan tanpa diikuti pemberian makanan tambahan yang
 enuhi syarat jumlah dan mutunya, adanya pantangan/kepercayaan
 jenis makanan tertentu serta prioritas diberikan pada ayah
 a memperhitungkan kebutuhan gizi anggota keluarga yang lain,
 paken kenyataan dari cara berfikir tersebut di atas.

Sehubungan dengan letak geografis, transportasi dan konsum-
 kan segar di Desa Labessi, Kecamatan Marioriwawo, sulitlah
 k dibandingkan dengan Desa Pangli-Palawa, Kecamatan Sesean.
 onden di Desa Pangli-Palawa hanya dapat mengkonsumsi ikan ke-
 ataupun ikan air tawar karena mereka berada bukan pada ja-
 penjajaan ikan. Mereka terlalu jauh untuk dijangkau oleh pe-
 dari Pare-Pare maupun dari Palopo. Namun demikian, ada ke-
 an bahwa prosentasi responden yang tergolong dalam kate-
 endidikan cukup (27%) berpengaruh pada rendahnya angka
 KKP (14,9%), sebab responden yang tergolong dalam kate-
 dapatan cukup (22%) jauh lebih rendah dibandingkan de-
 k yang sama di Desa Labessi, Kecamatan Marioriwawo.
 care tepat pelayanan kesehatan melalui puskesmas di
 sertaan mereka pada kegiatan penyuluhan

sehatan, sangat membantu keadaan kesehatan responden Desa Pangli-Palawa, Kecamatan Sezean.

Terhadap aspek sanitasi lingkungan, pada pemilikan/penggunaan jamban keluarga terlihat bahwa tingkat pendidikan formal tidak terlalu berpengaruh. Responden di Desa Pangli-Palawa yang merupakan responden dengan porsi tertinggi (27%) yang tergolong dalam kategori berpendidikan cukup ternyata di antara mereka hanya 5% memiliki jamban dan 75% yang menggunakannya. Sangatlah menyedihkan bila dibandingkan dengan responden di Desa Labessi, Kecamatan Marioriwawo dimana di antara responden hanya 12% yang tergolong dalam kategori berpendidikan cukup tetapi 86% memiliki jamban dan 86% pula yang menggunakannya. (Tabel. 3 dan 11).

Di Desa Mosso, Kecamatan Sendana didapatkan sebanyak 25% di antara responden yang tergolong dalam kategori berpendidikan cukup tetapi di antara responden itu hanya 12% yang memiliki dan menggunakan jamban. Namun demikian, secara perhitungan statistik, perbedaan dalam aspek sanitasi lingkungan di lokasi ini menunjukkan perbedaan yang signifikan ($\chi^2 = 23,15$). (Tabel. 20).

Dari berbagai keterangan tersebut di atas terlihat bahwa hasil perhitungan statistik tidak selalu mendukung hasil penelitian. Dari perhitungan statistik berdasarkan data pada Tabel 20 dan 22 pada ketiga aspek kesehatan yang diteliti, ternyata kemaknaannya dipengaruhi oleh berbagai faktor. Faktor-faktor yang dipertimbangkan adalah, (1) letak geografis lokasi penelitian, (2) pengaruh kebudayaan pada pola makanan

ari-hari, (3) pengaruh kebudayaan pada pelayanan kesehatan dan pengobatan penyakit, (4) masalah komunikasi dan transportasi (5) pengaruh alat yang digunakan di dalam penelitian.

h karena itu untuk menghindari berbagai interpretasi dalam hubungan antara tingkat pendidikan formal dengan perilaku kesehatan dalam ketiga aspek yang diteliti, diperlukan adanya data yang memenuhi syarat. Tabel 23 merupakan tabel yang berisi data yang memenuhi syarat untuk perhitungan statistik dengan menggunakan uji-kai-kuadrat guna pembuktian hipotesis.

dasarakan data Tabel. 23 dikemukakan (Skema III):

Pengaruh pendidikan formal pada aspek pelayanan kesehatan

Kemaknaan perhitungan statistik pada pengaruh pendidikan formal terhadap pengetahuan ($p < 0,005$), sikap ($p < 0,005$), dan perbuatan ($p < 0,005$) didasari oleh kenyataan bahwa masalah pengobatan bukanlah merupakan masalah baru bagi masyarakat di pedesaan.

di pedesaan yang sejak lama telah berpengalaman memanfaatkan pelayanan kesehatan tradisional, setelah adanya puskesmas sebagian dari mereka beralih memanfaatkan sarana ini.

kegiatan penyuluhan kesehatan yang merupakan bagian dari kegiatan puskesmas membuat masyarakat pedesaan mampu meningkatkan pengetahuan, sikap dan perbuatan mereka terhadap pelayanan

sesuai dengan daya nalar masing-masing. Hal ini

digambarkan waktu mereka memilih jalur pengobatan (Tabel.

mereka semua (100%) mengetahui adanya puskesmas (Ta-

HASIL UJI STATISTIK TABEL. 23

	Pelayanan Kesenatan		Peningkatan Gizi		Sanitasi Lingkungan	
	X ²	K	X ²	K	X ²	K
DIDIKAN:						
1. Pengetahuan	58,65	0,6	41,76	0,54	21,11	0,42
2. Sikap	45,41	0,56	2,44	0,15	4,65	0,21
3. Perbuatan	32,60	0,49	17,86	0,39	14,88	0,30
DAPATAN						
1. Pengetahuan	69,42	0,64	19,41	0,4	1,46	0,12
2. Sikap	82,99	0,67	2,64	0,16	0,3	0,0
3. Perbuatan	8,49	0,28	2,66	0,16	55,04	0,59

Catatan:

Nilai X² untuk perhitungannya statistik

a. tabel 4 kolom

b. tingkat signifikansi : 0,05

c. derajat kebebasan = 1

d. nilai x² = 3,84

Nilai K maksimum = 1.

1. 6) serta secara porsi terbanyak (79%) mengemukakan bahwa kurangnya pengetahuan sebagai penyebab penyakit. (Tabel. 8).

Pengaruh pendidikan formal pada aspek peningkatan gizi

Kemampuan perhitungan statistik pada pengaruh pendidikan formal terhadap pengetahuan ($p < 0,005$), sikap ($p < 0,25$) dan perbuatan ($p < 0,005$) pada aspek peningkatan gizi, tidak luput dari pengaruh ciran tradisional. Adanya kepercayaan/kebiasaan yang merugikan kesehatan sebagai pencerminan pemikiran tradisional tersebut di atas nampak di dalam penelitian dalam bentuk sikap.

Sikap ini meskipun melalui kegiatan penyuluhan kesehatan, masyarakat mengakui kegunaan makanan bergizi dan bahkan telah memperaktekannya di rumah, namun adanya rasa apriori untuk jenis makanan tertentu, masih tetap dirasakan ada. Misalnya pada ikan yang dianggap sebagai penyebab timbulnya penyakit cacangan. Para ibu selamanya menghindari penggunaan bahan ini. Ibu-ibu rumah tangga yang berpendidikan rendah, merakapun memiliki pengetahuan kesehatan yang sangat terbatas. Hal ini muncul dari kebiasaan menolak bahan pengganti ikan sebagai sumber protein seperti tahu, tempe dan kecap. Bahan ini un mula-mula ditolak karena anggapan bahwa tahu dan tempe hanya tepat bagi orang Jawa. Anggapan ini sangat keliru.

Manfaat PKM dalam upaya peningkatan gizi, para responden dapat berubah dalam pengetahuan dan perbuatan walaupun sikap mereka belum mampu merubah diri.

Pengaruh pendidikan formal pada aspek sanitasi lingkungan

Kemungkinan perhitungan statistik pada pengaruh pendidikan formal terhadap pengetahuan ($p < 0,005$), sikap ($p < 0,05$) dan perbuatan ($p < 0,005$) pada aspek sanitasi lingkungan, sangat dipengaruhi oleh kebiasaan hidup sehari-hari. Adanya kebiasaan membuang jajat di tempat-tempat terbuka, membuang sampah di sembarang tempat serta meminum air yang tidak memenuhi syarat kesehatan, merupakan kebiasaan yang merugikan kesehatan dan kebiasaan ini masih dilakukan oleh warga masyarakat di mana-mana. Melalui penyuluhan kesehatan, masyarakat telah tahu arti penggunaan jamban, perlunya air dimasak sebelum diminum serta bahaya yang mungkin timbul bila sampah dibuang di mana-mana. Namun dalam kenyataan, tidak jarang bagi mereka yang telah memiliki jamban, masih juga membuang jajat di tempat lain. Begitu pula mereka yang telah tahu bahwa air yang dididihkan sesuai dengan syarat kesehatan sebelum diminum tetapi kemudian mereka mendidihkan air itu sekedar mendidihkan saja. Terjadinya penyimpangan-penyimpangan tersebut selain disebabkan oleh pengaruh kebiasaan yang telah berlangsung lama, juga keadaan geografis dan tingkat pendapatan ikut berperan. Umumnya masyarakat yang berdiam di sepanjang tepian sungai atau danau dan mereka yang berdiam di desa pantai, maka biasanya sungai dan pantai merupakan tempat mereka membuang jajat. Para responden penelitian ini menunjukkan bahwa pantai merupakan tempat yang ideal untuk membuang jajat. (Tabel. 11).

anan letak geografis juga terlihat pada pengadaan sarana jam- keluarga, penyediaan air minum serta pembuangan sampah. Kes- saan yang merugikan kesehatan merupakan alasan mengapa sikap eka terhadap upaya peningkatan sanitasi, secara statistik ti- terlampau bermakna untuk dipengaruhi oleh pendidikan formal andingkan dengan pengetahuan dan perbuatan.

Dari uraian tentang pengaruh pendidikan formal pada ketiga ek kesehatan yang diteliti terlihat bahwa untuk terjadinya ubahan pada perilaku masyarakat, sangat dipengaruhi oleh ket- tan pendidikan kesehatan masyarakat (PKM). Melalui kegiatan dalam bentuk ceramah, diskusi dan demonstrasi, sangatlah mem- tu masyarakat untuk berubah perilaku. Keampuhan dalam menggu- an salah satu teknik PKM tersebut di atas, tergantung jenis iatan, mutu sasaran dan hasil yang ingin dicapai. Kegiatan de- strasi misalnya telah memberikan hasil yang memuaskan pada ke- fan upaya peningkatan gizi dan sanitasi lingkungan. Khususnya aya peningkatan gizi, kegunaan demonstrasi telah dibukti- mbinaan sekelompok ibu-ibu rumah tangga yang dibina untuk an makanan tambahan yang tepat bagi anak-anaknya. Dengan onstrasi yang dilakukan berulang-ulang, ibu-ibu peser- menirukan jenis makanan yang dikursuskan dan hal terse- irakan tidak akan dimengerti bila diberikan hanya da- ceramah. Didapat kesan bahwa bahwa pada responden de- pendidikan yang rendah (ibu-ibu dalam kasus di atas 2% yang buta huruf latin), cara demonstrasi merupa

cara yang tepat untuk merubah perbuatan yang kemudian diikuti dengan perubahan pengetahuan. Untuk tahu dengan tepat mengenai pemberian makanan tambahan harus diberikan sesuai dengan komposisi dan waktunya, diperlukan adanya diskusi. Tentu saja pada masyarakat dengan tingkat pendidikan yang relatif rendah itu, pelaksanaan diskusi tidaklah se bebas pada mereka yang berpendidikan yang lebih baik. Dengan menggunakan cara komunikasi yang sederhana dan perlahan-lahan, akhirnya tibalah mereka pada keadaan mereka tahu apa yang harus mereka lakukan dan mereka pun tahu bagaimana melakukannya. Bila telah demikian, perubahan pengetahuan pada saat itu telah disertai dengan perubahan sikap.

Perubahan sikap ini perlu ditekankan pada perubahan dalam aspek sanitasi lingkungan. Walaupun warga masyarakat telah membuang hajat pada jamban keluarga masing-masing, mereka pun telah meminum air yang telah dimasak dan memenuhi syarat kesehatan dan sampah-sampah mereka telah dibuang ke tempat-tempat yang

memenuhi syarat kesehatan namun PKM masih mereka butuhkan. Pada saat ini perlu dijelaskan semua itu harus dikerjakan. Dengan memiliki pelaksanaan dan komunikasi yang tepat, warga masyarakat akan bersikap terbuka dan menyebar-luaskan pengalamannya kepada orang lain. Hendaknya daya nalar setiap anggota masyarakat dikembangkan sebaik-baiknya. Dengan teknik penyuluhan yang sesuai dengan pemanfaatan komunikasi yang sederhana sesuai dengan tingkat pendidikan masyarakat yang bersangkutan, diharapkan perubahan sikap seperti ini memerlukan waktu

lama tetapi perubahan yang dicapai, juga akan berlangsung.
 1. Diharapkan bahwa perubahan perilaku senantiasa disertai dengan perubahan sikap karena dengan adanya perubahan sikap ini, menghindarkan masyarakat dari terjadinya kegiatan secara mekanis.

Pengaruh pendapatan keluarga terhadap perilaku kesehatan dalam aspek pelayanan kesehatan, peningkatan gizi dan sanitasi lingkungan

Pada perhitungan statistik terlihat adanya hubungan yang signifikan pada semua komponen perilaku yang diteliti ($p < 0,005$), nilai pada sikap dalam aspek peningkatan gizi ($p < 0,25$), perubahan dalam aspek peningkatan gizi ($p < 0,25$), pengetahuan dalam aspek sanitasi lingkungan ($p < 0,25$) serta sikap dalam aspek sanitasi lingkungan ($p < 0,75$). (Tabel. 23).

Artinya pengaruh pendapatan keluarga pada aspek kesehatan yang diteliti menunjukkan bahwa pada masyarakat pedesaan telah terjadi alih perilaku yang ditunjang oleh tingkat pendapatan mereka. Umumnya pada masyarakat desa, biaya untuk kesehatan belum mendapat tempat yang diprioritaskan dalam kehidupan mereka. Itu pula dalam memilih ke mana mereka seharusnya berobat bila sakit, juga akan jatuh kepada sarana yang dianggap murah. Ditunjang oleh dasar pemikiran tradisional serta ingin murah, jadi pilihan mereka pada pengobatan dukun.

Hal itu tidak selalu benar. Pada kenyataannya para dukun itu tidak menentukan tarif seperti di puskesmas. Akan tetapi berobat ke dukun dan tiba saatnya bahwa pengobatan itu per

ditunjang oleh upacara seremonial, disinilah masyarakat desa menyadari bahwa mereka telah terkecoh. Upacara seremonial berbentuk sajen dan korban tentunya memerlukan biaya yang get besar. Pastilah tidak terfikirkan bahwa pengobatan di puskesmas yang memerlukan biaya beberapa ratus rupiah tanpa resikonya sajen dan upacara-upacara lainnya lebih menguntungkan dibandingkan dengan gratisnya pengobatan dukun tetapi selalu ada ungkinan resiko upacara tertentu. Untuk mengajak masyarakat pertimbangkan hal tersebut di atas, diperlukan adanya pengabdian dari luar yang berisikan ajakan untuk menyadari arti dan tunjangan kesehatan dalam kehidupan sehari-hari.

Untuk mengajak mereka untuk memanfaatkan sebagian dari biaya hidup guna kepentingan kesehatan, mereka akan mudah mengerti bila yang dimaksudkan adalah pengobatan (kuratif). Tetapi bila diinginkan mereka ikut berperan serta dalam kegiatan pencegahan (preventif), diperlukan suatu kegiatan inovatif. Pada kegiatan-kegiatan tersebut di atas, secara tepat dapat dilakukan melalui proses pendidikan kesehatan masyarakat yang menekankan proses dalam hal inovasi, komunikasi dan motivasi.

Berangkat dari tata cara hidup masyarakat pedesaan terutama bagi mereka yang tergolong kaya, memiliki harta artinya memiliki status sosial yang tinggi. Menurut mereka, status sosial harus ditampakkkan. Jadilah mereka pemilik rumah yang indah dengan perabotan yang menyolok (dalam ukuran desa tentunya), adanya kenangan serta benda-benda yang dapat dipamer di ruang tamu.

ila di masa lampau rumah yang dibangun adalah rumah panggung da-
ahan kayu dengan atap daun nipah, maka sesuai dengan tuntutan
aman, sekarang rumah-rumah itu telah berganti dengan rumah batu.
i waktu-waktu lampau, pameran benda yang dapat dilihat setelah ta-
u duduk bersila di ruang tamu, adanya sekantong penuh beras (si-
alasse berre) tersandar di tiang tengah rumah yang melambangkan
ahwa pemilik rumah menggunakan beras sebagai bahan makanan po-
ok sehari-hari dan dia bukan tergolong orang yang kekurangan ma-
anan. Barang lain adalah tempat tidur besi lengkap dengan sepa-
ai dan sarung bantal yang bersulam indah. Di samping ranjang,
agak sebuah lemari yang berisikan barang pecah-belah. Bila pemi-
ik rumah tidak memiliki lemari jenis ini, lemari pakaianpun da-
at digunakan sebagai gantinya.

umah panggung yang indah dan besar ini umumnya belum berkamar.
egitu pula saat bangunan didirikan, konsep perlunya tersedia
umber air dan jamban keluarga belum terfikirkan kebutuhannya.
da saat itu, pemilik rumah telah merasa puas dengan mengguna-
er umum ataupun pancuran sebagai sumber air dan lapangan ter-
sebagai jamban sehari-hari.

kendaraan, memiliki sebuah sepeda merupakan sebagai suatu
gan. Merek sepeda ikut menentukan tingkat sosial pemiliknya.
rbedalah penilaian bila sepeda yang tersandar di kolong
rupa sepeda Eropah seperti Raleigh, Humber dan Hercules
kan di sana cuma tersandar sepeda Jepang, merek Mayam

Keadaan berubah dan teknologipun meningkat. Rumah-rumah di desa telah berubah. Meskipun rumah-rumah panggung tetap ada, tetapi bahan yang digunakan, konstruksi bangunan serta isi rumah telah berbeda. Atap daun nipah telah berganti dengan atap seng. poro-lego (bagian depan rumah yang digunakan sebagai tempat berteduh) telah dipermoderen, diberi dinding seng agar nampak lebih indah. Kaca jendela telah menggunakan kaca nako dan pada beberapa desa, lampu listrik telah menyala di setiap rumah. Kepercayaanpun telah berubah. Lemari kaca telah diganti dengan radio-kaset, televisi dan bahkan video-tape. Kendaraanpun telah berganti. Mulai sepeda motor jenis bebek sampai Suzuki, Yamaha, Kawasaki dan Honda 125 CC ikut terparkir. Bahkan pada desa-desa tertentu, mikrobis yang digelari dengan petek-petek tidak jarang ditemukan di tengah-tengah desa yang sebelumnya hanya dapat dijangkau dengan sepeda ataupun dokar (bendi). Gambaran di atas menunjukkan adanya perubahan tatanan sosial. Sayangnya bahwa, di rumah-rumah yang telah dibangun dengan bahan dan teknologi yang modern itu, adanya sarana air yang sehat, jamban keluarga sehat dan kamar mandi yang tak menimbulkan bau, masih jarang ditemukan. Kamar tidurpun kamarnya belum diperlengkapi dengan ventilasi yang memadai. Jendela nako dianggap hiasan dan hanya dipasang di kamar tamu. Di kamar-kamar lain jendelanya masih seperti masa lalu, kecil dan jarang dibuka.

Di atas terlihat bahwa dalam tatanan sosial yang berkembang, penggunaan harta/kekayaan untuk sarana kesehatan fisik

ng sifatnya mencegah penyakit, belum mendapat prioritas.

setelah mereka jatuh sakitpun, masih menunggu-nunggu dan ur-ulur waktu untuk berobat serius. Dengan dalih tak punya ntuk berobat, ternyata tidak relevan sama sekali.

rumah tangga yang menolak membawa anaknya berobat karena tan keuangan, secara tidak sadar menunjukkan bahwa alasan ut hanyalah alasan dibuat-buat. Bagaimanapun juga bila sa- ia sementara mengisap rokok Bentoel Biru seharga Rp.400,- lokal) dengan kotak rokok yang baru keluar 2-3 batang dan k membawa puteranya ke puskesmas yang berbiaya Rp. 250,- kan itu tentunya berlatar belakang yang lain. Pada kasus ungkin lebih tepat bila ia mengemukakan alasan bahwa ia ti mbawa anaknya ke puskesmas karena belum merasa bahwa pus- merupakan tempat yang tepat untuk mengobati anaknya a- suatu yang tidak mustahil, ia memerlukan bantuan orang la- asanya dukun atau orang-orang tua di kampungnya) untuk di- pandangannya, kemana anak itu harus dibawa untuk berobat. pula bagi mereka yang telah mau menggunakan puskesmas se- tempat berobat, mereka itupun belum dapat dijamin akan me tikan puskesmas sebaik-baiknya. Bila tiba pada keadaan ia dirujuk ke sarana pelayanan yang lebih memadai, "pemakai" as jenis inipun biasanya menolak.

ikatnya bahwa bagi mereka, para "pemakai" puskesmas se- -ikutan itu, pemanfaatan puskesmas hanya dianggap seba- ntu mata rantai singgahan dalam kebiasaan mereka menu

akar dukun untuk mencari kepuasan. Mereka telah mendapat sen pembaharuan tetapi merekapun menyadari tidak dapat melepasi begitu saja dari lingkungannya. Kemampuan materi yang memiliki belum dibarengi dengan kemampuan untuk memanfaatkan i itu untuk kepentingan kesehatannya.

Dari uraian-uraian tersebut di atas dalam hubungannya per kesehatan dengan tingkat pendidikan dan pendapatan keluarga, hat bahwa pengaruh pendidikan lebih besar dibandingkan de pendapatan. Hal yang sama telah dikemukakan Grossman. Akan i bila dilakukan analisis yang lebih jauh, akan terlihat a suatu "faktor" baru yang ikut berperan dalam perubahan pe u ini. Dengan asumsi bahwa hanya mereka yang berependidikan akan berpengetahuan, bersikap dan melakukan perbuatan yang terhadap kesehatan, maka dalam penelitian ini hanya ada se < 19,75% (Tabel. 3) yang dapat melakukannya.

berkan Grafik II terlihat bahwa adanya variasi pada pengeta sikap dan perbuatan yang berada di atas nilai 19,75% itu. keadaan ini, pengaruh Pendidikan Kesehatan Masyarakat (PKM) akan sebagai pendukung terjadinya perubahan perilaku itu me kegiatan nonformal. Adanya motivasi yang merupakan bagian kegiatan PKM membawa masyarakat secara keseluruhan dapat me atkan pelayanan kesehatan melalui puskesmas. Meskipun kegi- melalui puskesmas merupakan kegiatan inovatif, akan tetapi adanya motivasi yang dilaksanakan melalui komunikasi yang tepat, perubahan perilaku dapat terjadi.

Terhadap pengaruh pendapatan keluarga pada kesehatan, para ahli ekonomi kesehatan memandangnya dari sudut yang berhubungan dengan kematian (Preston dan Gardner, Fuchs), berhubungan dengan ketersediaan sarana kesehatan (Preston dan Gardner), berhubungan dengan tersedianya makanan, (Stockwell dan Hutchinson) dan berhubungan dengan pengaruh pendidikan (Shin), maka data penelitian cara tidak langsung, melalui adanya perilaku pada hal-hal tersebut di atas, mendukung pendapat ahli ekonomi kesehatan tersebut. Di dalam penelitian ini, untuk terjadinya kematian yang berkaitan dengan aspek pelayanan kesehatan, dibicarakan perilaku masyarakat yang berhubungan dengan faktor-faktor timbulnya penyakit, cara menggunakan sarana kesehatan dan cara memilih jalur perawatan di waktu sakit.

Apakah masalah gizi, dibicarakan terjadinya KKP dengan memperhatikan kemungkinan-kemungkinan seperti, (1) kesalahan pada penyediaan pengolahan makanan, (2) distribusi makanan dalam keluarga yang tidak berimbang, (3) adanya kepercayaan tentang pemberian makanan yang merugikan kesehatan, (4) kemampuan penyerapan makanan yang terganggu, dan (5) makanan yang diberikan tidak memenuhi kuantitas dan kualitas.

Pada pengolahan makanan, telah dicontohkan pallu cekla bukan sumber protein yang baik. Pada prioritas pemberian makanan dibicarakan tentang kuantitas dan kualitas makanan yang diterima pada ayah sebagai pencari nafkah kebutuhan rumah tangga. Anak si bayi/anak kecil hanya memperoleh bagian sangat

it walaupun dalam urutan kebutuhan, merekalah yang seharusnya diberi prioritas.

ungan dengan kepercayaan yang merugikan kesehatan, penyakit menyebabkan penyerapan usus anak terganggu serta pemberian an yang tidak sesuai dalam kuantitas dan kualitas, hal-hal angat tergantung pada tingkat pengetahuan keluarga tentang atan. Adanya intervensi dukun dalam mengarahkan keluarga masalah makanan, malahan inilah yang merupakan penyebab ad elainan di atas.

pun tak dapat dimungkiri bahwa terjadinya KKP, pengobatan kit dalam keluarga, mendapatkan rumah dan lingkungan yang serta berperan serta pada setiap upaya kesehatan memerlukan biaya, namun bila disadari adanya bantuan teknologi tepat gu iaya mungkin dapat dihemat.

manapun juga, kemampuan materi tanpa pengetahuan yang cukup ang kesehatan, tidaklah akan memberi arti banyak bagi kese keluarga. Oleh karena itu, tidak selalu pendidikan formal a harus diandalkan untuk hidup sehat tetapi melalui kegi- formal yang merupakan bagian dari PKM akan sangat memban akat bila dapat dilaksanakan dengan sebaik-baiknya. nya pada keakraban hubungan antar variabel, melalui per efisien K, secara rata-rata terlihat bahwa variabel- ng berhubungan dengan pendidikan lebih erat dibanding ng berhubungan dengan pendapatan. Hanya pada aspek hatan, kedua variabel tersebut nampak berimbang.

- Pola berfikir, konsep dan kepercayaan dukun tentang penyebab penyakit, timbulnya penyakit dan pengobatannya

Dari 35 orang dukun (responden) yang diteliti di Desa TetikenraraE, Kecamatan Marioriwawo, Desa Macanre, Kecamatan Lili ilau, keduanya di Kabupaten Soppeng, Desa Mosso di Kecamatan endana, Kabupaten Majene, Desa Pangli-Palawa di Kecamatan Sese n, Kabupaten Tana Toraja, Desa Benteng di Kecamatan Bangkala, abupaten Jeneponto serta beberapa orang dukun suku Bugis i Kabupaten Wajo, Kabupaten Bulukumba dan Kabupaten Bone, dida atkan bahwa usia para dukun itu rata-rata 64 tahun dan go- nngan terbesar sebanyak 24 orang (68,57%) berada dalam kelom- ok umur (45-74) tahun. (Tabel. 24). Para dukun ini telah melak- inakan pekerjaan sebagai dukun rata-rata 20 tahun (Tabel. 5) dan memulai pengabdian mereka sebagai dukun pada sia rata-rata 40 tahun. (Tabel 26). Sebanyak 23 orang (65,72%) i antara dukun-dukun ini yang berusia (35-44) tahun saat ereka mulai menjadi dukun. Dari data tersebut di atas terlihat ahwa para dukun rata-rata telah berusia lanjut. Disamping itu erdapat kecenderungan bahwa untuk memulai karier pada "profesi" i, diperlukan kematangan usia. Dukun yang diteliti pada umumnya endidikan rendah, bahkan buta huruf. Dari tingkat pendidik- ereka, 31 orang (88,57%) yang buta huruf latin, 1 orang ti- amat SD, 2 orang tamat SD dan 1 orang tamat SLTP. (Tabel.30) n para dukun merawat dan mengobati pasien rata-rata 4 o-

ng sehari (Tabel. 27) namun "profesi" ini tidak dapat diandalkan untuk menunjang kehidupan sehari-hari. Hal ini terlihat dari cara hidup para dukun yang diteliti bahwa hanya 6 orang (17,14%) yang mampu bekerja sebagai dukun semata tanpa usaha yang lain sedang selebihnya bekerja sebagai petani, nelayan ataupun pekerjaan lainnya. (Tabel. 31)

Di uraian tersebut di atas, terlihat bahwa para dukun-pengobat yang telah berusia lanjut itu masih harus membanting tulang mencari mata pencaharian lain guna menutupi kebutuhan hidupnya. Hal ini terjadi karena salah satu sifat luhur yang harus diamalkan oleh setiap sanro (dukun) yaitu adanya larangan untuk menetapkan tarif perawatan dan pengobatan. (Tabel. 32).

Menurut para dukun yang diteliti bahwa segala perbuatan/amalan sebagai sanro, haruslah dilaksanakan dengan ikhlas. Sangatlah tercela bila ada di antara sanro yang menggunakan peluang pada waktu merawat pasien untuk menguras kantong penderita. Sanro semacam ini akan digelari oleh sesamanya sebagai sanruk. Gelaran sanruk yang berarti sendok nasi, dibandingkan kepada sanro yang walaupun merawat pasien tetapi sesungguhnya ia memeras pasien seperti sanruk yang mengeruk belanga nasi sampai ke kerak-kerak. Meskipun para sanro tidak memiliki kode etik "profesi" tetapi bila terdengar berita seorang sanro berlaku sebagai sanruk maka nama bersangkutan akan dipencilkan oleh para sanro

Di "profesi" yang dibutuhkan masyarakat, para dukun-

umnya mempunyai status tersendiri di dalam masyarakat. Hal ini terlihat bahwa meskipun Inpres Kesehatan telah berlangsung lama waktu yang cukup lama, namun di sana-sini masih ditemukan adanya dukun-dukun populer yang ramai dikunjungi warga masyarakat. Untuk membandingkan kegiatan pengobatan dukun dengan pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh petugas kesehatan di puskesmas, digunakan kriteria dalam hal, (1) cara menetapkan penyakit, (2) cara merawat penyakit dalam konteks upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, dan (3) teknik pendekatan masyarakat.

Meskipun semua dukun sepakat untuk mengatakan bahwa hantu, roh (santet) dan dosa merupakan sebagai penyebab penyakit, namun mereka meyakini bahwa semua itu datang dari Tuhan Yang Maha Esa. (Tabel. 33). Aspek keagamaan sangat menonjol pada cara pengobatan dukun tergantung jenis agama yang dianut olehnya. Bagi dukun yang beragama Islam, rasa keislaman ini tergambar dalam jampi-mantera yang diucapkannya. Bagi dukun yang beragama Islam jampi dan manteranya selalu terdapat kata-kata barakka Allah (berkah dari Allah SWT) ataupun kata kun faya kun (jadilah), salah satu kalimat yang berasal dari kitab surah al-Baqarah.

Untuk menetapkan secara tepat penyebab dari suatu penyakit dukun, (1) menetapkan berdasarkan pengalaman sendiri, (2) meminta bantuan orang lain yang dianggap lebih mampu.

Bantuan umumnya ditujukan pada pattiro (Bqs), sang pe-

ial, yang kemudian menyampaikan hasil pekerjaannya pada dukun. Cara yang umum untuk menetapkan penyakit yang dilakukan oleh san maupun pattiro adalah bertafakkur di depan pedupaan yang sedang mengepulkan asap kemenyan. Dengan bertafakkur memohon ilham dari Tuhan Yang Maha Esa seraya memperhatikan arah kepulan asap kemenyan, para dukun dapat menetapkan penyebab penyakit. (diagnosis), jalannya penyakit serta ramalan kesembuhan (prognosa). Dinyatakan bila asap kemenyan membubung tinggi, lurus ke atas, merupakan pertanda baik untuk kesembuhan.

Bila penyebab penyakit telah diketahui, dukun segera memulai memeriksa bagian tubuh penderita. Pada pemeriksaan fisik ini dukun tidak banyak menyentuh bagian tubuh penderita. Biasanya merupakan sasaran adalah jidat, pusar (umbilicus), telapak tangan serta daerah antara ibu jari tangan dan telunjuk. Terdapat kepercayaan bahwa, makin sedikit pemeriksaan dilakukan tetapi diagnosis dapat ditegakkan, maka dukun tersebut dianggap memiliki tenaga alam yang tinggi dan tinggi pulalah pamor dukun tersebut di dalam masyarakat.

Pemeriksaan tambahan yang sering dilakukan oleh dukun adalah penggunaan lasuna cella (bawang merah) yang ditekankan pada daerah antara ibu jari tangan dan jari telunjuk. Penekanan ini biasanya menimbulkan rasa sakit dan penderita akan menjerit. Dari jeritan, kuatnya jeritan serta beberapa tanda lain seperti nafas, ketakutan ataupun gemeteran, merupakan sekumpulan yang dapat membantu penetapan diagnosis. Bila penderit-

menjerit keras biasanya oleh dukun lalu didiagnose setiap penyakit karena gangguan roh-roh halus.

Merupakan sebagai ciri khas bagi setiap dukun, bahwa saat menghadapi pasien dan keluarganya, akan mengemukakan hal-hal seperti, (1) merasa mendapat ilham/petunjuk untuk mengobati penyakit seperti yang dihadapi saat ini, (2) menceritakan pengalaman yang hebat-hebat tentang penyakit seperti penyakit yang dihadapinya saat itu, (3) selalu berusaha menghubungkan penyakit tersebut dengan alam gaib, dan (4) diagnosa selalu diperoleh setelah tafakkur dan berdoa, baik yang dilakukan dihadapan penderitanya maupun setelah pulang kerumahnya.

Untuk menghubungkan dengan alam gaib sehubungan dengan petunjukan diagnosa penyakit yang dihadapinya saat itu, dukun akan mengajukan 3 kelompok pertanyaan yaitu, (1) apakah acara ritual keluarga terhadap leluhur telah dijalankan dengan baik? Kalau tidak ya dan dilaksanakan dengan sempurna, pada pertanyaan kedua akan ditanyakan, (2) hubungan dengan keluarga dan tetangga. Kalau inipun baik, lalu diajukan pertanyaan ketiga yaitu, (3) kisah perjalanan terakhir, kemana, lewat mana, siapa-siapa yang ditemui dipertjalanan dan bila terjadinya.

Dengan kata bila terjadinya tersimpul pengertian tentang tanggal, hari, bulan dan tahun serta waktu-waktu seperti pagi, siang, tepat pada waktu matahari di puncak kepala ataupun petang sampai matahari terbenam. Dengan kata lewat dimana, tersimpul

rtian tentang perjalanan lewat kuburan, lapangan, sawah a-
n daerah dengan pohon-pohon yang besar. Tentang orang yang
pai dipertanyakan apakah orang itu orang tua, anak kecil
ebagainya.

nya dari ketiga pertanyaan itu, dapat saja dukun mengaitkan
satunya sebagai penyebab penyakit.

semuanya telah jelas, diagnosa telah dapat ditetapkan, peng
npun segera dimulai.

Pelaksanaan pengobatan tergantung dari jenis penyakit. Bi-
nyebabnya makhluk gaib, harus diketahui dengan tepat apakah
gan itu sifatnya iseng atau disuruh oleh orang lain. Dapat
penyakit terjadi karena adanya pelanggaran tabu. Menurut ke
yaan dukun, bila pelaksanaan pengobatan tidak dilakukan de-
tepat, tidak mustahil serangan balasan akan mengenai dukun
ri.

Sehubungan dengan pola perawatan dukun dibandingkan dengan
perawatan moderen dalam bentuk upaya peningkatan (promo -
upaya pencegahan (preventif), upaya pengobatan (kuratif)
ya pemulihan (rehabilitatif), terlihat bahwa upaya pro-
daklah dikenal di kalangan dukun. (Tabel. 36).

sanro La Tone mengemukakan bahwa untuk mencegah timbul
dapat dilakukan dengan cara mengarak tombak pusaka-
ri batas wilayah desa dan disebutnya sebagai upacara
pakkampongE (marilah kita memagari kampung halaman
ncara ini bila ditinjau dari sudut imunologi, ti-

h mungkin dapat melindungi seseorang dari serangan penyakit.
 • Upaya kuratif merupakan upaya yang paling menonjol pada anan kesehatan tradisional yang dilaksanakan oleh dukun.

Oleh para jangka sagala yaitu "dukun spesialis" yang merahak untuk merawat dan melaksanakan kegiatan seremonial perawatan sagala, memperlakukan beberapa peraturan khusus pakkasuwiyang misalnya penempatan janur kuning di depan rumah rita, pelarangan melakukan kunjungan mendadak ke rumah si walaupun bertujuan untuk melawat si sakit serta larangan berbuat jork di rumah penderita. Adanya janur kuning meru isyarat bagi orang-orang tua dari anak-anak di sekitar tempat pelaksanaan pakkasuwiyang untuk melarang anak-anaknya kati rumah tersebut. Disamping itu, janur kuning merupakan isyarat dan harapan keluarga untuk tidak terjadinya pelanggaran-tata-cara pakkasuwiyang yang sedang dijalankan karena bila tu terjadi, keselamatan jiwa penderita sangat terancam.

ari cara pemberian jampi, pengucapan isi jampi dan ekspresi mengucapkannya, para dukun dapat dibagi atas 3 golongan kan adanya rasa percaya diri (self-confidence). Pembegidalah dukun yang, (1) memelas, (2) wajar, dan (3) menan el. 37).

diri seorang dukun yang tergolong "memelas", materanya an ia memohon dengan merendahkan diri serta mengharap ihan pada roh/zat tertentu.

tergolong "wajar" akan mengucapkan mantera

arti yang dalam karena dikaitkan dengan nama sahabat Na-
 ammad SAW yaitu Bagenda Ali (Sayyidina Ali r.a.). Sahabat
 i kalangan suku Bugis terkenal keberaniannya semacam man-
 ang disebut Paggerak Bagenda Ali (gertakan Sayyidina Ali
 dianggap sebagai mantera yang sangat ampuh dan bila digu-
 dalam suatu pertarungan, musuh akan kecil nyalinya mengha-
 enggertak. Kepercayaan ini kemudian menyusup ke dalam man-
 ukun. Dengan menyebut nama Bagenda Ali kemudian dikaitkan
 kata nabitta (maksudnya Nabi Muhammad SAW), para dukun
 sepenuhnya bahwa jampi itu betul-betul ampuh dan dapat di-
 an.

olongan "menantang" yaitu golongan yang merasa dirinya mem-
 rasa percaya diri yang sangat tinggi, di dalam manteranya
 jelas menggunakan kata-kata yang sifatnya mengusir, mengu-
 i melaknat penyebab penyakit.

mantera golongan ini, umpamanya:

I Ati aseng tongeng-tongemmu ri langit'E
 na muno' ri linoE diaseng kasuwiyang
 O Ati, puppu sorokau narekko melai anrimmu.

I Ati nama sebenarmu waktu engkau masih di langit
 Lalu engkau turun ke bumi dengan nama kasuwiyang
 Oh Ati, terkutuklah engkau
 bila engkau mengambil (menyebabkan kematian) adikmu.

ra ini tersirat beberapa hal yaitu, (1) peringatan dan
 i si Ati untuk tidak berbuat sewenang-wenang terhadap
 tiknya), (2) bahwa sagala atau kasuwiyang berasal da

angit dan turun ke bumi mencari adiknya, dan (3) karena percaya diri yang luar biasa, jangka sagala menggunakan mantri sambil mempertaruhkan harga dirinya demi kesembuhan pasien. Memang demikianlah keadaannya. Bila jangka sagala menggunakan mantera ini, reputasinya tergantung dari perlangsungan itu. Bila pasien sembuh, naiklah pamor sang jangka sagala. bila terjadi sebaliknya, penderita menunjukkan gejala-gejala yang semakin memberat seperti timbulnya sesak nafas, muka membibing-kejang, batuk sampai muntah dan tiada berapa lama kemudian penderita meninggal, hal itu dianggap sebagai pembalasan atas kelancangan dukun dan hancurlah pula reputasi dukun bersangkutan.

pengetahuan dukun tentang ilmu kesehatan terutama dalam hal penyakit, jenis penyakit dan gejala-gejalanya membuktikan tidak mengetahui perbedaan antara cacar (variola vera) dan campak (morbilli) yang kesemuanya disebutkan sebagai sanya gejala-gejala "pembalasan" si Ati tersebut di atas. Selain dari gejala komplikasi penyakit radang saluran pernapasan atau bahkan radang pada otak (encephalitis).

komplikasi itu sangat ditunjang oleh rendahnya cakupan pengetahuan gizi yang rendah serta tingkat sanitasi lingkungan yang memadai. Faktor yang memudahkan timbulnya ber-tersebut di atas, tidaklah pernah termasuk faktor yang mengancam dukun saat mereka merawat pasien. Demikian, komplikasi tidak terawat dengan ba-

1 orang lain sebagai sedekah.

2a secara simbolik ini dimaksudkan bahwa dengan melepas-
 3ruh pakaian yang dipakainya itu, berarti lepas pulalah
 4penyakit yang diderita.

5a simbolik lain juga dilakukan pada perawatan penyakit
 6(kusta). Penyakit kandala yang dianggap dukun sebagai pe-
 7nkibat dosa orang tua, timbul pada anak yang dihamilkan
 8akibat sanggama di waktu haid. Untuk menebus dosa sekali
 9upakan pula obatnya, para dukun mengemukakan bahwa pende-
 0sta tersebut harus dimandikan dengan cucian air haid ibu-
 1la sang ibu telah tiada, habis pula harapan untuk sembuh.
 2beberapa dukun, peristiwa simbolik ditemukan juga pada
 3an penyakit rabun ayam (xerophthalmie). Beberapa waktu
 4lu, anak seperti itu dikurung bersama ayam sebagai obat-

5engenai dosis obat, sangat sulit ditentukan. Berapa gelas
 6g telah dimantera untuk mengobati penyakit garring lolo,
 7ember cucian haid dibutuhkan untuk memandikan penderita
 8sehingga sembuh ataupun berapa banyak tude bombang (Mac-
 9cies) yang harus direbus guna mengobati radang hati (hepa-
 0sangat sulit ditentukan. Para dukun sepakat bahwa air
 1lah dijampi dapat ditambah semanya sedang penggunaan tu-
 2ang yang digunakan tergantung persediaan.

3dukunpun sulit diukur. Bila dikatakannya bahwa salah sa-
 4n ramuan berupa si tebba kayu (setetak kulit kayu) atau-

perlu 3 siung bawang merah, inipun sulit menakarnya. Ya bahwa karena tiadanya takaran tepat maka pemberian obat dapat terjadi "di atas" dosis ataupun "di bawah" dosis. Merupakan ciri khas bagi setiap dukun untuk mempromosikan a sebelum memulai mengobati pasiennya. Para dukun selalu memberi kesan bahwa ia bukan orang sembarangan. Ia harus sebagai orang terpilih di antara kaumnya dan tentunya se orang yang hebat. Misalnya disebutkannya nama-nama pasien elah disembuhkannya dan tidak jarang beberapa nama peja- ut dikomersialkannya.

k sekali bahwa dalam upaya itu, cerita dukun sangat tergan ada, (1) luasnya pergaulan, (2) lamanya berperaktek seba- kun, dan (3) cakrawala pengetahuan dukun.

ara dukunpun tidak ingin mendapat kesan sebagai dukun yang ahli dalam bidangnya. Untuk mencapai hal tersebut, setiap yang menghadapi pasien yang gawat, ia rela menyerahkannya dirawat di Puskesmas/Rumah Sakit. Pengalihan ini, bukanlah untuk menyelamatkan pasien semata tetapi lebih cenderung dengan mengirimkannya ke perawatan kesehatan moderen, du- pat melepaskan diri dari tanggung jawab sekiranya pasien gal dunia.

Sehubungan penggunaan bahan dasar ramuan obat dukun yang , tidak jarang mereka menggunakan bahan-bahan yang sifat- gikan kesehatan. Meskipun pada beberapa kasus radang ha- (tis) yang diberi obat rebusan tude bombang ternyata

ya menurun, namun khasiat tude bombang terhadap pengobatan hati belum terbukti secara farmakologis.

ah dengan penggunaan temmulawak yang juga sewarna. Bahan h terbukti mempunyai khasiat chlagogum sehingga tepat un nakan sebagai obat radang hati.

erpatokan sewarna inilah disertai dengan kurangnya penge entang kesehatan, para dukun sering menggunakan obat yang n penderita. Pada pengobatan penyakit disentri, warna me na adanya darah pada tinja merangsang dukun untuk menggu nga sejenis flamboyan sebagai obat. Campuran ini ternyata akan bahan yang merangsang dinding usus sehingga membe- enyakit.

ri penelitian ini didapatkan bahwa tidak semua dukun da- ak bekerja sama. Meskipun terdapat 23 orang (82,86%) ber mah dan menarik, 24 orang (68,57%) ingin berhubungan ba- n petugas kesehatan, tetapi ternyata bahwa hanya 4 orang yang bersedia merujuk pasiennya ke Puskesmas. (Tabel. 38, 40). Meskipun dari penelitian didapatkan hanya 2 orang di antara dukun yang diteliti sama sekali tidak mau beker dengan petugas kesehatan namun pada mereka yang bersikap belum dijamin loyaltasnya terhadap pelayanan kesehatan

erbagai alasan yang digunakan dukun untuk menolak meru- ennya ke puskesmas, namun pada dasarnya penolakan terse- adi karena perbedaan konsep dan persepsi. Karena perbe-

ini merupakan salah satu faktor terlantarnya penderita perawatan yang memadai.

Salah satu di antara dukun yang tergolong "menantang" ada Syarifuddin (38 tahun). Dukun yang sempat menamatkan pelajaran pada Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama (SLTP) ini memulainya sebagai dukun pada tahun 1978.

Pada saat penelitian ini dilaksanakan, Syarifuddin telah berhadapan dengan tingkat sebagai dukun terkenal di kampungnya.

Salah satu keistimewaan pada dukun ini bahwa dengan "indera keenam" ia dapat membedakan antara penyakit yang "biasa-biasa" dan penyakit karena ilmu hitam. Perawatannya pun akan berbeda bila dianggapnya penyakit itu tergolong yang "biasa-biasa" maka dengan rela hati diujukannya penderita itu berobat ke Puskesmas/Rumah Sakit. Akan tetapi bila ia merasa bahwa penderita itu menderita salah satu gangguan ilmu hitam, dengan tegas dilarangnya berobat ke mana-mana dan diujukannya berobat ke dukun. Sebagai dukun yang konsekwen, cara inipun dilakukannya sendiri. Sewaktu ia menderita demam dan batuk, ia memanfaatkan jasa Puskesmas.

Menurut Syarifuddin, tidak semua orang dapat diserang ilmu hitam. Hanya mereka yang berdosa dan pada mereka yang tidak memiliki "pagar" merupakan sasaran empuk untuk menjadi korban. "Pagarnya" ini sangat penting artinya dalam ilmu hitam karena hanya "pagar" yang kuat akan mampu menahan serangan dan bahkan dapat memantulkan serangan kembali kepada si pengirim.

Syarifuddin, menjinakkan serangan ilmu hitam sangat di n oleh kuatnya "pagar", besarnya tumbal serta kemampuan alian dukun yang menanganinya.

a Syarifuddin menegaskan bahwa kekuasaan Allah SWT meru- erlindungan yang tak terkalahkan. Oleh karena itu, "pa- ng terbaik dan terampuh adalah taat dan patuh pada perin ah SWT dengan menjalankan sholat 5 waktu secara teratur kesinambungan.

ukun "menantang" yang lain adalah La Hammade (80 tahun). ang senang nyentrik ini dijuluki warga masyarakat seki- dengan nama temmabaju (si tanpa baju) karena La Hamma- m pakaian sehari-harinya hanya memakai celana kolor, tan /kemeja sambil menyelempang selembur sarung seperti si

ewaan dukun ini adalah caranya mendiagnosa penyakit. De- ngandalkan tongkat yang selalu dibawanya, ia dengan mu- gatakan bahwa penyakit-penyakit yang dihadapinya, semua akibat ulah paddinggeng. Obat utama yang diberikannya ke mua pasiennya adalah campuran kapur dengan minyak bauk s ramuan yang digunakan untuk mencampur bunga yang akan ke kuburan waktu ziarah). Semua penderita mendapat obat ma. Sebagai obat minum adalah air yang telah dijampi se- at luarnya adalah ramuan tersebut di atas.

ade menolak mengizinkan pasiennya berobat ke pengobatan seperti juga pada dirinya yang tidak pernah memanfaat-

sa pelayanan tersebut.

ap paddengngeng si makhluk gentayangan, La Hammade menga-
bahwa makhluk inilah merupakan penanggung jawab terjadi-
ikkengngeng, coe-coereng dan arawukeng. Selanjutnya dite-
nnya bahwa paddengngeng tidak menyerang manusia di semba-
aktu dan tempat. Di waktu subuh/pagi hari, paddengngeng
rasi di sekitar tempat manusia membuang hajat besar (WC).
ng hari, paddengngeng berada di persimpangan jalan dan pa
e hari ia berada di atas pohon yang rindang. Semua dukun
epakat dengan lokasi paddengngeng yang disebutkan La Ham-

raian La Hammade tentang penyebab penyakit, timbulnya pe-
: serta lokasi di mana penyebab penyakit berada, terdapat
bahwa para dukun sebenarnya mengamalkan adanya pengaruh
ngan terhadap timbulnya penyakit walaupun tidak sejelas
interaksi timbulnya penyakit seperti yang dikemukakan o-
rdon-LeRiche. Namun demikian dalam upaya meningkatkan ke-
n dukun untuk mengamalkan kesehatan moderen, konsep ten-
idengngeng dan ulahnya dapat dimanfaatkan.

nyalitas dukun terhadap pelayanan kesehatan moderen dan pengaruhnya pada jalur pengobatan di desa

Salah satu indikator bahwa pelayanan kesehatan moderen diterima masyarakat ialah bagaimana cara mereka memanfaatkannya. Dari jalur pengobatan yang dapat ditempuh di pedesaan, dapat dikatakan bahwa, (1) yang menggunakan puskesmas semata, 29,75%, mencampurkan pengobatan puskesmas dan dukun, 63,25%, dan (3) datang ke dukun semata, 7%. (Tabel. 7).

data ini pula terlihat bahwa, (1) mengharapkan kesembuhan dan perawatan di puskesmas semata, 29,75%, dan (2) berobat ke dukun atau mencampurkannya dengan pengobatan puskesmas, 70,25%.

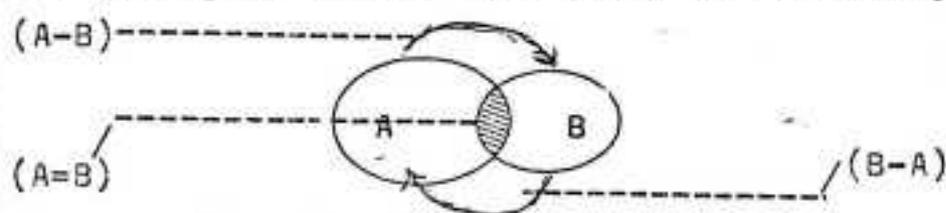
dilihat ke mana responden meminta pertolongan terakhir untuk mendapat kesembuhan, terlihat pada (1) puskesmas, 39,75%, dan pada dukun, 60,25%.

berbagai jalur tersebut di atas, adanya kecenderungan kesetiaan tugas perawatan antara dukun dan petugas kesehatan. Dari sini terlihat bahwa sebanyak 23,5% di antara responden yang ditanyakan bahwa pada penyakit tertentu, mereka ingin dirawat bersama-sama oleh dukun dan petugas kesehatan.

responden diperoleh keterangan bahwa pada penyakit muntah-muntah, para dukun secara tegas menolak untuk mengobatinya di rumah masyarakat yang telah belajar dari pengalaman bahwa penyakit ini memang harus dirawat dengan perawatan moderen. Dari wawancara dengan dukun, penyakit yang tergolong sagala dan penyakit karena iklim, merekapun menolak untuk menyerahkan perawatannya pada

tugas kesehatan. Tetapi pada penyakit tertentu seperti, doko-anak yang disertai dengan gejala batuk-bafuk berkepanjangan, sek nafas dan muntah, dukun menolak untuk merawat secara menyeluruh. Dianjurkannya anak tersebut dirawat ke puskesmas tetapi lain fihak ia memaksakan untuk tetap memberi obat minum pada anak berupa air yang telah dimenterei. Menurut konsep dukun, doko-anak yang hanya bergejala anak kurus, menangis berkepanjangan serta kehilangan nafsu makan, adalah penyakit yang disebabkan oleh gangguan roh-roh leluhur. Oleh karena itu, doko-anak yang tidak disertai dengan gejala-gejala tambahan tersebut di atas, harus diobati dengan obat dukun. Hal inilah yang merupakan alasan mengapa setelah dirawat ke puskesmas, dukun masih memaksakan untuk meminumkan anak dengan air yang telah dimenterei. Dukun berpendapat bahwa yang diobati di puskesmas adalah jasmani, sedang obat dukun berupa air minum yang telah dimenterei itu, adalah untuk memulihkan semangat anak setelah diganggu oleh roh-roh leluhurnya. Demikian pula pada penyakit-penyakit yang bergejala demam tinggi mendadak dukunpun biasanya menolak untuk merawatnya secara penuh. Pada penyakit malaria umpamanya, demam yang tinggi disertai menggigil, mengigau dan bahkan timbul delier dengan gejala-gejala yang agresif, menurut konsep dukun ia harus mengendalikan "kesurupan" yang terjadi dan memberi obat pada penderita agar penderita bebas dari "kesurupan" itu. Dukun tidak keberatan bila penyakit ini ditangani oleh petugas kesehatan dan untuk "kesurupan" itu, ia yang mengobatinya.

aksi antara kegiatan dukun dan petugas kesehatan melalui jalur alur pengobatan yang ada, terlihat pada Skema IV. Adanya keragaman perawatan antara dukun dan petugas kesehatan yang merupakan sebagai gabungan (union), terjadi karena adanya pendapat bahwa "fisiknya" dapat diobati ke dokter tetapi "semangat" harus ditangani dukun. Pada Skema IV terlihat:



- A. penderita berobat di puskesmas saja
- B. penderita berobat di dukun saja
- A - B. penderita berobat di puskesmas lalu ke dukun
- B - A. penderita berobat di dukun lalu ke puskesmas
- A = B. penderita menggabungkan kedua jenis pengobatan

Skema IV. Jalur pengobatan di pedesaan.

Dari berbagai alasan yang dikemukakan responden di dalam penelitian ini bahwa mereka yang telah berobat ke puskesmas lalu sudah kembali ke dukun, hal itu disebabkan oleh karena adanya ketidakpuasan baik karena lamanya waktu berobat maupun cara pelayanan yang dianggap tidak memadai. Menurut responden, antri di puskesmas dan pengobatan ulangan merupakan hal-hal yang membosankan. Bagi golongan ini, pelayanan dukun dianggap lebih memuaskan. Pasien yang berobat ke dukun lalu beralih ke puskesmas, umumnya ada mereka yang penyakitnya semakin parah. Bagi mereka yang mempergunakan pengobatan dukun dan puskesmas, selain disebabkan karena hal-hal tersebut di atas, keadaan tersebut dapat pula

adi karena kehendak si pasien sendiri. Pada peristiwa rujukan pasien yang dikirim dari puskesmas ke rumah sakit, tidak jaba bahwa salah seorang pengantarnya adalah dukun terkenal di penderitanya. Mengapa harus "dikawal", karena keluarga berpendapat bahwa dalam perjalanan yang jauh menuju ke rumah sakit itu, < mustahil berbagai gangguan dapat terjadi.

urungan dengan pemanfaatan puskesmas ini, terlihat bahwa, (1) a responden (100%) tahu adanya puskesmas di desa masing-masing, (Tabel. 6), (2) sebagian besar di antara mereka (79%) tahu a kuman sebagai penyebab penyakit (Tabel. 8), (3) sebanyak orang (93%) di antara semua responden pernah menggunakan jasa puskesmas (Tabel. 7), tetapi, (4) hanya 29,75% di antara responden yang menggunakan puskesmas sebaik-baiknya. (Tabel. 7)

Skema IV juga terlihat bahwa pengaruh dukun lebih besar dibandingkan dengan pengaruh petugas kesehatan. Dari pola peralihan pasien terlihat bahwa dari puskesmas ke dukun sebanyak 29,75% a besar dibandingkan dengan peralihan dari dukun ke puskesmas dengan prosentase hanya 10,0%.

u bukanlah merupakan nara sumber kesehatan yang baik. Para u dengan, (1) usia lanjut dengan usia rata-rata 64 tahun, e sebanyak 91,43% di antara para dukun yang buta huruf latin

tidak tamat SD, (3) tidak mengetahui secara tepat bahwa ulnya penyakit karena adanya interaksi antara bibit penyakit, nu dan lingkungan, (4) tidak mengenal secara sempurna upaya otif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, dan (5) di dalam

. menetapkan diagnosa penyakit, tidak memperhitungkan pengaruh aspek gizi, sanitasi lingkungan dan faktor-faktor sosial budayanya (Tabel. 24, 30, 33, 34 dan 36), mereka bukanlah pembimbing ke arah hidup sehat yang memadai, malahan sebaliknya. Mereka yang percaya pada anjuran dukun inilah yang sangat menolak untuk merawat keluarganya ke puskesmas/ Rumah Sakit bila dukun mengatakan bahwa si sakit itu menderita semmeng tassorok, saga- ataupun garring lekleng. Golongan ini pulalah, walaupun keluarganya telah dirawat oleh petugas kesehatan segera mengalihkan ke dukun karena diberi tahu bahwa si sakit sedang menderita salah satu di antara penyakit tersebut di atas.

Salah satu sebab mengapa yang merupakan golongan terbesar di antara responden (63,25%) adalah kelompok dari mereka yang mencampur jasa pelayanan tradisional dan moderen, karena mereka itu sangat percaya pada dukun. Karena pengaruh sekelilingnya, mereka tidak berobat ke puskesmas. Tetapi karena kuatnya pengaruh kebudayaan khususnya melalui jalur pengobatan tradisional, mereka memanfaatkan jasa puskesmas dengan penuh keraguan dan golongan inilah di antara mereka yang dapat diharapkan untuk menggunakan puskesmas secara tepat.

Sehubungan dengan sikap dukun terhadap petugas kesehatan moderen didapatkan bahwa sebanyak 24 orang (68,57%) yang membantah petugas, 9 orang (25,71%) kadang membantu dan terkadang pula menolak dan 2 orang (5,72%) jelas menunjukkan sikap menolak.

35 orang dukun yang diteliti, hanya 4 orang (11,43%) yang bersedia merujuk pasiennya secara ikhlas ke puskesmas ataupun ke rumah sakit sedang lainnya, 31 orang (88,57%) menolak. (Tabel. 40).

Meskipun hanya sebanyak 35 orang dukun yang diteliti, narasi data yang diperoleh terlihat bahwa posisi dukun pada saat penelitian dilaksanakan, merupakan tenaga yang potensial untuk membantu dalam pembangunan kesehatan, khususnya sebagai sumber daya manusia. Tergantung dari cara mengelola dan memanfaatkan para dukun tersebut, apakah mereka dapat dimanfaatkan guna menunjang pembangunan kesehatan atau sebaliknya. Peranan dukun di masa mendatang, sangat ditentukan oleh (1) penggantian generasi di kalangan dukun sendiri (2) pergeseran pola penyakit, ketersediaan sumber daya petugas kesehatan, baik dalam kuantitas maupun kualitas, (4) penggunaan teknologi kesehatan yang semakin canggih, dan (5) peralihan pola berfikir masyarakat, para dukun dan "anak asuh" dari dukun-dukun tersebut.

Setiap peraktek dukun, peranan "anak asuh" merupakan faktor yang penting untuk mencapai kesuksesan. Para "anak asuh" yang dikenal suku Bugis disebut anak sanro adalah mereka yang pernah sakit, sembuh dan menyebar luaskan kemampuan dukun yang pernah sakitnya itu. Upaya penyebar luasan informasi itu merupakan metode untuk mempopulerkan dukun yang bersangkutan.

penelitian ini, golongan "antara" yaitu responden dalam

sentase terbesar (63,25%) dan berada di "antara" mereka yang ara murni menggunakan puskesmas dan dukun, merupakan golongan g memerlukan pengelolaan khusus untuk dapat diarahkan guna unjang pembangunan nasional di bidang kesehatan. Tak pelak la golongan "antara" ini merupakan "anak asuh" ataupun setidaknya penerima informasi dari para "anak asuh" dan mendukung dukunan. Golongan "antara" ini merupakan golongan yang telah dapat sentuhan pembaharuan melalui proses PKM pada kegiatan- latan puskesmas tetapi mereka belum tiba pada taraf perubahan laku yang memadai.

Mengapa seorang memilih untuk berobat ke dukun, merupakan u keputusan yang dipengaruhi berbagai faktor. Dengan alasan raban, keluarga, tenaga kesehatan sulit dicari, menghemat da biaya) pengobatan, ataupun karena kebiasaan/kepercayaan tu- temurun, merupakan sebab mengapa para dukun masih populer dimanfaatkan secara luas di peibagai penjuru dunia.

ndonesia, khususnya di kalangan suku Bugis, suku Makassar,

Mandar dan suku Toraja di Sulawesi Selatan terutama di pe- an, jumlah dukun selalu lebih banyak bila dibandingkan de- jumlah dokter. Di setiap kecamatan biasanya terdapat 3 - 5 g dukun terkenal dan bahkan lebih banyak lagi. Sebagai per- ingan terhadap petugas kesehatan moderen, di kecamatan yang biasanya terdapat hanya 1 orang dokter yaitu dokter yang me in puskesmas. Selain dalam jumlah, lamanya sang dukun

eraktek, hubungan kekeluargaan yang ada, usia dukun serta peran dukun dalam upacara-upacara yang menyangkut masalah kesehatan, semuanya membuat dukun dalam posisi yang lebih menguntungkan dibandingkan dengan dokter puskesmas yang baru saja ditugaskan di tempat itu. Lebih sulit lagi bila dokter puskesmas itu merupakan pendatang baru dan berusia sangat muda untuk jabatannya. Dengan demikian, sebagai dokter yang telah mendapat pendidikan dan bidang kedokteran klinik dan kesehatan masyarakat, diharapkan dengan pengetahuan yang dimilikinya itu, ia akan mampu merubah pandangan, sikap dan perilaku masyarakat guna memanfaatkan jasa pelayanan kesehatan moderen guna menyelesaikan pembangunan kesehatan di Indonesia.

Aspek pelayanan kesehatan khususnya dalam kegiatan menurunkan angka kesakitan dan kematian pada bayi dan anak, peranan dukun sangat penting. Terhadap penurunan AKS misalnya, penanganan sus-kasus diare, infeksi saluran akut dan tetanus neonatorum sebagai 3 penyakit utama kematian bayi, hendaknya ditangani sebaik-baiknya. Pada kenyataannya, hari-hari pertama penanganan penyakit tersebut lebih banyak ditangani dukun dari pada fasilitas kesehatan. Pada penyakit campak, pertussis (batuk rejan) dan tetanus neonatorum yang pada dasarnya dapat dicegah dengan imunisasi, karena kurang fahaman arti dan guna imunisasi, penyakit ini muncul dan setelah parah barulah sampai ke tangan petugas kesehatan.

Campak misalnya, bila sejak semula telah ditangani dukun, su-

akan sampai ke puskesmas sebelum parah. Penyakit campak akan penyakit pada kulit yang disebut sagala oleh para dukun kalangan suku Bugis setelah sirnanya penyakit cacar (va-
vera) dari bumi Indonesia di tahun 1974.

Dukun menemukan penyakit sagala ini, pakkasuwiyang pasti di an dan berobat ke puskesmas pasti dilarang. Bila campak di oleh anak yang berstatus gizi kurang, anak akan berada da lompok resiko tinggi terhadap kematian bila campak diser- ngen radang saluran pernafasan.

Ap penyakit tetanus neonatorum, timbulnya kejang-kejang ayi yang berusia kurang dari 10 hari itu, bukan hal baru etiap dukun-beranak (paraji, senro-pemmanak). Gejala ke- ejang pada bayi dihubungkan dengan adanya gangguan roh-roh. Pendapat seperti ini tentunya memberikan jarak yang jauh membawa si bayi ke perawatan kesehatan moderen. Meskipun banyak ibu-ibu yang kehilangan anak karena meninggal aki- rderita penyakit tetanus neonatorum namun angka persalin- g ditolong dukun masih mencepai 50 - 80%

Terhadap kelainan gizi khususnya pada penyakit Kurang Ka- rotein (KKP), di dalam penelitian ini ditemukan insidens rvariasi antara 14,9% sampai dengan 54,3% dengan rata-ra- %. Melihat lamanya menyusukan anak yang berlangsung anta-) tahun sebanyak 236 orang ibu (59%), tidak ada di an- yang memberikan susu botol, pola makanan responden

sal sumber protein, sumber vitamin dan mineral dapat dikukup sehingga KKP yang terjadi cenderung karena jumlah tu makanan tambahan yang tidak memadai, prioritas pembagian di antara keluarga yang tidak memenuhi prioritas kebutuhan KKP yang terjadi, diperberat dengan adanya penyakit in yang kronis.

Dalam hal perawatan bayi/anak dihubungkan dengan peranan sebagai nara sumber kesehatan di dalam masyarakat, ternyata memberikan dampak negatif pada bayi/anak itu sendiri. ayaan bahwa ikan dan telur merupakan sebagai penyebab timpenyakit kecacingan dan bisulan, kepercayaan ini jelas men status gizi anak dan menghambat keberhasilan program pentan gizi.

ngan dengan keadaan pendidikan ibu-ibu rumah tangga di pe yang umumnya rendah sampai dengan buta huruf, keadaan ini kan faktor yang lebih menyulitkan keadaan. Pada ibu-ibu ru ingga semacam ini tergolong ibu-ibu yang mempunyai daya na ing rendah dan bersikap kurang tanggap pada upaya pembangun u-ibu dari golongan ini pula yang berbuat sangat cemas bi itanya kehilangan nafsu makan. Sebaliknya bahwa, ibu-ibu i a yang tidak menaruh perhatian bal hanya pilek- dan tidak disertai gejala demam al hanya men- 2 - 3 kali sehari.

1 kemampuan daya nal mereka s ana
a penyuluhan kesehatan setiap

belum mampu menerapkan apa yang mereka terima. Para ibu-
i golongan ini tidak menyadari bahaya yang mengancam ba-
baik berupa gangguan keseimbangan cairan pada balita
cret ataupun kemungkinan timbulnya radang akut saluran
san.

menambah pengetahuan dalam hal-hal tersebut di atas, peng-
proses PKM dalam kegiatan nonformal sebagai salah satu ca-
tepat. Diharapkan dalam kegiatan ini akan merubah sikap
ilaku ibu dalam menangani masalah kesehatan sehingga para
tersebut akan tahu bahwa kehilangan nafsu makan hanyalah
atu gejala penyakit yang tidak perlu terlalu dirisaukan.
suatu hal yang mereka perlu ketahui bahwa, berak-berak en-
g diremehkan itu malahan merupakan awal dari pintu maut.
arak encer pada balita merupakan jalan terjadinya ganggu-
imbangan cairan dan mineral dan bila tidak mendapat perta-
yang memadai, dapat berakhir dengan kematian.

pula pada balita yang pilek-pilek tanpa perawatan yang me-
Bila infeksi telah beralih ke saluran pernafasan bawah,
lah radang pada saluran nafas dan paru-paru. Dalam keada-
dangan seperti ini bila terjadi pada anak yang bergizi ku-
ipun salah satu jalan menuju maut.

ari uraian-uraian tersebut di atas terlihat bahwa loyaliti-
un masih jauh dari memadai dan sangat ditentukan oleh fak-
or, (1) usia, (2) tingkat pendidikan, (3) jarak fisik ru-
dengan puskesmas, dan (4) lamanya menjadi dukun. Un-

ubah perilaku masyarakat menuju tercapainya hidup sehat, penyuluhan kesehatan hendaknya ditujukan bukan saja pada masyarakat umum tetapi para dukun dan anak asuhnya harus diikuti terhadap masalah dukun dan pengaruhnya pada masyarakat, terdapat kecenderungan akan berakhir. Dari seluruh dukun yang terdapat sebagai responden didapatkan bahwa generasi penerus dari dukun yang diteliti bukan berasal dari turunan langsung. Tak seorangpun di antara dukun yang menjadi responden mengaku mempergunakan anak kandungnya sebagai pengganti. Demikian pula bagi ayah/puteri dukun tersebut, tak seorangpun mengatakan bersebab sebagai pengganti ayah/ibunya.

Oleh karena itu, berdasarkan faktor-faktor yang mempengaruhi perkembangan dukun yang telah dikemukakan terdahulu, terdapat tanda-tanda yang menunjukkan arah akan timbulnya generasi yang akan menggunakan jasa dukun secara tepat dan menyeluruh tanpa diganggu lagi oleh perkembangan peraktek dukun.

Saja saja bahwa sebelum tibanya masa yang diharapkan itu, penyuluhan penduduk dari kekeliruan di bidang kesehatan perlu dilakukan dan ditingkatkan. Pengikut sertaan dukun dalam binaan penyuluhan kesehatan merupakan awal berakhirnya masa cemerlang perkembangan pengaruhnya di Indonesia.

rakat di lokasi eksperimen dan penggunaan "paket pendidikan" pada proses perubahan perilaku mereka

nelitian tahap III merupakan kegiatan yang dilaksanakan di Desa Congko, Kelurahan Labessi, Kecamatan Marioriwawo, Kabupaten Soppeng. Penelitian dalam bentuk eksperimen ini dilaksanakan dengan mengikutsertakan 27 keluarga promotor kesehatan (Promotor Kesehatan Masyarakat) dari Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD).

Dari ini, responden pada golongan umur (20-49) tahun merupakan kelompok umur dengan jumlah responden terbanyak (74%). (Tabel. 41). Dari kelompok responden, sebanyak 16 orang (59,26%) tergolong dalam kategori berpendidikan cukup dan hanya 9 orang tergolong dalam kategori berpendidikan rendah. Sebagai mata pencaharian pokok, 82,96% di antara responden bekerja sebagai petani ataupun buruh tani disamping berkegiatan lain dengan membuka warung di rumah-rumah.

Salah satu kebiasaan di antara penghuni desa ini untuk mengucapkan salam bila mereka berpapasan di jalanan. Sesudah mengucapkan salam "Assalamu Alaikum W.W." sebagai salam pembuka, kemudian diucapkan ungkapan dalam bahasa Bugis seperti, "Macengke-cengketu?" yang artinya "apakah Anda merasa sehat-sehat saja?" yang dilanjutkan dengan pertanyaan tentang acengkereng yang melambangkan adanya nilai hidup sehat dalam kebudayaan.

di Sulawesi Selatan. Tentu saja bahwa dengan kata meceng diungkapkan oleh masyarakat Congko tidaklah memberikan jawaban bahwa mereka telah berbuat sesuai dengan konsep sehat pada zaman moderen. Pastilah bahwa dengan macengke atau sehat menurut masyarakat setempat, sesuai dengan kebudayaan mereka. Jadi bila diinginkan mereka berada pada keadaan sehat dengan konsep kesehatan moderen, diperlukan alih perilaku dari laku macengke ke perilaku sehat moderen.

Dalam pelaksanaan eksperimen ini, paket pendidikan disusun jadwal-jadual dengan materi yang akan diberikan dalam suatu silabus. Materi teratur dan terinci, materi yang terdiri dari bahan Pendidikan Masyarakat (PKM) dalam 3 aspek kesehatan yaitu, (1) peningkatan kesehatan, (2) peningkatan gizi, dan (3) sanitasi lingkungan, disusun dan disiapkan untuk diberikan pada prokese MD setempat yang telah terpilih sebagai responden dalam penelitian ini. Kelompok prokese sasaran diberi julukan, Masyarakat Terlatih (KMT) dan kepada mereka diberikan porsi materi, (1) ceramah, 25%, (2) diskusi, 40%, dan (3) demonstrasi. Pengaturan porsi tersebut di atas dimaksudkan agar perpengetahuan karena adanya ceramah segera diikuti dengan perubahan sikap karena diskusi. Selanjutnya sesudah diskusi didemonstrasi agar sasaran mudah untuk mencontoh apa yang terdemonstrasikan.

Untuk melihat pengaruh paket pendidikan terhadap sasaran dengan tahap-tahap kegiatan, (1) identifikasi masa-

penyusunan strategi kegiatan, (3) melaksanakan eksperimen mengukur faktor pendukung dan penghambat, dan (5) menghasilkan yang dicapai.

tuk mengidentifikasi masalah, sebagai tahap permulaan, tanggal 27 Oktober 1984 dilaksanakan suatu Lokakarya Kesehatan Watansoppeng, ibu kota Kabupaten Soppeng, dimana eksperimen akan dilaksanakan pada salah satu kecamatan di kabupaten ini. Lokakarya dihadiri oleh para Kepala Wilayah Kesehatan Kabupaten Soppeng, Kepala Puskesmas se kabupaten, Kepala Wanita tingkat kabupaten dan kecamatan, Kepala-Kepala dan Jawatan yang ada hubungannya dengan kegiatan eksperimen. Peserta lokakarya kemudian memecah menjadi 2 kelompok, masing-masing melaksanakan kegiatan diskusi kelompok guna mengumpulkan masukan yang dapat digunakan untuk meningkatkan kesehatan di Kabupaten Soppeng. Pada akhir lokakarya didiskusikan dan disepakati untuk memprioritaskan 3 aspek kesehatan sesuai asumsi dalam paket pendidikan. Sebagai lokasi eksperimen ditetapkan bahwa lokasi tersebut hendaknya, (1) mudah dijangkau, (2) puskesmasnya dipimpin oleh seorang dokter, (3) merupakan suatu daerah pengembangan PKMD yang belum mempunyai pengalaman sebelumnya, (4) masyarakat di lokasi eksperimen masih dalam suasana tradisional, dan (5) para tokoh masyarakat formal maupun informal, bergairah untuk memajukan masyarakat.

eksperimen dilaksanakan hanya pada 1 lokasi dengan cara and after evaluation dan untuk itu memerlukan ketelitian dalam pemilihan lokasi, cara dan teknik eksperimen yang akan digunakan serta penggunaan tolok ukur yang tepat.

Perlu diperhatikan dan mempertimbangkan dengan cermat hasil wawancara di Watansoppeng serta mendengarkan saran dari berbagai pihak terutama dari Pemda Tingkat II Soppeng, dilakukanlah peninjauan ke empat kecamatan diluar Kec. Lalabata, kecamatan dimana Watansoppeng berada. Akhirnya setelah mempertimbangkan hasil wawancara dan kriteria yang telah ditetapkan, jatuhlah pilihan pada Kecamatan Marioriwawo.

Pada penyusunan strategi kegiatan, diperlukan penjabaran yang terperinci masalah-masalah yang harus dikerjakan. Takalala, Kecamatan Marioriwawo ditetapkan sebagai pusat kegiatan segenap aktivitas sebelum berangkat ke lokasi, disusun dan dikerjakan di Puskesmas Takalala.

Di Kecamatan Marioriwawo dimulai dengan pemilihan lokasi setelah menjajaki berbagai kegiatan PKMD di kecamatan ini, jatuh pada PKMD yang berlokasi di Lingkungan Congko, Kelurahan Labessi, Kecamatan Marioriwawo. Memilih lokasi ini, didasarkan kriteria yang telah dikemukakan pada BAB

lokasi ditetapkan, disusunlah strategi kegiatan yang mem-
mendapatkan kebutuhan masyarakat, (2) penyesuaian
dengan kegiatan yang akan dijalankan, (3) mem-

kelompok Masyarakat Terlatih (KMT) sebagai sasaran kegiatan penyusunan jadwal kegiatan yang dilaksanakan bersama dengan warga yang akan terlibat, dan (5) penyediaan materi dan bahan yang akan digunakan terutama bahan untuk demonstrasi.

Sebelum izin penelitian diperoleh, dilakukanlah suatu diskusi dengan para anggota prokese PKMD setempat. Untuk mendapatkan kebutuhan masyarakat setempat, dilaksanakanlah suatu diskusi kelompok dengan teknik curah pendapat (brain-storming). Dengan cara tersebut diharapkan untuk mencapai apa yang seharusnya diinginkan masyarakat, dan bukannya apa yang sekadarnya diinginkan.

Setelah itu, peserta yang hadir di dalam kelompok diskusi masing-masing diberikan 3 lembar kertas kosong untuk ditulisi keinginan pada setiap lembar. Dengan demikian, setelah waktu yang ditentukan selesai, terkumpullah sebanyak 90 keinginan. Keinginan yang masuk digolong-golongkan dalam 2 kategori, (1) kebutuhan yang langsung berhubungan dengan kesehatan masyarakat dan (2) kebutuhan yang tidak langsung tetapi diharapkan dapat menunjang kelancaran pembangunan kesehatan.

Keinginan pertama terkumpul kebutuhan berupa, (1) sarana air minum yang layak, SPT, (2) jamban keluarga umpama type lempeng, (3) bimbingan kesehatan dalam hal gizi, (4) masalah kesehatan, (5) pembuangan sampah, dan (6) pelayanan kesehatan. Keinginan kedua, didapatkan (1) perlunya jembatan untuk melintasi sungai kecil di perbatasan lingkungan, dan (3) penyuluhan pertanian.

lompok kebutuhan lalu didiskusikan. Dari diskusi, dicoba rumuskan suatu perilaku yang dapat diukur berdasarkan kebutuhan yang tertulis.

ngelompokan dalam bentuk perilaku itu kemudian digolongn dan terlihat ada 3 golongan yang menyangkut masalah, yanan kesehatan, (2) peningkatan gizi, dan (3) sanitasi an.

alah pelayanan kesehatan, kebutuhan masyarakat terutama l pertolongan dan pengobatan penyakit secara seeerhana. g peningkatan gizi, masyarakat menginginkan adanya bim- agaimana caranya mendapatkan makanan bergizi yang tidak alam hal sanitasi lingkungan, dipermasalahkan kebutuhan ban, pembuangan sampah dan comberan.

utuhan-kebutuhan yang merupakan hasil diskusi tersebut kemudian untuk menerapkannya, diperlukan penyesuaian ndidikan yang telah dipersiapkan sebelumnya.

ian kurikulum berdasarkan keadaan responden dalam hal, kat pendidikan formal, (2) pendapatan keluarga, (3) sen mbaharuan yang telah didapatkan, (4) kedudukan pengobat- sional baik dalam bentuk pelayanan dukun-pengobatan mau- asaan dalam rumah tangga, dan (5) hasrat ingin membangun obat pemerintah, petugas kesehatan dan kelompok sasaran. bahwa para pengajar adalah dosen Unhas dan berdomisili dang, maka kurikulum yang disusun perlu pula disesuaikan ktu lowong para dosen tersebut.

ang diberikan merupakan tanggung jawab dari sebuah tim diri dari, (1) tenaga dosen Fakultas Kedokteran Unhas angani masalah sanitasi, (2) tenaga dosen Fakultas Pertanian, Jurusan Teknologi Makanan yang menangan masalah gizi, (3) tenaga dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat, Jurusan in Kesehatan Masyarakat yang menangan masalah pelayanan . Untuk menangan masalah yang berkaitan antara aspek yang diteliti, hal tersebut dikerjakan oleh tim. angani supervisi lapangan, ditunjuk dokter Puskesmas Ta an dibantu oleh seorang sanitarian sebagai penanggung ja ah kesehatannya sedang untuk kelancaran dan keharmonis- nya program, dipercayakan pada Kepala Lingkungan Congko, essi dan Kepala Wilayah Kecamatan Marioriwawo. esa yang tergabung di dalam Kelompok Masyarakat Terla-), terdiri dari 7 laki-laki dan 20 perempuan. Pemilihan sudkan sebagai uji coba meningkatkan peran wanita da- ng kesehatan.

nggota KMT tersebut di atas, ketujuh orang laki-laki di- ntuk mengikuti latihan dalam hal sanitasi, kedua puluh n untuk kegiatan peningkatan gizi, dan semua anggota KMT . kegiatan pelayanan kesehatan.

strategi pokok pelaksanaan eksperimen ini adalah, i kemampuan PKM untuk merubah perilaku melalui peru- berfikir, (2) penggunaan teknologi tepat guna sebagai) dilaksanakannya kegiatan terpadu dengan wadah

anisasian dan pengembangan masyarakat, dan (4) berusaha atkan sari kebudayaan yang dapat menunjang usaha pening-esehatan yang tengah dilaksanakan.

endapatkan data dasar guna pelaksanaan eksperimen ini, di survai tentang tingkat pengetahuan, sikap dan perbuatan en dalam aspek pelayanan kesehatan, peningkatan gizi dan i lingkungan. Kegiatan ini dilakukan pada bulan November ata dari survai ini tercantum dalam Tabel. 45.

alam eksperimen, materi "PAKET PENDIDIKAN" yang disajikan an bahan yang menyangkut masalah:

yanan Kesehatan

ngkatan Gizi

tasi Lingkungan

l kegiatan tahap I dan tahap II

terinci materi yang diberikan sesuai dengan jadual pada II.

"PAKET PENDIDIKAN" adalah:

yanan Kesehatan

n aspek kesehatan ini, diuraikan materi yang menyangkut:

r-dasar timbulnya penyakit, penyebaran dan pencegahannya;

alam uraian dikemukakan:

Timbulnya penyakit:

embahas masalah ini, dikemukakan bahwa timbulnya penya-

merupakan hasil interaksi bibit penyakit (agent), pe-

(host) dan lingkungan (environment).

pada peserta diterangkan bahwa setiap penyakit yang timbul, disebabkan oleh bibit/penyebab penyakit tertentu. Pada penyakit muntah-berak misalnya, sebagai penyebab penyakit adalah jasad renik yang masuk ke dalam usus kita melalui makanan/minuman yang tercemar, berkembang biak di dalam usus dan mengakibatkan rangsangan pada usus sehingga menimbulkan muntah dan berak-berak.

Timbulnya penyakit muntah-berak ini dipermudah bila masyarakat tidak memiliki lingkungan yang sehat. Keadaan dimasyarakat membuang hajat di sembarang tempat, sampah tertumpuk di mana-mana, comberan kotor dan berbau serta warga masyarakat mempunyai kebiasaan meminum air yang tidak dimasak, merupakan perilaku yang menunjang terjadinya lingkungan yang memudahkan timbulnya penyakit muntah-berak tersebut.

Penyebaran penyakit:

Untuk membahas masalah ini, dikemukakan bahwa dalam banyak hal penyebaran penyakit sangat tergantung pada perilaku masyarakat sendiri. Lingkungan yang tidak sehat merupakan media penyebaran yang baik. Begitu pula kekurangan pengetahuan tentang kebersihan dan kesehatan sangat menunjang terjadinya penyakit. Pada penyakit muntah-berak misalnya, bila warga masyarakat tidak mengetahui bahwa tinja dan muntah penderita mengandung bibit penyakit, kebersihan tubuh terutama tangan yang merawat penderita pastilah tidak ter

jamin. Keadaan ini sangat membahayakan diri dan orang-orang sekitarnya.

Pencegahan penyakit:

Membahas masalah ini, dikemukakan bahwa ada 2 cara yang dapat ditempuh yaitu, (1) berusaha selalu hidup sehat dengan mengamalkan perilaku sehat sebagai perilaku sehari-hari, dan (2) mengusahakan pencegahan khusus bagi penyakit-penyakit tertentu.

Dengan perilaku sehat dimaksudkan bahwa setiap hari kita berusaha untuk memakan makanan yang bergizi, meminum air yang sehat, membuang hajat pada jamban yang sehat, berolah raga secara teratur serta tidur yang cukup. Dengan melakukan hal-hal tersebut di atas secara teratur, biasanya penyakit-penyakit tertentu telah dapat dicegah.

Namun demikian, pada penyakit-penyakit tertentu dan terutama bagi bayi dan balita, diperlukan pencegahan khusus.

Dengan cara imunisasi, penyakit-penyakit seperti tuberkulosis, difteri, tetanus, polio dan tifus perut dapat dicegah. Cara mendapatkan imunisasi, dapat diperoleh di Puskesmas Kecamatan Marioriwawo di Takalala.

Penyakit-penyakit tersebut di atas, digunakan sebagai bahan diskusi diakhiri dengan diskusi dengan peserta.

Penyakit-penyakit dalam kesehatan:

alam uraian dikemukakan:

Prinsip terlaksananya suatu komunikasi yaitu adanya sumber, pesan, saluran dan penerima. Bila anggota KMT kelak menyampaikan pesan-pesan kesehatan pada warga masyarakat yang lain, sebagai sumber adalah anggota KMT yang membawakan pesan-pesan kesehatan baik dengan cara ceramah, diskusi ataupun demonstrasi.

Selanjutnya diterangkan bahwa melalui ceramah yang sifatnya komunikasi searah perlu diikuti dengan diskusi dan demonstrasi guna lebih menjelaskan materi yang diberikan.

Sebagai contoh dikemukakan cara memasyarakatkan penggunaan larutan gula-garam.

Tentang larutan gula-garam hanya diterangkan dalam bentuk ceramah, pasti sulitlah dimengerti oleh ibu-ibu di desa. Jadi bila hal tersebut didiskusikan sambil diberikan contoh pembuatannya, tiada keraguan lagi bahwa ibu-ibu tersebut pasti dengan mudah memahami guna dan meramunya.

Untuk demonstrasi pun digunakan penyederhanaan. Misalnya untuk menyebutkan 200 cc air, diganti dengan kata segelas air. Demikian pula pada bahan garam dan gula. Tanpa menyebut jumlahnya, disebut garam $\frac{1}{2}$ sendok teh dan gula 1 sendok teh.

Dalam program gizi pun diperlihatkan cara komunikasi yang sederhana dan tepat. Untuk menyebutkan "pemberian makanan bergizi" diganti dengan kata-kata bahwa si Polan setiap hari harus makan nasi sepiring, semangkuk sayur, sekerat ikan seribu.

epotong buah. Untuk kata-kata sepiring, semangkuk, seke-
dan sepotong, kesemuanya ditunjukkan dalam ukuran masing
ng. Dengan cara itu, komunikasi yang disederhanakan akan
h dilaksanakan dan hasilnya akan mudah pula dimengerti.
obatan sederhana

alam uraian dikemukakan beberapa cara untuk pertolongan
ama sebelum dibawa ke puskesmas ataupun pertolongan me-
lainnya.

da peserta diberikan cara pertolongna pengobatan pada:
muntah berak

luka biasa dan luka bakar

penyakit ringan

pertolongan muntah-berak, penekanan terutama dalam hal
arian cairan. Dengan menggunakan oralit ataupun larutan
-garam, diharapkan penderita tidak akan kekurangan cair-
an segera diantarkan ke puskesmas.

perawatan luka biasa, diupayakan agar penderita tidak
angan darah dan luka tetap steril. Dengan mengajarkan
ta menggunakan pembalut tekan dan mencegah mereka mengo-
luka dengan bahan-bahan yang tidak steril, cara perawat.
udah dilaksanakan.

idap luka bakar, pertolongan dengan menggunakan lever-
y zalf diajarkan pada peserta. Dianjurkan bahwa setiap
rita luka bakar yang cukup luas ataupun dekat dengan

vital tubuh seperti muka, leher dan daerah perut dan sebagainya, sesegeranya harus dirawat ke puskesmas setelah di pertolongan pertama.

Untuk penyakit ringan pilek, batuk, demam, sakit perut, muntah, diare, pemberian obat-obat sederhana yang tersedia di puskesmas pengobatan haruslah dilakukan dengan sangat hati-hati. Penggunaan antalgin, trisulfa dan CTM diberikan berdasarkan petunjuk dalam bimbingan. Terhadap penggunaan papaverin, sebaiknya dipesankan bahwa hanyalah pada mereka yang jelas-jelas menderita sakit perut karena muntah yang boleh diberi obat-obat sederhana hanya untuk penyakit ringan dan obat-obat tersebut diberikan hanya untuk maksimum 3 hari.

Perhatian kesehatan sehubungan dengan kepercayaan dan kebiasaan yang merugikan kesehatan.

Sehubungan dengan topik tersebut di atas, ditegaskan bahwa akibat kurangnya pengetahuan tentang kesehatan menyebabkan timbulnya berbagai perilaku yang merugikan diri sendiri. Sebagai contoh dijelaskan bahwa sesuai dengan kondisi timbulnya penyakit yang telah dikemukakan terdahulu, maka tidaklah benar bahwa cacian disebabkan karena anak dibesarkan ikan. Bandingkanlah adanya cacian pada hewan ternak yang jelas-jelas dalam makanannya tidak pernah diberi ikan. Kebiasaan yang buruk, di antaranya kebiasaan yang sangat berbahaya di sebarang tempat, yaitu kebiasaan tidak mencuci tangan dengan air bersih dan membuang sampah serta membuang kotoran seenak mungkin.

diri sendiri. Melalui kegiatan ini, anggota KMT dibina
menyadari masalah kesehatan yang dihadapinya dan beru-
ntuk mengatasi masalah tersebut dengan kegiatan swada-
kegiatan penyuluhan kesehatan ini dilaksanakan dalam ber-
l metoda dan teknik yaitu:

ceramah yang diberikan guna meningkatkan pengetahuan;
diskusi berupa dinamika kelompok untuk merubah persepsi
dan sikap terhadap kesehatan moderen;
demonstrasi untuk memberikan keterampilan para anggota
KMT agar dapat menggunakan teknik-teknik pendidikan kese-
hatan untuk memotivasi warga masyarakat lainnya guna meng-
atasi masalah kesehatan yang dihadapinya.

kegiatan pemanfaatan PKM ini digunakan alat peraga beru-
poster-poster yang berhubungan dengan peningkatan kesehat-
dalam aspek pelayanan kesehatan, peningkatan gizi dan sani-
lingkungan.

sehat dengan lingkungan dan makanan yang sehat.

kegiatan ini dikemukakan pemanfaatan pekarangan guna
untu upaya peningkatan gizi.

menata pekarangan sekali gus digunakan pula untuk mena-
han-bahan yang dapat membantu perbaikan gizi. Menanam
buah-buahan, pisang serta "apotik hidup", merupakan sua
untuk mendapatkan hidup sehat dalam lingkungan yang

Peningkatan Gizi

aspek kesehatan ini diuraikan materi yang menyangkut: makanan bergizi dan gunanya bagi kesehatan

lam uraian dikemukakan:

ahan makanan bergizi

embahas masalah ini dikemukakan dasar uraian adanya 4 sehat 5 sempurna. Dikemukakan bahwa makanan bergizi hendaknya mengandung, (1) makanan pokok, (2) lauk pauk, dan (3) sumber vitamin dan mineral.

Untuk memudahkan peserta, diuraikan bahwa dari makanan bergizi, kita memperoleh, (1) zat pembangun yang berasal dari zat putih telur (protein), (2) zat diperlukan untuk tenaga dari hidrat arang dan lemak, dan (3) zat pengatur rupa vitamin dan mineral yang berasal dari sayur-sayuran terutama sayuran hijau dan buah-buahan segar.

terangkan bahwa, meskipun dalam 4 sehat 5 sempurna disebutkan bahwa untuk sempurnanya pola makanan sehari-hari butuhkan segelas susu, namun mengingat kondisi pedesaan maka protein yang dikandung oleh segelas susu itu dapat digantikan oleh sumber protein lain, nabati maupun hewani.

an bergizi dan gunanya bagi kesehatan

embahas masalah ini dikemukakan secara sederhana adanya penyakit akibat gangguan gizi seperti, (1) kurang kalori protein (KKP), (2) gondok endemis, (3) defisiensi vit. A

in, (4) anemi gizi.

terangkan bahwa pada bayi dan balita, kebutuhan protein untuk pertumbuhan yang diukur per Kg. Berat Badan, lebih banyak dibandingkan pada orang dewasa.

leh karena itu, pada bayi dan balita bila makanan yang diberikan tidak sesuai dengan kebutuhan, terjadilah penurunan berat badan. Hal ini dapat terlihat pada kartu KMS anak yang bersangkutan. Bilamana gangguan gizi berupa KKP telah muncul pada seorang balita, hal itu merupakan peluang untuk timbulnya berbagai gangguan lainnya (umpama gejala kekurangan vitamin A) ataupun penyakit lain (umpama radang kronis pada saluran pernafasan).

timbulnya penyakit gondok endemis karena adanya kekurangan zat yodium di dalam air minum penderita. Kejadian ini banyak terjadi pada warga desa yang tinggal di pegunungan dan jarang mengkonsumsi ikan laut segar.

rtolongan pada kasus-kasus ringan ataupun sebagai pencegahan terjadinya kelainan tersebut dengan cara memasyarakatkan penggunaan garam-yodium.

adinya defisiensi vitamin A, ditandai dengan timbulnya rabun senja. Bila penyakit ini tidak dirawat secara tepat, kerusakan mata sampai dengan kebutaan tak terhindari. Mencegah-terjadinya kelainan-ini, secara rutin bayi diberi tetes vit. A di puskesmas.

apan sehari-hari, penggunaan sayur daun kelor

at membantu upaya pencegahan. Daun kelor segar merupa-
sumber vitamin A yang murah dan mudah diperoleh di pe-
an.

ipun anemi (kurang darah) pada dasarnya karena kekurang-
at besi, akan tetapi anemi dapat pula terjadi karena ke-
ngan zat putih telur (protein). Untuk mencegah dan meng-
i kelainan ini, pemberian makanan bergizi yaitu makanan
mengandung zat-zat bergizi dan terdapat secara berim-
), akan sangat membantu.

i peserta diungkapkan pula penyakit-penyakit karena ke-
ngan berbagai vitamin lainnya, seperti (1) penyakit
-beri karena kekurangan vitamin B, (2) radang pada gu-
arena kekurangan vitamin C, dan (3) kelainan tulang ka-
i kekurangan vitamin D.

k menjelaskan kegunaan makanan bergizi bagi kesehat-
digunakan cara ceramah dan alat bantu berupa poster.
mah selalu diakhiri dengan diskusi.

it di dalam masyarakat yang erat hubungannya dengan gi-

as masalah ini, dikemukakan adanya:

doko anak

ret pada balita tanpa demam

ng

n suku Bugis, doko anak yaitu penyakit yang muncul
balita, dianggap sebagai penyakit serius.

ingnya membahas penyakit karena para dukun selalu menghu-
kan doko-anak dengan kegiatan seremonial keluarga teruta-
ma nazar yang belum ditebus.

kat bahwa doko-anak yang bergejala anak yang semakin ku-
lemah, cengeng dan akhirnya batuk-batuk, muntah dan muka-
ru, secara ilmu kesehatan moderen, doko-anak erat hubung-
an dengan kurang kalori protein (KKP) disertai komplikasi
saluran pernafasan. Bila hal ini dapat difahami, lepas-
pelemban anggota KMT untuk melaksanakan berbagai acara dan
kegiatan sehubungan dengan pengobatan tradisional doko-anak ini.
satu kebiasaan bagi ibu-ibu balita bahwa mereka kurang
perhatian pada anak-anak mereka bila hanya mencret se-
kit 2-3 kali sehari tanpa demam. Akan tetapi, bila si anak
kurang nafsu makan, dengan segera anak tersebut dilarikan
ke Puskesmas terdekat.

ingnya pengetahuan tentang kesehatan menyebabkan ibu-ibu
tidak mengetahui bahwa mencret yang berkepanjangan dapat
disebabkan terjadinya gangguan mineral di dalam tubuh. Di-
 samping itu, balita yang mencret tidak jarang disebabkan ka-
danya infestasi cacing gelang (ascariasis) dan dalam
hal banyak, cacing gelang dapat mengakibatkan terjadinya
sumbatan usus.

akit lain yang juga kurang mendapat perhatian ibu-ibu ya-
yak cengeng berkepanjangan, kecuali bila hal itu terjadi
kembali pulang dari suatu perjalanan yang jauh.

g pada keadaan pertama dianggap hal-hal yang wajar-waja sedang cengeng lainnya dianggap sebagai gejala co#-g. Para ibu-ibu inipun tidak mengetahui bahwa cengeng merupakan gejala penyakit yang menunjukkan adanya kelainan-g membutuhkan perhatian.

anggota KMT diterangkan bahwa anak yang cengeng, apabila berlangsung berulang-ulang, diperlukan adanya pemenuhan di puskesmas.

am kegiatan ini, disamping ceramah, pelaksanaan diskusi dibutuhkan. Sebagai kegiatan yang "menyinggung" aspek yaan, diperlukan argumentasi yang tepat, komunikasi se-a tetapi mengena serta bantuan alat-alat peraga.

trasi pembuatan bahan makanan bergizi dengan bahan da-

1). kedele

2). buah-buahan

egiatan ini, sebagai pengantar dikemukakan bahwa tidak makanan yang mahal itu bergizi tetapi tidak dapat di-ci bahwa untuk mendapatkan makanan yang bergizi, tidak diperlukan pengeluaran wang yang lebih banyak.

arena itu, para anggota KMT hendaknya mengamalkan, ma-karena gizinya dan bukan karena gengsinya.

penjelasan tersebut di atas, hasil demonstrasi pembu-akanan bergizi dapat dimanfaatkan sebagai kebutuhan se-ri. Cara melakukan demonstrasi, lihat Lamp. IV.

asi Lingkungan

ehat dalam kehidupan sehari-hari

has masalah ini, dikemukakan persyaratan air sehat yaitu
 ehat fisik, (2) bebas bibit penyakit, (3) bebas bahan
 berbahaya, dan (4) bebas radioaktif.

desaan, diutamakan untuk memenuhi syarat fisik dan bebas
 penyakit karena syarat yang lain biasanya tidak berpe-

1.

diaan air sehat dapat dilakukan dengan cara, (1) merebus
 ampai mendidih dan membiarkannya 10 - 15 menit, atau (2)
 unakan bahan kimia (kaporit) untuk membasmi bibit penya-
 ang dikandung.

ukakan pula bahwa untuk hidup sehat, diperlukan untuk mi
 liter sehari.

ahan sehat

sehat hendaknya memenuhi syarat, (1) dibangun dengan
 yang kuat (kayu, bambu, batu) untuk mencegah terjadinya
 skaan, (2) ventilasi yang baik, ditandai dengan arah a-
 udara sedikitnya 2 jurusan, (3) illuminasi yang baik,
 lai dengan adanya penerangan yang baik diseluruh bagian
 dan (4) pekarangan yang bersih ditandai dengan bebas
 i dan tidak terdapat penggenangan air di musim hujan.
 :uran keadaan ventilasi dan illuminasi disesuaikan de-
 :onstruksi rumah panggung.

asi Lingkungan

sehat dalam kehidupan sehari-hari

Untuk masalah ini, dikemukakan persyaratan air sehat yaitu (1) sehat fisik, (2) bebas bibit penyakit, (3) bebas bahan berbahaya, dan (4) bebas radioaktif.

Untuk desa, diutamakan untuk memenuhi syarat fisik dan bebas bibit penyakit karena syarat yang lain biasanya tidak terpenuhi.

Untuk mendapatkan air sehat dapat dilakukan dengan cara, (1) merebus sampai mendidih dan membiarkannya 10 - 15 menit, atau (2) menggunakan bahan kimia (kaporit) untuk membasmi bibit penyakit yang dikandung.

Perlu juga dikemukakan pula bahwa untuk hidup sehat, diperlukan untuk minum 2 liter sehari.

Untuk rumah sehat

Untuk rumah sehat hendaknya memenuhi syarat, (1) dibangun dengan bahan yang kuat (kayu, bambu, batu) untuk mencegah terjadinya gempa, (2) ventilasi yang baik, ditandai dengan arah aliran udara sedikitnya 2 jurusan, (3) iluminasi yang baik, ditandai dengan adanya penerangan yang baik diseluruh bagian rumah, dan (4) pekarangan yang bersih ditandai dengan bebas air dan tidak terdapat penggenangan air di musim hujan. Untuk itu, urutan keadaan ventilasi dan iluminasi disesuaikan dengan konstruksi rumah panggung.

keluarga dan comberan yang sehat

keluarga yang sehat hendaknya memenuhi syarat, (1) ber-
- 10 m dari sumber air, (2) bersih, tidak berbau dan
udah dimasuki serangga/tikus, dan (3) persediaan air
kup untuk membersihkan diri sesudah membuang hajat be
pada warga KMT diterangkan cara merawat jamban keluar-
u

tipe cemplung

Diterangkan bahwa kloset harus ditutup rapat setelah
digunakan agar bau yang ada tidak tersebar.keluar.
Juga diupayakan agar jamban tidak mudah dimasuki se-
rangga (lalat, semut, kecoak) dan tikus.

tipe leher angsa

Pada tipe ini, bila dikelola dengan baik, bau tidak
akan keluar. Merupakan hal yang perlu diperhatikan a-
gar persediaan air selalu cukup untuk menyiram kloset.
Bila terjadi kekurangan air siraman, tinja akan menyum-
bat kloset dan merusakkan jamban secara keseluruhan.
tan jamban/bak WC sejauh 8 - 10 m dari sumber air di-
an agar tinja yang terkumpul tidak mencemari sumber
gitu pula usaha memutuskan mata rantai serangga dan
gar serangga tidak berperan sebagai vektor penyakit.

rasi:

buatan air sehat secara sederhana

buatan jamban keluarga dengan teknologi ferro-semen.

atan air sehat secara sederhana:

-bahan:

luminium sulfat (Al_2SO_4) sebagai bahan untuk menjernihan air;

apur tohor ($CaCO_3$) sebagai bahan netralisasi larutan setelah penggunaan Al_2SO_4 .

arang batok kelapa sebagai absorbent (penyerap gas)

aporit sebagai pembunuh bibit penyakit

penyaringan air secara sederhana digunakan air sungai, umur ataupun air pancuran sebagai air yang akan dipromelalui proses kimia, air keruh sebanyak 20 liter dapat nihkan dengan 2 gm. Al_2SO_4 . Untuk membantu kelancaran umpalan digunakan $CaCO_3$ sebanyak 2 gm. sebagai netrali

Guna membasmi bibit penyakit terutama E.Coli digunakan aporit sebanyak 200 mg. Sebagai tanda bahwa kaporit telah mencapai konsentrasi yang cukup, air akan berbau khlor. Air yang berbau khlor ini merupakan air sehat tetapi tidak . Untuk menghilangkan bau khlor, dapat digunakan cara rapan gas dengan arang batok kelapa atau mendidihkan tersebut.

atan jamban keluarga dengan teknologi ferro-semen.

-bahan:

semen

c). bambu

pasir

laksanakan:

buatan kloset, well-casing dan rumah-rumahan jamban;
ses pembuatan dan teknik yang digunakan.

teknologi ferro-semen, pada dasarnya digunakan cara
engan rangka dari "chicken wire". Dengan adanya mo-
i, "chicken wire" dapat digantikan dengan anyaman bam-
rti menganyam keranjang.

an kloset dilakukan dengan mencetak kloset pada acuan
gunakan campuran semen dan pasir yang dibasahi kemu-
oset ferro-semen itu dibiarkan kering dan suatu pera-
gar tetap lembab selama 28 hari.

an inipun digunakan pada pembuatan "well-casing".

mbuatnya:

buat campuran semen-pasir perbandingan 1:2

buat anyaman bambu sebagai rangka "well-casing";

bungkus rangka bambu dengan campuran semen-pasir yang
sedia;

buat talang bambu untuk tempat bertenggernya kloset;

elah melalui masa "treatment" 28 hari, kloset dan

ll-casing" siap dipakai.

ah-rumahan di pasang sebagai pelengkap bangunan jam-
dan disediakan gentong untuk tempat air.

ikan jamban tipe cemplung, "well-casing" tetap diguna-
kloset leher angsa ditiadakan. Sebagai gantinya, tem-
gernya kloset dibuat lubang yang dapat ditutup rapat.

aan hasil tahap I dan tahap II

giatan tahap III digunakan pengalaman tahap I dan II

al:

erhitungkan pengaruh pendidikan terhadap perubahan pe-
ku dengan menempatkan kegiatan nonformal sebagai pendu
pendidikan formal;

erhatikan pengaruh pendapatan keluarga dalam hal ter-
nya realisasi karena adanya pendapatan yang cukup.

k kegiatan ini, dipertimbangkan kegiatan "non-health".
aring cara-cara tradisional yang dapat dimanfaatkan gu
eningkatkan pembangunan kesehatan nasional.

amakan cara tradisional yang dapat dialihkan menjadi
perawatan/pengobatan moderen.

egiatan pendidikan nonformal, diupayakan adanya kesa-
proses yang didasari adanya inovasi, motivasi dan ko-
diharapkan dengan adanya proses pendidikan tersebut,
di perubahan pola berfikir masyarakat. Kegiatan selan-
; memerlukan dana, dengan adanya kegiatan "non-health"
it dapat terlaksana dengan baik.

i satu faktor yang diharapkan dapat mendukung keberha-
rimen di Congko ini yaitu adanya benih "nilai sehat"
at dalam kehidupan setiap masyarakat desa.

ig telah dikemukakan terdahulu bahwa dengan adanya ka-
! dalam kata pergaulan sehari-hari, jelaslah bahwa ni-
elah ada pada masyarakat desa. Kata "macengke" dalam te-

isama warga masyarakat di Congko, merupakan perlambang in untuk meningkatkan kesehatan di lokasi ini melalui layanan. Oleh karena itu diupayakanlah agar cara pendedigunakan hendaknya melalui apa yang ada pada masyarakat i cara ini dimaksudkan bahwa, bila diinginkan suatu dalam masyarakat, pihak inovator hendaknya mulai mengan memperhatikan dan mengindahkan kebudayaan yang di masyarakat yang bersangkutan.

embicarakan masalah kesehatan dan penyakit, hendaklah n aspek-aspek seperti, (1) bagaimana masyarakat menihat dan konsep mereka tentang sehat dan sakit menuaan mereka, (2) apa yang mereka pikirkan dalam memitapkan jalur pengobatan di saat mereka sakit, (3) su dimana masyarakat menilai kegunaan pelayanan kesehatan melalui puskesmas/Rumah Sakit terhadap diri, keluarga kat pada umumnya, dan (4) khususnya dalam hal pembiahan mana masalah kesehatan mendapat prioritas dalam keeka.

diran puskesmas sebagai ujung tombak terdepan dalam an kesehatan pada masyarakat, seharusnya dapat dian- < mengayomi masyarakat. Hendaknya selalu diupayakan smas yang relatif merupakan barang baru di pedesaan, nberi kesan merubah secara menyeluruh tatanan kesehat di tempat itu. Inovasi hendaknya dijalankan sehalus mungkin sehingga tidak dirasakan sebagai barang baru.

pada masyarakat yang percaya bahwa paddeukang harus di an menggosokkan daun sirih yang bertemu tulang daunnya lembar dan menorehkan adonan kapur pada bekas gosokan sebagai vasodelatator, dapat dibiarkan mereka tetap ya dengan menginovasikan bahwa adonan kapur yang berbe tor itu, dapat diganti dengan bahan yang lain seperti afitson dan lain-lainnya.

at mengandalkan jamri dan biasanya kemampuan jampi un- ati penyakit, disalurkan melalui air minum penderita. yang telah diberi jampi inipun sebetulnya tidak perlu Asalkan dukun yang mengobati sehat, air yang digunakan minum yang sehat serta cara memberikan jampi bukan de pkan langsung ke permukaan air, silahkan saja dukun me

menggunakan rebusan daun jambu klutuk atau larutan teh obati mencret, dapat saja diteruskan. Kepada masyarakat g menggunakan kedua bahan tersebut di atas, dianjurkan n yang encer dan menambahkan dengan gula pasir dan ge- sebagaimana pembuatan larutan gula-garam pengganti o- i berbagai contoh inovasi tersebut di atas dan bila di leh petugas puskesmas, warga masyarakat tidak akan me- anya inovasi yang abstrak dan tidak terjangkau oleh fi ka. Hanya yang selalu harus diingatkan bahwa, para du- saja menolong dan merawat penderita sebagai pertolongan tapi untuk pertolongan itu, tidak lebih dari tiga hari

selanjutnya perawatan diserahkan ke puskesmas.

Salah satu inovasi ini, dari berbagai pengalaman menunjukkan dengan cara demonstrasi yang dilakukan berulang-ulang, orang-orang buta hurufpun mampu mengikuti dan mengamalkan hasil dari kegiatan di bidang gizi. Hal yang sama juga ditemukan pada dukun-dukun yang mengikuti latihan untuk menolong persalinan sendiri. Para dukun ini pun barulah berhasil setelah diberi latihan yang berulang-ulang.

Salah satu cara untuk mengalihkan kebiasaan masyarakat ke kebiasaan yang lebih baik adalah dengan mengadakan adanya pertukaran pikiran dalam bentuk diskusi. Melalui diskusi inilah diharapkan timbulnya kesadaran diri dan berswadaya. Disamping itu, tidak kalah pentingnya adalah "apa" yang diprogramkan dengan kondisi masyarakat.

Salah satu contoh bahwa dalam upaya mengalihkan kebiasaan warga masyarakat adalah membuang hajat di sembarang tempat ke jamban keluarga, adalah penggunaan jamban tipe leher angsa. Tetapi, jenis ini digunakan pada daerah yang sulit mendapatkan air, sehingga menimbulkan masalah menyusahkannya. Kecocokan ini sering dilupakan, padahal peraturan yang sifatnya merata.

Salah satu faktor masyarakat telah ingin berbuat "sesuatu" sebagai manifestasi dari mereka, kemudian timbul tuntutan kedua yang harus dipenuhi oleh mereka. Pada pemanfaatan teknologi tepat guna yang pernah di Congko, diperkenalkan teknik ferro-semen dan diadopsi oleh masyarakat sendiri.

Salah satu faktor tepat tidaknya sarana kesehatan di suatu daerah

swadaya memenuhi demand mereka, para anggota KMT di
h menggunakan akronim kata "CONGKO" sebagai syarat.
imanya suatu inovasi sarana kesehatan yang dilaksana-
egiatan swadaya, hendaknya barang tersebut, (1) cocok
h itu, (2) ongkosnya murah, (3) nikmat memakainya,
membuatnya, (5) kualitasnya terjamin, dan (6) oleh
sendiri.

pengalaman eksperimen didapatkan bahwa kredibilitas
sangat penting. Bagi masyarakat di pedesaan, bila di-
luhan kesehatan, maka yang pertama dipermasalahkan
teri yang diberikan tetapi siapa yang memberinya. Ba-
at Congko, kredibilitas sangat didukung oleh keahli-
dian dan ketaatan komunikator kepada Tuhan Yang Maha
di masyarakat yang fanatik agama Islam, pendekatan me-
agama akan lebih mudah diresapi dari pada melalui ja-
i. Bagi masyarakat di lokasi ini, uraian tentang kese-
lebih mudah diterima bila komunikator beragama Islam
i uraian-uraian itu diselipi kutipan ayat suci al-Qur'
st Nabi Muhammad SAW.

rimen yang dilaksanakan di Congko pada dasarnya dilak-
ca belajar sambil bekerja (learning by doing). Kepada
r, selain diberikan pepajaran sesuai kurikulum yang a-
cara langsung kepada mereka ditunjukkan di lapangan.
atakan bahwa sumber air mereka belum memenuhi syarat

andar yaitu 60 liter/hari/orang, para anggota KMT di-sama meninjau sumur-sumur yang ada. Sumber air para adalah, 25 orang (92,6%) menggunakan sumur gali dan nya (7,4%) menggunakan SPT. Berdasarkan letak geog-gali di Congko rata-rata dengan kedalaman (10-13) ip sumur merupakan sumur bersama yang digunakan sedi- ipai 5 keluarga. Dengan rata-rata jumlah pemakai se- 25 orang maka pada setiap sumur haruslah dapat menye- sebanyak 25 x 60 liter = 1.500 liter.

ap sumur itu berbentuk silinder dengan garis tengah kedalaman airnya 150 cm., maka setiap sumur dapat me- ir sebanyak 1.840 liter.

itongan terlihat bahwa kebutuhan air warga KMT dapat eh sumur-sumur yang tersedia.

, keadaan sumur itu tidak selalu sama di sepanjang usim kemarau, airnya akan berkurang dan pada saat itu butuhan tak terpenuhi lagi. Namun demikian, kapanpun apun kita datang dan bertanya pada pemakai-pemakai su- tang air yang tersedia, jawabannya pasti, anggota KMT ab bahwa mereka tidak kekurangan air.

i ini terlihat adanya suatu masalah yang dilihat oleh ehatan tetapi tidak dipermasalahkan oleh masyarakat. jote KMT diterangkan bahwa, selama ini mereka tentunya etahu! hubungan antara pengadaan sumber air, jumlah

r yang dihasilkan dan pemenuhan kebutuhan pemakai. Sumber air dapat memenuhi kebutuhan namun mutu air lagi. Sebagai contoh pada sumur-sumur ditinjau itu teori dapat dikatakan bahwa mutu air yang dihasilkan. Dengan kedalaman 10 - 13 meter, diharapkan dihasilkan tentunya telah tersaring oleh kedalaman itulah beberapa hal yang perlu dikemukakan bahwa untuk mutu itu, diperlukan pengawasan untuk menjaga kegunaan sumur, kebersihan pemakai untuk mencegah air limbah mencemari sumur serta di musim hujan sumur terdiri oleh air hujan yang mengalir dari tempat lain. Sumur di Congko yang tak ber dinding, semesta dan berilah akan tercemar di musim hujan karena letak sumur tanah yang rendah dibandingkan dengan tempat lainnya. Dalam waktu 2 tahun yang terakhir ini tidak pernah didanya kasus penyakit muntah-berak, tetapi bahaya laten erobohan masih mungkin terjadi.

Di lain akibat tercemarnya sumber air, dilaporkan kasus semeng tassorok yang dibawa oleh penduduk Congko di puskesmas Takalala. Dengan adanya kasus ini, esan kemungkinan adanya carrier (pembawa hama) di penduduk Congko. Kalau ini benar, meskipun tidak pasti, radik penderita typhus abdominalis akan ada dan diras sebagai semeng tassorok (demam yang tak da). Lebih mengawatirkan lagi bila carrier ini terma-

ng buang hajat di sembarang tempat. Meskipun tidak tetapi penyakit typhus abdominalis dapat mewabah ka
ap pembuangan sampah dan pengadaan jamban keluarga,
am kedua hal ini di kalangan anggota KMT, terlihat
car. Meskipun yang mereka lakukan hanyalah menggali
embuang sampah ke sana, namun hal itu telah jauh le
andingkan sebelumnya. Dengan membuang sampah ke da
en membakarnya setelah kering, dapatlah diharapkan
pencemaran karena sampah ini akan sangat berkurang.
an keluarga, juga terlihat kemajuan yang pesat. Se-
KMT telah mempunyai jamban, walaupun hanya tipe cem-
ipun hal ini terjadi karena adanya Perda Tk. II Sop-
sanksi Rp. 10.000,- bagi yang tak menjalankannya, na
maksud yang tepat, anggota KMT memanfaatkan pela-
iran yang diterimanya dari eksperimen ini.
oun beberapa anggota KMT ingin dibantu untuk dapat me
menggunakan jamban tipe leher angsa di rumah-rumah me
dirasakan bahwa selama anggota belum mampu menyedia-
ara berlebihan di rumah masing-masing, sebaiknya para
sebut memakai jamban tipe cemplung saja dulu.
ian, juga disadari bahwa pada waktu-waktu mendatang,
leher angsa sudah dapat digunakan di Congko. Untuk
ebut, dalam suatu demonstrasi ditunjukkan cara membu-
tipe leher angsa, cara membuat bak WC serta cara peme-

. Dengan menggunakan teknik ferro-semen, dibuatlah an dari jamban tipe leher angsa itu dengan rangka bambu. Pada pembuatan well-casing untuk bak WC, rangkanya dari anyaman bambu yang berbentuk keranjang. Well-bagian-bagian lainnya siap dipakai setelah dirawat seperti ini. Pada pembuatan contoh ini, para anggota KMT bekerjasama yang menangani masalah sanitasi dan dalam persi-ota KMT mendapat 75%. Hal ini dimaksudkan bahwa de- -r sambil berbuat ini, anggota KMT bukan saja tahu caranya tetapi yang lebih penting lagi, mereka mampu mem-
patkan air sehat, pada anggota KMT didemonstrasikan ingan air seernihana. Ditunjukkan bahwa air keruh dahan dengan bahan kimia tawas atau aluminium sulfat. an untuk mematikan bibit penyakit digunakan kaporit k menghilangkan bau kaporit pada air minum itu, digu- atok kelapa sebagai penyerap ataupun air tersebut di ara sederhana ini sangat menarik perhatian karena sa- isalah yang selalu menyulitkan bagi penduduk pedesaan yang keruh dan tidak tahu bagaimana cara menjernihkan ini tambahan keterangan pada demonstrasi bahwa cara pe- ak mendapatkan air sehat setelah jernih adalah dengan aknya sampai mendidih dan membiarkannya selama 10-15 n keadaan tetap mendidih lalu didinginkan untuk siap

ap upaya peningkatan gizi, anggota KMT diberi pelajaran membuat makanan bergizi dengan bahan dasar kedele. rasi, kembali anggota KMT diajak mengerjakan sendiri mengerjakannya ditunjukkan oleh tim. Didemonstrasikan pembuatan kecap, tempe, tahu dan susu kedele.

rasi ini diperlihatkan pula alat baik yang sifatnya ataupun alat listerik yang moderen. Untuk pembuatan umpamanya, selain ditunjukkan cara menghancurkan kecobek batu dan pengulegnya, juga ditunjukkan cara menggunakan blender listerik. Hal ini dimaksudkan agar KMT tidak salah tafsiran pada istilah teknologi terbaru untuk teknologi itu tidak selalu harus menggunakan alat tradisional.

rasi gizi ini juga ditunjukkan cara untuk membuat dan kokteil buah. Demonstrasi ini sangat menarik karena peserta yaitu anggota KMT puteri, cara membuatnya sangat lezat rasanya. Disamping itu, bahannya mudah di desa sehingga untuk mengulanginya, tidaklah diteliti pada bahan bakunya.

kegiatan pelayanan kesehatan, didemonstrasikan cara pembuatan gula-garam sebagai larutan pengganti oralit. Hal ini pun diperlukan penyederhanaan sehingga pembuatan gula-garam mudah diulangi. Misalnya kata 200 cc. air diganti kata segelas air. Begitu pula dengan garam dan kedua bahan ini digunakan istilah, $\frac{1}{2}$ sendok teh ga-

n 1 sendok teh penuh gula. Dengan penyederhanaan ini, ehwa anggota KMT dengan mudah mengingatnya dan dengan utan gula-garam dapat dimasyarakatkan.

ahap kegiatan lapangan, setiap anggota KMT dipantau

Kemudian setelah berlangsung 2 bulan, secara tera- anggota KMT didatengi untuk diajak berdiskusi tentang i dihadapinya. Keterangan para anggota KMT kemudian di ngan laporan pengawas lapangan yaitu Kepala Lingkung in Dokter Puskesmas Takalala. Dari kedua sumber infor- dapatkan gambaran sebenarnya apa yang sedang berlang- idala apa yang dihadapi. Terdapat kesan bahwa dengan isi seperti tersebut di atas, keadaan sangat terkenda- s kegiatan dapat dipantau dengan baik.

tan di Congko bukanlah kegiatan yang selalu harus di- r karena itu, diperlukan uji-coba untuk melihat sejauh a KMT dapat mandiri.

uari s/d. Juni 1985, frekuensi supervisi dikurangi tan ahuan Kepala Lingkungan dan Dokter Puskesmas Takalala. awal kegiatan supervisi dilakukan 2-3 hari seminggu, periode ini, dilakukan hanya sehari dalam sebulan. Ma- atan supervisi dilakukan di luar hari-hari yang telah dan disepakati sebelumnya.

hwa di akhir Juni 1985 didapatkan para anggota KMT t dikumpulkan walaupun pertemuan semacam itu dahulunya ibagai pertemuan rutin. Kunjungan mendadak ke beberapa

KMT dan terdapat kesan adanya kemunduran dalam ke-
ingkan dengan kegiatan di awal program. Mengapa?
an selanjutnya didapatkan informasi bahwa beberapa
dilakukannya supervisi mendadak itu, telah terjadi
tua yang belum sempat dilaporkan kepada pengawas la-
a alasan gangguan kesehatan, Abd. Rauf (40 tahun)
diri dan diganti oleh Kamaruddin (23 tahun) yang se-
abat wakil ketua. Meskipun ketua yang baru berusia
da dibandingkan dengan ketua yang lama, namun kegi-
menjadi lesu.

dengan penolakan untuk berkumpul di akhir bulan Ju-
n alasan bahwa ia (Kaharuddin) akan ke Barru (jarak
40 km) untuk mengikuti pertandingan bola persahabatan
a pertemuan diundurkan minggu berikutnya, menimbul-
wa ketua baru ini mempunyai cara berfikir yang ber-
endanulunya. Kemudian, pada kunjungan di awal bulan
nyata pertemuan juga gagal karena baik anggota mau-
n nampaknya lesu dan bersikap masa bodoh.

istiwa di atas, timbul gagasan untuk mencari sebab
jan mengharapkan keterbukaan Kaharuddin.

aruddin tidak terlalu terbuka dengan jawaban yang
jelak. Merupakan jawaban bagi setiap pertanyaan yang
arah kegiatan kelompok yaitu "terserah saja pada te-
Merasa bahwa jawaban ini bukanlah suatu keterbukaan,
aruddin diminta untuk menjelaskan secara terbuka

hubungan dengan kegiatan kelompok.

Menyampaikan jawaban rasa enggan untuk berbuat aktif sebenarnya, (1) merasa diri masih sangat muda untuk membimbing, (2) merasa tidak punya keahlian untuk memimpin orang-orang, (3) menganggap anggota kelompok merupakan orang-orang yang tidak terdidik, (4) secara tersirat ia mengatakan bahwa tidak ada manfaat dari kegiatan KMT ini, dan (5) sebagai akibatnya tidak ingin terikat dan kehilangan banyak waktu hanya untuk organisasi seperti KMT itu.

Menyebutkan hasil keterbukaan Kaharuddin.

Menyebutkan latar belakang pendidikannya yaitu tamatan Sekolah Pendidikan Guru (SPG) dan telah bekerja sebagai guru pada Sekolah Dasar di Dago, memberikan kesan bahwa Kaharuddin kurang memahami pentingnya peran sebagai guru, ketua kelompok dan bahkan sebagai pemimpin generasi muda yang diharapkan dapat menjadi pelopor di masa datang.

Mengumpulkan informasi yang akan digunakan sebagai dasar untuk merencanakan strategi selanjutnya, dirasa perlu mendapatkan pendapat dari beberapa tokoh masyarakat yang lain. Secara selektif telah diwawancarai (1) Abd. Rauf, bekas ketua kelompok KMT yang sekarang anggota biasa, (2) Kepala Lingkungan Congko, A. Syamsudin, (3) Kepala Puskesmas Takalala, Dr. I.B. Ariadnyana. Mengetahui tanggapan ketiga tokoh tersebut di atas didapatkan bahwa masyarakat di Dago sangat berhati-hati terhadap orang luar guna menghindari eksploitasi. Mereka sangat mengharapkan bukti dan

ila yang datang menghadiahkan sesuatu bagi mereka. an mereka sangat tergantung pada hasil panen dari reka yang berbendar langit itu, maka waktu lowong engan kegiatan yang produktif seperti membuka wa- kolong rumah, menjadi buruh tani dan ikut pada se ntuk mendapatkan upah panen.

n ketiga tokoh yang dihubungkan dengan keterangan mbuka jelas persoalan dan jalan untuk melakukan su lam bentuk formative evaluation.

nyusun suatu revisi dalam bentuk strategi yang ba- untuk memperhitungkan faktor pendukung dan faktor

pendukung terlihat bahwa semangat dari aparat pe- i Kepala Lingkungan, Lurah dan Camat, masih cukup encukung kelanjutan eksperimen. Begitu pula Dokter same segenap stafnya, masih bersedia membantu. Ang- ra menyeluruh masih siap untuk bekerja sama.

mendapatkan gambaran lebih jelas keadaan masyarakat numnya dan para anggota KMT pada khususnya, diperlu a dengan beberapa anggota KMT. Hasilnya bahwa, sesu g dikemukakan oleh para tokoh masyarakat tersebut ka menambahkan bahwa sangat diharapkan mereka tidak gan waktu untuk menanam, menuai dan bekerja sebagai ik waktu menuai padi ataupun palawija. Merekapun sa pkan agar kegiatan yang memerlukan kehadiran mereka,

ngsung lama dan meminta biaya. Dirasakan sangatlah
bila kegiatan yang berlangsung hanyalah pidato-pi-
lukan waktu lama dan meminta biaya sedang kegiatan
dak dapat digunakan untuk membantu hidup mereka di
kan datang.

nya hasil demonstrasi yang telah mereka terima sebe-
eka mengatakan baik tetapi hasil tersebut hanya ber-
nsi rumah tangga. Tegasnya mereka ingin kegiatan
positif dapat membantu kehidupan keluarga mereka.
pat tantangan ini, diperlukan penyusunan silabus ba-
revisi silabus yang telah ada dengan menitik berat-
aya peningkatan pendapatan.

penyusunan silabus sebagai revisi silabus terdahulu,
pertimbangan berdasarkan pengalanan tahap I dan II,
n eksperimen sebelum Juni 1985. Secara terinci, sila
lah direvisi berisikan, (1) penyesuaian jadual kegi-
waktu lowong anggota KMT, (2) perlunya penyegaran
-apa yang telah diperoleh sebelumnya, (3) harus ada
ng meningkatkan pendapatan, (4) pendekatan secara ko
atap muka perlu lebih sering dilakukan, dan (5) fre-
jungan harus ditingkatkan.

ksananya hal-hal tersebut di atas, di dalam suatu te
yang dihadiri oleh segenap anggota KMT dan beberapa
ya yang berminat, sekali lagi diterangkan tujuan da-
en ini. Kepada hadirin sebanyak kurang lebih 50 orang

dikemukakan bahwa eksperimen yang sedang berlangsung sekali tidak terkandung maksud untuk menyusahkan ataupun anggota masyarakat Congko lainnya. Oleh kandungan niat untuk membantu para anggota KMT bersama warga lingkungan lainnya dalam bentuk peternakan dengan menggunakan teknologi tepat guna. Diharapkan ayam kampung ini selain sebagai sumbangan ilmu lingkungan Congko, juga dimaksudkan bahwa dengan cara salah satu cara untuk meningkatkan taraf hidup kesehatan masyarakat.

Adari bahwa, eksperimen yang dilaksanakan merupakan yang berintikan pendidikan kesehatan masyarakat dan perubahan perilaku menuju ke perilaku sehat. Melalui pendidikan kesehatan masyarakat ini, prinsip kerjanya adalah bekerja untuk masyarakat tetapi bekerja bersama masyarakat demikian eksperimen yang dilaksanakan di Congko uji-coba sampai sejauh mana anggota KMT dan masyarakat pada umumnya dapat dilepas untuk hidup mandiri dan kesehatan setelah eksperimen selesai.

Pernyataan tersebut di atas cukup mengherankan para anggotanya yang lain karena mengira bahwa bimbingan akan dalam jangka waktu lama, namun mereka pun kemudian kemandirian merupakan modal yang paling berharga dan mahal.

terakhir sebelum temu-wicara ditutup, kepada ang-
hadirin yang lain dipesankan untuk membina kebiasa-
t yang sebaik-baiknya dan menempatkan hidup sehat
tu yang bernilai tinggi dalam hidup masing-masing.
an untuk melaksanakan kegiatan peternakan ayam kam-
ediannya tenaga ahli yang bersedia ikut berperanan ser-
ebagai pembina yaitu Ir. Senong Zakaria, MSc;
saran ayam kampung mudah dilaksanakan baik pada pe-
lokal maupun di Ujung Pandang dengan harga yang cu-
tinggi;
ernakan tidak akan menimbulkan dampak negatif bagi
asyarakat Congko, karena:
masyarakat Congko adalah masyarakat petani;
sumber daya pendukung berupa bahan makanan untuk a-
yam, tersedia dan mudah didapatkan;
pekerjaan ini relatif cukup ringan dengan hasil yang
cukup memuaskan;
waktu yang digunakan tidak akan mengganggu jadual pe-
kerjaan pokok dan bahkan dengan mudah dikelola oleh
anak ataupun isteri;
dari peternakan ini akan dapat mendukung sektor la-
in yaitu:

- (1) sektor pertanian, berupa pupuk kandang;

(2) sektor peningkatan gizi, berupa telur dan daging ayam;

(3) sektor ekonomi, berupa peningkatan pendapatan karena hasil penjualan ayam;

rinci, dengan perhitungan kasar dapat dikatakan ternakkan 15 ekor ayam betina dan 3 ekor ayam jantan, bila dipelihara dengan menggunakan teknologi, maka dalam waktu 3 bulan akan menghasilkan ayam sebanyak 80 - 85 ekor dengan berat badan rata-rata seperti ini, di pasar-pasar terjual dengan harga 1.000,- per ekor. Dengan memperhitungkan biaya untuk vaksinasi dan pembuatan alat-alat pengeraman, sebulan akan memberikan hasil Rp. 90.000,- atau rata-rata per bulan. Hasil ini memang kelihatan kecil kakor yang diterernakan. Tetapi kalau 50 ekor, 100 ekor, biaya mungkin lebih irit dan keuntungan akan lebih besar. Berdasarkan keterangan tersebut di atas akhirnya para peternak dapat melaksanakan peternakan guna menunjang kesehatan mereka sekarang dan di waktu mendatang, lihat Lamp. VIII.

di Congko dan hasilnya

mengevaluasi hasil eksperimen di Congko, secara standar rumus McNemar dengan dasar yang tercantum di da-
3. Penggunaan rumus ini tepat untuk menghitung ke-
han hasil pre-test (Tabel. 45) dibandingkan dengan
t (Tabel. 46).

Berdasarkan Tabel 45,46 tersebut di atas dilakukan

		Pengetahuan	
		Kurang	Cukup
Pre-test		20	7
Post-test		12	15

Jenis:	Pengetahuan (Post-test)		
	Kurang ($Y_i=0$)	Cukup ($Y_i=1$)	
Kurang ($X_i=0$)	12	8	20
Cukup ($X_i=1$)	0	7	7
	12	15	27

tabel terlihat bahwa:

responden yang tergolong cukup pada pre-test, tetap da-
sarnya cukup pada post-test;

peralihan individu sebanyak 8 orang dari kategori ku-
pre-test menjadi cukup pada post-test;

ada 0 terlihat pada $P(X_i=1, Y_i=0)$ sesuai dengan asumsi
peralihan individu selalu dari kurang ke cukup dan ti-

ebaliknya.

emar (BAB III. E.3) bagian ke-3 disebutkan bahwa $P(X_i=1, Y_i=0)$ dapat negatif, nol ataupun positif. c₀ dapat diterangkan sebagai berikut:

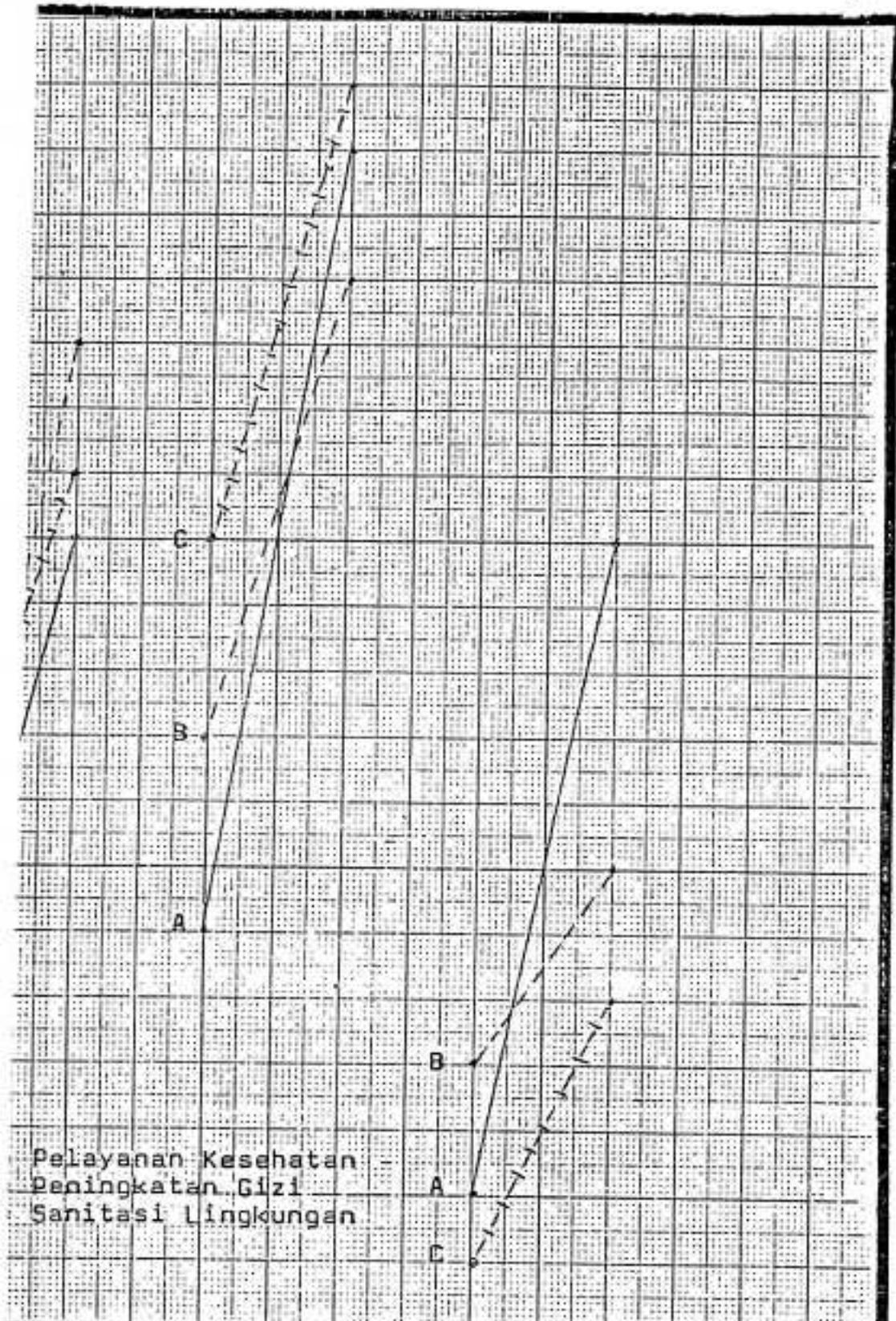
t, McNemar tidak menyebutkan boleh/tidaknya ang-
ah satu kolomnya tetapi dengan memperhatikan pa-
McNemar tersebut di atas c=0 berada pada proba-
'_{i=0}) sehingga berapapun nilai $P(X_i=0, Y_i=1)$ akan
sa nilai i yang positif. Dengan demikian tes McNe
: digunakan dalam eksperimen ini. (Lamp. VII).

asil dari 20, maka $T_2 (X^2) = b$ dan hasil keselu-

PENGE TAHUAN (X^2)	SIKAP (X^2)	PERBUATAN (X^2)
8 $p < 0,005$	12 $p < 0,005$	10 $p < 0,005$
10 $p < 0,005$	7 $p < 0,005$	3 $p < 0,01$
6 $p < 0,025$	7 $p < 0,005$	4 $p < 0,05$

hitungan statistik tersebut di atas, terlihat bah
a hasil yang tidak bermakna ($p < 0,1$) terdapat pada
m aspek peningkatan gizi.

hasil eksperimen yang dilakukan dengan "before
uation" dengan memanfaatkan paket pendidikan yang
pendidikan kesehatan masyarakat (PKM) dalam aspek
u, (1) pelayanan kesehatan, (2) pening-



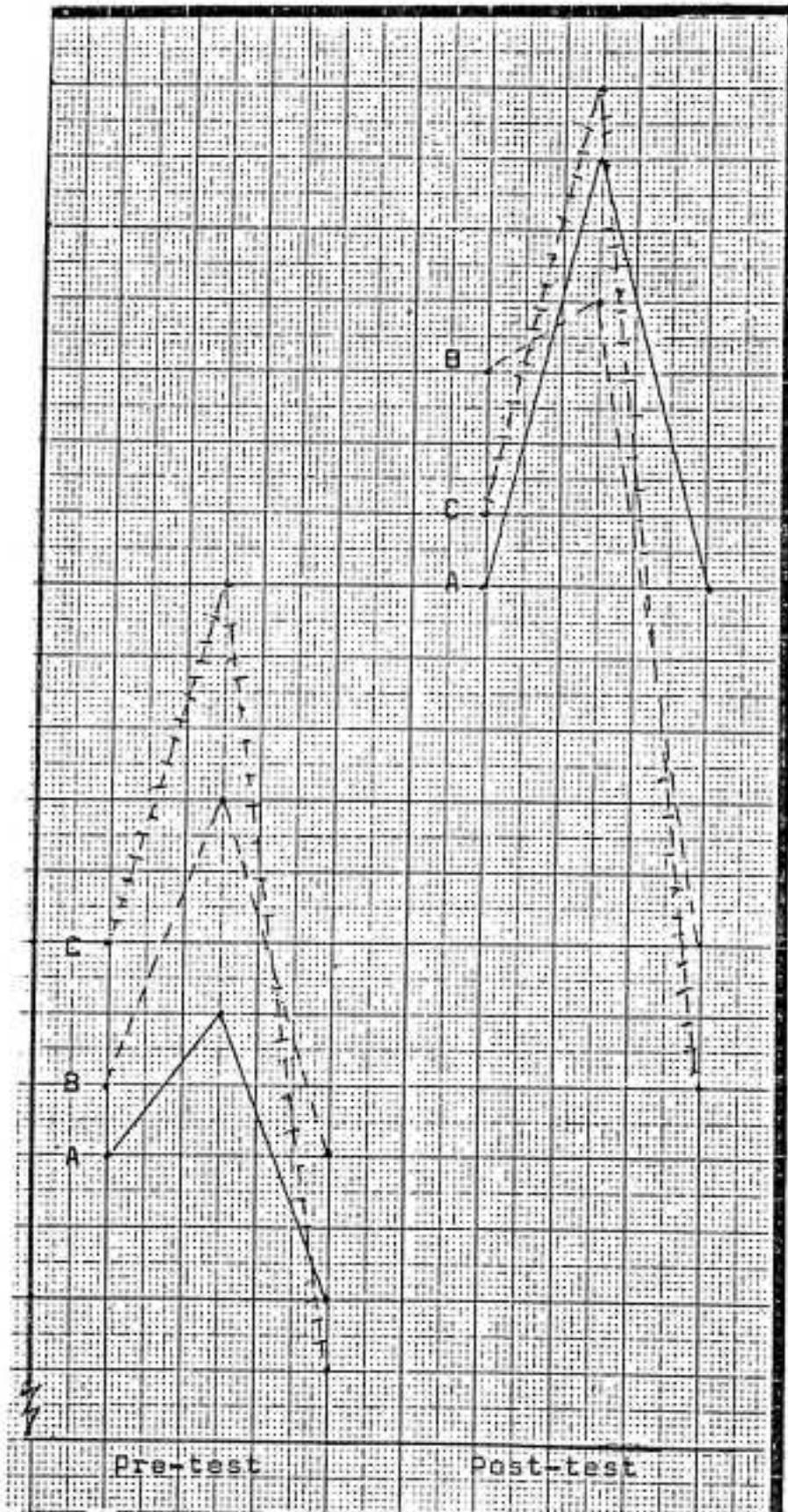
Statistik	Sikap	Perbuatan
$\chi^2=8$ df=1 $p < 0,005$	A= $\chi^2=12$ df=1 $p < 0,005$	A= $\chi^2=10$ df=1 $p < 0,005$
$\chi^2=10$ df=1 $p < 0,005$	B= $\chi^2=7$ df=1 $p < 0,005$	B= $\chi^2=3$ df=1 $p < 0,1$
$\chi^2=6$ df=1 $p < 0,025$	C= $\chi^2=7$ df=1 $p < 0,005$	C= $\chi^2=4$ df=1 $p < 0,05$

Grafik. III. Peralihan individu menuju pengetahuan, sikap dan perbuatan yang cukup dan kemaknaan dalam perhitungan statistik.

dan (3) sanitasi lingkungan, memperlihatkan ada-ada kelompok sasaran. Perubahan ini digambarkan I yang menunjukkan peralihan individu yang berubah urang ke kategori cukup pada komponen perilaku, , (2) sikap dan (3) perbuatan dari ketiga aspek ke teliti. Pada Grafik IV digambarkan perbandingan kap dan perbuatan dari ketiga aspek kesehatan yang arkan hasil pre-test dan post-test.

hasil eksperimen dikemukakan perubahan dalam: t pengetahuan han tingkat pengetahuan pada ketiga aspek kesehat- i, terlihat paling bermakna pada upaya peningkatan ota KMT diperoleh keterangan bahwa masalah gizi sa erutama dalam hal penggunaan teknologi pengolahan ngin tahu khasiat dan cara pembuatan makanan yang ka hanya mencicipi setelah membelinya di pasar, me ng bagi ibu-ibu anggota KMT untuk mendengar dengan in pada pelajaran tentang pembuatan kecap, saus to- rah, dan susu kedele.

getahuan yang ditandai dengan peralihan individu unjukkan kemaknaan terbesar pada aspek peningkat- demikian, para anggota KMT merasa aspek kesehatan ukup menarik dengan alasan bahwa penyusunan materi ajaniannya mudah dimengerti dan merasa materi yang ai kebutuhan. Penyusunan materi berdasarkan falsa



A = Pelayanan Kesehatan
 B = Peningkatan Gizi
 C = Sanitasi Lingkungan

Grafik. IV. Perbandingan grafik poligon pre-test dan post-test ketiga aspek kesehatan yang

di pada masyarakat telah sangat membantu masyarakat mengapa cairan gula garam diberikan pada penderita ikan tidak menyebabkan timbulnya penyakit cacakan, bahaya yang dapat ditimbulkan bila alat makan kita serta pentingnya hidup dalam rumah yang bersih yang diperlengkapi dengan jamban dan sumber air.

Demikianlah dengan mudah mengerti mengapa mereka haus setelah beraktivitas di tengah sawah. Mereka kemudian haus setelah melepaskan dahaga dengan meminum air, merasa segar kembali. Dengan cara perumpamaan yang sederhana itulah mereka mengerti mengapa larutan gula-garam diberikan pada penderita diare. Tentang gula dan garam yang ternyata, hal itu dijelaskan pada kebutuhan tubuh akan gizi.

Demikianlah kemungkinan menderita cacangan karena makan ikan-ikan untuk mengingatkan kembali pengalaman mereka pada dipeliharanya. Mereka pasti pernah melihat adanya cacangan kambing, sapi maupun kerbau mereka. Dengan alasan ini, sulitlah mereka menjawab pertanyaan, pernahkah petani menyuguhkan ikan pada ternak-ternak ternak mereka tentu tidak. Dengan demikian, bapak/ibu petani dapat menjawab bahwa ikan bukanlah penyebab timbulnya cacangan. Bapak/ibu petani pada pertanyaan di atas merupakan contoh apa yang ada pada masyarakat. Dari cara hidup

nya, mereka pun tahu bahwa lalat berkembang biak pada sampah dan senang mengerubungi kotoran manusia maupun binatang sedikit gurauan saat menerangkan penularan bibit penyakit yang berasal dari sampah dan tinja manusia lalu mencemari minuman yang tak terlindungi. Para anggota KMT sangat terkejut dan mudah mengerti bahwa lalat yang tidak ber-KTP itu sedikit diketahuhi dari mana datangnya, mungkin dari rumput, sampah ataupun tinja manusia. Oleh karena itu, untuk memutus mata rantai penularan, basmi saja lalatnya dan lindungi minuman dengan tudung saji.

Tempat yang paling lama ditempati dalam pembagian waktu sehari-hari. Betapapun sibuknya di sawah, kebun ataupun di ladang, namun jumlah waktu terlama tetap di rumah. Oleh karena kenyamanan dalam rumah merupakan syarat untuk hidup tenang. Orang mudah mengerti bahwa ventilasi dan iluminasi sangat berpengaruh kebetahan untuk tinggal di rumah. Untuk rumah panggung pada suku Bugis dan Makassar, adanya bagian rumah disebut daséré yang biasanya diberi berlantai bambu atau papan jarang, merupakan peluang masuknya udara secara bebas ke rumah. Kalaupun di dalam rumah terasa pengap, koreksi dengan membuka jendela dan barang-barang di dalam rumah perlu dilakukan. Untuk merubah kebiasaan umum meminum air sehat, ternyata diperlukan suatu argumentasi khusus. Salah satu anggota KMT menjabarkan bagaimana seharusnya masyarakat memperbaiki kebiasaan seseorang untuk meminum air minum yang bersih. Beliau berkata bahwa nenek-

telah tua renta itu, sekalipun belum pernah meminum air h dimasak dan ternyata tetap sehat.

tap berpegang pada falsafah apa yang ada pada masyarakat mukakan bahwa air sehat tidak selalu harus dimasak.

nan-bahan kimia, seperti yang telah dicontohkan pada pe air secara sederhana, airpun menjadi air sehat tanpa sayangnya bahwa, air tersebut di atas kadang-kadang ti- diminum karena berbau klor. Untuk menghilangkan bau ini, skukan dengan memasak sampai mendidih ataupun mengguna- batok kelapa sebagai penyerap gas.

menolakan dengan menokohkan nenek tua renta itu, diper- tu diskusi untuk saling memberi dan menerima. Misalnya skukan tanya jawab pada sang nenek dengan menanyakan ke n-teman sepermainannya di waktu kecil dan keadaan mere ekarang. Perlu ditekankan pada pertanyaan nasib mereka agi mereka yang telah meninggal dunia. Mungkin sekali tanya yang tepat dan terinci, sang nenek dapat mene- hwa teman-temannya itu ada yang mati saat masih beru- kanak, misalnya saat sedang berkecamuknya wabah muntah a keterangan ini dapat diperoleh, maka keterangan ter- akan suatu bukti bahwa nenek ini selalu menghadapi bi it yang dapat menyebabkan muntah berak. Salah satu se- si nenek berusia lanjut dan bebas dari serangan penya berak, tidak lain karena adanya penyesuaian si nenek nyebab penyakit tersebut. Hal ini tidak dimiliki oleh

ang dan bagi mereka yang tidak mampu menyesuaikan diri, kan bernasib seperti teman-teman si nenek yang mati ter-
enyakit di saat timbulnya wabah.

ena itu, air minum sebaiknya dimasak sehingga memenuhi
ir sehat. Tindakan ini adalah tindakan bijaksana untuk
gi diri dari kemungkinan terserang penyakit muntah-berak.

ri keterangan tersebut di atas terlihat bahwa mudahnya
gota KMT menerima pengetahuan dalam kegiatan ini, kare-
ateri yang dikemukakan sesuai dengan kebutuhan mereka,
k pemberian yang tepat dalam suatu komunikasi yang se-

(3) dengan memakai falsafah apa yang ada pada masyara-
i anggota KMT tidak merasa bahwa perlakuan merupakan se-
ig tak terjangkau, dan (4) adanya kesan untuk percaya
la alasan, keterangan serta demonstrasi yang diberikan
in dengan perlakuan tersebut di atas.

Perubahan sikap

Meskipun perubahan sikap menunjukkan kemaknaan secara
cukup tinggi untuk ketiga aspek kesehatan yang diteli-
i pada pelayanan kesehatan menunjukkan nilai χ^2 yang ter
rafik.III) Dalam hal merubah sikap dari memanfaatkan
kesehatan tradisional ke pelayanan kesehatan moderen,
katnya jauh lebih mudah dibandingkan dengan merubah si-
kedua aspek kesehatan yang lain. Adanya perlakuan pada
ayanan kesehatan yang menunjukkan hal-hal yang mengun-
dengan mudah merubah persepsi anggota KMT.

ta KMT yang merupakan bagian dari masyarakat Congko, masyarakat yang pernah mengalami wabah muntah-berak. Melesan pada perawatan puskesmas, asalkan tidak terlambat kita tidak akan meninggal. Pengalaman inilah yang membuat KMT mengenal dan mempercayai pelayanan puskesmas pengobatan penyakit.

aspek kesehatan yang lain, untuk merubah sikap diper- motivasi khusus. Terdapat kecenderungan bahwa masa- sehari-hari di dalam keluarga sangat dipengaruhi o- ran untuk menampilkan taraf hidup di tengah-tengah ma- ukankah untuk makanan sehari-hari diolah di dapur dan hat oleh tamu sedang barang pajangan di ruang tamu hat bila tamu naik ke rumah? Bila cara berfikir sepe- h merupakan cara berfikir yang dianut keluarga, sulit bergizi yang memerlukan sedikit tambahan pembiayaan deng di dalam rumah.

bagi jamban keluarga. Meskipun tidak tersurat, teta- kecenderungan bahwa jamban keluarga bukan merupakan ang harus ada pada pembangunan rumah secara tradisio- aan menunjukkan bahwa rumah-rumah penduduk di Congko, i mereka yang telah berpendidikan dan bekerja sebagai ebuahpun rumah tinggi itu mempunyai jamban. Terlalu aan untuk membuang hajat di tempat-tempat yang jauh seperti di semak belukar, pinggiran sungai ataupun di at lainnya. Pastilah mereka tidak menyadari bahwa se-

ar itu "jauh" untuk "dekat" kerumah dibandingkan dengan hajat pada jamban keluarga yang sehat yang ternyata "dekat" ke rumah. Pada anggota KMT dan masyarakat pada diterangkan bahwa "jauh" dan "dekatnya" membuang hajat tergantung sehat atau tidaknya cara yang digunakan dan pentingnya peranan vektor penyakit.

arti yang telah dikemukakan terdahulu bahwa pada penyusunan kurikulum, untuk diskusi mendapat porsi terbesar yaitu 40%. dimaksudkan bahwa sedapat mungkin semua kekurangan pada dapat dipenuhi sewaktu diskusi berlangsung dan bahkan dapat akan pengembangan baru dari materi yang dibicarakan.

Anggota KMT yang hidupnya dari bertani dan berdagang kecil, untuk berbuat yang sifatnya menunjukkan perubahan hidupnya sangat terbatas. Oleh karena itu, di dalam sesi ditanamkan rasa tanggung jawab dengan mengemukakan bahan perilaku sebagai hasil binaan sangat diharapkan. Dan juga binaan akan berakhir dan yang memikul akibatnya ataupun gagal, adalah anggota KMT sendiri.

Di sini dimaksudkan agar segala perubahan terjadi, hal-hal benar timbul karena kesadaran. Tepatnya bahwa, diupadanya perubahan sikap setelah adanya perubahan pola. Untuk mendorong tercapainya hal tersebut, di setiap mulai dengan kalimat-kalimat yang berisikan dorongan. Kita KMT sadar untuk berbuat demi kesejahteraan mereka

diskusi yang bertujuan untuk merubah pola berfikir di kesehatan ini, tidak jarang timbul adu argumentasi antara para dengan anggota KMT. Pada hakikatnya, adu argumentasi lain dari pada upaya untuk menyamakan need petugas dan demand masyarakat.

kin menghambat bila sampai pada masalah yang menyanggahan. Tanpa suatu diskusi yang didukung oleh adanya ar yang tepat akan dapat meyakinkan anggota KMT bahwa sdiobati ke dokter. Keyakinan mereka bahwa penyakit lah penyakit yang sakral dan bila disuntik pastilah ma memungkinkan bagi mereka untuk menerima begitu saja pe wa sagala dapat diobati di puskesmas.

ada falsafah yang mendukung eksperimen ini yaitu bahkegiatan berangkat dari apa yang ada pada masyarakat, n digunakan dalam diskusi ini.

ka telah mempercayai kemampuan puskesmas merawat pende n-berak dibandingkan dengan dukun, merupakan suatu mo-nembawa sagala ke puskesmas pula.

ak melepaskan prinsip-prinsip pengobatan moderen sam- atkan pendekatan yang didasari ilmu sosial, sosiologi xologi, disampaikan bahwa sagala yang tidak boleh disun- la diobati ke dukun, ia boleh minum obat bukan?

la KMT setuju. Mengingat bahwa apa yang mereka sebut- . sagala saat ini adalah campak, maka yang paling dikha- nyalah komplikasi berupa infeksi akut saluran perna-

la penyakit ini, pemberian obat melalui injeksi (per
m) dapat ditangguhkan selama pemberian secara minum
masih memungkinkan. Pada waktu diskusi, soal pengobat
suntikan bukan masalah yang dibicarakan. Yang terpen-
, para anggota KMT sepakat untuk menyerahkan penderita
obat ke puskesmas, asalkan tidak disuntik.

n di atas terlihat bahwa dengan memasukkan prinsip-
sehatan sambil tetap mengindahkan faktor-faktor sosio-
is, anggota KMT dapat menerima inovasi pengobatan saga
lama ini hanya kepada dukun mereka berharap.

a dengan adanya penderita semeng tassorok (bukan ke-
gota KMT) dan dirawat ke puskesmas, menunjukkan buk
ian pola berfikir tentang kesehatan.

perbuatan

perubahan perbuatan pada aspek pelayanan kesehatan, me-
l yang telah diduga sebelumnya. Masyarakat yang sejak
asa sehat artinya berobat, maka tepatlah bahwa perbu-
i aspek pelayanan kesehatan menunjukkan kemaknaan yang
(0,005). (Grafik. III)

dalam perbuatan pada aspek pelayanan kesehatan, dibuk-
an tidak ditemukannya lagi pasien tanpa pengobatan, ba
lakukan ke puskesmas maupun pada pos kesehatan KMT.

perilaku pada aspek pelayanan kesehatan terlihat dari
nggota KMT yang selain berubah pada diri dan keluarga-
telah mampu mengajak orang lain untuk menggunakan pe-

ehatan melalui puskesmas. (Lamp. VII).

peningkatan gizi, perubahan perbuatan ternyata tidak ($<0,1$). Ketidak bermaknaan perubahan perbuatan disebabkan adanya berbagai faktor. Para anggota KMT yang tepengetahuan dan sikap, ternyata sulit untuk menguat apa yang telah dipelajarinya. Terdapat kecenderya pengaruh yang sangat kuat pola makanan yang telah sehari-hari dan sang t sulit untuk menerima perubahan. itu, para anggota KMT mengemukakan bahwa mereka tidak apa yang telah didemonstrasikan, karena, (1) alasan 5,56%, (2) alasan sibuk, 22,22%, (3) alasan sudah luda dan (4) alasan karena kurang diperhatikan pembina,

gan observasi, alasan keuangan cenderung untuk dapat yang ketiga alasan yang lain, lebih tepat untuk digana alasan kemalasan. Namun demikian, meskipun tidak gembira, di akhir kegiatan yaitu pada bulan Janu melaporkan adanya anggota KMT yang mengulangi beberapa strasi gizi seperti yang tercantum pada Lamp. VII.

melakukan itu mengatakan bahwa kesempatan untuk mengjukan di bulan Ramadhan dan khusus untuk koktail buah sebagai suguhan buka puasa dan lebaran.

terupakan bahan yang paling banyak diulangi karena di jai bahan yang ikut menambah sedapnya makanan untuk sa. Semua yang mengulangi kegiatan itu, mereka yang

berpendapatan cukup.

K sanitasi lingkungan, perubahan perbuatan menunjukkan yang cukup ($p < 0,05$). Bila pada aspek ini, perubahan pe- dan sikap menunjukkan derajat kemaknaan yang cukup. Itu disebabkan karena masalah sanitasi bukan lagi ma- memerlukan inovasi yang banyak. Dengan perlakuan da- ceramah dan diskusi, dengan mudah anggota KMT berubah etahuan dan sikap. Tetapi bila telah tiba saatnya un- t, berbagai faktor muncul sebagai penghambat. Pada ang- merupakan hambatan utama adalah dana sehingga untuk sarana jamban keluarga, penyaringan air sederhana ser- an comberan, menjadi tersendat-sendat adanya. elah dipersiapkan penggunaan teknologi tepat guna da- teknik ferro-semen, ternyata masih saja ada alasan se- ga semen yang tak terjangkau, sulitnya mendapatkan pa- aik, sibuk dengan pekerjaan di sawah/ladang dan bahkan watir kalau-kalau campurannya salah. Kalau diteliti- mat, alasan-alasan yang dikemukakan cenderung didasari- leh kemalasan belaka. Mengenai masalah pasir, menurut- nggota KMT bahwa sungai sebagai sumber pasir yang baik- ira-kira dengan jarak 4 km. dari lokasi. Harga semen- itu sekitar Rp. 2.500,- per zak, harga di tempat. elah dianjurkan untuk bergotong-royong guna mengatasi- baik pada pengadaan bahan dan mengerjakannya, anggota- memberikan tanggapan yang positif.

jadilah keterbukaan, meskipun samar-samar, bahwa rakyat berbuat karena mengharapkan bantuan biaya.

Anggota KMT belum menyadari bahwa proses pendidikan dalam perlakuan, hanyalah merupakan sebagai "busi" untuk menghidupkan "mesin swadaya" dan setelah proses berproses harus menundurkan diri dan menyaksikan jalan-jari jauh.

Hasil kegiatan eksperimen ternyata masyarakat Congkopa dan anggota KMT pada khususnya telah memiliki jamban walaupun tipe cemplung, hal ini harus diakui bahwa keberhasilan perlakuan semata, walaupun tak dapat dimungkiri akan ikut berperan melicinkan berlakunya Perda Tk. II yang mengharuskan memiliki jamban bagi setiap warga. Hal ini tidak disia-siakan. Dengan spontan dilakukan dorongan (reinforcing) pada anggota KMT guna memanfaatkan yang telah dibangunnya sesuai dengan isi paket penanaman aspek sanitasi lingkungan.

Sebagai pengalaman yang telah dikemukakan di atas untuk terciptanya perilaku sehat pada anggota KMT, atau kejadian yang dipengaruhi oleh berbagai faktor. Mereka untuk memanfaatkan puskesmas setelah adanya kunjungan, merupakan pertanda bahwa anggota KMT telah pergi dan melihat bahwa pengobatan moderen lebih baik dengan pengobatan tradisional. Berobat ke puskesmas lanjutan, merupakan pertanda adanya alih perilaku da

an berobat di antara anggota KMT dan ini merupakan jumlah pendukung adanya perubahan dalam pola berfikir mereka. Hal yang perlu dikemukakan bahwa, bila diinginkan ada perubahan perilaku yang didasari oleh karena telah terjadinya perubahan pola berfikir, kepada masyarakat yang dituju hendaknya dapat padanya apa yang telah dirubah itu dengan barang yang menguntungkan. Adanya imbalance ini sering dilupakan karena kurangnya pemahaman para petugas kesehatan akan penggunaan sosio-antropologis sebagai pendekatan yang tepat pada pedesaan, dan (2) terlalu percaya diri bahwa kegiatan dilakukan pada pelayanan kesehatan moderen, pastilah yang terbaik bagi masyarakat.

Hal terakhirnya masyarakat harus dialihkan menuju ke pelayanan moderen, tidak berarti bahwa apa yang ada pada ke-
dalam aspek kesehatan yang selama ini diamalkan mereka, ditinggalkan begitu saja. Terkadang timbul kekeliruan di antara masyarakat yang menginterpretasikan cara pendekatan ke pelayanan moderen dalam rangka menarik mereka ke pengobatan moderen berperaktek sebagai dukun. Terkenal adanya dokter berperaktek gabungan, disamping sebagai dokter yang mengabdikan kesehatan moderen sekaligus juga berperaktekkan pengobatan. Dikenallah mereka dengan istilah dokter-dukun (ter-

mereka semata-mata hanya ingin membantu masyarakat ke pengobatan moderen, tindakan sebagai terkun dilakukan dan malahan merupakan bumerang dalam upaya kesehatan. Hendaklah disadari bahwa, masyarakat yang telah terbiasa berobat dukun, kemudian perlahan-lahan ke pengobatan moderen melalui puskesmas, Dengan a yang mencampur-baurkan pengobatan moderen dan tradisional memberikan dampak negatif pada masyarakat yang memberikan bukti nyata bahwa pengobatan dukun lebih baik dari pengobatan moderen. Mereka mempunyai alasan kuat. Mereka tidak akan kembali ke pengobatan dukun karena mereka adalah dokter yang pernah belajar tentang kesehatan modern, malahan kembali menggunakan pengobatan dukun seperti itu tentunya sangat tidak diharapkan dalam masyarakat.

Setiap bangsa termasuk cinta pada kebudayaan dan barang-barang tua, mutiak harus dimiliki oleh setiap putera Indonesia. Tapi dalam hal yang menjurus ke arah yang dapat menantang masyarakat kepada hal-hal yang merugikan, haruslah pengobatan tradisional perlu dikembangkan dengan cara memisahkan bahan-bahan yang digunakan sebagai obat sehingga efek farmakologi bahan-bahan tersebut dapat diterima dengan baik dan tentunya dapat digunakan dengan aman.

Harus diikuti sertakan dalam kegiatan yang menunjang kesehatan, seperti dalam kegiatan "Bina Dukun" .

lahan pola berfikir karena adanya proses pendidikan ke-
pengaruhi oleh tingkat pendidikan formal dan pendapat
1. Pengaruh kedua faktor itu, terlihat pada Tabel. 47
48.

ubahan frekuensi yang terjadi pada kedua tabel terse-
dalam suatu kelompok yang sama, namun penggunaan ru-
r tidak dapat digunakan karena kelompok kecil dari
dipersyaratkan yaitu tidak boleh kurang dari 20.

itu, untuk melihat pengaruh kedua faktor tersebut di-
akanlah rumus "two binomial distribution" yaitu:

$$z = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{\frac{P(1-P)}{N_1} + \frac{P(1-P)}{N_2}}}$$

di mana:

- P_1 = proporsi yang baik pada variabel I
- P_2 = proporsi yang baik pada variabel II
- P = proporsi yang baik pada variabel
I dan II
- Q = 100% - harga P (dalam %)
- N_1 = jumlah dari variabel I
- N_2 = jumlah dari variabel II

gunakan rumus ini, digunakan persyaratan yang sama pa-
an rumus McNemar, dengan menekankan bahwa peralihan in-
i mereka yang "kurang" menuju ke yang "cukup" dan ti-
sebaliknya.

itungan melalui rumus ini, diterima sebagai hasil per

g bermakna bila:

1. $z = 1,960$
2. $p = 0,05$

ngan berdasarkan data Tabel. 47 dan Tabel 48 tentang didikan terhadap pengetahuan responden tentang pelayanan, didapatkan:

Pengetahuan Pelayanan Kesehatan			
	Cukup	Kurang	Jumlah
Cukup	7	0	7
Kurang	6	3	9
Jumlah	13	3	16

$$7/13 \times 100 = 53,84$$

$$0/3 \times 100 = 0$$

$$7/16 \times 100 = 43,75$$

$$100 - 43,75 = 56,25$$

13

3

:

bedaan bermakna antara tingkat pendidikan responden tahun responden tentang pelayanan.

yang sama, dihitunglah kemaknaan variabel

ini dicantumkan pada Skema V.

Dihitung:

$$z = \frac{53,84 - 0}{\sqrt{\frac{56,25 \times 43,75}{13} + \frac{56,25 \times 43,75}{3}}}$$

$$z = \frac{53,84}{42,77} = 1,26$$

Hasil perhitungan statistik
Tabel 47 dan Tabel. 48

	Pengetahuan	Sikap	Perbuatan
ian ian	1,26	0,83	1,08
atan	1,79	2,32	2,96
si igan	1,95	2,85	2,48
ian ian	0	1,37	2,19
atan	1,18	1,89	0,49
si igan	0,79	2,68	2,22
ian ian	1,43	2,73	1,5
atan	1,79	2,26	2,28
si igan	1,79	0	1,58
ian tan	2,12	1,34	2,53
atan	1,21	2,12	1,89
si igan	0	1,89	2,3

Perhitungan statistik (Skema V) terlihat bahwa perubahan terjadi di antara anggota KMT karena adanya perlakuan (1) pengaruh pendidikan formal lebih kuat dibandingkan pendapatan keluarga, (2) ditinjau dari sudut pendidikan lebih banyak terjadi di antara mereka yang berpendapatan, dan (3) dari sudut pendapatan, perubahan lebih banyak di antara mereka yang berpendapatan kurang.

Mereka yang berpendidikan cukup, perubahan yang terdapat pada aspek peningkatan gizi (sikap dan perbuatan) sanitasi lingkungan (pengetahuan, sikap dan perbuatan) anggota KMT yang berpendidikan cukup, mereka pula yang berpendidikan cukup. Karena adanya perlakuan, apa yang selama ini mereka ketahui dalam aspek gizi dan sanitasi, sekarang mereka dapat membuatnya.

Perhitungan statistik juga jelas terlihat bahwa fakultatif sangat perlu untuk menunjang perubahan. Hanya mereka yang berpendidikan cukup disertai pendapatan yang cukup mampu untuk bersikap dan berbuat secara sempurna dan mampu hanya berpendapatan cukup, kemampuan itu tidak dapat dilihat ini terlihat pada golongan berpendapatan cukup mereka terhadap aspek sanitasi lingkungan.

Aspek peningkatan gizi, baik yang berpendidikan cukup berpendapatan cukup, keduanya menarik perhatian dan sekali lagi perlu dikemukakan bahwa para anggota KMT sangat aktif pada kegiatan dalam aspek ini terutama karena di-

nya makanan lezat, murah biayanya, bahan bakunya tersedia dan bila dihidangkan kelak pada tamu, ikut pula menaikkan status sosial.

Dalam pelayanan kesehatan, kedua kelompok, mereka yang berpendapatan cukup dan mereka yang berpendapatan kurang, tidak mengalami adanya perubahan bermakna, kecuali pada sikap terapan kesehatan bagi kelompok yang berpendapatan cukup. Ini timbul kesan bahwa, kelompok yang berpendapatan kurang menyadari setelah mendapat perlakuan bahwa tindakan kesehatan ini ternyata keliru. Berobat ke dukun yang dilaksanakan dengan biaya murah, mudah dan baik, ternyata setelah mendapat informasi tentang kegiatan puskesmas yang kemudian didiskusikan, menyadarkan mereka akan kekeliruan itu.

Mereka menyadari dan bersikap untuk berbuat sesuatu.

Sebelum di atas tidak dimiliki oleh mereka yang tergo-
pendapatan rendah. Karena perlakuan, pengetahuan mereka
kesehatan meningkat. Mereka berbuat apa yang dapat mere-
sesuai petunjuk. Tetapi, untuk selanjutnya, mereka su-
nyatakan sikap karena terbentur pada masalah biaya.
Pendapatan kurang ini butuh pertolongan.

Pertolongan yang berpendapatan kurang, mereka menyadari
sebagai golongan yang berstatus sosial yang rendah,
menghimpun mereka untuk merubah diri. Pengaruh kehidupan me-
hari serta kebiasaan hidup yang telah dijalannya se-
membuat mereka tidak bergairah untuk merubahnya lagi.

in, dengan adanya kegiatan PKMD di desanya, mereka i
prokesapun mungkin hanya secara kebetulan. Keadaan
saat pembentukan KMT dan kegiatan di hari-hari per-
si. Pada kegiatan selanjutnya terutama setelah bez-
diskusi, kegairahan mulai nampak. Motivasi yang di-
ui pendekatan apa yang ada pada masyarakat seba-
dekatan sosio-antropologis yang berisikan pesan-pe
i (medis), ternyata menarik perhatian anggota KMT
ata golongan berpendapatan kurang ini. Mereka ter-
unjukkan perhatian besar pada ceramah, diskusi ser-
si yang dilaksanakan. Mereka ingin mendapatkan man-
-besarnya dari kegiatan ini. Harapan mereka jelas
i mereka tahu, mereka ingin berbuat. Dengan cara ini
rap untuk dapat merubah diri dan keluarganya guna
sulitan selama ini.

berpendapatan kurang ini berusaha untuk mengetahui
ng kesehatan dan memanfaatkan sebanyak mungkin jasa
i tersedia. Begitu pada kedua aspek kesehatan yang
berniat untuk mengulangi setiap demonstrasi gizi di
k. Begitu pula mereka ingin berbuat sesuai ceramah,
emonstrasi pada pengadaan sarana sanitasi. Tetapi
irnya tiba pada masalah dana sebagai penghambat se-
ka telah berusaha mengatasi masalah dana ini dengan
apa yang ada di desanya. Tetapi, bila tiba pada ma-
enda tersebut harus dibeli, disinilah letak kesulit

karèna itu, baik bagi golongan yang berpendapatan ku
pada semua golongan yang lain, salah satu cara un-
tikan gairah anggota KMT dalam pembangunan kesehatan
in non-health perlu diprioritaskan.

gunaan PKM untuk mendukung terlaksananya inovasi me-
isi dan komunikasi yang baik dan tepat mampu menyuk-
itan, tetapi masalah pengadaan dana hendaknya dilak-
agai kegiatan yang tak terpisahkan.

an di Congko, melalui pendekatan sosio-antropologis
ikan pesan-pesan kesehatan (medis) yang dibawakan o-
ator yang berkredibilitas meyakinkan kalangan anggo
ah berhasil merubah pola berfikir golongan berpenda-
g untuk menyadari diri dan meningkatkan taraf kesehat
hambatan satu-satunya yang dapat menghambat kelanjut-
ini adalah tersedianya dana.

itu, dapat diperkirakan bahwa, pendekatan sosio-ant-
g berisikan pesan-pesan medis yang disebutkan sebagai
mediko-sosio-antropologis, mampu untuk merubah perila

KMT.. menuju tercapainya perilaku sehat bila didu-
egiatan non-health yang terinci dan terarah.

ain dapat dikemukakan bahwa terlaksananya suatu kegi-
n, tidak lepas dari adanya otoritas dari pimpinan ke-
iatan di Congko misalnya, terlaksana dengan baik ka-
unya unsur-unsur pelaksana. eksperimen, petugas ke-
jabat pemerintah serta para tokoh masyarakat.

mas seharusnya menyadari bahwa dengan kedudukannya ini kredibilitas dan otoritas di daerahnya. Pesanan yang dibawakannya, tentulah akan diterima masyarakat. Tetapi, diapun harus sadar bahwa dia tidak akan tetap di tempat itu untuk selama-lamanya. Oleh karena itu, bentuk kader untuk menggantikannya guna melanjutkan kelak.

Salah satu keharusan bahwa pelaksanaan program PKM harus dilakukan oleh ahli PKM. Pada kegiatan di Congko ini misalnya, kegiatan ini dapat dikerjakan oleh semua petugas kesehatan dan tenaga kesehatan yang telah diberi bimbingan sebelumnya. Syarat yang harus mereka miliki adalah kredibilitas dan dukungan komunikasi yang mereka jalankan disamping adanya dana yang melindungi jalannya kegiatan.

Salah satu swasembada dana melalui kegiatan non-health pertukaran beberapa hal, seperti, (1) jenis kegiatan, (2) masyarakat terhadap pembangunan, (3) faktor alam sebagai pendukung kegiatan, dan (4) adanya tenaga ahli yang menangani hal tersebut di atas diolah sebagai bahan untuk dilakukan pada kegiatan di Congko.

KMT yang merupakan bagian dari masyarakat Congko, semula adalah petani sehingga kegiatan non-health dilaksanakan, tidak boleh jauh dari kegiatan pertanian-peternak ayam kampung dengan memanfaatkan teknologi dirasakan tepat dan memenuhi syarat tersebut di atas.

egiatan non-health dalam bentuk peternakan ayam kam- kegiatan penunjang pada pembangunan kesehatan yang ankan, bukanlah hal yang mudah. Dari 27 orang anggota- nyak 18 orang (66,67%) mendambakan bantuan dana un- i kesulitan di Congko, 5 orang (18,51%) masih ragu dana untuk melanjutkan kegiatan atau sebaiknya ke- tikan saja bila dana telah habis, dan hanya 4 orang g tegas bersedia melanjutkan kegiatan dengan cara ntuk mendapatkan dana, asalkan usaha ke arah itu di- ranya. Meskipun mereka berada dalam jumlah yang ke- empat orang ini merupakan anggota KMT yang bersikap adap pembangunan.

u bimbingan khusus, keempat anggota KMT "pelopor" etunjuk cara dan teknik untuk mendekati anggota la- a singkat diterangkan bahwa keberhasilan kegiatan ke tergantung sepenuhnya pada anggota KMT sendiri dan gal, resiko dan akibatnya juga diderita oleh anggota rbekalkan hal tersebut di atas disertai keterangan an, cara melaksanakan serta untung/rugi bila kegiat- h dilaksanakan, para "pelopor" melakukan pendekatan yang lain. Meskipun tersendat-sendat, pendekatan i waktu 2 minggu itu akhirnya berhasil membawa semua ke temu wicara untuk mendiskusikan masalah peterna- in dilaksanakan.

wicara yang dihadiri semua anggota KMT dan beberapa

kat yang lain, hadir pula Kepala Lingkungan Congko, Mas Marioriwawo, Ir. Senong Zakaria, MSc ahli peternakan dari Fakultas Peternakan Unhas dan para pembina peternakan diakhiri dengan terbentuknya 3 kelompok, masing-masing akan memelihara 15 ekor ayam.

Adanya kelompok peternak di Congko merupakan bagian perubahan perilaku. Adanya anggota KMT yang mula-mula 'basa bodoh' terhadap kelanjutan pembangunan kesehatan menunjukkan bahwa ikutnya kelompok ini pada kegiatan peternakan merupakan ikut-ikutan.

Anggota KMT "pelopor" memotivasi sehingga semua anggota berperan serta di dalam kegiatan non-health merupakan bukti bahwa kegiatan pembangunan kesehatan di Congko dalam porsi yang kecil (14,81%), telah mampu merubah peran anggota KMT. Ternyata bahwa pembina kerja lapangan memiliki kredibilitas dan milik ini merupakan modal besar suksesnya kegiatan di Congko. Memanfaatkan kredibilitas pembina anggota KMT melalui mereka yang berpendidikan (59,26%), akhirnya semua anggota KMT dapat menyadari bahwa selama ini adalah dari dan untuk mereka dan pembina peternakan hanyalah pembangkit "mesin swadaya".

Hal ini tergambar dalam perubahan perilaku mereka pada kegiatan yang diteliti, seperti tercantum pada Lampiran IV dan V. Dengan adanya perubahan itu, para anggota KMT telah mengalami geseran perilaku. Pada kriteria, alih perilaku ini

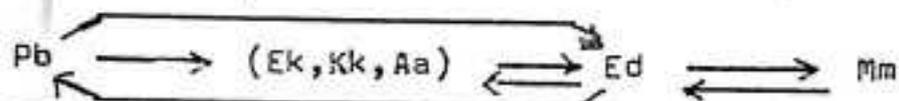
ke tahap 1 dan terus bergeser ke tahap 2.
a peningkatan kesehatan yang menggunakan proses PKM,
erjadi perubahan yang didasari oleh perubahan pola
pat diharapkan, Insya Allah, perubahan akan berlang-
Dengan adanya kegiatan non-health yang dilaksanakan
ukung kegiatan kesehatan, upaya untuk hidup sehat se
n tercapai dalam waktu yang tidak terlalu lama.

perubahan perilaku berdasarkan proses analisis pelaksanaan kegiatan untuk merubah perilaku yang dilaksanakan dan menganalisisnya melalui analisis perilaku, akan bahwa kegiatan di Congko merupakan suatu kegiatan untuk merubah pola berfikir masyarakat melalui program kesehatan masyarakat menuju tercapainya masyarakat yang memiliki kemampuan untuk menolong dirinya sendiri di bidang kesehatan.

Model analisis perilaku yang dikemukakan oleh Green (1983) dan WHO (1984) dapat disimpulkan bahwa, terjadinya perubahan perilaku kesehatan, karena adanya, (1) manusia yang sadar, berfikir, bersikap dan memiliki nilai hidup, (2) kesehatan tersedia, (3) sumber daya pendukung serta lingkungan yang memungkinkan terjadinya perubahan, (4) dukungan di dalam masyarakat, dan (5) panutan yang membantu perubahan.

Dilihat dalam beberapa segi terdapat kesamaan antara yang telah diperoleh sebelumnya dengan hasil yang diperoleh, tetapi dalam beberapa hal terdapat perbedaan yang ada di kegiatan di Congko, (1) terdapat penekanan perubahan sebagai dasar perubahan perilaku, (2) masalah kesehatan merupakan masalah kesehatan yang secara menyeluruh di oleh responden pada penelitian tahap I dan II, dan metode yang digunakan bersifat "mediko-sosio-antropologi" yang berfokus pada "apa yang ada pada masyarakat".

in yang dilaksanakan di Congkoo secara skematis da-
an sebagai berikut:



Pb, pola berfikir para anggota KMT, (Ek, Kk, Aa) me-
tan terpadu dalam hal peningkatan ekonomi (Ek) yang
oleh para ahli (Aa) yang membantu petugas kesehatan
yang dengan menggunakan komunikasi yang dilaksanakan
tor terpercaya (Kk). Dengan Ed dimaksudkan adanya
sehatan masyarakat yang merupakan dasar seluruh ke-
merupakan mutu anggota KMT yang dibina menuju ter-
arakan sehat.

pola berfikir masyarakat sebagai landasan kegiatan
tatan bahwa memecahkan masalah kesehatan tanpa memu-
r, pemecahan itu tidak lebih hanya merupakan suatu
an yang tidak terputuskan.

mengatasi masalah diare di suatu daerah rawan sanita
tupun tidak luput dari latar belakang kebudayaan.

lar belakangi masyarakat sehingga mereka tetap mau
arah dengan kualitas lingkungan yang buruk itu, se-
lepas dari bagaimana masyarakat melihat masalah ke-
sudut kebudayaannya. Dari sinilah timbul konsep dan
kesehatan yang dilatar belakangi oleh pola berfikir
kebudayaan tersebut dan muncul ke permukaan sebagai
hatan. Dengan adanya proses pendidikan kesehat-

dalam wadah pengorganisasian dan pengembangan ma-
atan (Ek, Kk, Aa) terpadu itu di jalankan. Kegiatan
novatif, dikomunikasikan kepada anggota KMT untuk
motivasi guna menyadari perlunya perubahan cara .
bersikap dan cara bertindak, sebagai langkah me-
dalam pengetahuan, sikap dan perbuatan. Melalui
k, Aa) dilaksanakan kegiatan dalam 3 aspek kesehat
ti sambil mengusahakan adanya kegiatan non-health.
non-health, para ahli membantu petugas kesehatan .
ng guna menyukseskan kegiatan. Perlunya wewenang
egiatan, sangat menentukan kesinambungan.
ng merupakan subjek dan objek pada eksperimen dan
, Aa), mereka diikutkan sejak tahap perencanaan, pe
ai dengan evaluasi keberhasilan kegiatan. Dengan
l kegiatan (Ek, Kk, Aa) dapat diterima sebagai milik.
liki. tercapai pada akhir kegiatan, proses pengan-
rlangsung dengan penuh rasa tanggung jawab. Para
kin bahwa, apa yang mereka kerjakan itu, dari mere
ka dan bila gagal akibatnya akan terpikul pada me-
gan cara tersebut di atas, anggota KMT yang mermu-
n untuk berperan serta sepenuhnya pada kegiatan se
bermodalkan adanya perubahan pola berfikir, perila
idang kesehatan merupakan fakta adanya perubahan
kalangan mereka.

akat dalam wadah pengorganisasian dan pengembangan ma-
kegiatan (Ek,Kk,Aa) terpadu itu di jalankan. Kegiatan
ang inovatif, dikomunikasikan kepada anggota KMT untuk
tkan motivasi guna menyadari perlunya perubahan cara .
cara bersikap dan cara bertineck, sebagai langkah me-
bahan dalam pengetahuan, sikap dan perbuatan. Melalui
(Ek,Kk,Aa) dilaksanakan kegiatan dalam 3 aspek kesehat
.teliti sambil mengusahakan adanya kegiatan non-health.
itan non-health, para ahli membantu petugas kesehatan .
wenang guna menyukseskan kegiatan. Perlunya wewenang
ap kegiatan, sangat menentukan kesinambungan.

IT yang merupakan subjek dan objek pada eksperimen dan
k,Kk,Aa), mereka diikutkan sejak tahap perencanaan, pe
sampai dengan evaluasi keberhasilan kegiatan. Dengan
hasil kegiatan (Ek,Kk,Aa) dapat diterima sebagai milik.
memiliki . tercapai pada akhir kegiatan, proses pangen-
n berlangsung dengan penuh rasa tanggung jawab. Para
T yakin bahwa, apa yang mereka kerjakan itu, dari mere
mereka dan bila gagal akibatnya akan terpikul pada me-
Dengan cara tersebut di atas, anggota KMT yang mermu-
yakan untuk berperan serta sepenuhnya pada kegiatan se
gan bermodalkan adanya perubahan b... , perila
di bidang kesehatan merupakan f...
t di kalangan mereka

bungan dengan digunakannya hasil tahap I dan II sebagai pelaksanaan kegiatan di Congko, hal itu dilaksanakan karena anggota KMT di Congko memiliki karakteristik yang sama dengan masyarakat di lokasi penelitian sebelumnya.

kepercayaan, terdapat kesamaan dalam hal kepercayaan, kepatuhan, serta pelaksanaan upacara-upacara.

Anggota KMT dalam kegiatan sehari-harinya menunjukkan adanya kegotong-royongan, menghormati pimpinan/orang yang lebih tua serta norma dan nilai yang sama dengan warga masyarakat di lokasi penelitian I dan II.

Anggota KMT percaya bahwa anak kecil bila diberi lauk-pauk telur akan menderita penyakit cacangan ataupun bisulan. Mereka mempunyai kebiasaan buang hajat di tempat-tempat terbuang air yang tidak dimasak, para ibu menyusukan bayinya dan mengunjungi sanak keluarga/tetangga yang sakit.

Upacara, meskipun berbeda dalam istilah, namun pada dasarnya terdapat kesamaan. Terhadap penyakit sagala, bagi anggota KMT ataupun suku Bugis lainnya, menggunakan istilah pakku sebagai upacara dalam perawatan penyakit tersebut.

Upacara ini dikenal di lokasi penelitian lain dengan nama pakku pada suku Makassar, mammarakdia pada suku Mandar dan upacara untuk menghormati mabulawen pada suku Toraja.

Upacara ini dikenal bahwa sagala dapat "masuk ke dalam" bila diberi sunyi. Upacara ini dikenal sebagai sagala mallinrung bagi suku Bugis dan dikenal sebagai sagala memboni bagi suku Mandar.

nunjukkan adanya gotong-royong di kalangan anggota KMT
ada saat demonstrasi dalam aspek sanitasi lingkungan
. Bila semula diperkirakan bahwa pembuatan rangka un-
t "well-casing", merawatnya sampei siap pakai dan mele-
pada lubang tersedia akan sulit dilaksanakan, ternyata
anggota KMT yang terlibat, secara mudah mengerjakan-
adanya gotong-royong tersebut.

tu untuk melaksanakan bagian-bagian dari demonstrasi
.ankan dengan penuh rasa kekeluargaan. Setiap orang se-
anakan tugas yang dibebankan termasuk pengambilan pa-
ngai yang berjarak lebih dari 4 km. jauhnya.

ila di antara anggota wanita KMT, sifat bergotong-ro-
jelas terlihat pada demonstrasi pembuatan makanan de-
eatkan teknologi tepat guna. Mulai dari saling menga-
enghadiri demonstrasi, keserasian selama mengikuti ke-
ei dengan penyebaran informasi kegiatan yang akan da-
anggota wanita KMT menunjukkan sifat kekeluargaan di
ka. Sifat gotong-royong yang merupakan sifat khas In-
nyata merupakan milik para anggota KMT pula.

aruh panutan pada kegiatan terlihat pada upaya peman-
tan non-health. Ternyata bahwa, salah seorang di anta
KMT yang bersedia melanjutkan kegiatan walaupun ha-
merupakan tokoh masyarakat informal yang disegani.
ahwa, setelah adanya kesempatan untuk melakukan
eco, si tokoh informal, berhasil mengajak anggo

a untuk berperan serta dalam kegiatan non-health, beter
campung dengan teknologi peternakan moderen.

i kegiatan di Congkopun didapatkan bahwa meskipun dasar
lai sehat dimiliki oleh anggota KMT yang bermanifestasi
suk bentuk tegur-sapa dalam kata macengke (sehat); teta
nyataannya nilai "sehat" mereka masih berbeda dengan
iat" pada kesehatan moderen. Pada awal kegiatan, para
IT, seperti juga pada responden pada lokasi penelitian
n II, belumlah berperilaku sehat sebagai perilaku mere
hari.

n-uraian di atas terlihat bahwa, penggunaan pendekatan
safah "apa yang ada pada masyarakat" yang telah diurai
ian lain karya ini, merupakan pendekatan yang memanja-
-ilmu sosial dengan memperhatikan tata-cara hidup dan
lam masyarakat dimana anggota KMT berada. Begitu pula
bandingkan keadaan anggota KMT dengan warga masyarakat
i penelitian sebelumnya dengan memperhatikan berbagai
al tersebut di atas, terlihat bahwa proses yang ber
l Congko merupakan proses yang dapat pula berlangsung
l penelitian sebelumnya. Dengan demikian, pendekatan
safah "apa yang ada pada masyarakat" yang berisikan pe
n kesehatan, mungkin akan tepat pula disebutkan seba-
tan "mediko-sosio-antropologis".

i kegiatan di Congko dalam suatu analisis perilaku de-
dingkannya dengan analisis Green, Kar dan WHO terli-

ada beberapa perbedaan.

Perubahan pada perubahan pola berfikir sebagai dasar perilaku laku dengan memanfaatkan pendekatan "mediko-sosio-antropologi" dan disertai dengan adanya perbedaan latar belakang budaya, letak geografis serta tata-cara politik di suatu daerah, menempatkan perubahan perilaku yang terjadi di suatu daerah. Meskipun terdapat persamaan tetapi terdapat pula perbedaan mendasar dibandingkan dengan analisis Green, Kar dan

Perubahan kegiatan di Congko dalam bentuk formula, dapat dirumuskan sebagai berikut:

$$PS = f (Pb, Ek, Kk, Aa, Ed, Mm)$$

PS = perilaku sehat;

Pb = pola berfikir masyarakat;

Ek = ekonomi masyarakat terutama tingkat pendapatan keluarga;

Kk = kredibilitas komunikator kesehatan;

Aa = para ahli yang membantu petugas kesehatan yang berwenang untuk memecahkan masalah kesehatan dalam kegiatan non-health

Ed = pendidikan (edukasi) kesehatan terutama pada pemanfaatan pendidikan nonformal.

Mm = mutu masyarakat yang dibina, terutama tingkat pendidikan formal yang dimiliki sebagai dasar penunjang kegiatan

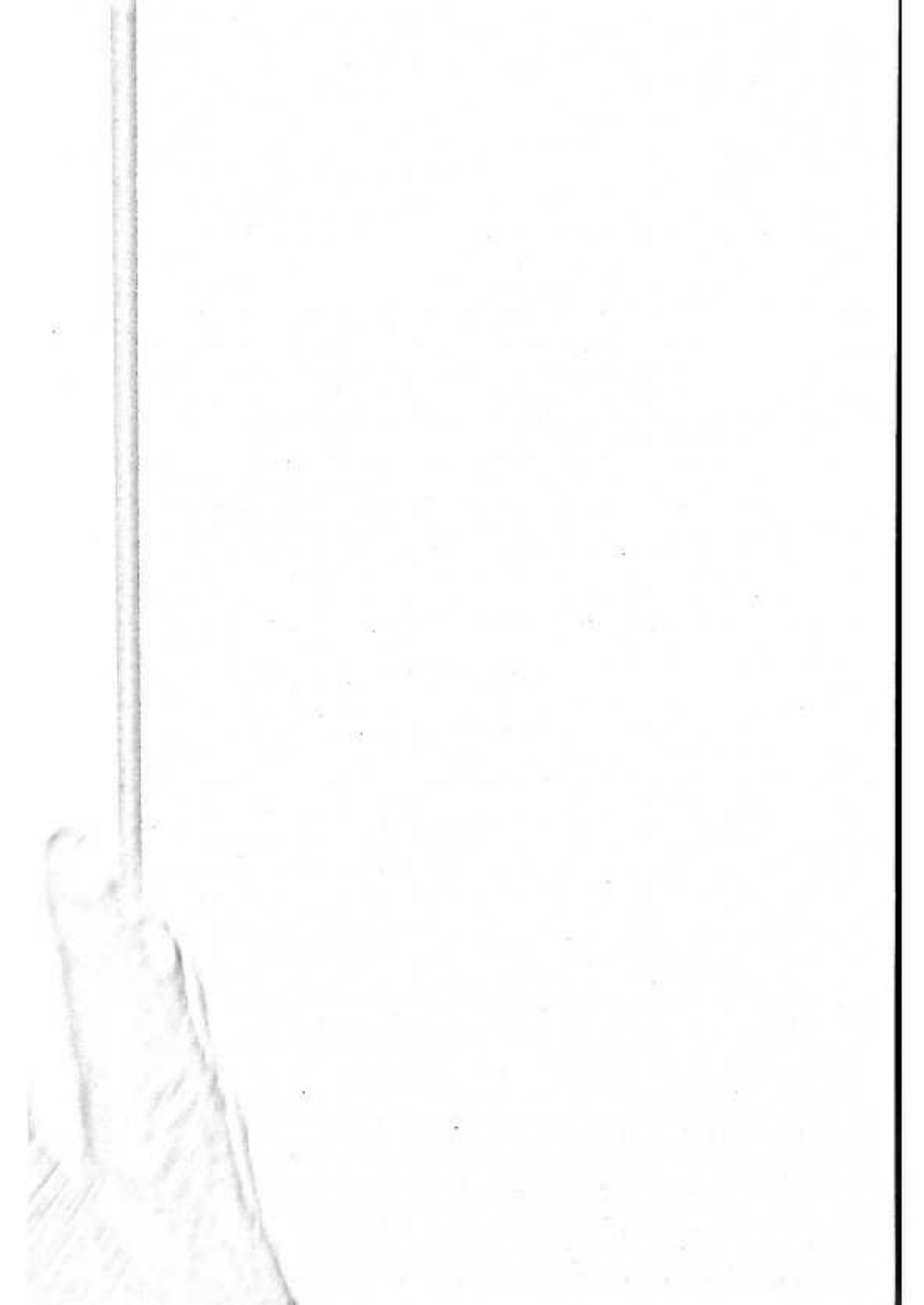
ula tersebut di atas diasumsikan dapat digunakan di mana saja, dapat dikerjakan oleh setiap petugas kesehatan dan kader kesehatan yang telah dibimbing sebelumnya.

Salah satu persyaratan yang harus dipenuhi bagi setiap masyarakat akan dijadikan objek penelitian dengan menggunakan formula tersebut di atas adalah bahwa masyarakat tersebut memiliki karakteristik sosio-antropologis dengan masyarakat Congko.

Salah satu penerapan formula, dengan memusatkan kegiatan pada kegiatan (Ek, Kk, Aa) dalam wadah pengorganisasian dan pengembangan kader serta menggunakan pendekatan "mediko-sosio-antropologis" masyarakat yang diikuti sertakan akan mudah dimulainya.

Salah satu aspek dan teknik tersebut di atas, komunikasi yang sederhana dan mudah dilaksanakan akan memberikan dampak positif untuk mudahnya masyarakat termotivasi untuk menerima informasi yang disodorkan pada mereka.

Salah satu faktor yang demikian, merupakan masyarakat yang telah ditingkatkan dan telah berubah pola berfikirnya. Masyarakat tersebut akan tampil sebagai masyarakat yang berperilaku se-



ngobatan tradisional ke pengobatan moderen.

konsep pengobatan dukun, terdapat keserasian wawasan pe-
antara mereka dan pengobatan moderen sehingga terda-
nyak 23,5% di antara penderita dapat dirawat secara
sama. Dalam perawatan ini, cara pengobatan yang dila-
kanlah secara pengobatan dokter-dukun (terkun).

konsep dan pelayanannya

konsep dukun terhadap timbulnya penyakit, perawatan
obatannya selalu dihubungkan dengan alam gaib, namun
beberapa kesamaan yang dapat dikembangkan sesuai de-
sepe kesehatan moderen, melalui (1) konsep timbulnya
berdasarkan interaksi penyebab penyakit, pejamu dan
an, (2) standarisasi jenis obat dan cara merawat be-
enyakit tertentu, dan (3) upaya peningkatan kesehatan
upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif;
s dukun terhadap pelayanan kesehatan moderen, sangat
an oleh faktor-faktor, (1) usia dukun, (2) tingkatan
an dukun, (3) jarak rumah dukun ke puskesmas, dan
nya melaksanakan praktik sebagai dukun;

si yang digunakan dukun umumnya belum ditera khasiat
ngisnya. Obat dukun umumnya, (1) dipilih berdasarkan
bolik, (2) dosis yang digunakan sesuai keadaan pende
sekitarnya sehingga besar dosis tidak menentu, (3)
obat terhadap penyakit cenderung hanya sugesti,

ng menggunakan bahan yang merugikan kesehatan, dan
upayakan adanya kesamaan warna antara obat dan gejala
;

un yang diteliti rata-rata berusia lanjut (64 tahun),
i antara mereka berusia (45-74) tahun, 88,57% dari du
yang buta huruf latin dan mereka rata-rata telah ber-
sebagai dukun selama 19,94 tahun.

aka didapatkan bahwa kesan bahwa "profesi" dukun tak
andalkan untuk menunjang taraf hidup yang layak dan
skan dukun yang berusia lanjut itu bekerja dalam
caharian yang lain untuk memenuhi kebutuhannya sehari

kecenderungan peraktek dukun akan berakhir dan diper
la pelayanan kesehatan moderen dapat diterima secara
tepat oleh masyarakat.

un yang semuanya memulai kariernya karena adanya mim-
dan hanya 11,4% karena belajar serta 11,43% karena
pada penelitian ini didapatkan bahwa tidak seorang-
ntara mereka mempersiapkan anaknya sebagai peng-
n semua putera/puteri dukun yang diteliti tidak seo-
bersedia menjadi dukun. Putera/puteri dukun yang dite
upakan warga masyarakat yang memanfaatkan puskesmas.

1) terciptanya perilaku sehat

hasilan penggunaan paket pendidikan yang berintikan mata didikan kesehatan masyarakat (PKM) pada perubahan perilaku anggota kelompok masyarakat terlatih (KMT) di Congko, se perhitungan statistik ternyata bermakna.

Un ekaperimen dilaksanakan dengan desain "The One-Group b-Posttest Design" dengan cara "before and after evalu- , tetapi kemaknaan perubahan perilaku yang terjadi, sa- andarung untuk dikatakan karena pengaruh penggunaan pa- ndidikan;

at nilai senat yang telah melantaga di dalam masyarakat arungkap dalam tegur-sapa yang menanyakan tentang kese- (maseraka). Nilai senat ini didukung oleh adanya kebia- ang sehat dalam aspek pelayanan kesehatan, peningkatan an sanitasi lingkungan.

ya para anggota KMT di Congko menazina perlakuan yang at inovatif itu, sangat dipengaruhi oleh penggunaan ko- si dan cara pendekatan yang sederhana, mudah dan tepat. endekatan yang digunakan di Congko itu disebutkan saba- ndekatan mediko-sosio-antropologis, suatu pendekatan da emanfaatkan "apa yang ada pada masyarakat";

pat digunakan untuk merubah perilaku para anggota KMT- ergolong dalam kategori berpendapatan kurang melalui ca anfaatkan teknologi tepat guna dan maningkatkan-~~nya~~ har-

erubah perilaku dalam suatu kegiatan pengembangan kese-
 perlulah dikelola 6 faktor pendukung yang terdapat pa-
 ap masyarakat. Secara analisis perilaku, kegiatan ter-
 irumuskan dalam bentuk:

$$PS = f (Pb, Ek, Kk, Aa, Ed, Mm)$$

PS = perilaku sehat;

Pb = pola berfikir masyarakat;

Ek = ekonomi masyarakat terutama
 tingkat pendapatan keluarga;

Kk = kredibilitas komunikator ke-
 sehatan;

Aa = para ahli yang membantu petu-
 gas kesehatan yang berwenang
 untuk memecahkan masalah kese-
 hatan dalam kegiatan non-health

Ed = pendidikan (edukasi) kesehatan
 terutama pada pemanfaatan pen-
 didikan nonformal;

Mm = mutu masyarakat yang dibina,
 terutama tingkat pendidikan
 formal yang dimiliki sebagai
 dasar penunjang kegiatan.

saran

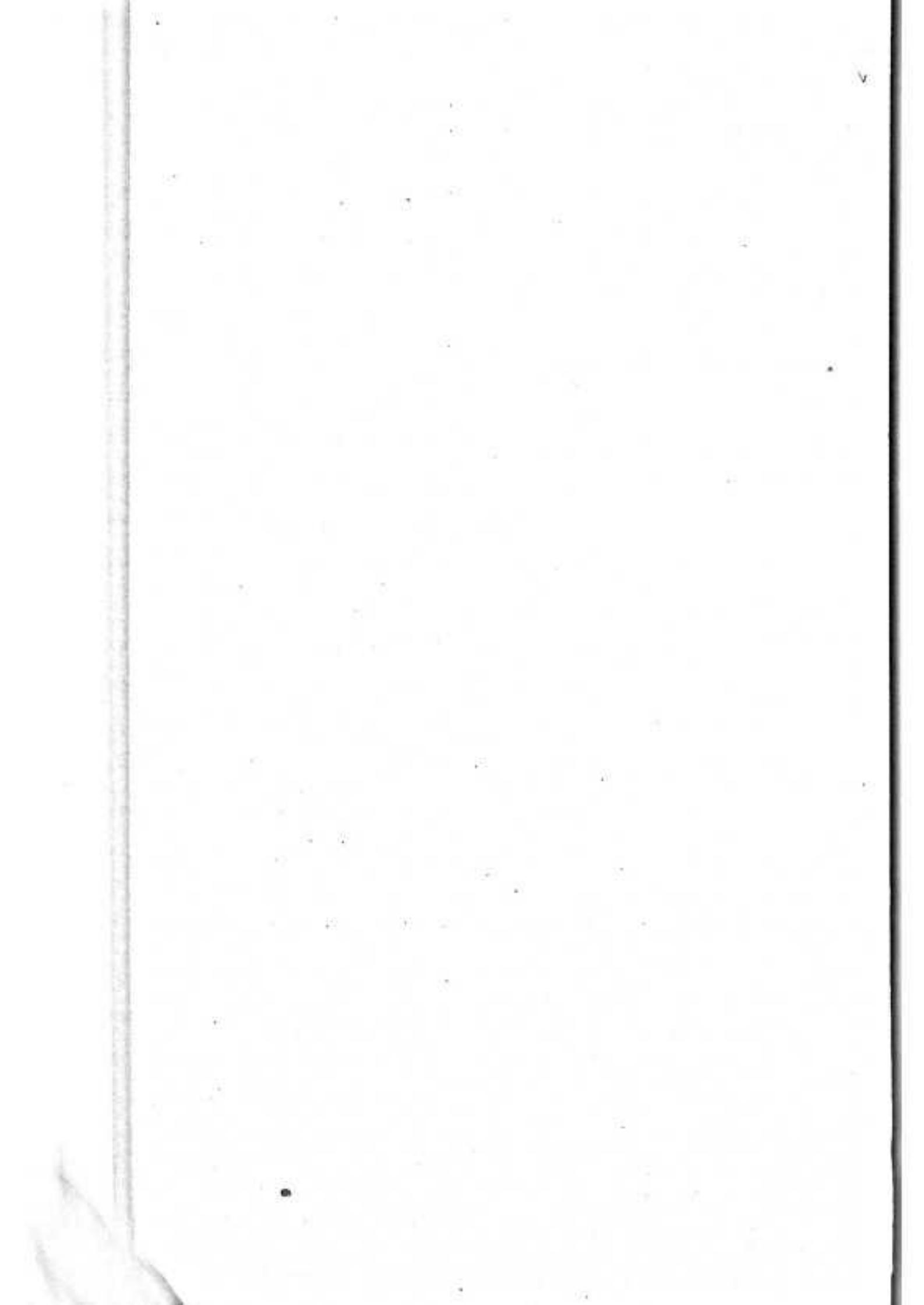
am upaya pengembangan kesehatan di pedesaan, peranan du
ng ada saat ini tidak dapat diabaikan.

di latihan dan penyuluhan kesehatan masyarakat, para du-
harapkan akan memiliki, (1) persepsi yang baik terhadap
itan moderen, (2) pengetahuan dasar tentang pelayanan ke
in, peningkatan gizi dan sanitasi lingkungan, (3) kemam-
untuk mengajak warga masyarakat untuk berperan serta da-
rogram kesehatan, (4) kesadaran untuk melaporkan kemati-
elahiran dan penderita penyakit yang telah diobati seca-
terhana di pos kesehatan dan tidak sembuh, dan (4) kemam-
untuk hidup secara wajar setelah memperoleh keterampilan
egiatan non-health;

nya para dokter puskesmas mendapat latihan/penyegaran da
il pengelolaan masalah kesehatan di pedesaan sebelum di
ckan pada puskesmas masing-masing. Keterampilan yang di-
eh ini, merupakan bagian dari hasil kegiatan pra-jabatan
a;

lukan penelitian ilmiah pada, (1) obat-obatan dukun yang
digunakan masyarakat guna mendapatkan khasiat yang se-
nya, (2) kegiatan dukun yang dapat membantu memasyarakat
sehatan moderen, dan (3) konsep dukun tentang kesehatan
ngurangi hambatan terhadap upaya pembangunan kesehatan

arankan untuk melakukan penelitian lanjutan dengan menggunakan formula, $PS = f (Pb, Ek, Kk, Aa, Ed, Mm)$. Penelitian ini dimaksudkan sebagai uji coba pada rumus sekali gus memperlihatkan peranan kader kesehatan, un yang telah dilatih, wanita dan generasi muda.



BAB VI
RINGKASAN

Mencapai hidup sehat seperti yang tercantum di dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) dan secara terinci dijabarkan di dalam Rencana Pokok Program Pembangunan Jangka Panjang bidang Kesehatan (RP3JPK), belumlah merupakan milik seluruh masyarakat. Kebijakan yang diungkapkan dalam rumusan Pancakarsa Husada, saya lebih memprioritaskan pencegahan daripada pengobatan. Cara ini belumlah sejalan dengan pengamalan kesehatan yang dilaksanakan oleh masyarakat. Pada mereka, pengamalan kesehatan lebihutamakan pada tindakan kuratif daripada preventif. Tindakan ini didasari oleh pengalaman mereka bahwa dengan pengobatannya lebih cepat terlihat dibandingkan dengan upaya pencegahan. Mereka melihat bahwa sebutir papaverin akan jelas terlihatnya mengatasi rasa sakit perut pada serangan penyakit muntah-berak, sedang di pihak lain mereka pun tahu bahwa program sama yang merupakan cara yang tepat untuk mengatasi penyakit muntah-berak itu, memerlukan waktu lama baru terlihat hasilnya. Alasan prioritas pada peristiwa tersebut di atas terjadi karena adanya perbedaan persepsi. Berlatar belakang perbedaan ini merupakan pendukung terjadinya perilaku yang tidak sehat dalam berbagai aspek kesehatan seperti, (1) pelayanan kesehatan, peningkatan gizi, dan (3) sanitasi lingkungan. Dari aspek pelayanan kesehatan terlihat bahwa tindakan preventif sangat mendasar pada konsep tindakan kesehatan masyarakat modern dibandingkan dengan tindakan kuratif.

tlah berbeda dengan konsep kesehatan moderen konsep-konsep
 dikemukakan oleh Hippocrates, para pengamal kesehatan Cina
 sonal, para dukun Ayurvedic ataupun dukun di kalangan suku
 di Sulawesi Selatan. Secara konsep kesehatan moderen, ti-
 h dikenal teori humoral dari Hippocrates, teori keselimbang
 n dan yang pada Cina tradisional, adanya makanan panas (ga
 dan dingin (tanda) sebagai penyebab penyakit pada konsep
 Ayurvedic serta terjadinya penyakit karena gangguan kese-
 gen tanah, air, api dan angin yang diemalkan oleh dukun su-
 gis. Teori-teori tradisional tersebut di atas pastilah ber-
 dengan teori Gordon dan LeRiche yang mengemukakan bahwa
 tinya penyakit karena interaksi antara bibit penyakit, pe-
 fan lingkungan. Namun demikian, dari berbagai sumber baik
 dikemukakan oleh Koentjaraningrat maupun data yang diperoleh
 da Survei Kesehatan Rumah Tangga tahun 1980, secara bersa-
 ra mengemukakan bahwa pengaruh dukun masih mewarnai jalur
 ratan di pedesaan.

paya peningkatan gizi, sebagian besar warga masyarakat ma-
 rcaya bahwa bila anak kecil diberi makan ikan akan menye-
 timbulnya penyakit cacingan. Pendapat ini tentunya amat
 karena ikan merupakan sumber protein yang sangat dibutuh
 pertumbuhan terutama bagi bayi dan balita. Salah satu
 i kekeliruan ini adalah tingginya angka kesakitan ka-
 an gizi. Kurang Kalori Protein (KKP) yang merupakan
 nyakit gangguan gizi dan diperkirakan bahwa 33% ba

yang mengidap berbagai tingkat KKP dan 3% di antaranya menderita yang buruk.

Aspek sanitasi lingkungan, masalah air minum dan jamban keluarga, merupakan masalah yang rawan dan memerlukan upaya untuk segera diatasi. Kebiasaan meminum air yang tidak sehat dan membuang najis di sembarang tempat merupakan kebiasaan buruk dan merugikan kesehatan. Dari berbagai data yang merupakan hasil berbagai penelitian, ditemukan bahwa, baru 18% penduduk di pedesaan yang mendapat air bersih dan hanya 20% yang telah mempunyai jamban keluarga.

Uraian-uraian tersebut di atas terlihat bahwa masalah kesehatan sangat erat hubungannya dengan perilaku masyarakat. Bila dilihat perilaku yang merupakan masalah kesehatan, para ahli kesehatan masyarakat sepakat bahwa untuk pemecahannya diperlukan proses pendidikan kesehatan masyarakat (PKM) yang menitikberatkan masalah inovasi, motivasi dan komunikasi.

Dalam penelitian ini, kegiatan yang dilakukan adalah untuk mengatasi masalah perilaku yang menyangkut ketiga aspek kesehatan tersebut di atas dalam suatu kegiatan terpadu berupa, (1) pendidikan kesehatan masyarakat sebagai dasar kegiatan untuk menyangkut perilaku masyarakat melalui perubahan pola berfikir mereka, (2) melakukan pengorganisasian dan pengembangan masyarakat sebagai wadah pelaksanaan kegiatan, (3) melakukan usaha kegiatan terpadu dalam aspek pelayanan kesehatan, peningkatan sanitasi lingkungan, (4) menggunakan teknologi tepat

yang mendukung usaha peningkatan kesehatan dengan memanfaatkan sumber daya alam setempat, dan (5) berusaha memanfaatkan kata-kata istilah-istilah populer yang berasal dari khasanah kearifan setempat dalam bentuk pendekatan "apa yang ada pada masyarakat" guna membantu keberhasilan penelitian.

Dalam pelaksanaan penelitian, diupayakan agar tujuan perilaku lebih diutamakan dari pada tujuan instruksional dalam suatu kegiatan berbuat sambil belajar. Dengan cara ini, dapatlah diharapkan bahwa masyarakat sasaran bukan saja tahu tentang kesehatan tetapi yang lebih penting lagi, mereka dapat berbuat untuk kesehatan. Melalui proses analisis perilaku, hasil penelitian diformulasikan menjadi suatu teknik untuk merubah perilaku masyarakat dan teknik tersebut akan dapat digunakan secara mudah dan tepat oleh semua petugas kesehatan dan bahkan para kader kesehatanpun mampu untuk menggunakannya setelah mereka dibimbing sebelumnya.

Tahap penelitian ini terdiri dari 3 tahap dengan tujuan untuk mempelajari faktor-faktor yang berkaitan dengan perilaku masyarakat terhadap kesehatan dan pelayanan kesehatan yang tersedia serta penggunaan proses pendidikan kesehatan masyarakat guna merubah perilaku menuju ke perilaku sehat.

Pada ketiga tahap penelitian dapat dikemukakan sebagai

penelitian pada tahap ini adalah, (1) untuk melihat peri

masyarakat terhadap kesehatan moderen, (2) untuk melihat
 ruh pendidikan formal dan pendapatan keluarga terhadap peri-
 sehat di dalam keluarga yang bersangkutan, dan (3) untuk me-
 jalur pengobatan yang digunakan masyarakat di pedesaan gu-
 ndapatkan perawatan dikala mereka sakit.

lam penelitian ini, sebanyak 400 responden yang diikuti ser-
 yang dipilih secara acak dari kerangka sampel yang disusun
 sarkan kriteria yang telah ditentukan sebelumnya.

la yang digunakan adalah survai eksploratif dengan mengguna-
 lafter pertanyaan yang telah dipersiapkan dan dipretest se-
 nya. Dari responden didapatkan, usia rata-rata 39,93 tahun,
 yak 320 orang (80%) berusia (20-49) tahun, sebanyak 79 orang
 75%) termasuk dalam kategori berpendidikan cukup, dan seba-
 195 orang (48,75%) termasuk dalam kategori berpendapatan

litian dilaksanakan di 4 lokasi yaitu, (1) Desa Labessi, Ke-
 tan Marioriwawo, Kabupaten Soppeng, (2) Desa Mosso, Kecamat-
 endana, Kabupaten Majene, (3) Desa Pangli-Palawa, Kecamatan
 an, Kabupaten Tana Toraja, dan (4) Desa Benteng, Kecamatan
 kala, Kabupaten Jeneponto.

litian ini dilaksanakan mulai bulan Maret 1981 sampai dengan
 nuari 1982.

r penelitian didapatkan bahwa, (1) tingkat pengetahuan,
 perbuatan responden terhadap kesehatan moderen, belum
 secara perhitungan statistik dengan menggunakan ru

kuadrat", didapatkan pengaruh bermakna tingkat pendidikan terhadap perilaku kesehatan keluarga lebih kuat dibandingkan pengaruh pendapatan, dan (3) terdapatnya 5 jalur jalan yang dapat dipilih oleh responden di waktu sakit guna tukan perawatan dan terlihat bahwa pengaruh dukun lebih kuat dibandingkan dengan pengaruh petugas kesehatan moderen.

II

penelitian pada tahap ini adalah, (1) untuk mendapatkan keyakinan dan konsep dukun terhadap penyebab penyakit, timpenyakit dan cara cara mengobati penyakit tersebut, dan untuk melihat loyalitas dukun terhadap pelayanan kesehatan

35 orang dukun diikuti sertakan dalam penelitian ini dan dipilih secara selektif sesuai kriteria yang telah ditentukan sebelumnya.

yang digunakan adalah studi kasus yang dilaksanakan dengan life history. Para dukun umumnya berusia lanjut dengan rata-rata 64 tahun, 68,57% berusia antara (45 - 74) tahun, yang buta huruf latin, dan mereka telah melaksanakan pekerjaan dukun rata-rata selama 19,94 tahun.

Penelitian sama dengan lokasi penelitian tahap I dengan diikuti sertakan beberapa dukun dari kalangan suku Kabupaten Bone, Kabupaten Wajo dan Kabupaten Bu

1. Penelitian berlangsung dari bulan Maret 1982 sampai dengan Februari 1983.

Hasil penelitian didapatkan bahwa, (1) tergantung dari harga ada setiap dukun, maka di dalam penampilannya didapatkan dukun yang memelas, wajar ataupun menantang, (2) semua kontingent penyebab penyakit, timbulnya penyakit serta pergo-perawatan penyakit tersebut, selalu dihubungkan dengan alam (3) terdapat unsur-unsur tindakan sesuai dengan kesehatan : dan pada beberapa cara perawatan/pengobatan dukun, dan (4) lo- s para dukun terhadap pelayanan kesehatan moderen, ditentu- eh usia dukun, pendidikan dukun, jarak rumah dukun ke sara- yanan kesehatan moderen (puskesmas) dan lamanya berperak- sebagai dukun.

Tahap III

Penelitian pada tahap ini adalah, (1) untuk memperlihatkan pengaruh pendidikan kesehatan masyarakat untuk merubah perilaku sehat menuju ke perilaku sehat melalui perubahan pola berfikir masyarakat dalam suatu wadah pengorganisasian dan pengembangan masyarakat yang memanfaatkan teknologi tepat guna serta istilah-istilah dari khasanah kebudayaan yang dapat menunjang pembangunan kesehatan, dan (2) untuk mendapatkan formula perubahan perilaku melalui analisis perilaku yang dapat dimanfaatkan secara mudahan tepat oleh setiap petugas kesehatan dan bahkan oleh petugas kesehatan yang telah diberi bimbingan sebelumnya.

ak 27 keluarga yang tergabung dalam Kelompok Masyarakat (KMT) diikuti sertakan dalam penelitian ini dan mereka adalah Promotor Kesehatan Desa (prokesa) pada Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD) di Lingkungan Congko, Kelurahan Labes- Kecamatan Marioriwawo, Kabupaten Soppeng. Pemilihan PKMD di Lingkungan Congko dilakukan secara selektif berdasarkan kriteria telah ditentukan sebelumnya.

yang digunakan adalah eksperimen yang dilaksanakan dengan desain "The One-Group Pretest - Posttest Design" dengan cara before and after evaluation". Pada penelitian ini digunakan pendekatan dengan falsafah "apa yang ada pada masyarakat" anggota KMT terbanyak (74%) berusia (20 - 49) tahun, 15 orang (59,26%) tergolong dalam kategori berpendidikan cukup, sebanyak 9 orang (33,33%) tergolong dalam kategori berpendapatan rendah dan 17 orang (62,96%) berpencaharian sebagai petani atau tani.

Penelitian berlangsung dari bulan Oktober 1984 sampai dengan bulan Januari 1986.

Hasil akhir penelitian didapatkan bahwa, (1) keberhasilan penggunaan paket pendidikan pada perubahan perilaku kesehatan anggota masyarakat bermakna dibuktikan dengan perhitungan statistik dengan menggunakan Mc.Nemar, (2) cara pendekatan dengan dasar falsafah "apa yang ada pada masyarakat" yang merupakan pendekatan "medis-antropologis", sangat membantu para anggota KMT un-

erubah tanpa sangat merasakan adanya inovasi yang ditunjukkan mereka, (3) ditemukan "nilai sehat" di dalam lingkungan ang KMT dan "nilai sehat" secara tradisional ini dapat dikem- an menuju "nilai sehat" secara moderen karena ditunjang o- ebiasaan baik di bidang kesehatan, dan (4) ditemukannya for $PS = f (Pb, Ek, Kk, Aa, Ed, Mm)$, formula untuk merubah pe- u melalui proses analisis perilaku.

terjadinya perubahan perilaku, diperlukan usaha-usaha un- erubah pola berfikir (Pb), meningkatkan pendapatan perkapi- isyarakat (Ek), perlunya kredibilitas (Kk) komunikator kese- , adanya ahli (Aa) yang membantu petugas kesehatan yang ber- ang untuk melaksanakan kegiatan non-health, adanya proses idikan (Ed) kesehatan untuk menyadarkan masyarakat tentang ingnya hidup sehat dan kegiatan pendidikan ini merupakan da kegiatan serta adanya masyarakat (Mm) yang bermutu karena di- dengan mengembangkan daya nalarnya sehingga mereka menjadi a masyarakat yang siap membangun.

gai kesimpulan bahwa perilaku masyarakat terhadap kesehatan . mlah memadai dan memerlukan perubahan bila diinginkan terca ya masyarakat sehat di pedesaan.

mping itu, pengaruh dukun masih mewarnai jalur pengobatan edesaan sehingga untuk suksesnya pembangunan kesehatan, pe- serta mereka saat ini perlu diperhitcngkan. Melalui cara ko

i yang tepat dan sederhana dalam suatu proses pendidikan an masyarakat (PKM), diharapkan "nilai sehat" yang telah dalam masyarakat dapat dikembangkan. Sebagai indikator inya tujuan ini, terjadinya perubahan persepsi, sikap dan u yang didasari oleh adanya perubahan pola berfikir.

Sebagai penutup, dikemukakan beberapa saran yang terutama an untuk mengatasi kesenjangan antara pelayanan kesehat- sional yang dilaksanakan oleh dukun dengan pelayanan ke moderen yang dilaksanakan oleh petugas kesehatan. Upaya asi kesenjangan itu, dilakukan dalam upaya promotif, pre- , kuratif dan rehabilitatif.

itnya diharapkan penelitian lanjutan yang menggunakan for $PS = f (Pb, Ek, Kk, Aa, Ed, Mm)$ dalam berbagai aspek kese yang belum diteliti guna menonjolkan peranan kader kese- dokun, wanita dan generasi muda dalam pembangunan kese-

CONCLUSION AND SUGGESTION

Conclusion

1. health behavior toward modern medicine

2. health behavior of respondents which is measured in component of knowledge, attitude and practice that covers, (1) health services, (2) nutrition, and (3) environmental sanitation, shows 50% lower than the criterion except for the practice on environmental sanitation;

3. statistical measurement, the influence of formal education toward health behavior of the respondents is more significant than the income per capita;

4. there are five ways that can be chosen for treatment when the respondent get sick. The utilization of puskesmas or traditional health services separately or the utilization of the puskesmas and traditional health services reciprocally or the combination of both facilities;

5. there is a tendency that the patients prefer to be treated by dukun than health worker at puskesmas. This is supported by the evidence that 63,25% of the respondents utilize both treatment, 29,75% utilize traditional treatment after modern treatment and only 10% utilize modern treatment after traditional ones;

6. based on the concept of the dukun, there is a concession between the dukuns and the health workers in treating the same patient. There are 23,5% of the respondents utilize this fa-

ty. This treatment is practically different from that of "kunjungan" treatment.

dukun, his concepts and services

through the concept of the dukun toward the occurrence of the diseases and its treatment is always related to supernatural causation, but there are some similarities which can be developed to be based on the practicing of modern medicine.

These are, (1) the occurrence of diseases based on interaction of agent, host and environment, (2) the standardization of drugs and the treatment of a disease, and (3) health development efforts through health promotion, prevention, cure and rehabilitation;

loyalty of the dukun towards the modern health service determined by, (1) age, (2) level of education, (3) the distance between the dukun's house and the puskesmas, and (4) the duration he has spent as a dukun;

the dukun's drugs are not standardized on pharmacological effect yet. The drug mainly, (1) have its symbolic effect, (2) have the indefinite dosage, (3) have suggestable effect only, (4) sometimes contain hazard materials, and (5) have a similar color with symptoms;

most of the dukuns are old-men, 68.57% in age between 45 to 60 years old, 88.57% are illiterate and the duration of practice in average is 19.95 years.

Therefore, being a dukun is not an appropriate job to support the daily

, therefore one has to find extra jobs;

dukuns begin to practice when they get a special message through dreams or inspirations. They are only 11.4% become dukun through learning and 11.4% because of heritage.

of the dukun's children wants to be a dukun. There is a tendency that traditional health services will finish and its process will be accelerated if the modern medicine can be properly accepted by the people in the community.

Health education and the existence of healthy behavior
success of health education process to change the behavior among the members of Trained Community Group (KMT) at Congko supported by a significant statistic measurement.

Through the experiment was carried out in design of "The Group Pretest-Posttest Design" without any control group, the change of behavior supports the successful of health education process;

Originally, there is a health value owned by the people in community. The word macengke (= health) they use to greet other people is a germ of a health development to reach a healthy community;

Reason why the members of KMT can be innovated easily because of the communication and technical approach are simple useful. The technical approach is called "medico-sociological" approach and it is an existence of what the

think, belief and practice.

Health education is exactly useful to change the behavior of members of KMT with low income category by using adapted technology by rising self-confidence; to change the behavior in a health development activities, we have to manage the following 6 supporting factors in the community. Using behavioral analysis techniques, the analysis can be formulated as follows:

$$PS = f (Pb, Ek, Kk, Aa, Ed, Mm)$$

Meaning is:

- PS = healthy behavior
- Pb = the way of thinking of the people in the community;
- Ek = economical level of the people in the community;
- Kk = credibility of the health communicators;
- Aa = the experts and his participation to support a non-health activities
- Ed = health education process emphasized on nonformal education activities;
- Mm = the quality of the people in the community as a basic factor to support the activities.

gestion

improve the health condition in rural areas, the role of dukun can not be avoided.

a special training and health education activities, the du will have, such as (1) a good perception toward modern medicine, (2) the basic knowledge on health services, nutrition and environmental sanitation, (3) the ability to encourage people to participate in a health program, (4) to report number of death, birth and the people who suffering from any chronic disease, and (5) to practice a good daily life support by a non-health activities.

new doctors need to be trained through a refreshing program to improve their abilities to deal with health problem their are. The training or refreshing programs is a part their preoccupational training.

couple of researches need to be carried out in a following subjects, (1) the examination of traditional drugs to find-out effects, (2) the dukun's activities which is improved to support modern medicine activities, and (3) the dukun's contribution on health in order to decrease the obstacles in developing health programs.

recommend a further research on behavioral analysis and

the formula $PS = f (Pb, Ek, Kk, Aa, Ed, Mm)$.

research is used to show the significant of the formula

the role of health cadre, the dukun, women and young generation on health development program.

SUMMARY

The healthy condition which is stated at National Health m (SKN) and specified at Long Term Development Health Prog- RP3JPK) is still not familiar to the community.

is a difference perception between a health worker and peo n the community. If the health worker gives priorities to nt the occurrence of the disease, on the other hand the com y prefer to cure the disease.

on their experience, the curative effect is more concrete prevention. As an example, a tablet of papaverine is more :tive to cure a stomach-ache than to ask the people to estab latrine in order to prevent gastro-intestinal disorder. The :rent perception on health will support the occurrence of neg : health behavior. The negative behavior on health services, :tion and environmental sanitation, can be easily found else

ifferent cocept between modern medicine and traditional med- : is an example on health service activities. No doubt, there very wide difference between Ancient Greek Concept, Ayurve- :concept and the concept of traditional healer (dukun) among :uginese in one hand and modern health concept such as the :ept of Gordon-LeRiche in the other hand.

rural area, one can easily find a negative behavior on nutri . The parents do not feed fish and eggs to the babies, due to

belief they will suffer from ascariasis and furunculosis.

Other behavior related to environmental sanitation are drink unboiled water, using the banks of the river as latrine and in an unhealthy house.

Traditional healers play an important role to treat the sick in rural area. This finding is strengthened by the relevant data based on House-hold Health Survey in 1980 and the research is done by Koentjaraningrat at Bagelen, Central Java.

For the health problem which is stated above related to human behavior, the public health experts suggest to use a health education process to overcome the problem by emphasizing innovation, motivation and communication activities.

In this research, the health problem is solved in an integrated activities, such as, (1) use the health education process to change the health behavior by way of changing thinking process, (2) establish a community organization and development activities basic research activities, (3) establish an integrated program activities on health services, nutrition and environmental sanitation, (4) utilize applied adapted technology base on local resources, and (5) use some popular terms in the community to get an efficacy result.

Learning by doing process is used to reach the objective in order to gain a skillful learner. They do not only master on health theory but have ability to practice as well. The result of the research can be easily used by pre-trained health worker or health

re.

reach the objectives, the research is done in three phases.

Phase I

objectives of the research are, (1) to observe the respondent health behavior toward modern medicine, (2) to observe the influence of formal education and income per capita of the respondent on his health behavior, and (3) to observe which facilities respondents use to treat their sickness.

There were 400 respondents involved in this research using explorative survey. Simple random sample is used to select representative samples.

The research was carried out between March 1981 and January 1982 at four locations, (1) Desa Labessi, Kecamatan Marioriwawo, Kabupaten Soppeng, (2) Desa Mosso, Kecamatan Sendana, Kabupaten Majene, (3) Desa Pangli-Palawa, Kecamatan Sesean, Kabupaten Tana-Tora and (4) Desa Benteng, Kecamatan Bangkala, Kabupaten Jeraponto. The results of the research are, (1) the level of knowledge, attitude and practice toward modern medicine are still low and lower than 50% of criterion available, (2) the statistical examination shows that the influence of formal education is more significant than the income per capita of the respondent, and (3) there are several ways to be used for treatment when respondent gets sick. The traditional healer plays more important role than the health worker in health treatment.

se II

jectives of the research are, (1) to find out the way think the traditional healer (dukun) toward the agent of dis- the occurrence of diseases, and the treatment of diseases, 2) to observe the loyalty of the dukun toward the modern services.

ere 35 dukuns involved in this research and they were se- by selective sampling method. The research was carried method of case-study together with life history technics. unks are old-man, illeterate and in average they have been g for 20 years.

earch was done in the same location of Phase I, involving uginese dukuns from Kabupaten Bone, Kabupaten Wajo and Ka- n Bulukumba. The research was hold between March 1982 and ri 1983.

sults of research are, (1) the self-confidence of dukun an important role in his performance especially when the encounters an emergency, (2) all concepts of the dukun are y related to supranatural condition, (3) there are some rities between modern medicine and traditional medicine, 4) the loyalty of the dukuns toward modern health serv- ely on the age of the dukun, his educational level, the on of the dukun and the duration of the service.

Phase III

objectives of the research are, (1) to show the role of health education to change the behavior in a community health organization and development activities, and (2) to find out a formula by which described how to change the behavior in a behavior analysis. There were 27 family members working in group, Trained Community Group (KMT). All of them are Rural Health Promoters (Prokesa) of Desa Marioriwawo, Kelurahan Labessi, Kecamatan Marioriwawo, Kabupaten Soppeng. The selection of the location is based on pre-determined criterion.

The experiment was carried out in a design "The One-Group Pretest Posttest Design". A special approach, "apa yang ada pada masyarakat" (base on what the community possess), a social-anthropological approach. Since it is dealing with medical massage, this approach can be called a "medico-socio-anthropological" approach.

The members of working group, 74% in age between 20 to 49 years, 59,26% is classified to be well-educated people, 33,33% is classified to be well-incomed people and 62,96% of them are farmers. The experiment was held between October 1984 and Januari 1986. The result of experiment are, (1) there is a significant statistic account on health education role to change the behavior, (2) "medico-socio-anthropological" approach is helpful to adapt innovation, (3) the changing of the value of "traditional health" to "modern health" value, and (4) the finding of a health

change formula, $PS = f (Pb, Ek, Kk, Aa, Ed, Mm)$.
 For healthy behavior, Pb is the way of thinking of the
 in the community, Ek is economical level of the people in
 community, Kk is credibility of the health communicators who
 the health information to the community, Aa is the expert
 for the authorize health worker to help people in non-
 activities, Ed is health education process emphasized on
 al education activities, and Mm is the quality of the
 in the community as a basic factor to support all activ-

It is concluded that the health behavior of the community
 in satisfactory level and the behavior should be changed
 ch a healthy community in rural areas.

gh there is a tendency that traditional health services
 e abandoned but in transition era, the dukun should be in-
 in a special training.

ial approach, "medico-social-anthropological" approach is
 o ask the dukuns to participate as motivators in health
 pment program.

ested that a program to be set up to cover the gap be-
 tional medicine and modern medicine. The efforts to
 ould be done in promotive, preventive, curative
 e activities.

to carryout a further research and using the
 (Ek, Kk, Aa, Ed, Mm) in other health aspects.

objective of the research is to show the significance of the
uoa and the role of health cadre, dukuns, the women and the
g generation.

TAKAAN:

- Dep. Kes. R.I. : Sistem Kesehatan Nasional
Dep. Kes. R.I. Jakarta, 1984.
- Dep. Kes. R.I. : Rencana Pokok Program Pem-
angunan Jangka Panjang Bi-
dang Kesehatan (1983/84 -
1998/99),
Dep. Kes. R.I. Jakarta, 1985.
- Dep. Kes. R.I. : Survei Kesehatan Rumah Tangga
1980, Data Statistik,
Dep. Kes. R.I.
Badan Penelitian dan Pengem-
bangan Kesehatan,
Pusat Penelitian Ekologi Ke-
sehatan, Jakarta, 1980.
- Koentjaraningrat : Javanese Magic, Sorcery and
Numerology,
"Masyarakat Indonesia",
Majalah Ilmu-Ilmu Sosial In-
donesia, Tahun ke- VI No. 1
1979, hal. 46.
- Mico dan Ross : Health Education and Behavioral
Science, Third Party Ass. Inc.
Oacland, Ca. 1975.
- Nyswander, D.B. : "What is health education?"
dalam : Leavell and Clark:
Preventive Medicine for the
Doctor in His Community, An
Epidemical Approach,
Robert E. Krieger Publishing
Co. 3 rd. Ed.,
Huntington, New York, 1979.
- Green, Lawrence W,
et.al. : Health Education Planning,
A Diagnostic Approach,
Mayfield Publishing Co.
First Ed. 1980.
- Rubinson, Laura and
Alles, Wesley F. : Health Education
Foundation for the Future
Times Mirror/Mosby College
Publishing,
St. Louis, Toronto, Santa Cla
ra, 1984.
- Mar'at : Sikap Manusia,
Pwrubahan Serta Pengukurannya,
Ghalia Indonesia, Jakarta, 1982.

10. Lewin, K. : Group Decision and Social Change,
 Dalam: G. Swanson, T.M. Newcomb &
 E.L.Hartley (Eds). Reading in a
 Social Psychology (Rev.Ed).
 New York, Holt, 1952 pp. 459-473;
 dalam: Di Vesta et.al.
 Educational Psychology, Instruct-
 ion and Behavioral Change,
 Appleton-Century-Crofts,
 Educational Division, Meredith
 Corporation, 1970, p. 500.
11. Roberts, Beryl J.: What is Health Education?
 The Process of Education, The Ban-
 dung Model,
 A Record of the Work Experience
 Program in Health Education Devel-
 opment, Min. of Health, Rep. of
 Indonesia, Office of Provincial
 Health Department, Bandung, West
 Java, 1974.
12. Edwards : "Psychological object"
 dalam: Mar'at: Ibid.
13. Rogers E.M. and : Communication of Innovation
 Shoemaker A Cross Cultural Approach
 Sec. Ed.The Free Press,
 New York, Collier McMillan,
 Ltd. 1971.
14. Hovland dan : "Kredibilitas Komunikator"
 Weiss dalam: Mar'at: Ibid. p. 58.
15. Walster et.al. : "Dapat Dipercaya"
 dalam: Mar'at: Ibid. p. 59.
16. Berlo, D.K. : The Process of Communication
 An Instruction to Theory and Pract
 ice, Holt, Rinehart and Winston,
 Inc. 1960.
17. Eyre, E.C. : Effective Communication Made Simple
 Richard Clay (The Chaucer Press)
 Ltd. Bungay, Suffolk.
 W.H. Allen & Company Ltd.
 44 Hill Street, London W1X8LB, 1979.
18. Hanlon, John J. : Public Health Administration and
 Practice, The C.V. Mosby Co.
 St. Louis, 1974. ✓

- Turner. C.E. : Malden Studies on health education and growth, Am.J.Public Health 18: 1217-1230, 1928
dalam: Lurna Rubinson and Wesley F. Alles: Ibid.
- Nyswander, D.B.: Solving School Health Problems: The Astoria demonstration study, New York, 1942. Commonwealth Fund; dalam: Lurna Rubinson and Wesley F. Alles, Ibid. p. 14.
- Soetjahja, Iwan: Pendidikan Kesehatan Masyarakat, Majalah "Prisma" No. 5 th. ke-III Oktober 1974.
- Hydrick, J.L. : Intensive Rural Hygiene Work and Public Health Education of the Public Health Service of Netherlands India, 1937.
- Pugh A.O. : Aspect of Rural Health: VI Health Education, Central African Journal of Medicine (Salisbury) 24(7), Jul. 1978.
- Sulianti, J. : Demonstration Area, Otu-Side of Yogya on Mother and Child Health Program dalam J. Leimena: Problems and Planning, N.V. v/n.G.C.T. Van Dorp & Co. Den Haag, Djakarta, 1956.
- Nugrono, G. : Dana Sehat Programme in Solo, Indonesia In Technologies for Rural Health, London Royal Society, 1977.
- Williams, P.B. : Need for a comprehensive health education programme in Nigeria. Royal Society of Health Journal (London) 100(3). Jun 1980, 90-94
- Soedarsono : Community health development: an experience from central Java, Indonesia dalam Sepulveda.C, Menta, N Eds. Community and Health an Inquiry into Primary Health Care in Asia, Bangkok, UN, Asian and Pacific Development Institute, UNAPDI Health Technical Paper No.35/BCS 4.1980, 177-185.
- Doctor, R.R. : Concept and model of PHC through restructure health care delivery system (RHCDs) in the Philippines, In Sepulveda et.al Ibid. 210-218

9. Dorji, F : Health care in Bhutan
in Sepulveda.C et.al.
Ibid. 162-166
10. Kim, K.H. : Community Health Demonstration
Project (CHDP), Hong Kong
In Sepulveda et.al Ibid.186-192.
11. Sein U.T. : Primary health care and basic
health services project:Burma
In Sepulveda et.al Ibid.167-171.
12. Shrestha, S.K. : Integrated basic health services
in the district of Para Narayani
zone Nepal, in Sepulveda et.al
Ibid. 198-203.
13. Tuan, N.M. : Some experiences concerning the
organization, function, activ-
ities and impact of primary
health care services in Viet Nam
In Sepulveda et.al Ibid.221-227
14. Chandrakapure : Padgha Project, Maharashtra State,
India, In Sepulveda et.al.
Ibid. 172-176
15. Galsandorj.B
Jadamba, Z : Rural health services in Monglia
In Sepulveda et.al. Ibid.192-197
16. Malyar,A.R. : Primary health care in Afganistan
In Sepulveda et.al.Ibid. 157-161.
17. Azwar, Asrul : Konsep dan Pelaksanaan Program KB
Terpadu dalam Upaya Peningkatan
Taraf Kesejahteraan Hidup Masyara-
kat, Majalah "Kesenatan Masyara-
kat Indonesia" Th.XV No.8, Maret,
1985.
18. Ngatimin, H.M.R. : "enuju Tercapainya Kesenatan Masya-
rakat Yang Optimal,
Makalah pada Kongres HIPIIS IV
di Palembang, Maret 1984.
19. Putu Lawa et.al. : Pengalaman Bandung
Hasil Kerja "apangan SHES di Ban-
dung dan sekitarnya,
Dina Kesenatan Prop.Jawa Barat
Bandung, 1974.

40. Azurin, J.C.(Ed). : Primary Health Care in National Development. "Thailand"
SEAMIC International Medical Foundation of Japan,
Toyo-kaiji Bldg.No.6
7-2 Shimbashi 4-chome Minato-ku,
Japan, 1981. pp.97-124
41. Azurin, J.C.(Ed). : Ibid. pp.124-145.
42. Rosekrans, M.A. : Imitation in children as a function of perceived similarity to a social model and vicarious reinforcement.
Journal of Personality and Social Psychology, 1967.7. 307-315.
dalam: Di Vesta et.al. Educational Psychology, Instruction and Behavioral Change,
Appleton-Century-Crofts,
Educational Division, Meredith Corporation, 1970 p.138.
43. Byrne,D : Interpersonal attraction and attitude similarity, Journal of Abnormal and Social Psychology, 1961, 62, 713-715
dalam: Di Vesta et.al. Ibid.p.139.
44. Brown,R.W. : Social Psychology
New York Free Press, 1965
dalam: Di Vesta et.al. Ibid.p.139.
45. Soekanto, Soerjono : Sosiologi suatu pengantar Edisi baru ke satu, CV Rajawali. ✓
Jakarta, 1982.
46. Biran, Zainul B : Partisipasi Masyarakat (suatu tinjauan psikologi sosial) Seminar Peran Serta Peserta Dalam Program BPDPK
Majalah KORPRI No.91,Th.VIII
Mei 1984. ✓
47. Mantra, I.B. : Partisipasi Masyarakat Dalam Program Kesehatan
Majalah KORPRI, Ibid. ✓
48. Mahler : "What is primary health care?"
WHO Chronicle, Vol. 35 No.5
World Health Organization,
Geneva, 1981. ✓

- . Koentjaraningrat : Kebudayaan Mentalitas dan Pembangunan,
P.T. Gramedia, Jakarta, 1982.
- . William, Robin K : American Society, sociological interpretation,
Sec.Rev.Ed. Alfred A.Knopf, New York, 1967.
Dalam: Soerjono Soekanto, Ibid.
- . Coertz (1973) : "mekanisme kontrol"
dalam Peraudi Suparlan: Masalah-masalah Sosial dan Ilmu Sosial Dasar,
Drs.A.W.Widjaja (Ed): Manusia Indonesia, Individu, Keluarga dan Masyarakat, Akademika Pressindo, CV.Jakarta, Agustus 1986. p.65.
- . Keesing, Robert K : New Perspective in Cultural Anthropology,
Keesing, Felix M New York, Holt, Rinehart and Winston,
Dalam: Drs. A.D.Widjaja, Ibid.
- . World Health Organization : Constitution of the World Health Organization,
Geneva, WHO, 1946
Dalam: Hanlon, John J. Ibid.p.4.
- . Gordon, J.E. dan : The Epidemiologic Method Applied
H.LeRiche ti Nutrition
Am.J.M.Sc 219: 321-345, 1950
dalam: Leavell and Clark: Preventive Medicine for the Doctor in His Community, An Epidemical Approach, Robert E.Krieger Publishing Co. 3 rd.Ed. Huntington, New York, 1979.
- . Chadwick and Mann, : "Hippocrates Corpus"
(1950:5) dalam: George M.Foster and Barbara G.Anderson: Medical Anthropology. John Wiley & Sons, New York, 1978.
- . Abu Hamid : Personnal Communication,
Tokoh Kebudayaan Sulawesi Selatan di Ujung Pandang, Juli 1982.
- . Pellegrino, E.D. : Medicine, History and the Idea of
(1963:10) Man. In Medicine and Society, J.A.Clausen and R.Straus Eds.pp.9-20
The Annals of the American Academy of Political and Social Science 346.
dalam: G.M.Foster & B.G.Anderson: Medical Anthropology, Ibid. p.39.

58. Pellegrino, E. D. : Ibid.
(1963:10)
59. Jelliffe, Derrick B. : Social Culture and Nutrition
(1957) Cultural Blocks and Protein
Malnutrition in Early Child-
hood in Rural West Bengal.
Pediatrics 20:128-138
dalam: G. M. Foster & B. G. Anderson
Medical Anthropology, Ibid,
p. 60.
60. Glick, Leonard B. : Medicine as an Ethnographic
(1967) Category: The Gimi of the New
Guinea Highlands, Ethnology
6:31-56.
dalam: G. M. Foster & B. G. Anderson
Medical Anthropology, Ibid.
p. 55
61. Middleton, John : The Study of the Lugbara:
(1970) Exoectation and Paradox in An-
thropological Research,
New York, Holt, Rinehart and
Winston,
dalam: G. M. Foster & B. G. Anderson
Medical Anthropology, Ibid.
p. 43.
62. Hallowell, A. Irving : Ojibwa World View and Disease,
(1963) In Man's Image in Medicine and
Anthropology, I. Galdston, Ed.
pp. 258-315, New York: Internation-
al Universities Press.
dalam: G. M. Foster & B. G. Anderson
Medical Anthropology, Ibid.
p. 44
63. Harwood, Alan : Some Social Structural Conse-
quences of Divination as Diagno-
sis Among the Safwa,
dalam: Landy David: Culture, Dis-
ease and Healing,
Macmillan Publishing Co. Inc.
New York, 1977.
64. Badoe : Personnal Communication
Tokoh Kebudayaan Mandar Sulawe-
si Selatan di Majene,
Kab. Majene, Desember 1981. ✓

5. Lieban, Richard W (1962) : The Dangerous Inkantos: Illness and Social Control in a Philippine Community, American Anthropologist 64:306-312 dalam: G.M. Foster & B.G. Anderson Medical Anthropology, Ibid. p. 43.
6. Nasyrudin : Personal Communication Tokoh Masyarakat Kabupaten Soppeng di Takalala, Kabupaten Soppeng, Desember 1981.
7. Buschkens, W.F.L. dan Slikkerveer, L.J.: Health Care in East Africa, Illness Behavior of the Eastern Oromo in Hararge, Ethiopia Van Gorcum & Co. B.V. Postbus 43 9400 AA Assen, The Netherlands, 1981.
8. Opler, M.E. : The Cultural Definition of Illness in Village India, Hum. Org. 22, 32-5 dalam: Margaret Read: Culture Health and Disease, Tavistock Publication, 1966, p. 28
9. Walinono, Hasan : "Makkasuwieng" dalam Tanete Suatu Studi Sosiologi Politik, Disertasi pada Universitas Hasanuddin, Ujung Pandang, 1979.
10. Hamzah dg. Mangemba : Corak Kebudayaan Indonesia Bag. I LPPIS, Unhas, Ujung Pandang, 1975
11. Blum, H.L. : The Planning for Health, Development and application of social Change Theory, Human Sciences Press, New York, dalam Solita Sarwono dkk: Pengantar Pendidikan Kesehatan Masyarakat, Departemen Pendidikan Kebudayaan Universitas Indonesia, FKM, Jakarta, 1984.
12. Ngatimin, H.M.R. : Dampak Pada Kesehatan Masyarakat Makalah pada Kursus Dasar-Dasar Analisis Dampak Lingkungan, tgl. 2 s/d. 17 Desember 1986 di PSL Unnas, Ujung Pandang.

73. Abunaim, Djumadias : Sikap-Sikap Masyarakat Dengan Kebiasaan Menyusui, Seminar sehari menunjang peningkatan penggunaan ASI melalui perangkat legistasi, Jakarta. 10 Agustus 1983.
74. Adiningsih, Sri : Pola menyusui dan Pertumbuhan Anak di bawah Usia 24 Bulan di Dalam Masyarakat Desa Suku Madura, Thesis magister Science, Universitas Airlangga, Surabaya, 1983.
75. Dwyer, Johanna T. : Berkurangnya Kebiasaan Menyusui: Cara-Cara iklan, Kemalasan atau Masyarakat? Berita Unicef no. 24/ 1977 Jakarta, 1977.
76. Sianipar, T : Obat dan Matera: Segi-segi Peranan Dukun Dalam Masyarakat Bugis-Makassar, Laporan Penelitian, Pusat Latihan Penelitian Ilmu-Ilmu Sosial, Ujung Pandang, Desember, 1977.
77. Lapau, Buchari : Pelayanan Kesehatan Moderen dan Tradisional, Satu Penelitian Kasus Tentang Pembanguna Kesehatan Masyarakat Desa di Desa Pajalesang dan Macanre, Kabupaten Soppeng Pusat Penelitian Ilmu-Ilmu Sosial, Ujung Pandang, 1978.
78. Ngatimin, H.M.R. : Perilaku Sehat Merupakan Indikator Keberhasilan Pembangunan Kesehatan. Makalah dibawakan pada Kongres Nasional IV IAKMI - Tgl. 2 s/d. -5 November 1986 di Ujung Pandang.

9. Sadli, Saperinan dan Tan, Mely G. : Penelitian Ilmu-Ilmu Sosial dan Wadan Profesi ilmuwan Sosial Dalam Sistem Kesehatan Nasional, dalam: Koentjaraningrat dan A.A. Loe din (Eds) Ilmu-ilmu sosial Dalam Pennangunan Kesehatan, P.T. Gramedia, Jakarta, 1985.
0. Maclean, Una : Megical Medicine, A Nigerian Case-study Cox & Wyman Ltd. London, 1974.
1. Torrey, E.Fuller : The Mind Game: Witchdoctors and Psychiatrics, New York, Emmerson Hall, 1972, dalam: G.M. Foster&B.C. Anderson, Medical anthropology Ibid. p. 102.
2. Balzer, Marjorie Mandestam : Doctors or Deceivers? The Siberian Khanty Shaman and Soviet Medicine, dalam: Romanucci-Ross, Lola: The Anth ropology of medicine, From Cul ture to Method, Preager Special Studies, Preager Publishers, 1983
3. Reichel-Dolmatoff et.al. : The People of Aritama, The Cul tural Personality of a Colom-bian Mestizo Village, dalam: G.M.Foster et.al. Ibid. p. 102.
4. Mattulada : Beberapa Aspek Sosio-cultural Dalam Upaya Pembangunan Kesehat an, KPPIA IV, Pak. Ilmu-Ilmu Ke dokteran Unhas, 1981.
5. Nurge, Ethel : Etiology of illness in Guinhan-den, American Anthropologist 60: 1158-1172, 1958, dalam: G.M.Foster et.al Ibid. p.54.
6. Suarez, Maria Matilde : Etiology, Hunger and Folk Disease in the venezuelan Andes. Journal of Antnropology Research 30:41-54, 1974, dalam: G.M.Foster et.al. Ibid. p.54.
7. Foster, George M dan Barbara G.Anderson : Medical Anthropology John Wiley & Sons, New York, 1978, p. 54.

1. Aminullah, Erman : Program Imunisasi: Sebuah Tujuan Kebutuhan, Pengadaan dan Penggunaan Vaksin. Berita Ilmu Pengetahuan dan Teknologi, Th. ke- 29 No. 1, 1985. Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia, LIPI, Jakarta, 1985.
2. Foster, Stanley O. : Immunizable and Respiratory Diseases and Child Mortality, Population and Development Review, Vol. 10, 1984, The Population Council Inc. New York, 1984.
3. Gunawan, S : Pengembangan Program Imunisasi di Indonesia Strategi Penelitian Dan Strategi Program Untuk Intensifikasi Penurunan Mortalitas Bayi dan Anak di Indonesia, Proyek penelitian morbiditas dan mortalitas Universitas Indonesia, Ford Foundation dan Unicef, Laporan Seminar 25-29 Mei 1984 di Jakarta.
4. Gunawan, S : Kebijakan dan Hambatan Dalam Pelaksanaan Pengembangan Program Imunisasi, Memasyarakatkan Imunisasi Dalam Rangka Penurunan Mortalitas Bayi dan Anak, Laporan Simposium, Jakarta 25 Februari 1985. Proyek Penelitian Morbiditas dan Mortalitas, Universitas Indonesia, Jakarta, 1985.
5. Ngatimin, H.M.R. : Peran Serta Masyarakat di dalam Upaya Meningkatkan Pemanfaatan Imunisasi, Majalah "Kesehatan Masyarakat Indonesia" Th. XV, No. 6, Januari 1985.
6. Musa, Dahlan Ali : Peranan Pencegahan Khususnya Imunisasi Dalam Penurunan Angka Kematian Bayi di Indonesia. Majalah "Kesehatan Masyarakat Indonesia" Th. XV No. 9, 30 April 1985.

- Sudiyanto : Imunisasi di Indonesia
Majalah Komunikasi Kesehatan
No. 12, Januari 1985,
Dep. Kesehatan R.I. Jakarta
1985.
- Singarimbun, Masri et.al : Some Factors Affecting Use of
Childhood Immunization
Child Survival no.7
International Population Dyn-
amics Program, Department of
Demography, Research School of
Social Science,
Australian National Univ.
- Prim (Peayadur) : Kebijaksanaan Direktur EPIM
Dalam Pelita IV, Khususnya
Program Imunisasi,
Majalah "Kesehatan" no. 110
th. 1985. Dep.Kes.R.I.
Jakarta, 1985.
- Budi Utomo dan
Sihotang, Sahat : Kematian Bayi dan Anak di Indo-
nesia, bibliografi beranotasi,
Kelompok Studi Masalah Kesehat-
an Masyarakat Kota,
Pusat Penelitian UNIKA ATMA JA-
YA, Jl. Jenderal Sudirman 49A,
Jakarta, 1986. p. ix.
- Abunain, Djumedias : Sikap-Sikap Masyarakat Dengan
Kebiasaan Menyusui,
Kumpulan Makalah, Seminar se-
hari menunjang peningkatan
penggunaan ASI melalui perang-
kat legistasi,
Jakarta, 10 Agustus 1983.
- Aciningih, Sri : Pola Menyusui dan Pertumbuhan
Anak di Bawah Usia 24 Bulan di
Dalam Masyarakat Desa Suku Ma-
dura,
Thesis magisters Science, Uni-
versitas Airlangga, Surabaya,
1983.
- Ngatimin, H.M.R. : Pengetahuan dan Sikap Masyara-
kat Terhadap Pelayanan Kesehat-
an Melalui Puskesmas,
Penelitian Unhas tahun 1980/81
(Unpublished Paper).

01. Enoch, Muhammad dan Djumadiaz Abunain : Pemberian ASI, Susu Botol dan Makanan Sapihan Dalam Hubungannya Dengan Diare Pada Bayi di Jakarta, Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi, Bogor, 1980.
02. Suradi, Rulina et.al : The Attitude of Breast feeding. Majalah Paediatrica Indonesia 20, 1980 p.14-24 Bagian Ilmu Kesehatan Anak FK-UI, Jakarta, 1980.
03. Utama, Elizabeth : Sistem Legistasi Industri Susu Formula di Indonesia Kurang Menjamin Kelestarian Pola Pemberian ASI Kumpulan Makalah, Seminar sehari menunjang peningkatan penggunaan ASI melalui perangkat legistasi, Jakarta, 10 Agustus 1983.
04. Sutoto : Angka Kematian Bayi dari Upaya Penurunannya di Indonesia, Majalah "Kesehatan Masyarakat Indonesia" Th.XV No.5 Desember 1984.
05. Ismail, Rusdi dkk. : Pemakaian Air Susu Ibu di Kota Madya Palembang. Kumpulan Makalah Ilmiah ke-VI, Badan Gastroenterologi Anak Indonesia, Ujung Pandang, 11-12 April 1979, Sekretariat PP-EKCAI Bag. Ilmu Kesehatan Anak, FKUI-RSCM, Jakarta.
06. Indrawati L.Ratna : The Hazards of Malnutrition in Early Infancy, Paediatrica Indonesiana, No.16 Jan-Feb. 1976, Bag. I.K.Anak FK-UI, Jakarta, 1976.
07. Jahari, Abas Basu : Indikator Status Gizi Untuk Memperkirakan Perubahan Tingkat Resiko Kematian Pada Anak-anak, Bulletin Gizi no.3 th. 1985 Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi, Bogor, 1985.

- Edema, J.M. : Social Phenomena and the planning of nutrition education programme, Social Science and Medicine (Aberdeen, UK), 15A(5), Sep 1981, 713-719.
- Tumbelaka, W.A.F. JCL. : Peranan ASI Dalam Pembangunan Manusia Indonesia Seutuhnya, Universitas Indonesia, Jakarta, 1981.
- Prawirosuyanto, Sunarto : Peranan Produsen Susu Makanan Bayi Untuk Meningkatkan Kesehatan Masyarakat, Kumpulan Makalah: Seminar sehari menunjang peningkatan penggunaan ASI melalui perangkat legiatasi, Jakarta, 10 Agustus 1983.
- Pudjiadi, Solihin : Sifat-sifat dan Kegunaan Pelbagai Jenis Formula Bayi dan Makanan Padat Yang Beredar di Indonesia. Fak. Kedokteran UI, Jakarta, 1983.
- Tandijo, D dan Indrawarman: Aspek Sosial Ekonomi Keluarga Bayi Minum ASI atau Susu Buatan di Kodya Surakarta, Majalah Kedokteran "Sebelas Maret", Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret No.7/th.II, 1982. Fak. Kedokteran Universitas Sebelas Maret, Solo, 1982.
- Soekirman : Beberapa Fakta Baru Tentang ASI, Susu Formula dan Kematian Bayi, Kursus Penyegar Ilmu Gizi dan Kongres Persagi VI, Jakarta, 1983.
- Indrawati L. Katna : Aspek Gizi Pada Pencegahan Penyakit Infeksi Pada Anak, Continuing Education: Ilmu Kesehatan Anak, no 1 Juni 1980; Bag. Ilmu Kesehatan Anak, FK Unair/RS Dr. Soetomo, Surabaya, 1980.

115. Ngatimin, H.M.R. : Memasyarakatkan Nilai Hidup Sehat di Pedesaan, Makalah pada Kursus Penyegar dan Penambah Ilmu Kedokteran ke-VI, Fak. Kedokteran UKZAS, tgl. 5-7 September 1985 di Ujung Pandang.
116. Departemen Kesehatan R.I. : Hasil Penilaian Pertengahan Pelita III Program Penyuluhan Kesehatan Masyarakat Daerah Bina Empat Propinsi, Bidang Consumer/Penerima Pelayanan, Dir. Penyuluhan Kesehatan Masyarakat, Dit. Jen. Pembinaan Kesehatan Masyarakat, Dep. Kesehatan R.I. Jakarta, Mei, 1982.
117. Rachmadi Purwana : Higiene dan Sanitasi untuk Kepariwisata, Majalah "Kesehatan Masyarakat Indonesia", Th. XV, No. 5 Desember 1984, hal. 279.
118. Dinas Kesehatan Kabupaten Soppeng : Laporan Kegiatan Prokesa di Kecamatan Marioriwawo, Kabupaten Soppeng. Tidak Dipublikasikan, th. 1982.
119. Staton, Thomas F. : How to Instruct Successfully McGraw-Hill Book Co. Inc. New York, 1960.
120. Bloom, Benjamin S. (Ed.) : Taxonomy of Educational Objectives, Longmans, Green and Co. Toronto. 1956.
121. Caldwell, John C. : Education as a Factor in Mortality Decline: An Examination of Nigerian Data, dalam: Proceeding of the Meeting on Socioeconomic Determination and Consequences of Mortality, New York, Geneva: U.N. WHO, dalam: Mosley et.al: Suatu Kerangka Analisis Untuk Mengkaji Tahan-Hidup Anak di Negara Sedang Berkembang, dalam: Koentjaraningrat dan Loedin (Eds): Ilmu-Ilmu Sosial Dalam Pembangunan Kesehatan, P.T. Gramedia, Jakarta, 1985.

2. Sukanto : Analisis Masalah & Peristiwa Beberapa Masalah Penciptaan Kesejahteraan Masyarakat, CSIS, Harian "Suara Karya" No. 4651 Th.XVI Hal.V tgl. 5 Agustus 1986.
3. Sayogyo, Ny. Pudji-wati : Sosiologi Pembangunan Fakultas Paeca Sarjana IKIP Jakarta bekerja sama dengan BKKN, Jakarta, 1985.
4. Grossman, Michael : "The Correlation Between Health and Schooling" Conference on Research in Income and Wealth, Household Production and Consumption, National Bureau of Economic Research, in press, dalam: Victor R. Fuchs: Who Shall Live, Health Economic, and Social Choice, Basic Book Inc. Publishers, 1974. p.46.
5. O'Hara, Donald J. : Toward a Model of The Effects of Education on Health, dalam: "The Effects of Education on Health", World Bank Staff Working Paper No. 405, July 1980, p.35
5. Denison, Edward : The Sources of Economic Growth in the United States, Washington D.C. The Brooking Institution, 1962 dalam: Susan H.Cochrane et.al. The Effects of Education on Health, World Bank Staff Working Paper No. 405, July 1980, p.35
7. Schutz, T.W. : "Reflections on Investment in Man," Journal of Political Economy. 70 (4,II) October, 1962, pp. 1-8 dalam: Susan H.Cochrane et.al. The Effects of Education on Health, Ibid.
3. Becker, Gary S. : Human Capital, New York: Columbia University Press, 1962. dalam: Susan H.Cochrane et.al. Ibid.

129. Michael, Robert : "Education and the Derived Demand for Children" Journal of Political Economy vol. 81 (2,II) March/April 1973. pp. 5128-5164.
dalam: Susan H.Cochrane et.al Ibid.
130. Fuchs, Victor R. : Who Shall Live? Health Economic and Social Choice, Basic Book, Inc. Publishers, 1974.
131. Christiansen, N
L.Vuori, J.O. Mora
dan M.Wagner : "Social Environment as it Relates to Malnutrition and Mental Development." Early Malnutrition and Mental Development. Edited by J.Cravioto, L.Hambreus and B.Vahlquist. Stockholm: The Swedish Nutrition Foundation, 1974.
dalam: The Effects of Education on Health, Ed. Susan H.Cochrane et.al. World Bank Staff Working Paper No. 405, July, 1980.
132. Cravioto, J dan
E.L. DeLicardie : "Longitudinal Study of Language Development in Severely Malnourished Children." Nutrition and Mental Functions Edited by G. Serban, New York: Plenum Press, 1975.
dalam: Susan H.Cochrane. Ibid.
133. Kanawati, A.A. dan
D.S. McLaren : "Failure to Thrive, in Lebanon" Acta Paediatrica Scandinavica, vol. 62 (1973), pp. 571-576
dalam: Susan H. Cochrane. Ibid.
134. Burgess, H.J.,
A.Burgess dan E.F.
Wheeler. : "Results and Appraisal of a Nutrition Survey in Malawi" Tropical Geographic Medicine vol. 25, No.4 (1973) pp. 372-380
dalam: Susan H. Cochrane. Ibid.
135. Johnston, F.E.,
Scholl, T.O., New-
man, B.C., Cravioto, J
and De Licardie, E.R. : Analysis of environmental variables and factors associated with growth failure in a Mexican village,
Human Biology (Detroit, Mich). 52(4). Dec. 1980, pp.627-637.

136. Selowsky, M dan L. Taylor : "The Economics of Malnourished Children: An Example of Disinvestment in Human Capital." Economic Development and Cultural Change, vol. 22 No. 1 (1973) pp. 17-30
dalam: Susan H. Cochrane. Ibid.
137. Al-Isi, I.J. A.A. Kanawati dan D.S. McLaren : "Formal Education of Mothers and Their Nutritional Behavior." Journal of Nutrition Education vol. 7 no. 1 (1975) pp. 22-24
dalam: Susan H. Cochrane. Ibid.
138. Westcott, G.M. dan R.A. Scott : "The Effect and Causes of Malnutrition in Children in the Tsolo District of Transkei." South African Medical Journal vol. 52 no. 24 (1977) pp. 965-968.
dalam: Susan H. Cochrane. Ibid.
139. Burgess, H.J.A., Susan Cole-King dan Ann Burgess : "Nutritional Status of Children at Namitambo, Malawi." Journal of Tropical Medical Hygiene 75 (3) (August 1972) pp. 143-8
dalam: Susan H. Cochrane. Ibid.
140. Graves, P.L. : "Nutrition and Infant Behavior: A Replication Study in the Kathmandu Valley, Nepal." American Journal of Clinical Nutrition vol. 31 (1978) pp. 541-551
dalam: Susan H. Cochrane. Ibid.
141. Molteno, C.D., Hollingshead, J., Moodie, A.D., Willoughby, W dan Bowie, M.D. : Study on child development in Cape Town; the cohort and sample. South African Medical Journal (Cape Town), 58(18), 1 Nov. 1980 pp. 729-732.
142. Lambert, J. : Papua New Guinea's National Food and Nutrition Policy, Food and Nutrition (Rome) 6(1), 1980, pp. 28-33.
143. Gueri, M. : Childhood malnutrition in the Caribbean, Bulletin of the Pan American Health Organization (Washington, D.C.) 15(2), 1981, pp. 160-167.

144. Preston, S.H. dan R. Gardner : "Factors Influencing Mortality Levels in Asia: International Comparisons and a Japanese Case Study." Presented at the Seventh Summer Seminar in Population, June 14-18, 1976, East-West Population Institute, Honolulu, Hawaii.
145. Cochrane, Susan H. (Ed.) : Life Expectancy and Per Capita Income: The Evidence, The Socioeconomic Determinants of Mortality: The Effect of Education on Health, World Development Bank Report, 1980 p.5
146. Rodgers, G.B. : "Income and Inequality as Determinants of Mortality: An International Cross-Section Analysis," Population Studies, vol.33 no.2 (July, 1979) pp. 343-350. dalam: Susan H. Cochrane, Ibid.
147. Stockwell E.G. dan B.W. Hutchinson : "A Note on Mortality Correlate of Economic Development." Population Review, vol. 19 (January - December 1975) pp. 46-50 dalam: Susan H. Cochrane. Ibid.
148. Shin, Eui Hang : "Economic and Social Correlates of Infant Mortality: A Cross Sectional and Longitudinal Analysis of 63 Selected Countries." Social Biology vol.22 no.4 (Winter 1975), pp. 315-325. dalam: Susan H. Cochrane. Ibid.
149. McKeown, T, R.G. Brown dan R.G. Record. : "An Interpretation of the Modern Rise in Population in Europe," Population Studies vol. 26no.3 (November 1972) pp. 345-382. dalam: Susan H. Cochrane, Ibid.
150. Arriage, E.E. dan K. Davis. : "The Pattern of Mortality Change in Latin America," Demography, vol. 6 no.3 (1969) pp.223-242. dalam: Susan H. Cochrane. Ibid.
151. Hanlon, J.J. dan Pickett, G.E. : Public Health Administration and Practice, ed.8, St.Louis, 1984, The C.V. Mosby Co. dalam: Laura Rubinson et.al. Op, Cit.

- _____ : Evaluation study of health education in the public schools of the city of New York, Brooklyn, 1949.
Board of Education of the City of New York,
dalam: Laura Rubinson et.al.Ibid.
- _____ : Social Security Act of 1935, Section 602 (C).
dalam: Hanlon, John J.
Public Health Administration and Practice, 6 ed. 1974.
St. Louis, C.V.Mosby Co.
- Leimena, J. : Public Health in Indonesia, Problems and Planning,
N.V. v/h.G.C.T. Van Dorp & Co.
Den Haag, Djakarta, Bandung,
Semarang, Surabaya, 1956.p.69.
- Biro Pusat Statistik, Jakarta. : Seminar Tingkat Kematian Bayi di Indonesia, Laporan Seminar,
BPS, Jakarta, Indonesia. p.77
- Soeharto : Pidato Kenegaraan,
Presiden R.I. tgl.15 Agustus 1986.
- Sukanto : Analisis Masalah & Peristiwa
Beberapa Masalah Penciptaan Kesejahteraan Masyarakat,
CSIS, Suara Karya, No. 4651 Th. XVI
hal. V tgl. 5 Agustus 1986.
- Ekeh, H.E. : Some Major Obstacle to the Practice of Sound Nutrition in Nigeria,
International Journal of Health Education (Geneva), 23(4), Oct.-Dec. 1980, pp. 236-241.
- Sayat, Zainal : Program Umnisasi di DKI, Jakarta
Dalem Pelita IV,
Majalah Komunikasi Kesehatan,
no. 12 Akhir Januari 1985.
Dep. Kes. R.I. Jakarta, 1985.
- MacCormack, C.P. : Community Participation in Primary Health Care,
Tropical Doctor (London),
13(2) April 1983, pp. 51-54.
- Barbosa de Parada, J do C. : Community Participation in School Health Programmes: a methodological trial, Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana, (Washington D.C.) 89 (2) Aug. 1980. pp. 106-112.

162. International Development Research Centre Ottawa. : Sanitation in Developing Countries, Ottawa, International Development Research Centre, 1981. Training Workshop on Sanitation in Developing Countries, Lobatse, Botswana, 14-20 Aug. 1980.
163. Winardi, Bambang : Masalah Pengembangan Upaya Rehidrasi Oral di Indonesia dan Pencegahannya, Laporan Simposium: Masalah "memasyarakatkan Penggunaan Rehidrasi Oral Dalam Rangka Penurunan Mortalitas Bayi dan Anak, Jakarta, 1985.
164. Ngatimin, H.M.R. : Mengenal Health Education dan Behavioral Science, Diktat Bag. IKM dan IKP, Fak. Kedokteran Unhas, 1981.
165. Ngatimin, H.M.R. : Program Terpadu Menuju Kesehatan Yang Optimal, Laporan Penelitian Unhas, Proyek Penelitian 1985/1986.
166. Arjoso, Sumarjati : Diare Penyebab Utama Kematian Bayi di Indonesia, Majalah Komunikasi Kesehatan, no.9 akhir Januari, 1984.
167. Jadi, Sudardjati S. : Pengalaman: Penanggulangan Muntaber di RSU Brebes Majalah Komunikasi Kesehatan, no.VII Juli 1983 hal. 7-10.
168. Munir, Muzief et.al. : Larutan Garam Dapur Dalam Air Kelapa Sebagai Pilihan Lain Cairan Oralit, Kumpulan Makalah Ilmiah ke VI Badan Gastroenterologi Anak Indonesia, Ujung Pandang, 11-12 April 1979 hal.193-199.
169. Sasongko, Ali : Memasyarakatkan Cairan Rehidrasi Oral: Sebuah Bahasan dari Konsep Diffusi Inovasi. Laporan simposium Masalah Memasyarakatkan Penggunaan Rehidrasi Oral Dalam Rangka Penurunan Mortalitas Bayi & Anak, Jakarta, 1985.

- Soetjningsih et.al.: Larutan Tepung Beras - Elektrolit Untuk Rehidrasi Oral Pada Anak Dengan Diare Dehidrasi Majalah Medika no.1 tahun 10 Januari 1984.
- Egemen A, dan Bertan, M. : Study of oral rehydration therapy by midwives in a rural area near Ankara, Bulletin of the World Health Organization (Geneva), 58(2), 1980, pp.333-338.
- Soeprapto, Soenarto, Y: Feeding children with diarrhea, Nelwan, Moenginah, PA, dan Ismanguen. Journal of Tropical Pediatrics and Environmental Child Health (London), 25(4), Aug. 1979, pp. 97-100.
- Tuli, J : Drink of life World Health (Geneva), Jan-Feb, 1984 pp.14-15.
- Dugdale, A.F. : Infant feeding, growth and mortality: a 20-year study on an Australian Aboriginal Community, Medical Journal of Australia (Sydney), 2(7), 4 Oct. 1980, pp.380-385.
- Johnston, H.C. : "Health Education in the Extension Service: A Historical Perspective", Health Education Monographs 3 (Spring 1975), pp.13-25 dalam: Green, L.W.: Health Education Planning, A Diagnostic approach, Mayfield Publishing Company, 1 St.Ed. 1980.
- Clark, N.M., dan A.Wolderfael : "Community Development Through Integration of Services and Education", International Journal of Health Education, 20 (1977) pp. 189-199 dalam: Green, L.W. Ibid.

7. Dominguez, A.V. : "Stimulating Community Involvement Through Mass Organization in Cuba: The Women's Role, International Journal of Health Education 20 (1977):57-60;
T. Drummond, Using the Method of Paulo Freire in Nutrition Education, An Experimental Plan for Community Action in Northeast Brazil, Cornell International Nutrition Monograph Series no. 3 (Ithaca, N.Y.: Cornell University Press, 1975);
B. Tomic et al., "Ivanjica: A Community Conquers Health," International Journal of Health Education 20(1977): 1-16, supplement;
H.A.K. Kanaanah et al., "The eradication of a Large Scabies Outbreak Using Community-wide Health Education," American Journal of Public Health 66 (June, 1976): 564-67; L.P. Medis and P. A. Fernando, "Health Education in Emergency Situations: A Cholera Outbreak in Sri Lanka," International Journal of Health Education 20(1977):200-204.
dalam: Lawrence W. Green et al. Ibid.
78. Green, L.W et al : "Research and Demonstration Issues in Self Care: Measuring the Decline of Medicocentrism," Health Education Monographs 5 (Summer, 1977): 161-89
L.S. Levin et al., Self-care: Lay Initiatives in Health (New York: Prodist, 1976.
Dalam: Lawrence W. Green et al. Ibid.
79. Gill Walt : "Role of the community health worker"
WHO Chronicle 3 (1981) 35:83-84
80. Mann, M : New Primer on Alcoholism, New York, Holt, Rinehart and Winston, dalam: Lawrence W. Green et al. Ibid.-

1. Cornacchia, A. : A layman's view of group therapy in weight control. Can. Journal of Public Health, 58: 505-507, 1967, dalam: Lawrence W.Green et.al.:Ibid.
2. Ingraham N.R. et.al. : A Little Group Can Do It: The Philadelphia Research Demonstration in Accident Control Through Small Group Discussion, Philadelphia, Department of Public Health, 1964. Dalam: Lawrence W.Green et.al.:Ibid.
3. Ivanova, I.N. : Method of Collective Prophylactic Consultation for Hypertensive Patients. Moscow, Institute for Health Education, 1955. dalam: Lawrence W.Green et.al.:Ibid.
4. Rybacova, L.A. : Combating rheumatic fever in children. Int. J. Health Education 1: 140-143, 1958. dalam: Lawrence W.Green et.al.:Ibid.
5. Zabolotskaia, L.P. : Experience of an educational program with patients sick with ulcer of the stomach or pancreas. Rev Sovietskai Med. No.6, 1973 dalam Lawrence W.Green et.al.:Ibid.
6. Elliot F.C. : Classes for people with heart disease. Nurs. Outlook 9; 177-178, 1961, dalam: Lawrence W.Green et.al.:Ibid.
7. Goodman, J.J., Schartz, E.D. dan Frankel, L. : Group therapy of obese diabetic patients. Diabetes 2:280-283, 1953. dalam: Lawrence W.Green et.al.:Ibid.
8. Linde T.F. dan Patterson, C.H. : Influence of orthopedic disability on conformity behavior. J. Abnorm Soc. Psychol. 68:115-118, 1964. dalam: Lawrence W.Green et.al.:Ibid.
9. Sarwono, Sarlito Wirawan : Pengorganisasian & Pengembangan Masyarakat, Badan Pererbit Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, U.I. Jakarta, 1979.

190. Suwardjono Surjaningrat. : Pidato Menteri Kesehatan R.I. pada serah terima dan pelantikan Kepala Kantor Wilayah Dep. Kesehatan Prop. Jawa Tengah di Semarang, Kumpulan Pidato Menteri Kesehatan R.I. th. 1980, p.10.
191. Widjaja, A.W. (Ed.): Manusia Indonesia, Individu, Keluarga dan Masyarakat, Akademika Pressindo, Ed.1. Jakarta, 1986. p.7
192. Bintarto, R. : Interaksi Desa-Kota dan Permasalahannya, Ghalia Indonesia, Nov. 1984 p.20.
193. Ngatimin, H.M.R. : Penggunaan "PERNYATAAN DAN KENYATAAN" sebagai indikator keberhasilan pembangunan kesehatan, dibawakan pada Kongres Ilmu Pengetahuan Nasional IV, Jakarta, 8 - 12 Sept. 1986.
194. Gani, Ascobat : Tinjauan Segi Ekonomi terhadap Dana Upaya Kesehatan Masyarakat, Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia, Th.XV No.2 Sep.1984. pp.67-73.
195. Krathwohl, David R : Taxonomy of Educational Objectives, The Classification of Educational Goals, Handbook II: Affective Domain, David McKay Company, Inc. 1964.
196. Soekanto, Soerjono : Kamus Sosiologi, Edisi Baru C.V.Rejawali, Jakarta, 1985 p.41
197. Markum, Enoch : Prasangka dan Diskriminasi Sikap (Morgan, 1961) dalam: Widjaja.A.W.(Ed). Ibid. p. 199.
198. R.Mucchielli : Introduction to Structural Psychology, (New York:Funk & Wagnalls, 1970), p.30 dalam: Lawrence W.Green, op.cit.
199. Hovland and Janis : "Pandangan terhadap Perubahan Sikap" dalam Mar'at op.cit. p.52.
200. Wagner, C.A. : Sexuality of American Adolescents Adolescence 15(59):62-66, 1980 dalam LauraRubinson et.al.op.cit.

- Bond, B.W. : Group discussion decision: an appraisal of its use in health education, Minneapolis, 1956; Minnesota Department of Health; dalam: Laura Rubinson et.al op.cit.
- Mc.Guire, W.J. : Behavioral Medicine, public health and communication theories, Health Education, 12(3)-13, 1981. dalam: Laura Rubinson et.al. op.cit.
- Nunnally, J.C. dan Faw, T.T. : The acquisition of condition reward value in discrimination learning, Child Development, 1968, I 270-273. dalam: DiVesta and Thompson; op.cit. p.139.
- Scott, W.A. : Attitude change by response reinforcement: Replication and extension. Sociometry, 1959, 22, 328-335. dalam : DiVesta and Thompson; op.cit. p.139.
- Bossart, P and DiVesta F.J. : Effects of context, frequency and order of presentation of evaluative assertions on impression formation, Journal of Personality and Social Psychology, 1966, 4 538-544. dalam: Divesta and Thompson: op.cit.p.139.
- Harrow, A.J. : A Taxonomy of the Psychomotor Domain, A guide for the developing behavioral objectives, David McKay, New York, 1972. dalam: Simpson, E.J. Educational Objectives in the Psychomotor Domain. In Eds. Kapfer, M.B: Behavioral Objectives in Curriculum Development, Educational Technology Publication: Englewood Cliffs, New Jersey, USA.
- Notoatmodjo, Soekidjo. : Beberapa Model Kerangka Analisis Perilaku Kesehatan, Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia, Tahun XVI, No.2, 30 Nov. 1985, p.73
- Kar, Snehendu B : A Psychological model of Health Behavior, Health Values, achieving High Level Wellness, vol.7no.2 March/April 1983, dalam: Soekidjo Notoatmodjo, Ibid.

09. World Health Organization. : Education for health, Manual on Health Education in Primary Health Care, WHO, 1984.
10. Bohanan, Paul : Social Anthropology Holt, Rinehart and Winston, New York, 1965.
11. Ngatimin, H.M.R. : Kepercayaan dan Kebiasaan Hidup Masyarakat Desa Merupakan Tantangan Terhadap Usaha Peningkatan Kesehatan, Makalah pada KPIK IV Fak. Kedokteran Unhas, 1981 di Ujung Pandang.
12. Ngatimin, H.M.R. : Sakit dan Sehat Dalam Pandangan Masyarakat Desa, Harian "Pedoman Rakyat" tgl. 2 April 1982.
13. Ngatimin, H.M.R. : Sumbangan Health Education di Dalam Usaha Peningkatan Kesehatan, Majalah "Lontara" Unhas, No.5 Tahun 1981 hal.25.
14. Suparlan, Parsudi : Perubahan Sosial dalam: Widjaja, A.W. (Ed.) op.cit. p. 111-112.
15. Manvura, C.B., et.al. : Successful use of nhopi in the treatment of kwashiorkor, Central Africa Journal of Medicine (Salisbury), 26(10) Oct. 1980, pp. 216-218.
16. Roekmono, Bintari, Setiady, I.F. : Masalah Kesehatan di Indonesia dalam: Koentjaraningrat dan A.A.Loedin (Eds).op.cit. p.7
17. Shappard, Samona dan College, Queens : Mozambique, Progress Toward Health Care for Everyone, Journal of Health Politics, Policy and Law (Durham, N.C) 6(3), Fall 1981 pp. 520-527.
18. Tulchinsky, T.H., B. Lunenfeld, S. Habor, dan M. Handelsman : Israel Health Review Israel Journal Med. Sc. 18, 345-355, 1982.

1. Bennerman, R.H. : Traditional medicine in modern health care, World Health Forum (Geneva), 3(1), 1982.
2. Erasmus, P.S., Harland, G., Cox, D.L., Lyew, M. and Lindo, F. : Composition of oral solution prepared by Jamaican mothers for treatment of diarrhoe, Lancet (London), 1(8220), Pt. 1, 14 Mar, 1981.
3. Clements, M.L., Levine, M.M., Cleaves, T.F., Hughes, T.P., and Caceres, M. : Composition of simple sugar/salt versus glucose/electrolyte oral rehydration solution in infant diarrhoea. Journal of Tropical Medicine and Hygiene (London), 84(5), Oct. 1981, 189-194.
4. WHO, Division of Communicable Diseases, Diarrhoeal Diseases Control Programme, Geneva. : Guidelines for the production of oral rehydration salts, Geneva, WHO, 1980.
5. Mahalanabis, D., Merson, M.H., Barua, D. : Oral rehydration therapy - recent advances, World Health Forum (Geneva), 2(2), 1981, 245-249.
6. Kumar, V., Monga, O.P. dan Jain, N.K. : Introduction of oral rehydration in a rural community in India, World Health Forum (Geneva) 2(3), 1981, 365-366.
7. Mara, D, Feachem, R : Technical and public health aspect of low cost sanitation programme planning, Journal of Tropical Medicine and Hygiene (London), 83(6), Dec. 1980, 229-240.
8. Abela, M.T. : Improving the rural habitat in Africa, Children in the Tropics (Paris) (130), 1981, 2-75.
9. Shah, K.P. and Shah, P.M. : Appropriate technology for MCH services in the context of Primary Health Care, Part 2 Appropriate Technology for Health Newsletter (Geneva) (9), Aug. 1981, 3-4.

228. Nalin, D.R. : Spoonful of sugar
(Correspondence)
Lancet (London), 2(8083).
29 Jul. 1978, 264.
229. Harrison, P. : Success story,
World Health (Geneva),
Mar 1981, 14-19.
230. Mackay, D.M. : Cholera the present pandemic,
Public Health (London),
94(5), 1980, 283-287.
231. Singarimbun, Mesri : Metode Penelitian Survai,
dan Effendi, Sofien : Lembaga Penelitian, Pendi-
(Eds). : dikan dan Penerangan Ekonomi
dan Sosial (LP3ES)
Cet. ke-6. Media Pratama,
Mei, 1986.
232. Vredenburg, J. : Metode dan Teknik Penelitian
Masyarakat,
P.T. Gramedia, Jakarta, 1979.
233. Koentjaraningrat, : Aspek Manusia Dalam Peneliti-
dan Emmerson, Donald an Masyarakat,
K (Eds) P.T. Gramedia, Jakarta, 1982.
234. Tjokronegoro, Arjat- : Metodologi Penelitian Bidang
mo dan Sudarsono, Su Kedokteran. Cet. ke-2
medi. (Eds). FK-UI., Jakarta 1985.
235. McKinlay, John B. : Research Methods in Health
(Ed.) Care,
Milbank Memorial Fund,
Prodinst, New York, 1973.
236. Sevilla, Consuelo G, : An Introduction to Research
et.al Methods,
Rex Book Store, Manila,
The Philippines, 1984.
237. Sanchez, C.A. : Methods and Techniques of
Research,
Rex Book Store, Manila,
The Philippines, 1980.
238. Campbell, Donald T, : Experimental and Quasi-exper-
Stanley, Julian C imental Design for Research,
Rand Mc Nally College Publish-
ing Company, Chicago, 1966.

9. Remington, Richard D dan Schork, M Anthony : Statistics with Applications to the Biological and Health Sciences, Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs, N.J. 1970.
0. Siegel, Sidney : Nonparametric Statistics McGraw-Hill Book Company New York, Toronto, London 1956.
1. Anggarini, Sri dan Kemal : Statistik Nonparametrik Badan Penerbit Kesehatan Masyarakat, FKMUJ, Jakarta, 1980.-
2. Kerlinger, Fred N : Foundations of Behavioral Research, 2nd.ed. Holt, Rinehart and Winston, Inc.; New York, 1973
dalam:
Masri Singarimbun dan Sofi an Effendi: Metode Penelitian Survei, LP3ES, Jakarta Mei, 1986. hal.234.
3. Conover, W.J. : Practical Nonparametric Statistics, Sec. Ed. John Wiley & Sons, 1980.

Tabel. 1 DISTRIBUSI PENDUDUK, SUKU BANGSA, JUMLAH KEPALA KELUARGA DI LOKASI MENURUT DESA DAN KABUPATEN, TAHUN 1981.

Kabupaten	Mayoritas suku	Jumlah penduduk 1980	Jumlah K.K.		
			seluruhnya	memenuhi kriteria	jedi responden
Majene	Mandar	8.223	1.653	992	100
si	Soppeng	5.069	1.023	614	100
i-	Tana To	3.254	657	394	100
a	raja				
ng	Jene- .Makas-	7.235	1.458	875	100
	ponto ser				
Jumlah		23.781	4.791	2.875	400

Tabel. 2 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT LOKASI DAN GOLONGAN UMUR, TAHUN 1982.

Golongan Umur	Desa Labessi Kec. MANIO RIWAWO		Desa Mosso Kec. SEN DANA		Desa Pangli- Palawa Kec. SE- SEAN		Desa Benteng Kec. BANG KALA.		Keseluruhan	
	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%
9	1	1	0	0	2	2	0	0	3	0,75
9	19	19	15	15	10	10	11	11	55	13,75
9	34	34	44	44	18	18	34	34	130	32,50
9	33	33	26	26	41	41	37	37	135	34,25
as	13	13	15	15	29	29	18	18	75	18,75
	100	100	100	100	100	100	100	100	400	100

Tabel. 3 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT LOKASI DAN TINGKAT PENDIDIKAN FORMAL, TAHUN 1982.

Tingkat Pendidikan	Desa Labessi Kec. MANIO RIWAWO		Desa Mosso Kec. SEN- DANA		Desa Pangli- Palawa Kec. SE- SEAN		Desa Benteng Kec. BANG KALA		Keseluruhan	
	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%
	12	12	25	25	27	27	15	15	79	19,75
	88	88	75	75	73	73	85	85	321	80,25
	100	100	100	100	100	100	100	100	400	100

Tabel. 4 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT LOKASI
DAN TINGKAT PENDAPATAN KELUARGA,
TAHUN 1982.

Kategori	Desa Labessi Kec. MARIO RIWAWO		Desa Mosso Kec. SEN DANA		Desa Pangli- Palawa Kec. SE- SEAN		Desa Benteng Kec. BANG KALA.		Keseluruhan	
	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%
Penghasilan	63	63	22	22	22	22	88	88	195	48,75
	37	37	78	78	78	78	12	12	205	51,25
Jumlah	100	100	100	100	100	100	100	100	400	100

Tabel. 5 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT LOKASI
DAN JENIS PEKERJAAN RESPONDEN,
TAHUN 1982.

Kategori Pekerjaan	Desa Labessi Kec. MARIO RIWAWO		Desa Mosso Kec. SEN- DANA		Desa Pangli- Palawa Kec. SE- SEAN		Desa Benteng Kec. BANG KALA		Keseluruhan	
	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%
Pekerja	79	79	23	23	76	76	60	60	238	59,50
	0	0	37	37	0	0	7	7	44	11,0
Pedagang	2	2	18	18	20	20	2	2	42	10,50
	7	7	0	0	3	3	2	2	12	3,0
Pedagang kecil	12	12	22	22	1	1	29	29	64	16,0
Jumlah	100	100	100	100	100	100	100	100	400	100

Tabel. 6 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT LOKASI DAN PENGETAHUAN MEREKA TENTANG ADANYA PUSKESMAS, TAHUN 1982.

Pengetahuan	Desa Labessi Kec. MARIO RIWAWO		Desa Mosso Kec. SEN DANA		Desa Pangli- Palawa Kec. SE- SEAN		Desa Benteng Kec. BANG KALA.		Keseluruhan	
	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%
Mengetahui	100	100	100	100	100	100	100	100	400	100
Tidak Mengetahui	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jumlah	100	100	100	100	100	100	100	100	400	100

Tabel. 7 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT LOKASI DAN JALUR PENGOBATAN YANG DIGUNAKAN UNTUK BEROBAT DAN Mencari KESEMBUHAN, TAHUN 1982.

Jalur Pengobatan	Desa Labessi Kec. MARIO RIWAWO		Desa Mosso Kec. SEN- DANA		Desa Pangli- Palawa Kec. SE- SEAN		Desa Benteng Kec. BANG KALA		Keseluruhan	
	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%
Ke Puskesmas	11	11	40	40	68	68	0	0	119	29,75
Ke Puskesmas	28	28	14	14	11	11	66	66	119	29,75
Ke Puskesmas	22	22	12	12	6	6	0	0	40	10,0
Ke Puskesmas	33	33	20	20	10	10	31	31	94	23,5
Ke Puskesmas	6	6	14	14	5	5	3	3	28	7,0
Jumlah	100	100	100	100	100	100	100	100	400	100

Tabel. 8 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT LOKASI DAN PENGETAHUAN RESPONDEN TENTANG PENYEBAB PENYAKIT, TAHUN 1982.

bab kit	Desa Labessi Kec. MARIO RIWAWO		Desa Mosso Kec. SEN DANA		Desa Pangli- Palawa Kec. SE- SEAN		Desa Benteng Kec. BANG KALA.		Keselu- ruhan	
	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%
una tahu	62	62	75	75	89	89	90	90	316	79,0
	10	10	0	0	11	11	4	4	25	6,25
	15	13	2	2	0	0	0	0	15	3,75
	15	15	23	23	0	0	6	6	44	11,0
lah	100	100	100	100	100	100	100	100	400	100

Tabel. 9 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT LOKASI DAN JENIS SUMBER AIR YANG DIGUNAKAN SEHARI-HARI, TAHUN 1982.

sumber sponden	Desa Labessi Kec. MARIO RIWAWO		Desa Mosso Kec. SEN- DANA		Desa Pangli- Palawa Kec. SE- SEAN		Desa Benteng Kec. BANG KALA		Ke. elu- ruhan	
	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%
Pompa T.	8	8	48	48	3	3	4	4	63	15,75
Gali ungan jan	90	90	52	52	0	0	80	80	222	55,5
ungan Ma.	2	2	0	0	0	0	0	0	2	0,5
	0	0	0	0	0	0	16	16	15	4,0
	0	0	0	0	97	97	0	0	97	24,25
lah	100	100	100	100	100	100	100	100	400	100

Tabel. 10 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT LOKASI DAN CARA MEREKA MEMPROSES AIR MINUM, TAHUN 1982.

air	Desa Labessi Kec. MARIO RIWAWO		Desa Mosso Kec. SEN DANA		Desa Pangli- Palawa Kec. SE- SEAN		Desa Benteng Kec. BANG KALA.		Keselu- ruhan	
	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%
air	100	100	85	85	100	100	100	100	385	96,25
masak	0	0	15	15	0	0	0	0	15	3,75
h	100	100	100	100	100	100	100	100	400	100

Tabel. 11 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT LOKASI DAN PEMILIKAN DAN PENGGUNAAN JAMBAN KELUARGA SERTA CARA LAIN UNTUK MEMBUANG HAJAT, TAHUN 1982.

n dan uang sar	Desa Labessi Kec. MARIO RIWAWO		Desa Mosso Kec. SEN- DANA		Desa Pangli- Palawa Kec. SE- SEAN		Desa Benteng Kec. BANG KALA		Ke. elu- ruhan	
	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%
C.	86	86	12	12	80	80	16	16	196	48,5
jat:	86	86	12	12	75	75	17	17	190	47,5
gan	0	0	0	0	0	0	50	50	50	12,5
i	14	14	20	20	25	25	12	12	71	17,75
i	0	0	68	68	0	0	21	21	89	22,25
h	100	100	100	100	100	100	100	100	400	100

Tabel. 12 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT LOKASI DAN CARA MEREKA MEMBUANG SAMPAH, TAHUN 1982.

mem- sampah.	Desa Labessi Kec. MARIO RIWAWO		Desa Mosso Kec. SEN DANA		Desa Pangli- Palawa Kec. SE- SEAN		Desa Benteng Kec. BANG KALA.		Keselu- ruhan	
	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%
uang an	19	19	18	18	12	12	27	27	76	19
uang ar	79	79	71	71	69	69	57	57	276	69
g tem-	2	2	11	11	19	19	16	16	48	12
lah	100	100	100	100	100	100	100	100	400	100

Tabel. 13. DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT LOKASI DAN CARA MEREKA MENCUCI TANGAN, TAHUN 1982.

tangan	Desa Labessi Kec. MARIO RIWAWO		Desa Mosso Kec. SEN- DANA		Desa Pangli- Palawa Kec. SE- SEAN		Desa Benteng Kec. BANG KALA		Ke. elu- ruhan	
	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%
sabun	37	37	0	0	65	65	17	17	119	29,75
sabun	59	59	100	100	27	27	70	70	256	64,0
cuci	4	4	0	0	8	8	13	13	25	6,21
ah	100	100	100	100	100	100	100	100	400	100

Tabel. 14 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT LOKASI DAN FREKUENSI KONSUMSI PROTEIN, TAHUN 1982.

	Desa Labessi Kec. MARIO RIWAWO		Desa Mosso Kec. SEN DANA		Desa Pangli- Palawa Kec. SE- SEAN		Desa Benteng Kec. BANG KALA.		Keseluruhan	
	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%
i	89	89	91	91	93	93	32	32	305	76,25
li	11	11	9	9	7	7	68	68	95	23,75
	100	100	100	100	100	100	100	100	400	100

Tabel. 15 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT LOKASI DAN FREKUENSI MAKAN SAYUR, TAHUN 1982.

si ayur	Desa Labessi Kec. MARIO RIWAWO		Desa Mosso Kec. SEN- DANA		Desa Pangli- Palawa Kec. SE- SEAN		Desa Benteng Kec. BANG KALA		Keseluruhan	
	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%
i	85	85	71	71	93	93	36	36	285	71,25
se-	7	7	24	24	5	5	63	63	99	24,75
h	8	8	5	5	2	2	1	1	16	4,0
	100	100	100	100	100	100	100	100	400	100

Tabel. 16 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT LOKASI DAN SUMBER PROTEIN YANG DIKONSUMSI KAN SETIAP HARI, TAHUN 1982.

Sumber Protein	Desa Labessi Kec. MARIO RIWAWO		Desa Mosso Kec. SEN DANA		Desa Pangli- Palawa Kec. SE- SEAN		Desa Benteng Kec. BANG KALA.		Keseluruhan	
	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%
It se-	15	16,8	7	7,7	0	0	66	69,4	90	24,1
var	0	0	0	0	80	84,2	0	0	80	21,4
ring	54	60,7	73	80,2	13	13,7	26	26,6	166	44,5
	17	19,1	8	8,8	0	0	0	0	25	6,7
iput	0	0	1	1	2	2,1	3	3	6	1,6
	3	3,4	2	2,2	0	0	1	1	7	1,8
	89	100	91	100	95	100	96	100	373	100

Tabel. 17 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT LOKASI DAN LAMANYA MENYUSUKAN ANAK, JENIS MAKANAN TAMBAHAN YANG DIBERIKAN SERTA ANGKA KESAKITAN KKP, TAHUN 1982.

Makanan	Desa Labessi Kec. MARIO RIWAWO		Desa Nosso Kec. SEN- DANA		Desa Pangli- Palawa Kec. SE- SEAN		Desa Benteng Kec. BANG KALA		Ke. elu- ruhan	
	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%	Jlh.	%
menyusi										
1 tahun	50	50	31	31	48	48	35	35	164	41
ahan	50	50	69	69	52	52	65	65	336	53
n tambah	61	61	82	82	83	83	84	84	310	74,5
ang										
iperiksa	35		91		74		19		219	
ita KKP	19	54,3	17	18,7	11	14,9	3	15,8	50	22,8

Tabel. 18 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT LOKASI DAN TINGKAT PENGETAHUAN, SIKAP DAN PERBUATAN MEREKA TERHADAP ASPEK PELAYANAN KESEHATAN, PENINGKATAN GIZI DAN SANITASI LINGKUNGAN, TAHUN 1982.

Lokasi Tingkat	Desa Labessi Kec. Marioriwawo		Desa Mosso Kec. Sendana		Desa Pangli-Palawa Kec. Sesean		Desa Benteng Kec. Bangkala		Kese- luruhan	
	C	K	C	K	C	K	C	K	C	K
Perumahan	22	78	20	80	22	78	45	55	109	291
Perumahan	59	41	44	56	10	90	2	98	115	285
Lingkungan	58	42	72	28	11	89	3	97	144	256
Perumahan	23	77	17	83	1	99	13	87	54	346
Perumahan	69	31	60	40	6	94	7	93	142	258
Lingkungan	56	44	66	34	0	100	0	100	122	278
Perumahan	21	79	15	85	44	56	26	74	106	294
Perumahan	31	69	48	52	0	100	0	100	79	321
Lingkungan	53	47	36	64	75	25	96	4	260	140

	Pengetahuan	Sikap	Perbuatan
Perumahan	27,25%	13,5%	26,5%
Perumahan	29,75%	35,5%	19,75%
Lingkungan	36,0%	30,5%	65%

Tabel. 19 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT TINGKAT PENGETAHUAN, SIKAP DAN PERBUATAN DALAM ASPEK PELAYANAN KESEHATAN, PENINGKATAN GIZI DAN SANITASI LINGKUNGAN DAN TINGKAT PENDIDIKAN FORMAL SERTA PENDAPATAN KELUARGA, DESA LABESSI, KECAMATAN MARIORIWAWO, KABUPATEN SOPPENG, TAHUN 1982.

variabel Aspek ke- sehatan		Pengeta- huan		Sikap		- Per- buatan	
		C	K	C	K	C	K
c u k u p	Pelayanan Kesehatan	11	1	8	4	6	6
	Peningkatan Gizi	12	0	12	0	10	2
	Sanitasi Lingkungan	12	0	12	0	11	1
k u r a n g	Pelayanan Kesehatan	11	77	15	73	15	73
	Peningkatan Gizi	47	41	57	31	21	67
	Sanitasi Lingkungan	46	42	44	44	42	46
c u k u p	Pelayanan Kesehatan	21	12	22	41	20	43
	Peningkatan Gizi	48	15	53	10	29	34
	Sanitasi Lingkungan	44	19	43	20	44	19
k u r a n g	Pelayanan Kesehatan	1	36	1	36	1	36
	Peningkatan Gizi	11	26	16	21	2	35
	Sanitasi Lingkungan	14	23	13	24	9	28

Data primer.

Tabel. 20 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT TINGKAT PENGETAHUAN, SIKAP DAN PERBUATAN DALAM ASPEK PELAYANAN KESEHATAN, PENINGKATAN GIZI DAN SANITASI LINGKUNGAN DAN TINGKAT PENDIDIKAN FORMAL SERTA PENDAPATAN KELUARGA, DESA MOSSO, KECAMATAN SENDANA, KABUPATEN MAJENE, TAHUN 1982.

variabel ese natan	Pengetahuan		Sikap		Perbuatan	
	C	X	C	X	C	X
Pelayanan Kesehatan	18	7	15	10	14	11
Peningkatan Gizi	23	2	19	6	19	6
Sanitasi Lingkungan	24	1	20	5	19	6
Pelayanan Kesehatan	2	73	2	73	1	74
Peningkatan Gizi	21	54	41	34	29	46
Sanitasi Lingkungan	48	27	46	29	17	58
Pelayanan Kesehatan	15	7	14	8	10	12
Peningkatan Gizi	17	5	16	6	16	6
Sanitasi Lingkungan	20	2	19	3	16	6
Pelayanan Kesehatan	5	73	3	75	5	73
Peningkatan Gizi	27	51	44	34	32	46
Sanitasi Lingkungan	52	26	47	31	20	58

Tabel. 21 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT TINGKAT PENGETAHUAN, SIKAP DAN PERBUATAN DALAM ASPEK PELAYANAN KESEHATAN, PENINGKATAN GIZI DAN SANITASI LINGKUNGAN DAN TINGKAT PENDIDIKAN FORMAL SERTA PENDAPATAN KELUARGA, DESA PANGLI-PALAWA, KECAMATAN SESEAN, KABUPATEN TANA-TORAJA, TAHUN 1982.

pe kese hatan		variaabel		Pengeta- huan		Sikap		Per- buatan	
		C	K	C	K	C	K		
c u k u p	Pelayanan Kesehatan	13	14	1	26	17	10		
	Peningkatan Gizi	10	17	3	24	0	27		
	Sanitasi Lingkungan	10	17	0	27	22	5		
k u r a n g	Pelayanan Kesehatan	9	64	0	73	27	46		
	Peningkatan Gizi	0	73	3	70	0	73		
	Sanitasi Lingkungan	1	72	0	73	53	20		
c u k u p	Pelayanan Kesehatan	14	8	4	18	12	10		
	Peningkatan Gizi	9	13	1	21	0	22		
	Sanitasi Lingkungan	9	13	0	22	17	5		
k u r a n g	Pelayanan Kesehatan	11	67	1	77	32	46		
	Peningkatan Gizi	1	77	5	73	0	73		
	Sanitasi Lingkungan	2	76	0	78	58	20		

Tabel. 22 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT TINGKAT PENGETAHUAN, SIKAP DAN PERBUATAN DALAM ASPEK PELAYANAN KESEHATAN, PENINGKATAN GIZI DAN SANITASI LINGKUNGAN DAN TINGKAT PENDIDIKAN FORMAL SERTA PENDAPATAN KELUARGA, DESA BENTENG, KECAMATAN BANGKALA, KABUPATEN JENEPONTO, TAHUN 1982.

variabel		Pengetahuan		Sikap		Perbuatan	
		C	K	C	K	C	K
kesehatan	Pelayanan Kesehatan	11	4	5	10	4	11
	Peningkatan Gizi	1	14	0	15	0	15
	Sanitasi Lingkungan	0	15	0	15	14	1
cukup	Pelayanan Kesehatan	34	51	8	77	22	63
	Peningkatan Gizi	1	84	7	78	0	85
	Sanitasi Lingkungan	3	82	0	85	82	3
kurang	Pelayanan Kesehatan	42	46	13	75	24	64
	Peningkatan Gizi	2	86	7	81	0	88
	Sanitasi Lingkungan	3	85	0	88	84	4
kurang	Pelayanan Kesehatan	3	9	0	12	2	10
	Peningkatan Gizi	0	12	0	12	0	12
	Sanitasi Lingkungan	0	12	0	12	12	0

Tabel. 23 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT TINGKAT PENGETAHUAN, SIKAP DAN PERBUATAN DALAM ASPEK PELAYANAN KESEHATAN, PENINGKATAN GIZI DAN SANITASI LINGKUNGAN, TINGKAT PENDIDIKAN DAN PENDAPATAN TAHUN 1982.

variabel aspek kesehatan		Pengetahuan		Sikap		Perbuatan	
		C	K	C	K	C	K
c u k u p	Pelayanan Kesehatan	53	26	29	50	41	38
	Peningkatan Gizi	46	33	34	45	29	50
	Sanitasi Lingkungan	46	33	32	47	66	13
k u r a n g	Pelayanan Kesehatan	56	265	25	296	65	256
	Peningkatan Gizi	69	252	108	213	50	271
	Sanitasi Lingkungan	98	223	90	231	194	127
c u k u p	Pelayanan Kesehatan	92	103	53	142	66	129
	Peningkatan Gizi	76	119	77	118	45	150
	Sanitasi Lingkungan	76	119	62	133	161	34
k u r a n g	Pelayanan Kesehatan	20	185	5	200	39	166
	Peningkatan Gizi	39	166	65	140	34	171
	Sanitasi Lingkungan	68	137	60	145	99	106

Tabel. 24 DISTRIBUSI DUKUN
DAN GOLONGAN UMUR, TAHUN 1982.

R ahun)	P e n y e b a r a n	
	Jumlah	%
4	4	11,43
4	9	25,71
4	8	22,86
4	7	20,0
4	3	8,58
4	2	5,71
35	2	5,71
Jumlah	35	100,00
-rata	63,98 tahun	-

Tabel. 25 DISTRIBUSI DUKUN
DAN LAMANYA BERPERAKTEK SEBAGAI
DUKUN,
TAHUN 1982.

nya tahun).	P e n y e b a r a n	
	Jumlah	%
9	5	14,29
19	14	40,0
29	8	22,86
39	4	11,43
49	2	5,7
59	1	2,86
69	1	2,86
Jumlah	35	100,00
ata	19,94 tahun	-

Tabel. 26 DISTRIBUSI DUKUN
DAN GOLONGAN UMUR SAAT MULAI MEN
JADI DUKUN,
TAHUN 1982.

Umur (tahun)	Penyebaran	
	Jumlah	%
34	6	17,14
44	23	65,72
54	3	8,57
64	2	5,71
74	0	0
dari 75	1	2,86
Jumlah	35	100,00
rata-rata	39,97	-

Tabel. 27 DISTRIBUSI DUKUN
DAN JUMLAH PASIEN YANG DIRAWAT
SETIAP HARI,
TAHUN 1982.

Jumlah (setiap hari)	Penyebaran	
	Jumlah	%
3	16	45,71
6	13	37,14
9	6	17,15
Jumlah	35	100
pasien/hari	4,25	

Tabel. 28 DISTRIBUSI DUKUN
DAN ASAL MULA MENJADI DUKUN,
TAHUN 1982.

menjadi : u n	P e n y e b a r a n	
	Jumlah	%
am	35	100
	4	11,43
	4	11,43

angan. Semua dukun-pengobatan mengatakan bahwa mereka menjadi dukun karena mendapat ilham. Tetapi diantara mereka terdapat yang menggabungkan ilham tsb. dengan belajar dari dukun lain dan ada pula karena turunan.

Tabel. 29 DISTRIBUSI DUKUN
JENIS KELAMIN DAN SEX-RATIO
TAHUN 1982

amin dan atio	P e n y e b a r a n	
	Jumlah	%
aki	27	77,14
i	8	22,86
Jumlah	35	100,00
ratio	3,38 : 1	-

Tabel. 30 DISTRIBUSI DUKUN
DAN TINGKAT PENDIDIKAN FORMAL DUKUN
TAHUN 1982.

Tingkat pendidikan formal	Penyebaran	
	Jumlah	%
Suruf latin	31	88,57
amat SD	1	2,86
	2	5,71
	1	2,86
	0	0
Jumlah	35	100,00

Tabel. 31 DISTRIBUSI DUKUN
DAN JENIS PEKERJAAN POKOK DUKUN,
TAHUN 1982.

Jenis pekerjaan	Penyebaran	
	Jumlah	%
/nelayan	26	74,29
/pegawai	3	8,57
sebagai dukun	6	17,14
Jumlah	35	100,00

Tabel. 32 DISTRIBUSI DUKUN
DAN CARA DUKUN MENETAPKAN BIAYA
PERAWATAN
TAHUN 1982.

Perawatan	Penyebaran	
	Jumlah	%
tan	0	0
i	35	100,00
Jumlah	35	100,00

Tabel. 33 DISTRIBUSI DUKUN
DAN PENGETAHUAN DUKUN TENTANG PE-
NYEBAB PENYAKIT DAN JENIS PENYEBAB
PENYAKIT,
TAHUN 1982

penyakit sabnya	Penyebaran	
	Jumlah	%
H - A - E	2	5,71
tahu	33	94,29
enyakit:	35	100,00
una	35	100,00
magic)	34	97,14
organisme	3	8,57

erangan: Timbulnya penyakit karena interaksi penye-
nyebab (A), pejamu (H) dan lingkungan (E).

Tabel. 34 DISTRIBUSI DUKUN DAN PENGETAHUAN DUKUN TENTANG HUBUNGAN ASPEK KESEHATAN YANG DI TELITI DAN TIMBULNYA PENYAKIT, TAHUN 1982.

pek kesehatan moderen	P e n y e b a r a n	
	Jumlah	%
batan:		
ahu	0	0
idak tahu	35	100,00
gkatan gizi:		
ahu	0	0
idak tahu	35	100,00
asi lingkungan		
ahu	0	0
idak tahu	35	100,00

Tabel. 35 DISTRIBUSI DUKUN DAN JENIS OBAT YANG DIBERIKAN, TAHUN 1982.

is obat g diberikan	P e n y e b a r a n	
	Jumlah	%
Jampi	35	100,00
Ramuan	16	45,71
lainnya	2	5,71

Tabel. 36 DISTRIBUSI DUKUN
DAN PENGAMALAN DUKUN SESUAI UPAYA
KESEHATAN MODEREN,
TAHUN 1982.

Cara kesehatan moderen	Penyebaran	
	Jumlah	%
kuratif	0	0
preventif	0	0
kuratif	35	100,00
profilaksis	0	0

terangan: Dengan kuratif disini dimaksudkan cara
pengobatan dukun sesuai konsepnya.

Tabel. 37 DISTRIBUSI DUKUN
DAN EKSPRESI DUKUN SAAT MEMBUAT
JAMPI,
TAHUN 1982

Ekspresi dukun	Penyebaran	
	Jumlah	%
klasik	18	51,43
modern	10	28,57
campuran	7	20,00
Jumlah	35	100,00

Tabel. 38 DISTRIBUSI DUKUN
DAN SIKAP DUKUN MENGHADAPI PA-
SIENNYA,
TAHUN 1982.

dukun	Penyebaran	
	Jumlah	%
dukun menarik	29	82,86
	4	11,43
dukun angker	2	5,71
Jumlah	35	100,00

Tabel. 39 DISTRIBUSI DUKUN
DAN SIKAP DUKUN MENGHADAPI PETU
GAS KESEHATAN,
TAHUN 1982

dukun	Penyebaran	
	Jumlah	%
dukun kooperatif	24	68,57
	9	25,71
dukun enggan sama	2	5,72
Jumlah	35	100,00

Tabel. 40 DISTRIBUSI DUKUN
 DAN SIKAP DUKUN DALAM MENGHADAPI
 PANGGILAN PASIEN DAN RUJUKAN
 TAHUN 1982.

Instansi	Penyebaran	
	Jumlah	%
Mau	33	94,29
rujukan)	2	5,71
mau	4	11,43
	31	88,57

Tabel. 41 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT GOLONGAN UMUR DI LINGKUNGAN CONGKO, KELURAHAN LABESSI, KECAMATAN MARIORIWAWO, TAHUN 1984.

U s u r Responden (tahun)	Lingkungan Congko
sampai 19	7
20 - 29	10
30 - 39	9
40 - 49	1
50 atau lebih	0
Jumlah	27

Tabel. 42 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT TINGKAT PENDIDIKAN FORMAL DI LINGKUNGAN CONGKO, KELURAHAN LABESSI, KECAMATAN MARIORIWAWO TAHUN 1984.

Pendidikan	Lingkungan Congko
Cukup	16
Kurang	11
Jumlah	27

Tabel. 43 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT
TINGKAT PENDAPATAN DI LING-
KUNGAN CONGKO, KELURAHAN LA-
BESSI, KECAMATAN MARIORIWAWO,
TAHUN 1984

Pendapatan	Lingkungan Congko
Cukup	9
Kurang	18
Jumlah	27

Tabel. 44 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT
JENIS PEKERJAAN DI LINGKUNGAN
CONGKO, KELURAHAN LABESSI,
KECAMATAN MARIORIWAWO, TAHUN 1984.

Jenis pekerjaan responden	Lingkungan Congko
Petani	6
Kelompok	0
Pegawai negeri	4
Tukang	0
Pedagang kecil	17
Jumlah	27

Tabel. 45 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT TINGKAT PENGETAHUAN, SIKAP DAN PERBUATAN PADA ASPEK PELAYANAN KESEHATAN, PENINGKATAN GIZI DAN SANITASI LINGKUNGAN (PRE-TEST), LINGKUNGAN CONGKO, KELURAHAN LABESSI KECAMATAN MARIORIWAWO, TAHUN 1984.

Jenis Responden	Pengetahuan		Sikap		Perbuatan	
	cukup	kurang	cukup	kurang	cukup	kurang
Orang tua	7	20	9	18	5	22
Orang muda	8	19	12	15	7	20
Orang tua dan muda	10	17	15	12	4	23

Tabel. 46 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT TINGKAT PENGETAHUAN, SIKAP DAN PERBUATAN PADA ASPEK PELAYANAN KESEHATAN; PENINGKATAN GIZI DAN SANITASI LINGKUNGAN (POST-TEST) LINGKUNGAN CONGKO, KELURAHAN LABESSI, KECAMATAN MARIORIWAWO, TAHUN 1986.

Jenis Responden	Pengetahuan		Sikap		Perbuatan	
	cukup	kurang	cukup	kurang	cukup	kurang
Orang tua	15	12	21	6	15	12
Orang muda	18	9	19	8	10	17
Orang tua dan muda	16	11	22	5	8	19

Tabel. 47 DISTRIBUSI RESPONDEN . . . MENURUT TINGKAT PENGETAHUAN, SIKAP DAN PERBUATAN PADA ASPEK PELAYANAN KESEHATAN, PENINGKATAN GIZI DAN SANITASI LINGKUNGAN, PENDIDIKAN FORMAL DAN PENDAPATAN KELUARGA, LINGKUNGAN CONGKO, KELURAHAN LABESI, KECAMATAN MARIORIWAWO, TAHUN 1984.

variabel		Pengetahuan		Sikap		Perbuatan	
		C	X	C	X	C	X
aspek kesehatan	Pelayanan Kesehatan	7	9	7	9	4	12
	Peningkatan Gizi	6	10	8	8	4	12
	Sanitasi Lingkungan	10	6	11	5	3	13
kurang	Pelayanan Kesehatan	0	11	2	9	1	10
	Peningkatan Gizi	2	9	4	7	3	8
	Sanitasi Lingkungan	0	11	4	7	1	10
cukup	Pelayanan Kesehatan	4	5	5	4	5	4
	Peningkatan Gizi	5	4	6	3	4	5
	Sanitasi Lingkungan	6	3	6	3	3	6
kurang	Pelayanan Kesehatan	3	15	4	14	0	18
	Peningkatan Gizi	3	15	6	12	3	15
	Sanitasi Lingkungan	4	14	9	9	1	17

Tabel. 48 DISTRIBUSI RESPONDEN MENURUT TINGKAT PENGETAHUAN, SIKAP DAN PERUBAHAN PADA ASPEK PELAYANAN KESEHATAN, PENINGKATAN GIZI DAN SANITASI LINGKUNGAN, PENDIDIKAN FORMAL DAN PENDAPATAN KELUARGA, LINGKUNGAN CONGKO, KELURAHAN LABESSI, KECAMATAN MARIORTUAWO, TAHUN 1986.

variabel		Pengetahuan		Sikap		Perubahan	
		C	K	C	K	C	K
aspek kesehatan	Pelayanan Kesehatan	13	3	14	2	13	3
	Peningkatan Gizi	12	4	12	4	6	10
	Sanitasi Lingkungan	14	2	13	3	6	10
cukup	Pelayanan Kesehatan	2	9	7	4	7	4
	Peningkatan Gizi	6	5	7	4	4	7
	Sanitasi Lingkungan	2	9	9	2	2	9
kurang	Pelayanan Kesehatan	7	2	7	2	7	2
	Peningkatan Gizi	6	3	7	2	4	5
	Sanitasi Lingkungan	8	1	7	2	5	4
cukup	Pelayanan Kesehatan	8	10	14	4	8	10
	Peningkatan Gizi	12	6	12	6	6	12
	Sanitasi Lingkungan	8	10	15	3	3	15

DATA PERIBADI DUKUN-PENGOBATAN SE-
BAGAI RESPONDEN PENELITIAN TAHAP II. (Th. 1982)

nama dukun (engkep)	Jen- nis kelamin	Alamat dukun (Kabupat- paten).	Pendi- dikan for- mal	Usia (tahun) mulai	dukun sekarang	Lamanya berdukun (tahun).
urisa	W	Majene	BH	35	60	25
e	P	Majene	BH	37	50	13
u	P	Majene	SD	30	40	10
si	P	Majene	BH	40	80	40
ifuddin	P	Majene	SLTP	30	38	8
jo L.	P	Majene	BH	40	60	20
one	P	Soppeng	BH	35	55	20
ngkeng	P	Sopoeng	BH	33	65	32
	P	Soppeng	BH	35	40	5
ammadé	P	Soppeng	BH	40	80	40
o Indo Upe	W	Soppeng	BH	35	45	10
pe	P	Soppeng	BH	43	50	7
ngewa	P	J. Ponto	BH	37	47	10
	W	J. Ponto	BH	40	55	15
dg. Lebang	W	J. Ponto	BH	35	45	10
Tibu	P	J. Ponto	BH	40	50	10
ra dg. Caya	W	J. Ponto	BH	40	50	10
ompo	P	J. Ponto	BH	29	55	26
Tasa	W	T. Toraja	BH	50	66	16
Libu	F	T. Toraja	SD, DO	32	40	8
Dena	P	T. Toraja	BH	40	50	10
Matana	W	T. Toraja	BH	35	55	20
e	P	B. Kumba	BH	55	75	20
u	P	B. Kumba	BH	40	65	25
eserang	P	B. Kumba	BH	50	65	15

ne	P	B. Kumba	BH	81	85	4
o Balia	W	Wajo	BH	40	100	60
ade	P	Wajo	BH	40	95	55
saeni	P	Wajo	BH	55	85	30
Lolo	P	Wajo	BH	35	65	30
sang	P	Wajo	BH	35	60	25
peasse	P	B. Kumba	SD	40	70	30
ari	P	Bone	BH	30	45	15
. Rahman	P	Bone	BH	42	65	23
ullah	P	Bone	BH	42	58	13

atan:

gkatan:

1. J. Ponto = Jeneponto
2. T. Toraja = Tana-Toraja
3. B. Kumba = Bulukumba
4. Jenis kelamin: W (wanita) dan P (pria)
5. Tingkat pendidikan:

BH = Buta huruf
 SD = Sekolah Dasar
 SD. DO = Sekolah Dasar Drop-out
 SLTP = Sekolah Lanjutan Tk. Pertama.

. II .

DAFTAR NAMA, PENDIDIKAN DAN PENDA-
PATAN ANGGOTA KNT DI LING. CONGKO
KEL, LABESSI, KEC. MARIORIWAWO
KAB. SOPPENG TH.1984

a m a	Umur (th).	Kelamin	Pendi- dikan	Penda- patan
bd. Rauf	40	L	SPG	cukup
aharuddin	23	L	SPG	cukup
t. Rabiah	39	P	SPG	cukup
a r d a	22	P	Muallimin	kurang
a b i r	30	L	STN	cukup
it. Asia	22	P	PGA 4th	kurang
munira	19	P	SMP	kurang
hijrah	23	P	PGAN	kurang
palewai	29	L	PGAN	cukup
Subang	34	P	SR	kurang
Nuhari	19	P	SMP	kurang
Ruhani	27	P	PGA 4th	kurang
Hadia	26	P	SD	kurang
I Muda	33	L	SD	kurang
Abd. Rahman	34	L	STN	cukup
Haeruddin	32	L	STN	cukup
Minang	23	P	SD	kurang
Hajerah	23	P	SD	kurang
W a r n i	19	P	SMKKN	kurang
Tahenre	18	L	SD	kurang
Nuraeni	19	P	SMKKN	kurang
Sunarti	18	P	SD	kurang
Hajar	31	P	SD	kurang
Arusang	36	L	SD	cukup
Nurhayati	19	P	SD	kurang
Tamrin	37	L	SD	cukup
Mesia	20	P	SMKKN	kurang

Catatan: Pendidikan cukup: SLTP atau lebih.

III.

JADUAL PEMBERIAN PELAJARAN
PADA ANGGOTA K.M.T. Congko, 1984.

Aspek	Judul uraian	Lamanya diberikan	Penanggung ja- wab
elayanan esehatan	a. Penyakit, timbul nya, penyebaran dan pencegahan- nya	4 jam	Dr. H.M. Rusli Ngatimin, MPH
	b. Komunikasi kese- hatan	2 jam	Dr. H.M. Rusli Ngatimin, MPH
	c. Pengobatan se- derhana	4 jam	Dr. H.M. Rusli Ngatimin, MPH
	d. Mengatasi keke- liruan di bi- dang kesehatan melalui proses PKM	4 jam	Dr. H.M. Rusli Ngatimin, MPH
	e. Hidup sehat de- ngan lingkungan dan makanan se- hat	2 jam	1. Ir. Mariati 2. Dr. Buraerah
meningkat n Gizi	a. Makanan bergizi	2 jam	Dr. H.M. Rusli Ngatimin, MPH
	b. Teknologi seder- hana pada pembu- atan makanan ber- gizi	4 jam	1. Ir. Mariati 2. Ir. Djalil
	c. Penyakit akibat kurang gizi	2 jam	Dr. Buraerah
Sanitasi lingkungan	a. Air sehat dan fa- edahnya bagi kehi- dupan dan kesehat- an	2 jam	Dr. H.M. Rusli Ngatimin, MPH
	b. Jamban keluarga dan permasalah- annya	2 jam	Dr. Buraerah
	c. Perumahan sehat	2 jam	Dr. H.M. Rusli Ngatimin, MPH

diskusi	<ul style="list-style-type: none"> a. Pelayanan Kesehatan b. Peningkatan Gizi c. Sanitasi Lingkungan 	Semuanya 48 jam terdiri diskusi sesudah ceramah dan dis- kusi ke kelompok	Tim
konsultasi	<ul style="list-style-type: none"> a. Pelayanan Kesehatan tentang rumah sehat, pekarangan sehat dan pembuatan cairan gula-garam 	7 jam	Dr. H. M. Rusli Ngatimin, MPH
	<ul style="list-style-type: none"> b. Peningkatan Gizi meliputi teknologi makanan untuk membuat tahu/tempe, kecap, kokteail buah, saus tomat. 	20 jam	Ir. Mariati Ir. Djalil
	<ul style="list-style-type: none"> c. Sanitasi Lingkungan meliputi persediaan air sehat (penyaringan secara sederhana, pembuatan jamban dengan ferro-semen pembuangan sampah. 	15 jam	Ir. J. Manga Dr. Buraerah
kegiatan on-health	<ul style="list-style-type: none"> a. Ceramah tentang peternakan ayam, peningkatan pendapatan dan kesehatan 	3 jam	Dr. H. M. Rusli Ngatimin, MPH
	<ul style="list-style-type: none"> b. Teknik peternakan ayam secara modern dengan menggunakan teknologi tepat guna 	3 jam	Ir. Senong Z.
	<ul style="list-style-type: none"> c. Demonstrasi cara vaksinasi, pembuatan alat dan cara membuat makanan ayam 	6 jam	Ir. Senong Z.

1. PEMBUATAN KECAP (MANIS)

a h a n : - Kacang Kedele

- Gula Merah 2 kg

- Gula Pasir 1 kg

- B u m b u (dihaluskan) : - Cengkeh

- P a l a

- Kobuklu

- Pokak

- A d a s

l a t : - Panci

- Tanah (Nyiru)

- Botol

- Kompor

- Toples Besar

ra Kerja :

1. Kacang kedele dibersihkan, dicuci dan direbus selama 30 menit. Kemudian dibiarkan selama.
2. Koesokan harinya ditiriskan sampai kering, setelah itu diteluri tepung terigu atau beras yang telah disangrai. Campuran tersebut ditetaskan didalam tampah kemudian ditutup dengan tampah lagi agar keadaan didalam campuran kacang; hasil campuran tersebut diporan selama \pm 3 hari.
3. Setelah tumbuh jamur pemeraman dihentikan, campuran yang telah ditumbuhi jamur diaduk-aduk kemudian di jamur.
4. Setelah kering, digosok diantara kedua belah telapak tangan untuk melepaskan tepung yang masih melekat.

5. Dibuat larutan garam 25%, dengan cara melarutkan (nomasak) garam 250 gram dalam 1 liter air.
6. Untuk 1 kg kedele memerlukan \pm 2 liter larutan garam. Rendam dalam larutan garam kacang kedele yang telah kering tersebut selama \pm 10 - 14 hari.
7. Rendaman kacang kedele tersebut dipanaskan/dimasak sampai lunak, ditambahkan air lagi 3 liter.
8. Filtratnya disaring, ditambahkan gula dan bumbu-bumbu dibungkus dengan kain dan diikat dengan tali, digantungkan dipinggir panci perebus.
9. Siapkan botol dan tutupnya yang sudah distrilkan, dengan jalan merebus/mengukus botol dalam air mendidih selama 30 menit.
10. Setelah tercapai kekentalan tentu diangkat dan langsung dibotolkan dalam keadaan panas-panas, kemudian ditutup.
10. Botol yang telah berisi kecap didinginkan.

2. PEMBUATAN SUSU KEDELE.

- a h a n :
- 1 kg Kacang kedele
 - Gula Pasir
 - K a p u r
 - Esense (Coklat bubuk)
 - Garam Meja
- l a t :
- Panci
 - Botol
 - Kain Saring
 - Dandang
 - Kompor

ura Kerja :

- Kacang kedele di bersihkan, dicuci kemudian direbus selama 15-menit. Direndam dengan air pakuannya selama semalam.

- Keusokan harinya dilupas keaditan dicuci dan ditiriskan.
- Kemudian diijilng atau diblender sampai halus ditambahi air sampai 5 liter untuk setiap 1 kg kacang kedele.
- Hancuran tersebut disaring dengan kain, keaditan dipanaskan (jangan ditutup) dan jukung sampai mendidih. Sabal dipanaskan ditasabidkan gula secukupnya (menurut selera), garam, esence/ bubuk coklat.
- Siapkan botol yang telah disterilkan
- Susu kedele diangkat dari atas api, dibotolkan pems- panas dan keaditan didinginkan.

3. PEMBUATAN KOKTAIL.

. h a n . :

1. Buah-buahan
 - Buah Pepaya Masak
 - Buah Mangga Masak atau mangkal
 - Buah Salak
 - Buah Nenas
 - Buah Mangka dsb.
2. Gula Pasir
3. Asam Sitrat
4. Kapur sirih
5. Na-benzoat
6. Garam Dapur

. Kerja : - Buah-buahan dicuci bersih, dilupas dan dipotong-potong
 - Khusus untuk buah pepaya setelah dipotong (dihentuk de-
 ngan alat pengkiran khusus) direndam dalam larutan ka-
 pur jernih.

Larutan kapur dibuat dengan melarutkan kapur dalam air sampai kapur tidak dapat larut lagi. Biarkan buah terendam selama \pm 2 jam setelah itu dibilas air bersih dan ditiriskan.

- Buah-buahan lain seperti apel setelah dilupas dan dipotong-potong, direndam dalam larutan (garam 2%) sampai buah akan dimasak dalam larutan sirup. Kemudian gula manis, setelah dilupas sebaiknya dicuci dengan larutan (garam).
- Irisan buah kemudian diblanching dengan merebus sebentar (1 - 2 menit) di dalam air mendidih dan jangan ditutup.
- Dibuat larutan gula (sirup) dengan perbandingan 1 bagian gula dalam 2 bagian air, dididihkan selama \pm 30 menit, kemudian disaring.
- Masukkan buah yang telah diblanching ke dalam larutan gula (sirup) biarkan beberapa saat tetapi jangan sampai mendidih. Tambahkan asam sitrat secukupnya dan Nabenzoat 0,1% (1sendok teh rata) untuk setiap 1 kg buah + sirup.
- Siapkan wadah yang terlebih dahulu sudah distrilkan dengan merebus atau mengukus wadah 1/2 jam.
- Tuangkan "Koktail yang sudah jadi tersebut ke dalam wadah yang telah steril dalam keadaan panas-panas setelah itu segera didinginkan.

4. PEMBUATAN TEMPE KODELAI

Bahan yang digunakan,

1. Kodelai putih 5 kg;
2. Bibit tempe (baru) 5 kg;

Alat yang digunakan,

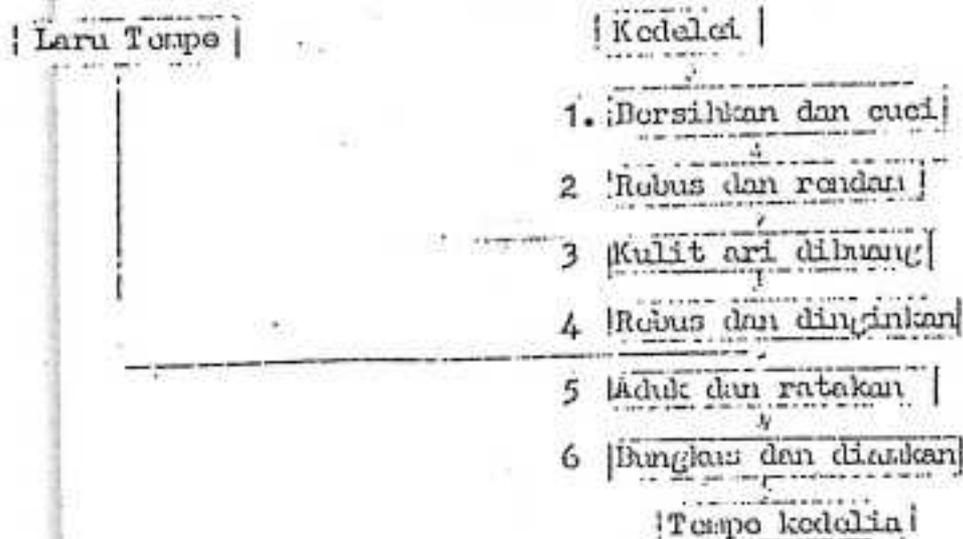
- | | | | |
|-------------------|--------|-------------------------|----------|
| 1. Panci | 1 buah | 5. Berton (sendok nasi) | 1 buah |
| 2. Kompor | 1 buah | 6. Ember plastik | 1 buah |
| 3. Tampah (nyiru) | 2 buah | 7. Plastik pembungkus | 60 Liter |
| 4. Kalo | 3 buah | 8. Daun Pisang | 1 kent |

Langkah yang diperlukan :

1. Mempersiapkan bahan yang akan dibuat (kodelai) yaitu pilih yang bernutu baik lalu dicuci.
2. Menyiapkan semua alat yang dipakai

Langkah pembuatannya :

Skema proses pembuatan tempe kodelai,



Langkah Proses Pembuatan

Pilih kodelai yang mutu baik, lalu bersihkan dan cuci dengan air

lalu,

lah bersih kedelai direbus selama $\pm \frac{1}{2}$ jam, kemudian direndam
 di air perabus, dengan menambahkan 10 ml asam laktat/liter air
 bus sehingga diperoleh pH = 5, selama 1 bulan
 lah direbus sekalan dalam air perabus, lilit air kedelai di-
 C.

lai yang telah dibuang, lilitnya direbus lagi dengan air baru
 bersih perabusan dilakukan selama 90 menit, sampai titik didih
 apai, kemudian rebusan kedelai ditiriskan pada tampah yang ber-
 dan daun pisang, lalu didinginkan sambil diaduk dan diratakan.
 lah rebusan kedelai dingin dan diratakan, taburkan laru tempo
 ra merata dengan alat penyaduk (irus) atau tangan.
 lai yang sudah dicampur laru tempo dibungkus dengan plastik
 i telah ditusuk-tusuk dengan jarum atau dilubangi dengan daun
 ig setelah itu disimpan dalam rak bambu atau tempat yang asan,
 : tidak terjangkau tikus dan semut.

ng 2 - 3 hari, tempo kedelai sudah jadi, sebenarnya dalam wak-
 20 - 30 jam tempo kedelai sudah jadi.

5. PEMBUATAN LARU TEMPE

Bahan-bahan yang digunakan

1. Tempe	1 bungkus
2. Beras	2 kg
3. Terigu	33 kg

Alat-alat yang digunakan

1. Ketel nasi/kastrol	1 buah
2. Besok	16 buah
3. Sendok makan	1 buah
4. Sendok kayu	1 buah
5. Wajan	1 buah
6. Lumpang + Alu	1 buah
7. Kompor	1 buah
8. Saringan	1 buah
9. Baskom	2 buah
10. Daun Pisang	1 ikat

Siapa yang diperlukan

1. Menyiapkan bahan yang akan dibuat (beras) yaitu dibersihkan, lalu dicuci.
2. Menyiapkan semua alat yang akan dipakai.

Urutan Proses Pembuatan.

1. Tempe kedelai diris tipis-tipis, setelah itu dijemur sampai kering.

2. Setelah kering irisan tempo itu ditumbuk sampai halus.
3. Jadilah laru tempo dari tempo segar.
4. Sebelum laru tempo ini dicampurkan dengan beras, beras dididuci dan kemudian diliswet, lalu di dinginkan.
5. Nasi yang telah dingin diambil sebanyak 150 gram, lalu ditaruh pada besek yang beralasakan daun pisang. Setelah itu diberi satu sendok teh laru dari tempo segar, lalu aduklah kedua campuran dengan merata.
6. Setelah dicampur, campuran tersebut di dikanan pada satu kamar, sampai speranya tumpah. (diingkubasi diperam).
7. Nasi yang telah ditumbuhi jamur, dijemur sampai kering, setelah itu ditumbuk sampai halus.
8. Tepung terigu yang akan dicampur dengan bahan yang telah di peram sebelumnya disaring, lalu disangrai setelah itu di dinginkan.
9. Setelah dingin tepung terigu dari penyangraian dicampur dengan tepung nasi yang telah ditumbuhi jamur, dengan perbandingan 19 : 1. Setelah pencampuran itu, jadilah laru tempo.

ra Penyimpanan.

Laru dibungkus dalam kantong plastik dan disimpan ditempat yang kering.

CARA MENGGUNAKAN SARANA PELAYANAN
KESEHATAN DI KALA SAKIT BAGI ANGGOTA
K.M.T. DI LING. CONGKO, KEL.
LABESSI KEC. MARIORIWAWO KAB. SOP
PENG PADA JANUARI 1986.

cara mencari pengobatan		
Ke dukun	Puskesmas bersama keluarga	Puskesmas bersama keluarga dan mengajak te- tangga
0	17	10

POLA MAKANAN KELUARGA PARA ANGGOTA
K.M.T. DI LING. CONGKO, KEL. LABES
SI, KEC. MARIORIWAWO, KAB SOPPENG
JANUARI 1986

Makanan keluarga sehari-hari	
Makanan pokok lauk-pauk dan sayur	Pola makanan sehat
16	11

PEMANFAATAN HASIL KURSUS GIZI...
BAGI ANGGOTA K.M.T. DI LING.
CONGKO, KEL. LABESSI, KEC. MA
RIORIWAWO KAB. SOPPENG
JANUARI 1986

Jenis makanan	Dicoba membuat	Dibuat/ dihidangkan	Tak pernah dicoba membuat nya
1. Kecap	0	0	27
2. Tempe	0	0	27
3. Kokteil buah	5	21	8
4. Saus tomat	27	27	0
5. Susu kedele	0	0	27

np. VI.

PERBANDINGAN KEADAAN SANITASI LINGKUNGAN
BAGI ANGGOTA K.M.T. DI LING. CONGKO, KEL.
LABESSI, KEC. MARIORIWAWO KAB. SOPPENG
PADA NOPEMBER 1984 DAN JANUARI 1986.

Sumber air minum

Nopember 1984		Januari 1986	
Sumur gali	SPT	Sumur gali	SPT
27	0	25	2

Catatan: Semua sumur gali tidak berdinding dan tidak
berbibir yang baik serta dalamnya 10 - 13 m.

Pembuangan sampah

Nopember 1984		Januari 1986	
Sebarang tempat	Lubang sampah	sebarang tempat	Lubang sampah
27	0	0	27

Catatan: Semua sampah dibuang di lubang. Bila kering
lalu dibakar.

Jamban keluarga

Nopember 1984			Januari 1986		
Tidak punya	Cem- plung	Leher angsa	Tidak punya	Cem- plung	Leher angsa
24	3	0	0	25	2

Catatan: Pendorong masyarakat untuk membuat WC walaupun
hanya type cemplung karena adanya PERDA Tk.II
Soppeng. Semua WC cemplung ini berbau.

amp. VII

ASUMSI PENGGUNAAN TES
STATISTIK MCNEMAR.

ractical
onparametric
tatistics
ed

J. CONOVER
xas Tech University

n Wiley & Sons
v York Chichester Brisbane Toronto

3.5. SOME VARIATIONS OF THE SIGN TEST

Suppose now that the data are not ordinal as in the sign test but nominal with two categories that we will call "0" and "1." That is, each X_i is either 0 or 1, and similarly for each Y_i . Then a question sometimes asked is, "Can we detect a difference between the probability of (0, 1) and the probability of (1, 0)?" Such a question arises when the X_i in the pair (X_i, Y_i) represents the condition (or state) of the subject before the experiment and Y_i represents the condition of the same subject after the experiment. The same procedure as used in the sign test may be used here also, but the test is well known by a different name.

The McNemar Test for Significance of Changes

DATA. The data consist of observations on n' independent bivariate random variables (X_i, Y_i) , $i = 1, 2, \dots, n'$. The measurement scale for the X_i and the Y_i is nominal with two categories, which we may call "0" and "1;" that is, the possible values of (X_i, Y_i) are (0, 0), (0, 1), (1, 0), and (1, 1). In the McNemar test the data are usually summarized in a 2×2 contingency table, as follows.

		Classification of the Y_i	
		$Y_i = 0$	$Y_i = 1$
Classification of the X_i	$X_i = 0$	a (the number of pairs where $X_i = 0$ and $Y_i = 0$)	b (the number of pairs where $X_i = 0$ and $Y_i = 1$)
	$X_i = 1$	c (the number of pairs where $X_i = 1$ and $Y_i = 0$)	d (the number of pairs where $X_i = 1$ and $Y_i = 1$)

ASSUMPTIONS

1. The pairs (X_i, Y_i) are mutually independent.
2. The measurement scale is nominal with two categories for all X_i and Y_i .
3. The difference $P(X_i = 0, Y_i = 1) - P(X_i = 1, Y_i = 0)$ is negative for all i , or zero for all i , or positive for all i .

HYPOTHESES

$$H_0: P(X_i = 0, Y_i = 1) = P(X_i = 1, Y_i = 0) \quad \text{for all } i$$

$$H_1: P(X_i = 0, Y_i = 1) \neq P(X_i = 1, Y_i = 0) \quad \text{for all } i$$

These hypotheses may take a slightly different form if we add $P(X_i = 0, Y_i = 0)$ to both sides of the equation in H_0 to get

$$H_0: P(X_i = 0, Y_i = 1) + P(X_i = 0, Y_i = 0) = P(X_i = 1, Y_i = 0) + P(X_i = 0, Y_i = 0)$$

3.5. Some Variations of the Sign Test 131

side of H_0 includes all possibilities for Y_i and hence equals $P(X_i = 0)$. The right side includes all possibilities for X_i and so equals $P(Y_i = 0)$. Thus we have a new set of hypotheses in the form

$$H_0: P(X_i = 0) = P(Y_i = 0) \quad \text{for all } i$$

$$H_1: P(X_i = 0) \neq P(Y_i = 0) \quad \text{for all } i$$

These are also equivalent to

$$H_0: P(X_i = 1) = P(Y_i = 1) \quad \text{for all } i$$

$$H_1: P(X_i = 1) \neq P(Y_i = 1) \quad \text{for all } i$$

These sets of hypotheses are usually easier to interpret in terms of the experiment.

TEST STATISTIC. The test statistic for the McNemar test is usually written

$$T_1 = \frac{(b - c)^2}{b + c}$$

for $b + c \leq 20$, the following test statistic is preferred.

$$T_2 = b$$

Neither T_1 nor T_2 depends on a or d . This is because a and d are the number of "ties," and ties are discarded in this analysis.

DECISION RULE. Let n equal $b + c$. If $n \leq 20$, use Table A3. If α is the level of significance, enter Table A3 with $n = b + c$ and $p = 1/2$ to find the entry approximately equal to $\alpha/2$. Call this entry α_1 , and the corresponding value of y is called t . Reject H_0 if $T_2 \leq t$, or if $T_2 \geq n - t$, at a level of significance of $2\alpha_1$. Otherwise accept H_0 . If n exceeds 20, use T_1 and Table A2. Reject H_0 at a level of significance α if $T_1 \geq \chi^2_{1-\alpha}$, the $(1 - \alpha)$ quantile of a chi-square random variable with 1 degree of freedom. Otherwise accept H_0 .

Example 1. Prior to a nationally televised debate between the two presidential candidates, a random sample of 100 persons stated their choice of candidate as follows. Eighty-four persons favored the Democratic candidate and the remaining sixteen favored the Republican. After the debate the hundred people expressed their preference again. Of the persons who originally favored the Democrat, exactly one-fourth of them changed their preference and also one-fourth of the people formerly favoring the Republican moved to the Democratic side. The results are summarized in the following

Dengan populasi ayam betina 30 ekor (tiap kelompok masing-masing 15 ekor) maka dengan makanan yang disediakan oleh pembimbing, dihasilkan dari 30 ekor ayam tersebut, sedikitnya 20 ekor bertelur sehari. Ini berarti bahwa baik pada Kel. I maupun Kel. II dalam waktu 10 hari menelurkan telur dapat digunakan 2 mesin telan yang masing-masing berkapasitas sebanyak 100 biji.

Juga menggunakan bahan makanan dengan proporsi campuran :

30 % konsentrat

30 % dedak mesin giling Inokl.

40 % jagung giling

apabila bahwa untuk ayam dewasa diperlukan makanan 4 kg/bulan -
 ang bagi anak ayam yang baru ditetaskan didapatkan kebutuhan 4
 ayam sampai berusia 3 bulan dengan berat badan rata-rata 2-2,5 kg.

Bila kemungkinan menetas sebesar 80 % maka setelah pengeraman
 21 hari akan didapatkan menetas sedikitnya 80 ekor anak ayam.
 80 ekor ini memerlukan makanan 4 kg/ekor untuk mencapai umur 3
 an dengan berat badan 2-2,5 kg, dan bila dipasarkan dapat menca-
 harga minimum Rp 2.500,- per ekor. Perincian berikut ini merupa-
 cara perhitungan untung rugi bagi para peserta anggota KHT dalam
 yak peternakan ayam kampung ini.

hitungannya secara kasar untuk :

1. Makanan campuran yang terdiri dari :

30 % konsentrat, 30 % dedak dan 40 % jagung giling didapat-

kan :

45 kg konsentrat	Rp	25.000,-
45 kg dedak = Rp 100,-	"	4.500,-
60 kg jagung giling = Rp 200,-	"	12.000,-
Biaya transportasi	"	3.500,-
Untuk 150 kg makanan campuran	Rp	45.000,-
Harga per kg. makanan campuran	"	300,-

2. Biaya pengolahan alat betas sebanyak 6 buah :	
2 lembar triplex	Rp 7.000,-
2 lembar seng plat	" 5.000,-
24 lampu tembak a Rp 1.250,-	" 30.000,-
Biaya lain-lain	" 3.000,-
	<hr/>
Jumlah	Rp 45.000,-

3. Biaya perawatan anak ayam s/d siap dipasarkan :	
5 liter minyak tanah untuk lampu penerangan	
a Rp 150,-	Rp 750,-
Makanan untuk 100 ekor anak ayam	
a 4 kg/ekor	" 96.000,-
Biaya vaksinasi 2 kali untuk	
100 ekor ayam	" 2.250,-
	<hr/>
Jumlah	Rp 100.000,-

4. Harga jual ayam 100 ekor di pasaran dengan berat badan 2-2,5 kg per ekor Rp 2.500,- Rp 200.000,-

5. Biaya yang harus dikeluarkan oleh seorang peserta EMT yang mengikuti program peternakan ini adalah :

a. biaya makan ayam 30 ekor / bulan	
adalah : $30 \times 4 \times \text{Rp } 300,- = \text{Rp } 45.200,-$	
untuk setiap orang :	
$\text{Rp } 36.000,- / 30 = \text{per } 3 \text{ bulan a Rp } 1.440,- = \text{Rp } 4.320,-$	
b. sumbangan pembuatan alat	
$\text{Rp } 45.000,- / 30 = \text{Rp } 1.500,-$	
c. Biaya perawatan ayam	$= \text{Rp } 100.000,-$

Jumlah	Rp 105.000,-
Dibulatkan	" 106.000,-

Harga jual ayam Rp 200.000,- sehingga keuntungan di dalam jangka waktu 3 bulan = $\text{Rp } 200.000,- - \text{Rp } 106.000,- = \text{Rp } 94.000,-$
 untuk rata-rata per bulan = $\text{Rp } 94.000,- / 3 = \text{Rp } 31.300,-$



Skala: 1 : 2.000.000

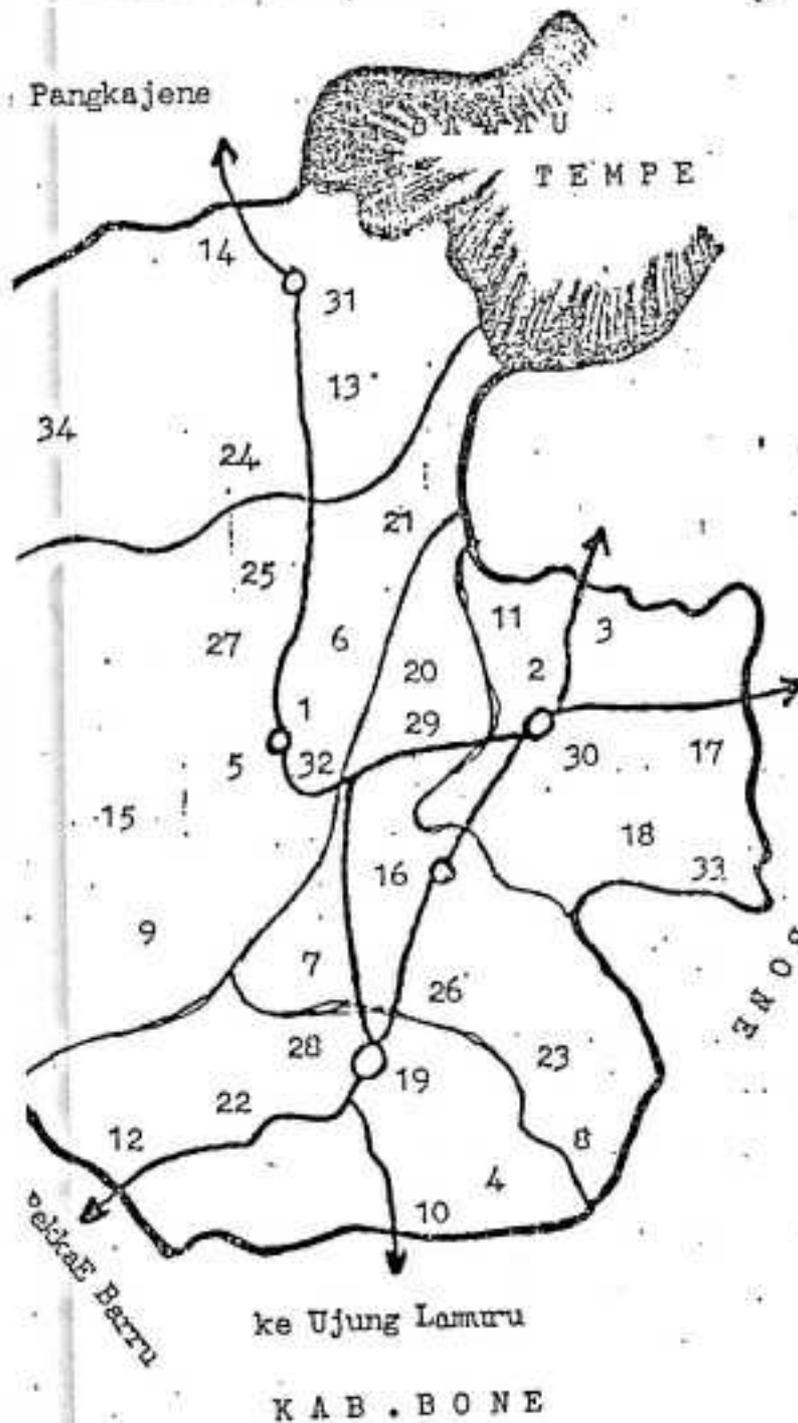
Catatan: I. Kab. Soppeng
 II. Kab. Majene,

III. Kab. Tana-Toraja
 IV. Kab. Jeneponto

PETA KABUPATEN DATI-II SOPPENG.

KAB. SIDRAP.

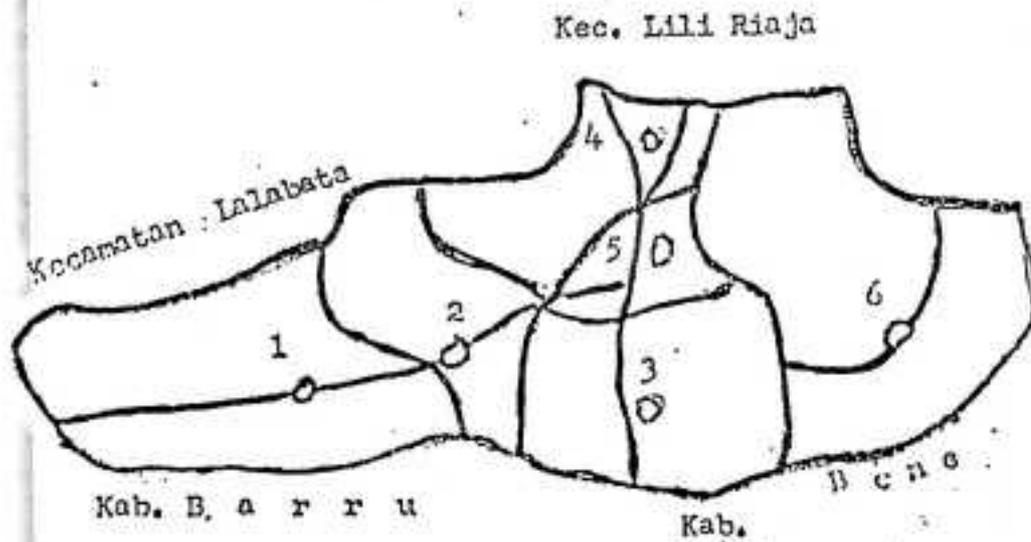
Nama Desa/Kelurahan ditinjau
memurut banyaknya
keadaan 31 Desember



- 1. Cempaka
- 2. Pajaleana
- 3. Baringang
- 4. B...
- 5. B...
- 6. Dandi...
- 7. Patulo
- 8. Ci...
- 9. Lalabata
- 10. G...
- 11. Lompulu
- 12. Gatt...
- 13. Attang...
- 14. Manorang...
- 15. B...
- 16. G...
- 17. Uju...
- 18. Tetewatu
- 19. Tetikeng...
- 20. Gan...
- 21. L...
- 22. W...
- 23. J...
- 24. Pan...
- 25. Lalabata Raja
- 26. Jenn...
- 27. Soli...
- 28. Lab...
- 29. Bie lo
- 30. Macar...
- 31. Limpo Majana
- 32. Maci...
- 33. Abbamang
- 34. Bul...

Kampung : ...
Desa : 20.
Kelurahan : ...
Perw. Kep. : 1.
Kecamatan : 5.

PETA KECAMATAN MARI RIWAJO



Keterangan :

- I. Gambar
- Batas Kecamatan
- Batas Desa / Kelurahan
- Batas Kabupaten
- Iku Kota Desa / Kelurahan
- Jalan Raya

II. Nama Desa/Kel. dan banyaknya Penduduk 31 Desember 1984. -

1 Gattareng	= 6375 jiwa
2 W a t u	= 6310 jiwa
3 Goario	= 8958 jiwa
4 Labessi	= 5011 jiwa
5 T. Rarae	= 4429 jiwa
6 B a r a e	= 5923 jiwa

- : kaedah-kaedah yang timbul dari masyarakat sesuai dengan kebutuhannya pada suatu saat.
- : (1). bibit penyakit
(2). sejenis makhluk gaib yang dapat menyebabkan penyakit di kalangan suku Gimi di Irian.
Nama "agent" diberikan oleh Glick.
- : Angka Kematian Bayi = banyaknya kematian bayi yang berusia kurang dari 1 tahun dibagi jumlah kelahiran hidup x 1.000.
- yang ada pada "raket" : pendekatan yang memanfaatkan ilmu-ilmu sosial dengan materi kesehatan. Mungkin tepat disebut, pendekatan "mediko-sosio-antropologis".
- awo ologun : dukun di kalangan masyarakat Nigeria (linat juga dukun)
- ka Allah taala : ucapan dukun pada akhir setiap jampi agar jampi itu diberkahi oleh Tuhan dan menjadi mujarab.
- ong : nama sejenis makhluk jadi-jadian di kalangan suku Toraja dan makhluk ini dianggap dapat memakan manusia yang sakit sehingga mati
- : nama sejenis makhluk gaib di kalangan suku Oromo di Ethiopia dan dianggap siapa saja yang bertemu dengannya akan jatuh sakit.
- itive : bagian dari salah satu domain yang membicarakan tentang tingkat pengetahuan.
- oEreng : bayi/anak yang menangis terus-menerus sesudah pulang dari suatu perjalanan. Menurut dukun, anak itu "dikut-ikuti" oleh paddengeng.
- idero : nama dukun di Meksiko
- oso : nama dukun di Columbia

nak

- : kebutuhan kesehatan menurut pandangan masyarakat.
- : penyakit yang menyerang anak kecil/balita dengan tanda-tanda kurus, cengeng dan lemah.
- : pembagian wawasan ilmu umpama:
 1. cognitive domain untuk tingkat pengetahuan;
 2. affective domain untuk sikap
 3. psychomotor domain untuk perbuatan.
- : orang pandai di dalam masyarakat untuk masalah-masalah kesehatan. Dikenal dukun:
 1. bersalin :
 - a. sanro pemmanak (Bugis)
 - b. paraji
 2. patah tulang
 3. pengobatan

Dukun yang memberikan pengobatan pada penyakit tertentu, bergelar

1. babalawo, baba-ologun, di Nigeria;
2. curandero di Meksiko
3. curioso di Columbia
4. dukun, pawang, sanro di Indonesia
5. kabira di Ethiopia
6. semvojan di Siberia

i (education)

- : pendidikan, suatu proses yang digunakan untuk merubah perilaku. Dikenal pendidikan:
 1. informal, dilakukan di dalam keluarga;
 2. nonformal, dilakukan di dalam masyarakat;
 3. formal, dilakukan pada sekolah dengan kurikulum tertentu
- : lingkungan, erat hubungannya dengan peristiwa timbulnya penyakit.
- : penilaian untuk melihat keberhasilan.

nment

si

ke to face
communication
ferro-cement

: komunikasi secara tatap wajah,
komunikasi secara langsung.
: di Indonesiakan: ferrosemen
salah satu teknologi tepat guna
yang menggunakan bahan semen, pa-
sir dan besi untuk membuat suatu
bangunan/ benda seperti bak-bak
air atau bak WC.
Sekarang ferro semen telah dise-
derhanakan dengan menggunakan bam-
bu sebagai kerangkanya.

formative evaluation

: evaluasi pada program yang semen-
tara berjalan dan bilamana perlu
dapat dilakukan perbaikan.

jam

: (1). bahasa Indonesia, bahan yang
rasanya asin.
(2). di kalangan perdukunan di In-
dia, berarti makanan yang
berkhasiat panas seperti su-
su, daging.

(linat juga tonda)

ring

: penyakit (Makassar)
dihubungkan dengan gejala penya-
kit:

1. garring lekleng,
pasien dengan demam berkepan-
jangan dan diobati dengan ra-
muan yang salah satu bahannya
adalah arang. kulit penderita
biasanya hitam karenanya.
2. garring lolo
pasien biasanya gadis remaja
dengan gejala sering ngelamun,
air mata bercucuran dan tiba-
tiba menjerit-jerit.
(linat juga pappasang ri a-
nging).

a-guna

: black magic
sejenis dengan senere, doti

- t : kebiasaan, merupakan perikelakuan peribadi.
- : pejamu,
dicolokkan pada interaksi timbulnya penyakit, interaksi antara agent, host dan environment.
- tny behavior : perilaku senat,
perilaku yang mendukung adanya cara hidup yang senat.
(lihat juga perilaku dan senat)
- ga : suatu makhluk gaib di kalangan masyarakat Sarwa yang dapat diminta bantuannya untuk menyakiti orang lain.
- ntos : makhluk gaib di kalangan masyarakat di Pulau Negros, Filipina.
Inkantos bukan makhluk yang dapat disuruh menyakiti orang lain tetapi bagi mereka yang telah bertemu dengan inkantos dapat terjadi keberuntungan atau kecelakaan (sakit sampai mati).
- ka-sagala : dukun-pengobatan yang dianggap paling mampu untuk mengobati penyakit segala. Penyakit segala yang dianggap penyakit turun dari langit, bila tidak ditangani secara sempurna, I Ati akan mereggut nyawa si sakit.
(lihat juga pakkasuwiyeng)
- k : roti kukus dengan banan ubi kayu yang merupakan makanan pokok di kalangan suku Mandar. Dimakan bersama ikan kering, jepak dan loka di anjoroi merupakan makanan mereka sehari-hari.
- : makhluk gaib yang dipercaya oleh masyarakat Oromo di Etiopia sebagai penyebab penyakit ayan (epilepsi)

- kanjala : istilah yang digunakan suku Makassar untuk penyakit kusta. Dalam konsep dukun-pengobatan di dalam masyarakat Bugis dan Makassar, kanjala terjadi karena adanya dosa orang tua.
- kasuwiyang : menderita penyakit segala. Bagi suku Bugis, bila menderita penyakit segala, diperlukan adanya upacara makkasuwiyang (melakukan kasuwiyang = pengabdian) karena dianggap segala datangnya dari langit dan turun ke bumi mencari saudaranya.
- kebiasaan hidup : terjamahan dari living habit. Dibicarakan kebiasaan hidup yang baik guna menunjang kesehatan yang bersangkutan.
- learning by doing : suatu proses belajar-mengajar dengan cara peserta disuruh belajar sambil mengerjakannya.
- kego-lego : bagian depan rumah Bugis yang digunakan untuk duduk santai.
- living habits : linat kebiasaan hidup
- loka di anjoroi : pisang direbus bersama santan kelapa. Merupakan makanan sehari-hari suku Mandar. Dimakan bersama ikan kering dan makanan pokok lainnya, jepak.
- magic : adalah "pseudo-arts" bersama-sama "pseudo science". Dikenal Sorcery dan Taboo yang masing-masing bertujuan untuk berbuat sesuatu guna mendapatkan sesuatu yang baik dan bila berbuat sebaliknya, akan mendapatkan hasil yang tidak diharapkan.
- Marakdia Parappe : dianggap makhluk gaib yang dapat dimintai pertolongannya untuk menyakiti orang lain dalam masyarakat suku Mandar.

- iral : terjadinya penyakit karena peristiwa alam
- iralistik : keadaan dimana lebih banyak kematian terjadi karena sebab-sebab alamiah.
- i : keoutuhan kesehatan yang dilihat oleh petugas kesehatan
- i : makanan tambahan di Zimbabwe yang berasal dari Shona yang terdiri dari labu dan kacang tanah.
- ition educat-: penggunaan proses pendidikan dalam upaya peningkatan status gizi masyarakat
- ctivating way: pola berfikir moderen yang memanfaatkan sumber daya sekitar sebanyak-banyaknya untuk kepentingan hidupnya.
- hinking
- aukang : rasa sakit pada otot karena terjadinya penimbunan hasil metabolisme berupa asam laktat yang dikenal oleh dukun dengan nama masuk angin. Pengobatan dukun dengan mengurut tempat yang sakit dengan daun sirih dan menorehkan adonan kapur ditempat daun sirih tersangkut dan robek.
- engengeng : makhluk gaib yang digambarkan sebagai pemburu rusa yang menunggang kuda sambil menyiapkan jerat sebagai alat penangkap rusa buruannya. Makhluk ini dianggap sebagai makhluk gentayangan dan suka iseng. Bila menjerat mangsanya (dalam hal ini manusia) sampai mati, terjadilah atikkengeng. Bila hanya menyapukan jerat sehingga timbul kemerahan di seluruh tubuh, terjadilah arawukeng. Sekiranya ia lagi iseng dan mengikut-ikut saja pada anak kecil yang sedang digendong orang tuanya, anak kecil itu akan terus-menerus menangis dan terjadilah coë-coëreng.

- pallu cekla : masakan sejenis pindang dengan garam yang banyak sekali. Masakan ini merupakan cara memproses ikan guna konsumsi sehari-hari, terutama penduduk di daerah Selatan Ujung Pandang.
- pappasang ri anging : semacam pelet yang menggunakan jasa angin. Digantungkan di depan jendela setelah dimanterai, pesanan (pappasang) akan terbawa angin ke rumah si dia dan si dia yang menerima pesanan akan bercucuran air mata disertai jantung berdebar-debar seperti bergetarnya helai kertas yang ditiup angin.
(lihat garring lolo)
- parakang : makhluk jadi-jadian yang menyukai faeces (tinja) dan dianggap mempunyai kemampuan untuk memakan manusia terutama yang sakit diare.
(lihat juga batitong)
- participation way of thinking : pola berfikir masyarakat tradisional yang memanfaatkan sumber daya sekitar sekadarnya untuk memenuhi kebutuhan hidupnya.
- parattiro : peramal, baik untuk keperluan meramalkan penyebab/jenis penyakit maupun untuk hal-hal lain.
- personalistik : kejadian yang sebaliknya dari naturalistik.
- parola berfikir : dasar pelaksanaan kegiatan yang bersumber dari kebudayaan yang bermanifestasi dalam cara berfikir, bersikap dan bertindak.
- physical quality of life Index : dalam bangsa Indonesia Indeks Mutu Hidup yang terdiri dari 4 indikator, (1) angka kematian bayi, (2) angka raman hidup, (3) bebas buta aksara terutama ibu-ibu dan (4) kesenjangan ekonomi. Rumusan Morris ini digunakan PBB dan WHO untuk "Hidup Sehat Untuk Semua Tahun 2.000).

- mary Health Care : cara meningkatkan pelayanan kesehatan melalui pengembangan upaya kesehatan pokok. Pembangunan Kesenatan Masyarakat Desa di Indonesia dianggap sebagai bentuk operasional Primary Health Care
- lity of life : derajat kesehatan yang optimal yang dinarapkan oleh Green.
- io : perbandingan antara dua nilai Sex-ratio, perbandingan jumlah laki-laki dan perempuan dalam masyarakat.
- ala : penyakit kulit yang bergejala sebagai ruam kulit yang didahului adanya demam. Pada masa lalu sagala ini analog dengan cacar (variola vera). Sekarang, sagala mungkin hanya serampah (morbilli). (lihat juga kasiwiyeng).
- ro : gelaran dukun bagi suku Bugis/Makassar.
- rak : alat dapur, centong nasi. Diberikan gelaran itu pada sanro yang mempunyai sifat mengeruk kantong pasiennya, seperti centong nasi mengeruk nasi di belanga.
- pi-sappoi pakkam- : artinya, marilah mengari kampung halaman kita. Kalimat ini diucapkan dukun/ jangka sagala untu melakukan sajen guna melindungi penduduk dari serangan sagala. Cara La Tone, mengarak tombak pusaknya keliling desa.
- at : diambil definisi WHO. suatu keadaan sehat fisik, mental dan kehidupan sosial dan bukan hanya bebas rasa sakit atau kelemahan.

- : (1) air sehat
air yang memenuhi syarat fisik (jernih, tidak berbau, tidak berwarna dan tidak ber-rasa kecuali segar), syarat kimia (bebas dari logam berat) dan syarat biologis (bebas kuman penyakit)
- (2) dana sehat
salah satu usaha PKMD untuk mengembangkan pelayanan kesenatan dengan mengusahakan pengumpulan danayuren masyarakat agar dapat hidup sehat
- (3) hidup sehat
hidup dalam keadaan sesuai definisi WHO
- (4) perilaku sehat
keadaan dimana cara bertingkah laku tertentu dalam situasi tertentu sesuai dengan definisi WHO.
- (5) nilai sehat
bagian dari kebudayaan yang termanifestasi sebagai perilaku sehat:...

Dari kata sehat menjadi kesehatan yaitu segala sesuatu yang berhubungan dengan sehat tersebut.

- (1) aspek kesehatan
bagian dari pada kegiatan usaha pokok kesehatan
- (2) derajat kesehatan
tingkat dimana seseorang berada sesuai dengan pengukuran indikator kesehatan yang lazim
- (3) indikator kesehatan
alat pengukur untuk mengetahui keadaan kesehatan masyarakat yang bersangkutan. Contoh indikator, angka kematian bayi (AKB), angka ramalan hidup dan status gizi balita.

- : (4) pendidikan kesehatan kegiatan dengan cara menggunakan proses pendidikan guna mencapai perilaku sehat
- (5) upaya kesehatan kegiatan yang memikirkan peningkatan kesehatan
- (6) usaha kesehatan kegiatan dalam bentuk riil untuk meningkatkan derajat kesehatan
- (7) kesehatan moderen usaha kesehatan yang dilaksanakan pada sarana kesehatan pemerintah
- (8) kesehatan traditional usaha kesehatan yang dilaksanakan dukun-pengobatan.

it

: bila keadaan kesehatan tubuh terganggu

Timbulnya penyakit berdasarkan interaksi agent, host dan environment

(lihat juga: natural, naturalistic, personalistic)

ere

: penyakit akibat teluh (lihat juga doti, guna-guna)

meng tassoro

: artinya, demam tak kunjung reda.

Pada keadaan semmeng, para dukun-pengobatan membaginya (1) demam 1 - 3 hari, disebut semmeng pabbekkereng (demam untuk bertumbuh)

(2) demam 3 - 7 hari, disebut semmeng lase (demam penyakit dan perlu diobati).

(3) demam lebih dari 7 hari disebut semmeng tassoro dan dianggap segala yang tidak keluar. Pantang diobatkan ke dokter sebab bila disuntik pasti mati

- sitebba kayu : setetak kulit kayu, merupakan takaran dukun-pengobatan untuk mengambil bahan ramuan obat. Sulitnya, besarnya tetakan parang bervariasi.
- tamman : kunyah (Toraja)
Ditamman, makanan pada anak kecil dikunyahkan dahulu baru disusapkan. Sangat merugikan gizi dan berbahaya pada penularan penyakit infeksi.
- tonda : dingin (India)
adanya klasifikasi makanan tergolong panas dan dingin. (lihat juga garam)
- tude bombang : sebangsa kerang laut hidup di pasir yang selalu basah karena disiram ombak. Tude bombang (*Mactra species*) warnanya kuning dan digunakan untuk mengobati penyakit kuning (hepatitis).
- tulak bala : membaca doa serta adanya sajen berupa makanan. Bagi masyarakat suku Bugis, tulak-bala biasanya disajikan sebagai nasi ketan beraneka ragam warna).
- uju : tujuh (bilangan)
digunakan sebagai simbol pengobatan, tuju menjadi situju artinya cocok.
- ufreezing : keterbukaan
Digunakan untuk mendapatkan suasana santai pada acara perkenalan. Juga dapat digunakan untuk mengemukakan unek-unek agar semua puas.

- odelator : bahan untuk melebarkan pembuluh darah dan sangat baik untuk mengobati myalgia. (lihat juga paddaukang).
- l-casing : bak untuk WC biasanya dibuat dengan teknologi tepat guna, ferrosemen.
- dan yang : pasang surut dan pasang naik yang merupakan penyebab timbulnya penyakit (Cina tradisional).

XIII.

DAFTAR NAMA DAN TEMPAT

stan	7	H. Harrow	51
yana (Dr)	182	Hippocrates	19
a Serikat	6, 40	Hong Kong	7
dic	19	Hovland	49
a Ali	126	Hutchinson	39
desh	59	Hydrick	6
(Desa)	32	I I Ati	126
(Desa)	32	India	7
(Kota)	181	Indonesia	7
g (Desa)	87	Inggris	40
	50	Israel	59
	7	K Kaharuddin	181
	47	Kar	53
	23	Krathwohl	48
	7, 59	L Labessi (Desa)	56
ll	34	La Hammade	133
ia	25	La Tone	124
(link).	150, 174	Lewin	49, 51
(Tekn)	174	Lughbara (suku)	20
Rica	61	M Mehler	44
o	25	Mandar	21
ia	21, 25	Mar'at	49
edokteran	153	Mata (dewi)	22
	153	Mc Guire	50
ertanian	153	McNemar	70, 188
ia	7, 9	Mochtar (prof)	6
a	25	Mongolia	7
	37	Morris	34
r	38	Mosso (desa)	86, 90
suku)	20	Mosambique	59
	59	Muhammad SAW (Nabi)	126, 174
	43		
an	36, 37		
	20		

	21	T	Taulo (link)	32
	7		Thailand	9
k	40		Texas	40
	25		Tude bombang (<i>Mactra</i> sp)	129
o djo	52		Tzintzantzun	19
	25	V	Venezuela	25
	36		Viet Nam	7
(suku)	20	W	Watansoppeng	150
(suku)	21		WHO	54
Palawa	86, 104		Winslow	62
	38	Y	Yahudi	59
	31		Yogya	41
bdul	181	Z	Zekaria (Ir)	186
	39			
	20			
	39			
Afrika)	57			
	25			
	41			
(Dr)	6			
	41			
gka	59			
tl	39			
	26			
i, J	41			
ono, S	44			
lin	182			
ldin	132			

DAFTAR SINGKATAN

- : Angka Kematian Bayi
- : Air Susu Ibu
- ta : Bawah Lima Tahun
- N : Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional
- : Biro Pusat Statistik
- : Crude Death Rate/ Angka Kematian Kasar
- : Indeks Mutu Hidup
- : Infant Mortality Rate
- : Keluarga Berencana
- : Kesejahteraan Ibu dan Anak
- : Kurang Kalori Protein
- : Kartu Menuju Sehat
- : Kelompok Masyarakat Terlatih
- : Perserikatan Bangsa-Bangsa
- ta : Pembangunan Lima Tahun
- : Pendidikan Kesehatan Masyarakat
- : Physical Quality of Life Index
- andu : Pos Pelayanan Terpadu (Kesehatan/KB)
- : Pelaksanaan Program Imunisasi
- : Pengorganisasian dan Pengembangan Masyarakat
- SS : Peningkatan Peranan Wanita menuju Keluarga Sehat Sejahtera
- PK : Rencana Pokok Program Pembangunan Jangka Panjang bidang Kesehatan
- : Sekolah Dasar
- : Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama
- : Sistem Kesehatan Nasional
- 3 : Society of Public Health Education
- in : Dokter-dukun
- : World Health Organization

RIWAYAT HIDUP AKADEMIS

- nama : H. Muhammad Rusli Ngatimin
 tanggal lahir : 17 Juli 1941
 tempat lahir : Maros, Sulawesi Selatan
 pendidikan :
1. 1947 - 1953 Sekolah Dasar,
Tamat di SD No. 5 Makassar.
 2. 1953 - 1956 Sekolah Menengah Pertama Bag. 8
Tamat/lulus di SMP Neg. II Makassar.
 3. 1956 - 1959 Sekolah Menengah Atas Bag. 8
Tamat/lulus di SMA Neg. I Makassar.
 4. 1959 - 1969 Fakultas Kedokteran Unhas
 - a. 1962 Lulus Sarjana Muda
 - b. 1965 Lulus Sarjana (Drs. Med)
 - c. 1969 Lulus Dokter
 5. 1973 - 1974 Health Education Specialist
Program, Departemen Kesehatan.
 - a. 1974
(April) Selesai Basic Orientation Course
di Jakarta
 - b. 1974
(Juli) Selesai Work Experience Program
di Bandung.
 6. 1974 - 1976 School of Public Health, Tulane
University, New Orleans, La. USA.
1976 Master of Public Health,
Health Manpower Planning and
Management on Health Education.
 7. 1975 Summer Session at University of
Chicago.
Special Course on Adult Education

8. 1976
(Juni s/d.
Juli).

Lokakarya dan Kursus Toksikologi
Lingkungan,
Lembaga Ekologi Universitas Padj
djaran, Bandung.

9. 1980 - 1987 Pendoktoran pada Universitas Has
nuddin.

Judul disertasi:
UPAYA MENCIPTAKAN MASYARAKAT SE
HAT DI PEDESAAN.