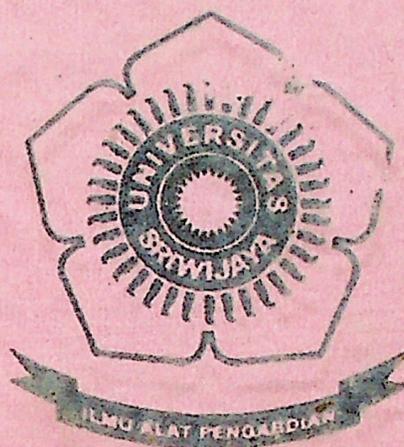


**PERILAKU KESEHATAN KOMUNITAS RUMAH
RAKIT DI KELURAHAN 5 ULU KOTA PALEMBANG**

SKRIPSI

Sebagai salah satu syarat untuk memenuhi Derajat Sarjana S-1 Sosiologi



OLEH:

**SULIANIS
07993102034**

**JURUSAN SOSIOLOGI
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POTITIK
UNIVERSITAS SRIWIJAYA**

2005

S
363.707
Sul
P

2005

**PERILAKU KESEHATAN KOMUNITAS RUMAH
RAKIT DI KELURAHAN 5 ULU KOTA PALEMBANG**



R. 12367.

SKRIPSI

Rp. 12649. Sebagai salah satu syarat untuk memenuhi Derajat Sarjana S-1 Sosiologi



OLEH:

**SULIANIS
07993102034**

**JURUSAN SOSIOLOGI
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS SRIWIJAYA**

2005

**PERILAKU KESEHATAN KOMUNITAS
RUMAH RAKIT DI KELURAHAN 5 ULU
KOTA PALEMBANG**

SKRIPSI

Diajukan Oleh :

**SULIANIS
07993102034**

Telah Disetujui Oleh Dosen Pembimbing

Tanggal, 25 Mei 2005

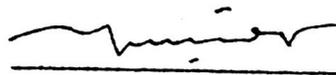
Dosen Pembimbing I

**Dra. Eva Lidya, M.Si
NIP. 131 476 136**



Dosen Pembimbing II

**Yunindyawati, S.Sos., M.Si
NIP. 132 255 115**

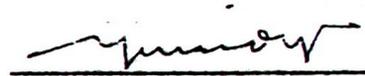


**PERILAKU KESEHATAN KOMUNITAS RUMAH RAKIT DI
KELURAHAN 5 ULU KOTA PALEMBANG
SKRIPSI**

**Telah dipertahankan di hadapan Dewan Penguji -
Pada tanggal 25 Mei 2005
Dan telah dinyatakan berhasil**

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

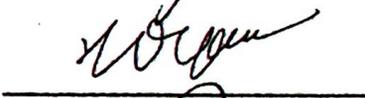
Yunindyawati, S.Sos.,M.Si.
Ketua



Drs. Tri Agus Susanto, MS
Anggota



Drs. Yoyok Hendarso, MA
Anggota



Dra. Rogaiyah, M.Si.
Anggota



Inderalaya, 25 Mei 2005

**JURUSAN SOSIOLOGI
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS SRIWIJAYA
TAHUN 2005**

Pjs. Dekan,




Dr. Ir. Rujito Agus Suwignyo, M. Agr.
NIP 131 477 200

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas kasih dan karunia-Nya maka akhirnya penulis mampu menyelesaikan skripsi. Segala usaha dan pemikiran singkat yang dituangkan dalam skripsi ini sengaja ditulis sebagai legitimasi ataupun syarat untuk mendapatkan gelar Sarjana Sosial (S. Sos) dari Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Jurusan Sosiologi pada Universitas Sriwijaya.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa karya tulis ini masih jauh dari kata "baik" dan banyak mengandung kekurangan di sana-sini. Akan tetapi justru dengan demikian penulis berharap agar karya sederhana ini dapat merangsang pemikiran mahasiswa lain untuk melakukan penyempurnaan juga pengembangan di masa yang akan datang.

Tak lupa penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada semua orang tanpa kecuali yang telah dengan tulus membantu secara fisik maupun psikis sampai selesainya skripsi ini antara lain:

1. Bapak Dr. Ir. Rujito Agus Suwigno, M.Agr., selaku Pjs. Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Sriwijaya.
2. Ibu Dra. Yusnaini, M. Si selaku Ketua Jurusan Sosiologi dan Ibu Dra. Dyah Hapsari ENH selaku Sekretaris Jurusan Sosiologi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Sriwijaya.

lisan

serta

alam

bang

sitas

sitas

kota

akit,

an 5

oko,

isku

yani,

ang

dan

3. Ibu Dra. Eva Lidya, M.Si selaku dosen Pembimbing I dalam penulisan skripsi ini telah banyak meluangkan waktu dan menyumbang saran serta pemikiran sejak awal sampai dengan selesainya skripsi ini.
4. Ibu Yunindyawati, S. Sos, M. Si selaku dosen Pembimbing II dalam penulisan skripsi ini telah banyak meluangkan waktu dan menyumbang saran serta pemikiran sejak awal sampai dengan selesainya skripsi ini.
5. Bapak dan Ibu Dosen Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Sriwijaya.
6. Karyawan dan karyawan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Sriwijaya.
7. Bapak Lurah Kelurahan 5 Ulu Kecamatan Seberang Ulu 1 kota Palembang.
8. Ketua RT 05, RT 07, RT 09, RT 10, ketua komunitas rumah rakit, Yayasan Fitra Palembang, dan para informan penelitian di Kelurahan 5 Ulu kota Palembang.
9. Kedua orang tuaku Mama, Papa, Mamak dan saudara-saudaraku (Koko, Yeyen, Ali, Dina, Holong), suami tercinta dan bunga Edelweisku terimakasih atas dukungan doanya.
10. Sahabat-sahabatku: Deasy, Indah Efrina, Sri Gustiani, Ida Royani, Stefanus dan Eli, Kak Suzie serta teman-teman PMKRI Cabang Palembang Santo Beda Yang Tekun terima kasih atas bantuan dan spiritnya.

11. Mak, Mr. BO,Emi, Rina, dan rekan-rekan PT SUNLIFE FINANCIAL INDONESIA Sun Glory 3 terima kasih atas kebersamaannya dalam suka dan duka.
12. Serta teman-teman seperjuangan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Jurusan Sosiologi angkatan '99.

Semoga skripsi ini dapat menjadi sumbangan (meskipun kecil) bagi ilmu pengetahuan yang terus berkembang. Maka pada akhirnya penulis mempersembahkan tulisan ilmiah berbentuk skripsi ini dengan judul:

Perilaku Kesehatan Komunitas Rumah Rakit Di Kelurahan 5 Ulu Kota Palembang.

Inderalaya, 25 Mei 2005

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
HALAMAN PENGESAHAN	
KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR TABEL.....	vii
ABSTRAK.....	ix
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Perumusan Masalah.....	10
1.3. Tujuan dan Manfaat Penelitian.....	11
1.3.1. Tujuan Penelitian.....	11
1.3.2. Manfaat Penelitian.....	11
1.4. Kerangka Pemikiran.....	12
1.5. Metode Penelitian.....	19
1.5.1. Definisi Konsep.....	19
1.5.2. Definisi Operasional.....	21
1.5.3. Unit Analisis.....	24
1.5.4. Subyek Penelitian.....	25
1.5.5. Lokasi Penelitian.....	25
1.5.6. Jenis dan Sifat Penelitian.....	26
1.5.7. Data dan Sumber Data.....	26
1.5.8. Teknik Pengumpulan Data.....	28
1.5.9. Teknik Analisis Data.....	28



26

1.6. Sistematika Penulisan.....	29
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	31
BAB III GAMBARAN UMUM WILAYAH PENELITIAN.....	41
3.1. Luas dan Batas Wilayah.....	41
3.2. Jumlah, Kepadatan, dan Pertambahan Penduduk.....	42
3.3. Kesehatan.....	45
3.3.1. Sarana Kesehatan.....	45
3.3.2. Tingkat Kesehatan Penduduk.....	45
3.3.3. Pemukiman Penduduk.....	47
3.4. Sanitasi Lingkungan.....	47
3.4.1. Sarana Sumber Air Bersih.....	47
3.4.2. Jenis Jamban Keluarga/ Pembuangan Air Besar.....	48
3.4.3. Saluran Pembuangan Air Limbah.....	49
3.4.4. Kualitas Keadaan Rumah.....	50
3.5. Keadaan Keluarga.....	51
3. 6 Deskripsi Komunitas Rumah Rakit.....	53
3.6.1. Deskripsi Komunitas Rumah Rakit Berdasarkan Jenis pekerjaan.....	53
3.6.2. Deskripsi Komunitas Rumah Rakit Berdasarkan Kondisi Fisik Rumah Rakit.....	54
3.6.3. Deskripsi Komunitas Rumah Rakit Berdasarkan Lama Menetap dan Status Kepemilikan.....	55

3.6.4	Deskripsi Komunitas Rumah Rakit Berdasarkan Jumlah Anggota Keluarga	56
3.7.	Deskripsi Subyek Penelitian	57
3.7.1.	Deskripsi Informan Berdasarkan Wilayah dan Jenis Pekerjaan	58
3.7.2.	Deskripsi Informan Berdasarkan Pendidikan.....	58
3.7.3.	Deskripsi Informan Berdasarkan Lama Menetap dan Jumlah Anggota Keluarga.....	59
3.7.4.	Deskripsi Informan Berdasarkan Ukuran Rumah Rakit	60
3.7.5.	Deskripsi Informan Berdasarkan Fungsi Rumah Rakit	61
3.8.	Deskripsi Obyek Penelitian	61
BAB IV INTEPRETASI DAN ANALISIS DATA.....		63
4.1.	Persepsi Komunitas Rumah Rakit Mengenai Konsep Sehat dan Sakit.....	63
4.2.	Strategi Komunitas Rumah Rakit dalam Menghadapi Sakit dan Penyakit.....	84
4.3.	Usaha Komunitas Rumah Rakit Untuk Menjaga Kesehatan.....	97
BAB V PENUTUP		102
5.1.	Kesimpulan.....	102
5.2.	Saran	105
DAFTAR PUSTAKA		106
LAMPIRAN		

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1. Beberapa Informasi Kesehatan Penduduk Propinsi Sumatera Selatan Tahun 2001	hlm 4
Tabel 1.2. Jumlah Rumah Rakit Tahun 2002 Berdasarkan Data Kecamatan SU I	hlm 9
Tabel 1.3. Status Kesehatan Individu	hlm 14
Tabel 3.1. Jumlah Penduduk Berdasarkan Tingkat Golongan Umur di Kelurahan 5 Ulu tahun 2003	hlm 43
Tabel 3.2. Jumlah Penduduk Kelurahan 5 Ulu Berdasarkan Tamat / Tidak Pendidikan	hlm 44
Tabel 3.3. Jumlah Penduduk Kelurahan 5 Ulu Berdasarkan Mata Pencaharian	hlm 45
Tabel 3.4. 10 Macam Penyakit Terbanyak di Puskesmas 4 Ulu Tahun 2003	hlm 46
Tabel 3.5. Tingkat Kesehatan Balita di Puskesmas 4 Ulu tahun 2003	hlm 46
Tabel 3.6. Kondisi Perumahan di Kelurahan 5 Ulu tahun 2003	hlm 47
Tabel 3.7. Sarana Air Bersih Yang Digunakan Keluarga di Kelurahan 5 Ulu	hlm 48
Tabel 3.8. Kelayakan Jamban di Kelurahan 5 Ulu tahun 2004	hlm 48
Tabel 3.9. Jarak Saluran Pembuangan Air Limbah di Kelurahan 5 Ulu Tahun 2004	hlm 49
Tabel 3.10. Kondisi Pemukiman Penduduk di Kelurahan 5 Ulu Tahun 2004	hlm 50
Tabel 3.11. Perumahan Dan Tata Laksana Rumah Tangga di Kelurahan 5 Ulu tahun 2000	hlm 51
Tabel 3.12. Penggolongan Penduduk Berdasarkan Tingkat Kesejahteraan di Kelurahan 5 Ulu Tahun 2003	hlm 51
Tabel 3.13. Penggolongan Komunitas Rumah Rakit Berdasarkan Jenis Pekerjaan.....	hlm 54

Tabel 3.14. Penggolongan Komunitas Rumah Rakit Berdasarkan Kondisi Fisik Rumah Rakit	hlm 55
Tabel 3.15. Penggolongan Komunitas Rumah Rakit Berdasarkan Lama Menetap dan Status Kepemilikan	hlm 56
Tabel 3.16. Penggolongan Komunitas Rumah Rakit Berdasarkan Jumlah Anggota Keluarga	hlm 57
Tabel 3.17. Deskripsi Informan Berdasarkan Wilayah dan Jenis Pekerjaan di Kelurahan 5 Ulu	hlm 58
Tabel 3.18. Deskripsi Informan Berdasarkan Pendidikan di Kelurahan 5 Ulu	hlm 59
Tabel 3.19. Deskripsi Informan Berdasarkan Lama Menetap dan Jumlah Anggota Keluarga di Kelurahan 5 Ulu	hlm 60
Tabel 3.20. Deskripsi Informan Berdasarkan Ukuran Rumah Rakit.....	hlm 60
Tabel 3.21. Deskripsi Informan Berdasarkan Fungsi Rumah Rakit	hlm 61
Tabel 3.22. Deskripsi Rumah Rakit yang Berfungsi Untuk Tempat Tinggal di Kelurahan 5 Ulu	hlm 62

ABSTRAK

Penelitian ini berjudul Perilaku Kesehatan Komunitas Rumah Rakit di Kelurahan 5 Ulu kota Palembang. Permasalahan yang diambil dalam penelitian adalah: Bagaimana persepsi komunitas rumah rakit mengenai konsep sehat dan sakit, Bagaimana strategi komunitas rumah rakit dalam menghadapi kondisi sakit dan penyakit, Apa usaha komunitas rumah rakit untuk menjaga kesehatan.

Tujuan penelitian ini yaitu: mengidentifikasi persepsi komunitas rumah rakit mengenai konsep sehat dan sakit, mendeskripsikan strategi komunitas rumah rakit dalam menghadapi kondisi sakit dan penyakit, dan mengidentifikasi usaha komunitas rumah rakit untuk menjaga kesehatan. Manfaat penelitian ada dua yaitu pertama, manfaat teoritis sebagai sumbangan terhadap pemikir ilmu sosial bahwa perlu menganalisis komunitas rumah rakit dari aspek sosiologis, dan dapat memberikan tambahan data khususnya data mengenai perilaku kesehatan khususnya komunitas rumah rakit; kedua manfaat praktis yaitu sebagai bahan masukan bagi pihak-pihak yang terkait dengan masalah perilaku kesehatan.

Metode penelitian ini adalah kualitatif yang bersifat deskriptif. Unit analisis dalam penelitian ini adalah komunitas yang menetap di rumah rakit, dengan subyek penelitian berjumlah sepuluh orang informan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa persepsi sehat komunitas rumah rakit dikaitkan dengan berjalannya pekerjaan sehari-hari, baik sebagai ibu rumah tangga, sopir "ketek", buruh "ketek", berdagang ikan, maupun buruh bangunan. Persepsi sakit dikaitkan dengan perasaan yang tidak enak dan menurunnya kondisi tubuh, sehingga pekerjaan tidak bisa dilakukan secara maksimal. Strategi yang dilakukan oleh komunitas rumah rakit antara lain: minum "obat warung", "dikerok", pijat dengan tukang pijat, minum "banyu jampian" dari dukun kampung, atau berobat ke puskesmas dan rumah sakit. Peran baru orang sakit diakui oleh informan, tetapi mereka belum memahami hak dan kewajiban orang sakit. Seseorang yang menderita penyakit ringan tidak memerlukan istirahat. Orang sakit diusahakan untuk diobati, namun makna istirahatnya adalah istirahat untuk sementara waktu dan bukan istirahat total dari semua tanggung jawab sosial yang normal. Berbeda kalau seseorang menderita penyakit parah dan harus dirawat di rumah sakit. Komunitas rumah rakit berusaha untuk sembuh dari sakit karena tuntutan pemenuhan kebutuhan keluarga. Usaha komunitas rumah rakit untuk menjaga kesehatan yaitu makan teratur, tidak lupa istirahat, minum "banyu rebosan" atau jamu bungkusan/jamu gendong, pikiran diusahakan selalu tenang, menjaga kebersihan air untuk memasak dan minum, sering pijat sambil berdoa kepada Tuhan.

Kata kunci: Perilaku Kesehatan, Komunitas, Rumah Rakit.

BAB I

PENDAHULUAN

1. 1 Latar Belakang

Pembangunan kesehatan memegang peranan yang sangat penting dalam memelihara dan meningkatkan angka umur harapan hidup. Derajat kesehatan yang tinggi akan meningkatkan produktifitas tenaga kerja yang selanjutnya akan meningkatkan kemampuan bersaing secara global. Indikator keberhasilan pembangunan kesehatan kota Palembang terlihat dari: (1) peningkatan derajat kesehatan yang tercermin dari menurunnya angka kematian bayi dan ibu melahirkan, meningkatnya angka harapan hidup dan keadaan rata-rata gizi balita; (2) perkembangan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan tercermin dari meningkatnya pelayanan kesehatan berupa fasilitas kesehatan (rumah sakit, puskesmas, klinik bersalin), jumlah tenaga medis dan paramedis (CDS, 2002:20).

Dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal berbagai upaya kesehatan telah diselenggarakan. salah satu bentuk upaya kesehatan adalah pelayanan kesehatan melalui puskesmas dan rumah sakit sebagai rujukannya. Di samping itu, untuk mensukseskan sistem kesehatan nasional diperlukan peran serta aktif dari masyarakat.

Derajat kesehatan dipengaruhi oleh banyak faktor seperti lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan, dan keturunan. Intervensi lingkungan fisik adalah dalam bentuk perbaikan sanitasi lingkungan, sedangkan intervensi terhadap lingkungan sosial, budaya, politik, dan ekonomi dalam bentuk program-program

peningkatan pendidikan, perbaikan sosial ekonomi masyarakat, penstabilan politik dan keamanan, dan sebagainya. Intervensi terhadap faktor pelayanan kesehatan adalah dalam bentuk perbaikan dan penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan, perbaikan sistem dan manajemen pelayanan kesehatan; sedangkan intervensi terhadap faktor hereditas antara lain dengan perbaikan gizi masyarakat, khususnya perbaikan gizi ibu hamil. Gizi ibu hamil yang baik akan menghasilkan anak yang sehat dan cerdas; sebaliknya ibu hamil yang kurang gizi akan melahirkan anak dengan berat badan yang kurang, sakit-sakitan, dan bodoh. Pendidikan kesehatan juga diperlukan bagi kelompok yang mempunyai risiko menurunkan penyakit tertentu (Notoatmodjo, 2003:9).

Derajat kesehatan yang optimal dapat terwujud dengan perencanaan yang baik sejalan dengan UU No. 23 Tahun 1992 tentang kesehatan yang tetap dijadikan acuan, yang pada pasal 3 menyebutkan bahwa tujuan pembangunan kesehatan adalah untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan yang optimal. Juga didukung oleh Visi Indonesia Sehat 2010 yang merupakan gambaran masyarakat Indonesia di masa depan yang penduduknya hidup dalam lingkungan dan perilaku sehat, mampu menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu, adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Lingkungan sehat adalah lingkungan yang kondusif bagi terwujudnya keadaan sehat yaitu lingkungan yang bebas polusi, tersedia air bersih, sanitasi lingkungan memadai, perumahan dan pemukiman sehat, perencanaan kawasan berwawasan kesehatan, dan kehidupan masyarakat saling tolong-menolong. Untuk

mewujudkan visi Indonesia Sehat 2010 ditetapkan misi pembangunan kesehatan yaitu menggerakkan pembangunan nasional berwawasan kesehatan. Pelbagai sektor pembangunan harus memasukkan pertimbangan kesehatan dalam semua kebijakan pembangunannya. Program pembangunan yang tidak berkontribusi positif terhadap kesehatan, apalagi yang berdampak negatif terhadap kesehatan, seyogyanya tidak diselenggarakan.

Tingkat kesehatan penduduk merupakan salah satu dimensi penting sebagai refleksi mutu sumber daya manusia. Hasil Susenas 2001 menunjukkan pola penyakit yang diderita oleh penduduk Sumatera Selatan masih belum berubah dibandingkan dengan keadaan sebelumnya. Pola dominan penyakit yang dikeluhkan oleh masyarakat umumnya masih berkisar pada penyakit infeksi yang merupakan penyakit khas daerah tropis.

Hasil Susenas 2001 menunjukkan bahwa dari 6,933 juta penduduk, 1,301 juta diantaranya menyatakan pernah mempunyai keluhan kesehatan dalam periode satu bulan sebelum survei Susenas dilaksanakan; artinya sekitar 19 dari 100 penduduk mempunyai keluhan setiap bulan. Jenis penyakit yang sangat populer adalah panas, batuk, dan pilek. Penyakit ini diderita oleh lebih dari 5 persen penduduk.

Tabel 1.1

Beberapa Informasi Kesehatan Penduduk Propinsi Sumatera Selatan Tahun 2001

	2001		
	Laki-laki	Perempuan	Total
1. Persentase penduduk yang mengalami keluhan kesehatan	18,43	19,36	18,89
2. Jumlah hari sakit			
0	55,75	54,74	55,24
1-2	25,57	28,03	26,82
4-7	13,39	12,94	13,16
8-14	2,04	1,77	1,90
15-21	1,46	0,85	1,15
22-30	1,78	1,67	1,72
3. Persentase pernah berobat sendiri	53,70	55,01	54,36
4. Persentase pernah berobat jalan	31,24	28,70	29,95
5. Persentase pernah/sedang rawat inap	0,37	0,39	0,38

Sumber: BPS, Susenas 2001

Dari total penduduk yang menyatakan mengalami keluhan kesehatan tersebut, sekitar 55 persen menyatakan tidak mengganggu aktivitas sehari-hari. Lama sakit 1-3 hari dialami oleh sekitar 26,82 persen penduduk yang mempunyai keluhan, sedangkan lama sakit 4-7 hari dialami oleh 13,16 persen penduduk yang mempunyai keluhan (BPS, 2000:6).

Respon penduduk terhadap keluhan kesehatan yang dialami tidak selalu dengan melakukan pengobatan. Terbukti 54,36 persen yang menyatakan pernah mengobati sendiri, 29,95 persen menyatakan pernah melakukan rawat jalan dan hanya 0,38 persen yang pernah/sedang rawat inap (BPS, 2000:6).

Pencanangan program Palembang Sehat 2008 merupakan salah satu upaya pemerintah kota Palembang untuk meningkatkan derajat kesehatan penduduk.

Tujuan dari pembangunan kesehatan antara lain agar masyarakat dari segala lapisan memperoleh pelayanan secara mudah, merata dan murah. Dengan adanya upaya tersebut diharapkan akan tercapai kesehatan masyarakat yang maksimal. Upaya nyata yang telah dilakukan pemerintah kota Palembang misalnya dengan tersedianya fasilitas kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas/puskesmas keliling, klinik bersalin, apotik.

Jumlah sarana kesehatan secara kuantitatif berubah dari tahun sebelumnya. Namun terus diupayakan agar secara kualitas juga mengalami peningkatan, sehingga dapat memenuhi kebutuhan masyarakatnya. Pada tahun 2002 jumlah rumah sakit di kota Palembang sebanyak 13 unit, puskesmas 36 unit, puskesmas pembantu 62 unit, klinik bersalin 35 unit, puskesmas keliling sebanyak 15 unit. Secara rinci untuk Kecamatan Seberang ulu I yaitu tidak terdapat rumah sakit, puskesmas sebanyak 1 unit, puskesmas pembantu 4 unit, klinik bersalin 4 unit, puskesmas keliling 1 unit (Palembang Dalam Angka 2002).

Visi kota Palembang tahun 2001-2005 adalah “Palembang Kota Bersejarah – sebagai Pusat Perdagangan dan Jasa”. Untuk mencapai visi ini diperlukan adanya misi sebagai komitmen dan pedoman arah bagi pengelolaan pembangunan dan penyampaian pelayanan masyarakat di kota Palembang. Misi pembangunan kota Palembang adalah: melestarikan dan mengembangkan peninggalan sejarah dan kebudayaan; menata tepian sungai dan menghidupkan kembali kebudayaan lingkungan sungai; mengembangkan dan menata industri kerakyatan berbasis lokal dan pusat-pusat perdagangan dan jasa yang ramah lingkungan; melaksanakan pelayanan prima; meningkatkan kualitas sumber daya

manusia; membangun, memelihara, dan mengoptimalkan sarana dan prasarana kota (CDS, 2002:86).

Masalah kesehatan masyarakat, terutama di negara-negara berkembang, pada dasarnya menyangkut dua aspek utama. Pertama ialah aspek fisik, misalnya tersedianya sarana kesehatan dan pengobatan penyakit, sedangkan yang kedua ialah aspek nonfisik yang menyangkut perilaku kesehatan. Faktor perilaku ini mempunyai pengaruh yang besar terhadap status kesehatan individu maupun masyarakat (Sarwono, 1997: 1).

Masyarakat rumah rakit perlu melewati jalan yang cukup jauh untuk memperoleh sarana kesehatan dan pengobatan penyakit. Bila dilihat secara fisik, untuk mencapai pemukiman masyarakat harus melalui jalan setapak dari kayu yang cukup kecil; untuk sampai ke tempat pelayanan kesehatan harus menggunakan kendaraan. Selain itu, masyarakat melakukan aktivitas seperti mandi, cuci, kakus di Sungai Musi karena belum tersedianya air bersih dan timbul gejala ruralisasi seperti yang diungkapkan oleh Daldjoeni yaitu suatu gejala dimana masyarakat meneruskan kebiasaan hidup di pedesaan seperti kegiatan mandi, cuci dan kakus di sungai dalam rangka tetap mempertahankan kelangsungan hidupnya. Ini akhirnya mempengaruhi perilaku kesehatan mereka.

Perilaku kesehatan suatu komunitas dapat diketahui dengan melihat terlebih dahulu pemahaman mereka tentang konsep sehat dan sakit. Konsep sehat dan sakit menurut medis berbeda dengan konsep menurut sosiologis. Medis memandang seseorang sehat atau sakit berdasarkan diagnosa gejala-gejala pada tubuh, kemudian dicocokkan dengan ilmu pengetahuan yang diperoleh dalam

ilmu kedokteran; sedangkan sosiologi melihat konsep sehat dan sakit berdasarkan pemahaman masyarakat sendiri.

Perbedaan persepsi antara masyarakat dan petugas kesehatan inilah yang sering menimbulkan masalah dalam melaksanakan program kesehatan. Kadang-kadang orang tidak pergi berobat atau menggunakan sarana kesehatan yang tersedia sebab dia tidak merasa mengidap penyakit, tetapi ada pula memilih pengobatan alternatif.

Penyakit (*disease*) secara ilmiah diartikan sebagai gangguan fungsi fisiologis dari suatu organisme sebagai akibat dari infeksi atau tekanan dari lingkungan. Jadi penyakit itu bersifat obyektif, sebaliknya sakit (*illness*) adalah penilaian individu terhadap pengalaman menderita suatu penyakit. Fenomena subyektif ini ditandai dengan perasaan tidak enak (Sarwono, 1997:31).

Batasan sehat yang diberikan oleh organisasi kesehatan sedunia (WHO) adalah "*a state of complete physical, mental and social wellbeing*" (WHO, 1981:38) dalam (Sarwono, 1997:31). Dari batasan ini jelas terlihat bahwa sehat itu tidak hanya menyangkut kondisi fisik, melainkan juga kondisi mental dan sosial seseorang.

Sungai Musi melintasi kota Palembang sepanjang lebih kurang 40 kilometer dan jumlah anak sungai 108 buah (CDS, 2002:48). Dengan dua kategori pemukiman tepi sungai secara umum yaitu pemukiman yang berada langsung di atas air dan pemukiman yang berada pada daerah genangan (daerah pasang surut). Pada saat ini daerah genangan bertambah lebar, karena terjadi pendangkalan; sehingga batas perairan sungai semakin jauh dari darat. Lebar daerah genangan

pasang surut tidak sama satu lokasi dengan lokasi lain, tergantung kondisi topografi masing-masing lokasi.

Ciri yang menonjol dari satuan pemukiman di lingkungan perairan sungai adalah berjajarnya bangunan rumah di sepanjang tepi ruas sungai yang bersangkutan. Pada tingkat satuan bangunan rumah, situsnya dapat dibedakan atas tiga kategori yaitu di tanah darat, pada peralihan tanah darat-perairan tepi, dan di atas perairan sungai (Budhisantoso, 1994:19). Maka rumah rakit di sepanjang Sungai Musi bisa dikategorikan bangunan rumah di atas perairan sungai.

Pada umumnya pemukiman di wilayah dataran rendah Sumatera Selatan berkembang di daerah aliran sungai, karena secara tradisional sungai besar dan kecil yang banyak mengalir di wilayah ini merupakan prasarana transportasi utama yang menunjang kegiatan sosial dan ekonomi masyarakat.

Rumah terapung atau rumah rakit merupakan fenomena unik yang hanya ada di beberapa daerah saja, seperti Palembang, Ogan Komering Ilir, Kalimantan. Untuk kota Palembang diperoleh data dari buletin *Urban Poor Linkage Indonesia* sebanyak 184 buah dengan rincian 19 yang berkondisi baik dan 102 lainnya berada dalam kondisi buruk. Berdasarkan rekapitulasi Dinas Kesejahteraan Sosial Propinsi Sumatera Selatan jumlah rumah rakit di tepian Sungai Musi tahun 2002 yaitu: Kecamatan Seberang Ulu I 110 buah, Kecamatan Seberang Ulu II 16 buah, Kecamatan Kertapati 42 buah, Kecamatan Ilir Barat II 8 buah, dan Kecamatan Gandus 8 buah.

Jumlah rumah rakit tahun 2002 berdasarkan data dari Kecamatan Seberang Ulu I sebagai berikut:

Tabel 1. 2

No.	Kelurahan	Jumlah	Pemanfaatan		
			Hanya tempat tinggal	Tempat tinggal dan tempat usaha	Hanya tempat usaha
1.	1 Ulu	23	15	7	1
2.	2 Ulu	14	5	7	2
3.	3-4 Ulu	11	2	6	3
4.	5 Ulu	23	18	2	3
5.	7 Ulu	6	4	1	1
6.	8 Ulu	-	-	-	-
7.	9-10 Ulu	-	-	-	-
8.	15 Ulu	1	-	1	-
9.	Tuan Kentang	19	17	2	-
10.	Silaberanti	-	-	-	-
	Jumlah	97	61	26	10

Sumber: Data Primer

Data dinas Kesejahteraan Sosial mengenai jumlah rumah rakit di Kecamatan Seberang Ulu I untuk tahun 2002 ada 110 buah. Data dari Harian Sriwijaya Post tanggal 14 Agustus 2002 mengungkapkan ada sedikitnya 105. 144 kk yang menempati rumah rakit di pinggiran Sungai Musi; dari jumlah itu terbanyak warga yang menempati rumah rakit tersebut berada di Seberang Ulu I (32.245 kk), Ilir Timur II (20.983 kk), Ilir Barat II (17.888 kk), dan Seberang Ulu II berjumlah 18.395 kk.

Rumah rakit di kota Palembang sering dipandang jorok, miskin, parasit, merusak keindahan kota, dan sumber tindak kriminal. Padahal telah diterbitkan Instruksi Presiden Nomor 5 tentang peremajaan pemukiman kumuh yang dikeluarkan tanggal 26 September 1990; juga didukung oleh misi pembangunan kota yang kedua yaitu menata tepian sungai dan menghidupkan kembali kebudayaan lingkungan sungai, artinya sekarang rumah rakit dipandang sebagai

potensi kota yang perlu dikembangkan dan dipelihara. Memang untuk kebutuhan mandi, mencuci, memasak mereka menggunakan air sungai langsung, yang menjadi persoalan adalah pembuangan limbah keluarga yang sembarangan. Inilah yang membuat kawasan rumah rakit terkesan kumuh, kotor, dan tidak sehat. Pada hal masalah kesehatan menjadi salah satu aspek yang penting dalam kehidupan.

Kesehatan dimulai dari tempat orang bermukim dan tempat orang bekerja, sehingga perlu memperhatikan bagaimana kondisi lingkungan tempat masyarakat bermukim dan bekerja. Masyarakat rumah rakit bermukim di atas air dengan mengkonsumsi air sungai dan membuang limbah rumah tangga di situ juga akan lebih rentan terkena penyakit karena kondisi lingkungan yang kurang sehat

Pemerintah juga sedang menggalakkan program pemukiman sederhana untuk masyarakat, tetapi di sisi lain ada masyarakat yang masih tetap bertahan untuk bermukim di rumah rakit. Hal ini juga tidak terlepas dari sejarah kota Palembang, dan bisa dilihat bahwa perilaku kesehatan masyarakat rumah rakit tidak memenuhi syarat hidup yang sehat karena mereka melanjutkan kebiasaan di pedesaan (ruralisasi). Selain itu, belum banyak penelitian mengenai rumah rakit yang menggunakan pendekatan sosiologis. Fenomena inilah yang menarik bagi saya untuk dianalisis lebih mendalam.

1. 2 Perumusan Masalah

Berkaitan dengan latar belakang yang telah dijabarkan di atas maka perumusan masalah yang disusun adalah:

1. Bagaimana persepsi komunitas rumah rakit mengenai konsep sehat dan sakit?
2. Bagaimana strategi komunitas rumah rakit dalam menghadapi kondisi sakit dan penyakit?
3. Apa usaha komunitas rumah rakit untuk menjaga kesehatan?

1. 3 Tujuan dan Manfaat Penelitian

1. 3. 1 Tujuan Penelitian

Adapun tujuan penelitian ini yaitu:

1. Mengidentifikasi persepsi komunitas rumah rakit mengenai konsep sehat dan sakit.
2. Mendeskripsikan strategi komunitas rumah rakit dalam menghadapi kondisi sakit dan penyakit.
3. Mengidentifikasi usaha komunitas rumah rakit untuk menjaga kesehatan.

1. 3. 2 Manfaat Penelitian

Adapun manfaat dari penelitian ini yaitu:

a. Manfaat Praktis

- (1) Dapat mengetahui pola perilaku kesehatan komunitas rumah rakit.
- (2) Hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan masukan bagi; Pemerintah Tingkat Propinsi, Kabupaten dan Kotamadya, LSM ataupun pihak-pihak yang terkait dengan masalah perilaku kesehatan, dalam rangka memperbaiki standar kesehatan komunitas rumah rakit, serta untuk

merumuskan kebijakan-kebijakan yang berkaitan dengan perilaku kesehatan komunitas rumah rakit.

b. Manfaat Teoritis

- (1) Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai sumbangan terhadap pemikir ilmu sosial bahwa perlu menganalisis komunitas rumah rakit dari aspek sosiologis.
- (2) Hasil penelitian ini dapat memberikan tambahan data khususnya data mengenai perilaku kesehatan khususnya komunitas rumah rakit.

1. 4 Kerangka Pemikiran

Perilaku manusia merupakan hasil dari pada segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. Dengan kata lain, perilaku merupakan respons/reaksi seorang individu terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya. Respons ini dapat bersifat pasif (tanpa tindakan: berpikir, berpendapat, bersikap) maupun aktif (melakukan tindakan). Sesuai dengan batasan ini, perilaku kesehatan dapat dirumuskan sebagai segala bentuk pengalaman dan interaksi individu dengan lingkungannya, khususnya yang menyangkut pengetahuan dan sikap tentang kesehatan, serta tindakannya yang berhubungan dengan kesehatan (Sarwono, 1997: 1).

Perilaku kesehatan dapat dijabarkan menjadi dua yaitu perilaku sehat dan perilaku sakit. Perilaku sakit diartikan sebagai segala bentuk tindakan yang dilakukan oleh individu yang sedang sakit agar memperoleh kesembuhan.

sedangkan perilaku sehat adalah tindakan yang dilakukan individu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya, termasuk pencegahan penyakit, perawatan kebersihan diri (*personal hygiene*), penjagaan kebugaran melalui olahraga dan makanan bergizi (Sarwono, 1997: 32-33). Artinya perilaku sakit merupakan tindakan yang dilakukan untuk mengobati suatu penyakit, dan perilaku sehat merupakan tindakan preventif terhadap suatu penyakit.

Biasanya orang terlibat dengan kegiatan medis karena tiga alasan pokok (Kasl dan Cobb, 1966), yaitu: (1) untuk pencegahan penyakit atau pemeriksaan kesehatan pada saat gejala penyakit belum dirasakan (perilaku sehat); (2) untuk mendapatkan diagnosis penyakit dan tindakan yang diperlukan jika ada gejala penyakit yang dirasakan (perilaku sakit); dan (3) untuk mengobati penyakit jika penyakit tertentu telah dipastikan agar sembuh dan sehat seperti biasa atau agar penyakit tidak bertambah parah (peran sakit) (Muzaham, 1995:43).

Seorang ahli bernama Becker (1979) dalam (Notoatmodjo, 2003:118) membuat klasifikasi tentang perilaku kesehatan. Pertama, perilaku hidup sehat adalah perilaku-perilaku yang berkaitan dengan upaya atau kegiatan seseorang untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya. Kedua, perilaku sakit (*illness behavior*) adalah respons seseorang terhadap sakit dan penyakit, persepsi terhadap sakit, pengetahuan tentang penyebab dan gejala penyakit; pengobatan penyakit, dan sebagainya. Ketiga, perilaku peran sakit (*the sick role behavior*) yaitu dari segi Sosiologi orang sakit mempunyai peran yang mencakup hak dan kewajiban sebagai orang sakit.

Persepsi merupakan proses pengorganisasian, penginterpretasian terhadap stimulus yang diterima oleh organisme atau individu sehingga merupakan sesuatu yang berarti, dan merupakan aktivitas yang integrated dalam diri individu (Walgito, 2002:46).

Sesuai dengan persepsi tentang sakit dan penyakit maka perilaku sakit dan perilaku sehat pun subyektif sifatnya. Penilaian tentang kondisi kesehatan individu dapat dibedakan dalam delapan golongan (Notoatmodjo dan Sarwono, 1986:41) dalam (Sarwono, 1997:33).

Tabel 1. 3: Status Kesehatan Individu

Tingkat	Dimensi Sehat		
	Psikologis	Medis	Sosial
1. Normally well	Baik	Baik	Baik
2. Pessimistic	Sakit	Baik	Baik
3. Socially ill	Baik	Baik	Sakit
4. Hypochondriacal	Sakit	Baik	Sakit
5. Medically ill	Baik	Sakit	Baik
6. Martyr	Sakit	Sakit	Baik
7. Optimistic	Baik	Sakit	Sakit
8. Seriously ill	Sakit	Sakit	Sakit

Sumber: Data Sekunder

Penggolongan status kesehatan di atas menunjukkan bahwa penilaian medis bukanlah satu-satunya kriteria penentu tingkat kesehatan seseorang. Bisa saja orang secara medis sehat tetapi secara psikologis dan sosial sakit; sebaliknya, ada orang secara sosial sehat namun secara medis sakit. Penilaian individu terhadap status kesehatannya ini merupakan salah satu faktor yang menentukan perilakunya, yaitu perilaku sehat jika ia menganggap dirinya sehat, dan perilaku sakit jika dia menganggap dirinya sakit. Dalam kehidupan bermasyarakat (sosial), penderita *hypochondriacal* dan *socially ill* sulit diterima oleh masyarakat karena

mereka tidak dapat berinteraksi dengan masyarakat. Sedangkan penderita *medically ill* dan *martyr* lebih mudah diterima oleh masyarakat karena penyakitnya tidak mengganggu interaksi dengan masyarakat.

Manusia dalam kehidupannya tidak terlepas dari kodratnya sebagai makhluk sosial, artinya manusia tidak dapat hidup normal tanpa kehadiran manusia lain karena manusia membutuhkan orang lain dalam upaya pemenuhan kebutuhan hidupnya. Kondisi yang demikian akan menyebabkan hubungan-hubungan antar manusia itu terjalin dinamis. Hubungan sosial yang dinamis ini menyangkut hubungan antara orang-perorangan, antara kelompok-kelompok manusia, maupun orang-perorangan dengan kelompok manusia. Hubungan sosial seperti inilah yang disebut dengan interaksi sosial (Soekanto, 1997:67).

Dalam kehidupan sosial, interaksi sosial akan terjadi dalam suatu kelompok. C. H. Cooley (dalam Soekanto, 1997:136-142) membagi kelompok dalam dua bentuk, yaitu komunitas dan komunalitas. Komunitas merupakan kelompok yang memiliki ikatan batin dan perasaan, sedangkan komunalitas merupakan bentuk ikatan antar kelompok primer dan antar kelompok sekunder. Kelompok primer adalah kelompok yang ditandai ciri-ciri kenal-mengenal antara anggota-anggota serta kerjasama erat yang bersifat pribadi, contohnya keluarga, Rukun Tetangga dan kelompok persahabatan. Kelompok sekunder adalah kelompok besar yang terdiri dari banyak orang, hubungannya tak perlu berdasarkan kenal-mengenal secara pribadi dan sifatnya juga tidak begitu langgeng. Komunitas menurut Freeman (dalam Sarwono, 1997:11) merupakan suatu tempat, suatu kumpulan manusia, ataupun suatu sistem sosial.

Suatu komunitas (*community*) memiliki ciri-ciri : (1) berisi kelompok manusia; (2) menempati suatu wilayah geografis; (3) mengenal pembagian kerja ke dalam spesialisasi dengan fungsi-fungsi yang saling tergantung; (4) memiliki kebudayaan dan sistem sosial bersama yang mengatur kegiatan mereka; (5) para anggotanya sadar akan kesatuan serta kewargaan mereka dari komunitas, dan (6) mampu berbuat secara kolektif menurut cara tertentu (Daldjoeni, 1992:9).

Komunitas adalah anggota suatu kelompok, baik itu besar maupun kecil, hidup bersama sedemikian rupa sehingga merasakan bahwa keluarga tersebut dapat memenuhi kepentingan-kepentingan hidup yang utama, maka kelompok tadi disebut komunitas (Soekanto, 1990:162).

Rumah rakit mulai digunakan sejak kedatangan bangsa Cina ke Palembang (sekitar abad ke-15). Rumah ini berdiri di atas rakit dari bambu yang mengapung di atas sungai. Pada saat air pasang rumah ini akan ikut naik, begitu juga pada saat surut rumah ini akan ikut turun; artinya posisi (ketinggian) rumah rakit bergantung pasang surut air sungai. Bentuk rumah ini mempunyai atap pelana dengan tampak dari samping mirip atap rumah limas. Pada bagian atas atap biasanya ada ornament dari papan kayu yang menyilang (seperti pada rumah tradisional Jambi), dan biasanya rumah dibuat dari bahan kayu yang tahan terhadap air. Walaupun sekarang bentuk rumah rakit ada yang mengalami perubahan. Fungsi rumah rakit antara lain untuk tempat tinggal dan untuk kios atau warung yang melayani para pemakai jalur transportasi sungai.

Jadi, pemahaman komunitas rumah rakit dalam penelitian ini merupakan kelompok manusia yang menempati suatu wilayah di pinggiran Sungai Musi

dimana orang-orang menetap di atas rumah rakit dengan spesialisasi pekerjaan dan fungsinya saling tergantung, serta sadar akan kesatuan yang memiliki ikatan batin dan perasaan. Sehingga mereka mampu berbuat sesuatu secara kolektif.

Kerangka pemikiran yang digunakan untuk menganalisis data adalah paradigma definisi sosial. Weber sebagai tokoh utama paradigma definisi sosial ini, mengartikan sosiologi sebagai studi tentang tindakan sosial antar hubungan sosial. Tindakan sosial yang dimaksudnya adalah tindakan individu yang mempunyai makna yang nyata-nyata diarahkan kepada orang lain berupa tindakan yang bersifat membanting dan bersifat subyektif, yang mungkin terjadi karena pengaruh positif dari situasi tertentu atau merupakan tindakan perulangan dengan sengaja akibat dari pengaruh situasi yang serupa atau berupa persetujuan secara pasif dalam situasi tertentu (Ritzer, 1985: 44-45).

Salah satu teori dari paradigma definisi sosial yaitu teori aksi (*Action Theory*). Teori aksi pada mulanya dikembangkan oleh Max Weber. Weber berpendapat bahwa individu melakukan suatu tindakan berdasarkan atas pengalaman, persepsi, pemahaman dan penafsirannya atas suatu obyek stimulus atau situasi tertentu. Tindakan individu ini merupakan tindakan sosial yang rasional, yaitu mencapai tujuan atau sasaran dengan sarana-sarana yang paling tepat (Sarwono, 1997:18).

Teori Weber dikembangkan lebih lanjut oleh Talcott Parsons. Dia menyusun skema unit-unit dasar tindakan sosial dengan karakteristik sebagai berikut: (1) adanya individu selaku aktor; (2) aktor dipandang sebagai pemburu tujuan tertentu; (3) aktor mempunyai alternatif cara, adat serta teknologi untuk

mencapai tujuannya; (4) aktor berhadapan dengan sejumlah kondisi situasional yang dapat membatasi tindakannya dalam mencapai tujuan; (5) aktor berada di bawah kendala dari nilai, norma dan berbagai ide abstrak yang mempengaruhinya dalam memilih dan menentukan tujuan serta tindakan alternatif untuk mencapai tujuan (Ritzer, 1985: 56).

Komunitas rumah rakit merupakan sekumpulan individu yang bertindak sebagai aktor yang menetap di rumah rakit tentu memiliki tujuan tertentu dalam pemilihan lokasi tempat tinggal. Tujuan ini dipengaruhi oleh latar belakang keluarga, nilai, norma yang ada dalam komunitas dan masyarakat secara keseluruhan.

Perilaku kesehatan setiap komunitas akan berbeda-beda karena aktor menurut konsep *voluntarisme* Parsons adalah pelaku aktif dan kreatif serta mempunyai kemampuan menilai dan memilih alternatif tindakan. Walaupun anggota komunitas rumah rakit selaku aktor memiliki kemauan bebas dalam memilih alternatif tindakan yang berkaitan dengan kesehatan, tetapi tetap dibatasi oleh kondisi situasional mereka yang menetap di rumah rakit. Hal ini juga di pengaruhi oleh nilai serta norma yang disosialisasikan dalam komunitas dan masyarakat.

Peran baru orang sakit harus mendapat pengakuan dan dukungan dari anggota masyarakat dan anggota keluarga yang sehat secara wajar sebab dengan sakitnya salah satu anggota keluarga atau anggota masyarakat maka akan ada lowongan posisi yang berarti juga mekanisme sistem di dalam keluarga atau masyarakat akan terganggu. Hal ini disebabkan salah satu anggota pemegang

peranan absen. Untuk itu maka anggota keluarga/masyarakat harus dapat menggantikan peranan orang yang sedang sakit tersebut.

Berbicara tentang peran ada dua hal yang saling berkaitan, yaitu hak dan kewajiban. Demikian juga peran orang sakit akan menyangkut masalah hak dan kewajiban orang sakit tersebut sebagai anggota masyarakat. Hak orang sakit antara lain bebas dari segala tanggung jawab sosial yang normal dan menuntut (mengklaim) bantuan atau perawatan kepada orang lain. Sedangkan kewajiban orang sakit, yakni pertama, orang yang sakit mempunyai kewajiban untuk sembuh dari penyakitnya; kedua, mencari pengakuan, nasihat-nasihat, dan kerja sama dengan para ahli (petugas kesehatan) yang ada dalam masyarakat.

1. 5 Metode Penelitian

1. 5. 1 Definisi Konsep

Perilaku Kesehatan dapat dijabarkan menjadi dua yaitu perilaku sehat dan perilaku sakit. Perilaku sakit diartikan sebagai segala bentuk tindakan yang dilakukan oleh individu yang sedang sakit agar memperoleh kesembuhan, sedangkan perilaku sehat adalah tindakan yang dilakukan individu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya, termasuk pencegahan penyakit, perawatan kebersihan diri (*personal hygiene*), penjagaan kebugaran melalui olahraga dan makanan bergizi (Sarwono, 1997: 32-33).

Komunitas adalah apabila anggota suatu kelompok, baik itu besar maupun kecil, hidup bersama sedemikian rupa sehingga merasakan bahwa

keluarga tersebut dapat memenuhi kepentingan-kepentingan hidup yang utama, maka kelompok tadi disebut komunitas (Soekanto, 1990:162). Karakteristik pengikat homogenisasi komunitas itu seperti agama, bahasa, daerah kelahiran, pekerjaan, jenis kelamin, dan lain-lain (Bungin, 2001:85).

Rumah Rakit adalah bangunan yang didirikan mengapung di atas air/sungai, dapat difungsikan sebagai rumah tinggal, warung, maupun bengkel. Rumah dibangun di atas pondasi kayu yang disusun sedemikian rupa.

Persepsi merupakan proses pengorganisasian, penginterpretasian terhadap stimulus yang diterima oleh organisme atau individu sehingga merupakan sesuatu yang berarti, dan merupakan aktivitas yang integrated dalam diri individu (Walgito, 2002:46).

Strategi komunitas rumah rakit dalam menghadapi kondisi sakit dan penyakit bisa beraneka ragam, antara lain: minum obat yang dijual umum, berobat ke dukun, atau berobat ke puskesmas.

Usaha komunitas rumah rakit untuk menjaga kesehatan dapat dilihat dari: imunisasi anak, makanan yang dikonsumsi, olahraga, mencegah terjangkitnya penyakit menular, pengadaan air bersih, pembuangan sampah dan limbah keluarga, dan pelaksanaan saran dari petugas kesehatan.

1. 5. 2 Definisi Operasional

Perilaku Kesehatan dapat dijabarkan menjadi dua yaitu perilaku sehat dan perilaku sakit. Perilaku sehat dengan indikator:

a. Pengetahuan

- Pengetahuan tentang cara pemeliharaan kesehatan dan cara hidup sehat meliputi jenis makanan bergizi, manfaat makan yang bergizi bagi kesehatan, pentingnya olahraga bagi kesehatan, pentingnya istirahat cukup dan rekreasi bagi kesehatan.
- Pengetahuan tentang kesehatan lingkungan meliputi manfaat air bersih, cara pembuangan limbah yang sehat, manfaat pencahayaan dan penerangan rumah yang sehat, akibat polusi bagi kesehatan.

b. Sikap

- Sikap cara pemeliharaan dan cara hidup sehat adalah penilaian atau pendapat seseorang terhadap cara memelihara dan cara (berperilaku) hidup sehat. Dengan perkataan lain pendapat atau penilaian terhadap makanan, minuman, olahraga, istirahat cukup, dan sebagainya bagi kesehatan.
- Sikap terhadap kesehatan lingkungan adalah pendapat atau penilaian seseorang terhadap lingkungan dan pengaruhnya terhadap kesehatan; misalnya pendapat atau penilaian terhadap air bersih, pembuangan limbah, polusi, dan sebagainya.

c. Praktek atau Tindakan

- Tindakan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan meliputi mengkonsumsi makan dengan gizi seimbang, melakukan olahraga secara teratur, dan sebagainya.
- Tindakan kesehatan lingkungan meliputi membuang air besar di jamban (WC), membuang sampah di tempat sampah, menggunakan air bersih untuk mandi, cuci, masak, dan sebagainya.

Perilaku Sakit dengan indikator:

a. Pengetahuan

- Pengetahuan tentang sakit dan penyakit meliputi penyebab penyakit, gejala atau tanda-tanda penyakit, bagaimana cara pengobatan, bagaimana cara penularannya, bagaimana cara pencegahannya.

b. Sikap

- Sikap terhadap sakit dan penyakit adalah bagaimana penilaian atau pendapat seseorang terhadap gejala penyakit, penyebab penyakit, cara penularan penyakit, cara pencegahan penyakit, dan sebagainya.

c. Praktek atau Tindakan

- Tindakan sehubungan dengan penyakit meliputi: (1) pencegahan penyakit, misalnya mengimunisasikan anak, pengurusan tempat penampungan air, mendengarkan penyuluhan mengenai kesehatan untuk menambah pengetahuan, dan sebagainya; (2) penyembuhan penyakit, misalnya minum obat sesuai petunjuk dokter, melakukan

anjuan dokter, berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan yang tepat, dan sebagainya.

Rumah Rakit dengan indikator:

- Atap memakai seng atau rumbia dengan tampak samping seperti atap pelana (mirip rumah limas). Pada bagian atas atap biasanya ada ornament dari papan kayu yang menyilang (seperti pada rumah tradisional Jambi).
- Dinding rumah menggunakan papan (kayu).
- Bagian lantai rumah terbuat dari kayu dan terdapat susunan balok kayu dan bambu sebanyak tiga tingkat yang diikat menggunakan rotan. Banyaknya bambu bergantung dari luas lantai rumah dan beratnya rumah secara keseluruhan. Bambu tersebut diikat menjadi susunan yang memiliki ketebalan kurang lebih 0,5-1 meter, dengan lebar rata-rata 1 meter dan panjang 8-12 meter.
- Posisi (ketinggian) rumah rakit bergantung pasang surut air sungai.
- Rumah rakit dihubungkan dengan daratan oleh jembatan terapung; kadang-kadang orang menggunakan perahu *ketek* atau *speed boat* untuk transportasi.
- Rumah rakit biasanya ditambat pada pancang besi di daratan atau tiang-tiang yang ditanam dalam tanah agar tidak terbawa arus.
- Fungsi rumah rakit: untuk tempat usaha, untuk tempat tinggal, atau untuk tempat tinggal sekaligus tempat usaha.

Persepsi dengan indikator:

- Stimulus yaitu lingkungan fisik rumah rakit, pengetahuan dan sikap informas, latar belakang pendidikan, tingkat penghasilan, cara pembuangan sampah dan jamban.
- Subyek yaitu anggota komunitas rumah rakit.
- Respon yaitu persepsi sehat dan sakit.

Strategi Komunitas Rumah Rakit Menghadapi Sakit dan Penyakit:

- Stimulus yaitu persepsi sakit dan penyakit, serta interaksi dengan petugas kesehatan.
- Subyek: anggota komunitas rumah rakit.
- Respon: strategi komunitas rumah rakit dalam menghadapi sakit dan penyakit.

Usaha Komunitas Rumah Rakit Untuk Menjaga Kesehatan.

Indikatornya:

- Stimulus: pengetahuan dan sikap berkaitan dengan sakit dan penyakit, dan persepsi sehat dan sakit komunitas rumah rakit.
- Subyek: komunitas rumah rakit
- Respon: usaha komunitas rumah rakit untuk menjaga kesehatan.

1. 5. 3 Unit Analisis

Unit analisis dalam penelitian ini adalah komunitas yang menetap di rumah rakit.

1. 5. 4 Subyek Penelitian

Subyek dalam penelitian ini berjumlah sepuluh orang informan. Informan yang terpilih ini didapatkan berdasarkan data dan informasi dari Kelurahan 5 Ulu dan beberapa ketua Rukun Tetangga (RT) yang dalam wilayahnya terdapat rumah rakit. Subyek penelitian dipilih dengan kriteria, *Pertama*, telah menetap di rumah rakit cukup lama yaitu di atas 10 tahun. *Kedua*, ukuran rumah rakit yang terkecil yaitu 4x5 sampai 6x8. *Ketiga*, berdasarkan fungsi rumah rakit yaitu terfokus untuk tempat tinggal, sehingga lebih mudah untuk mengamati dan menganalisa perilaku kesehatannya. *Keempat*, dilihat pula dari kondisi bangunan dengan kategori sangat buruk dan sudah tidak layak huni. Selain itu, sepuluh orang terpilih karena memang sudah tidak ada lagi variasi jawaban dari informan.

1. 5. 5 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Kelurahan 5 Ulu Kecamatan Seberang Ulu I kota Palembang. Pemilihan lokasi penelitian berdasarkan pertimbangan sebagai berikut:

1. Komunitas rumah rakit terkonsentrasi di daerah Kecamatan Seberang Ulu I dan Kecamatan Kertapati. Namun jumlah komunitas rumah rakit di Kecamatan Seberang Ulu I lebih banyak dibandingkan di Kecamatan Kertapati.
2. Komunitas rumah rakit di Kelurahan 5 Ulu secara kuantitas layak diperhitungkan dibandingkan kelurahan lain di Kecamatan Seberang Ulu I terlihat pada tabel 1.2.

3. Rumah rakit di Kelurahan 5 Ulu yang digunakan untuk tempat tinggal secara kuantitas lebih banyak dibandingkan Kelurahan 1 Ulu terlihat pada tabel 1.2.

1. 5. 6 Jenis dan Sifat Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif. Bodgan dan Taylor (1975:5), mendefinisikan metode penelitian kualitatif sebagai prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang diamati. Pendekatan ini diarahkan pada latar dan individu tersebut secara holistik (utuh). Kirk dan Miller (1986:9), mendefinisikan metode penelitian kualitatif yaitu tradisi tertentu dalam ilmu pengetahuan sosial yang secara fundamental bergantung pada pengamatan manusia (Moleong, 2001:3).

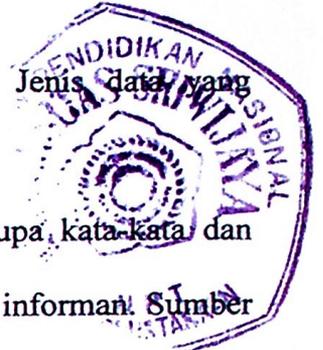
Penelitian ini merupakan penelitian yang bersifat deskriptif, yaitu penelitian yang bermaksud untuk menggambarkan bagaimana komunitas rumah rakit yang secara spesifik dilihat dari perilaku kesehatannya.

Penelitian ini menggunakan pendekatan Etnometodologi. Studi Etnometodologi menaruh perhatian pada analisis percakapan sehari-hari. Peneliti mengamati percakapan sehari-hari komunitas rumah rakit untuk memahami bagaimana kerangka berpikir beserta asumsi-asumsi mereka di dalam menafsirkan dan menyikapi berbagai hal dalam kehidupan sehari-hari.

1. 5. 7 Data dan Sumber Data

Menurut Lofland dan Lofland (1984:47) sumber data utama dalam penelitian kualitatif ialah kata-kata, dan tindakan selebihnya adalah data tambahan

seperti dokumen dan lain-lain (Moleong, 2001: 112-114). Jenis data yang dikumpulkan dari penelitian ini adalah:



- a. Data primer, yaitu sebagai sumber data utama yang berupa kata-kata dan tindakan serta keterangan informasi yang dikumpulkan dari informan. Sumber data primer diperoleh dari informasi komunitas rumah rakit. Data primer diperoleh melalui hasil wawancara mendalam yang dilakukan untuk menggali informasi tentang bagaimana perilaku kesehatan komunitas rumah rakit. Selain itu, dilakukan observasi langsung yang dilakukan peneliti di Kecamatan Seberang Ulu I dimana penelitian ini dilakukan.
- b. Data sekunder, yaitu data yang tidak secara langsung didapat dari lokasi penelitian, tetapi didapat dari data tertulis lainnya yang berkaitan dengan fokus penelitian. Juga informasi dari pihak-pihak yang berkaitan dalam penelitian ini seperti lembaga swadaya masyarakat (LSM), masyarakat, dan pemerintah kota. Sumber data sekunder diperoleh dari:
 1. Studi pustaka, digunakan untuk memperoleh data dan informasi yang mendukung serta berhubungan dengan permasalahan penelitian. Data dan informasi yang dimaksud, didapat dari buku-buku dan laporan penelitian yang pernah dilakukan serta relevan dengan permasalahan penelitian.
 2. Monografi, digunakan sebagai penjelasan umum yang diperoleh dari kantor Kecamatan Seberang Ulu I yang berupa letak lokasi penelitian dan jumlah penduduknya.

1. 5. 8 Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara mendalam (*in depth interview*)

Wawancara mendalam merupakan suatu cara pengumpulan data atau informasi dengan cara langsung bertatap muka dengan informan untuk mendapatkan gambaran lengkap tentang topik yang diteliti. Pada penelitian kualitatif, wawancara mendalam menjadi alat utama.

b. Observasi

Dalam penelitian ini observasi yang dipilih oleh peneliti adalah pengamatan terbuka. Artinya peneliti menempatkan diri sebagai peneliti dalam komunitas rumah rakit. Peneliti mengamati hal-hal yang berkaitan dengan perilaku sehat, perilaku sakit, kondisi fisik rumah rakit, dan hal-hal lain yang berkaitan dengan permasalahan penelitian.

c. Dokumentasi

Dokumentasi dalam penelitian ini yaitu mempelajari sumber tertulis lainnya yang berhubungan dengan penelitian ini.

1. 5. 9 Teknik Analisis Data

Proses analisis data dimulai dengan menelaah seluruh data yang tersedia dari berbagai sumber, yaitu dari wawancara, pengamatan yang sudah dituliskan dalam catatan lapangan, dokumen pribadi, dokumen resmi, gambar, foto, dan sebagainya. Setelah dibaca, dipelajari, dan ditelaah, maka langkah berikutnya ialah mengadakan reduksi data yang dilakukan dengan jalan membuat abstraksi. Abstraksi merupakan usaha membuat rangkuman yang inti, proses, dan

pernyataan-pernyataan yang perlu dijaga sehingga tetap berada didalamnya. Langkah selanjutnya adalah menyusunnya dalam satuan-satuan. Satuan-satuan itu kemudian dikategorisasikan pada langkah berikutnya. Kategori-kategori itu dilakukan sambil membuat koding. Tahap akhir dari analisis data ini adalah mengadakan pemeriksaan keabsahan data. Setelah selesai tahap ini, mulailah kini tahap penafsiran data dalam mengolah hasil sementara menjadi teori substantif dengan menggunakan beberapa metode tertentu (Moleong, 2001:190).

1. 6 Sistematika Penulisan

Sistematika dari penulisan penelitian ini adalah sebagai berikut:

- Bab I Berisi pendahuluan yang mengenai latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan dan manfaat, kerangka pemikiran, metode penelitian, dan sistematika penulisan. Metode yang digunakan sebagai acuan dalam penelitian ini berisi definisi konsep, definisi operasional, unit analisis, subyek penelitian, lokasi penelitian, jenis dan sifat penelitian, data dan sumber data, teknik pengumpulan data, dan teknik analisis data.
- Bab II Berisi bacaan dan penelitian yang berkaitan dengan perilaku kesehatan komunitas rumah rakit.
- Bab III Tentang deskripsi daerah penelitian yang menggambarkan tentang keadaan penduduk dan kehidupan sosial ekonomi di Kelurahan 5 Ulu, serta deskripsi komunitas rumah rakit dan subyek penelitian, yang berisi profil subyek penelitian berdasarkan usia, asal daerah, pendidikan,

pekerjaan, ukuran rumah rakit, tempat tinggal, dan keadaan keluarga subyek penelitian yang berkaitan dengan perilaku kesehatan.

Bab IV Tentang interpretasi dan analisis data yaitu membahas dan menganalisis data dari masalah penelitian di atas.

Bab V Berisi penutup yang terdiri dari kesimpulan dari hasil penelitian dan saran terhadap masalah penelitian yang diteliti.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdulsyani. 1987. *Sosiologi Kelompok dan Masalah Sosial*. Jakarta: Fajar Agung.
- Asy'ari, Imam Sapari. 1993. *Sosiologi Kota dan Desa*. Surabaya: Usaha Nasional.
- Badan Pusat Statistik. 2000. *Palembang Dalam Angka 2000*.
- _____. 2002. *Palembang Dalam Angka 2002*.
- Budhisantoso, S. dan Bale, Djenen. 1994. *Analisis Pola Pemukiman di Lingkungan Perairan di Indonesia*. Jakarta: Departemen Pendidikan dan Kebudayaan.
- Bungin, Burhan. 2001.
- _____. 2003. *Analisis Data Penelitian Kualitatif: Pemahaman Filosofis dan Metodologis ke Arah Penguasaan Model Aplikasi*. Jakarta: PT Rajagrafindo Persada.
- Civil Development Strategy. 2002. *Profil Kota Palembang Tahun 2002*.
- Daldjoeni, N.. 1992. *Seluk Beluk Masyarakat Kota (Pusparagam Sosiologi Kota dan Ekologi Sosial)*. Bandung: Alumni.
- Effendy, Nasrul. 1995. *Perawatan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC.
- Faisal, Emil El. 2002. *Studi Sosiologis Perilaku Kepala Keluarga Mengenai Kesehatan Lingkungan Rumah Tangga di Kelurahan 32 Ilir Kecamatan Bukit Kecil kota Palembang*. Palembang: Lembaga Penelitian Unsri.
- Faisal, Sanapiah. 1992. *Format Penelitian Sosial: Dasar-Dasar dan Aplikasinya*. Jakarta: Rajawali Press.
- Hamid, Abu, dkk.. 1985. *Perkampungan di Perkotaan Sebagai Wujud Proses Adaptasi Sosial Daerah Sulawesi Selatan*. Jakarta: Departemen Pendidikan dan Kebudayaan.
- Lussetyowati, Tuter. 2002. *Kajian pada Pola Pemukiman Daerah Rawa di kota Palembang Sebagai Dasar Dalam Penataan Pemukiman Daerah Rawa*. Palembang: Fakultas Teknik Unsri.
- Moleong, Lexy J.. 2001. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.

- Muzaham, Fauzi. 1995. *Memperkenalkan Sosiologi Kesehatan*. Jakarta: UI Press.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Purnama, Dadang Hikmah. 2002. *Struktur Hubungan Diadik di Balik Arsitektur Vernakular Orang Palembang*. Palembang: Lembaga Penelitian Unsri.
- Ritzer, George. 1985. *Sosiologi Ilmu Pengetahuan Berparadigma Ganda*. Jakarta: Rajawali Press.
- Sarwono, Solita. 1997. *Sosiologi Kesehatan (Beberapa Konsep Beserta Aplikasinya)*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Soekanto, Soerjono. 1997. *Sosiologi Suatu Pengantar*. Jakarta: PT Rajagrafindo Persada.
- Tahyudin, Didi dan Gani, A. Djauhari. 1989. *Profil Anak Perahu di Rumah Rakit Sungai Musi Palembang*. Palembang: Pusat Penelitian Unsri.
- Urban Poor Linkage Indonesia*. 2002. Jakarta.
- Walgito, Bimo. 2002. *Psikologi Sosial*. Yogyakarta: Andi.
- Yunindyawati. 2002. *Pola Perilaku Kesehatan Keluarga Miskin di kota Palembang*. Palembang: Proyek Pengkajian dan Penelitian Ilmu Pengetahuan Terapan.
- Zakir, Syaifudin, dkk.. 1994. *Masyarakat Rumah Rakit: Studi Tentang Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Bertahannya Masyarakat Rumah Rakit di Kotamadya Palembang*. Palembang: Pusat Penelitian Unsri.