

## SEPUTAR PENGALAMAN PENDUDUK MISKIN PEDESAAN DALAM MENCARI, MENGGUNAKAN, DAN MENDOKUMENTASIKAN INFORMASI KESEHATAN

Pawit M. Yusup<sup>1\*)</sup>, Neneng Komariah<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup> Program Studi Ilmu Perpustakaan, Fakultas Ilmu Komunikasi, Universitas Padjadjaran  
<sup>\*)</sup>korespondensi: pawitmy@gmail.com

### Abstract

*[Regarding the Rural Poor Experience in Seeking, Using, and Documenting Health Information]. This study aims to examine in more depth about the experience of rural poor in finding, using, and storing information and sources of health information. The focus of study is how when they are exposed to conditions and situations when faced with the difficult choice of health problems that afflict family members. By using interviews done with 36 people from poor families in rural West Java, the result that the selection of their priorities more searching and using information and sources of health information from relatives and close neighbors, then to places common treatment such as doctors, midwife, or other medical experts. They also go to traditional healers in the village. When the disease is considered severe or do not heal, they are seeking a loan to a neighbor or close relative to the cost of treatment. If the attempt to borrow money does not work, they are more silent, pray and surrender. Due to lack of funds, they often express, treatment can be delayed, while the meal was not. Only a small proportion of those who store data addresses the practice of medicine in the form of a piece of paper with a view to the preparation of the information that may be useful in the future.*

**Keywords:** Health Information; Rural Poor; Document; Information Behaviour

### Abstrak

*Penelitian ini bertujuan mengkaji secara lebih mendalam tentang seputar pengalaman penduduk miskin pedesaan dalam mencari, menggunakan, dan mendokumentasikan informasi dan sumber-sumber informasi kesehatan. Fokus kajiannya adalah bagaimana saat mereka dihadapkan pada kondisi dan situasi pilihan sulit ketika menghadapi permasalahan kesehatan yang menimpa anggota keluarganya. Dengan menggunakan metode survei wawancara terhadap 36 orang kepala keluarga miskin di pedesaan Jawa Barat, diperoleh hasil bahwa pilihan prioritas mereka lebih banyak mencari dan menggunakan informasi dan sumber-sumber informasi kesehatan dari kerabat dan tetangga dekat, kemudian ke tempat-tempat pengobatan umum seperti dokter, bidan, atau ahli pengobatan lainnya. Mereka juga berobat ke orang pintar yang ada di desa. Ketika penyakitnya dianggap berat atau tidak kunjung sembuh, mereka mencari pinjaman ke tetangga atau kerabat dekat untuk biaya berobat. Jika usaha untuk meminjam uang tidak berhasil, mereka lebih banyak diam, berdoa, dan pasrah. Karena ketiadaan biaya, mereka sering mengungkapkan, berobat bisa ditunda, sedangkan makan tidak. Hanya sebagian kecil saja dari mereka yang menyimpan data alamat praktik pengobatan dalam bentuk secarik kertas dengan maksud untuk sediaan informasi yang mungkin berguna di kemudian hari.*

**Kata Kunci:** Informasi Kesehatan; Penduduk Miskin; Pedesaan; Dokumen; Perilaku informasi

## 1. Pendahuluan

Tema tentang kemiskinan pedesaan dan aspek-aspeknya selalu menarik untuk diteliti. Paper ini merupakan hasil kajian secara lebih spesifik tentang seputar pengalaman penduduk miskin pedesaan dalam mencari, menggunakan, dan mendokumentasikan informasi dan sumber-sumber informasi kesehatan. Penelitian dilakukan di pedesaan Jawa Barat, dengan fokus di Kabupaten Ciamis dan Kabupaten Bandung..

Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2016 menginformasikan bahwa, jumlah penduduk miskin atau penduduk dengan pengeluaran per kapita per bulan di bawah Garis Kemiskinan di Indonesia mencapai 28,01 juta orang atau sekitar 10,86 persen dari total penduduk. Kondisi ini sedikit berkurang dibandingkan dengan kondisi pada September 2015 yang besarnya 28,51 juta orang atau sekitar 11,13 persen. Kondisi sebaliknya terjadi pada jumlah penduduk miskin di pedesaan, yang justru mengalami

kenaikan dari asalnya 14,09 persen pada posisi September 2015, menjadi 14,11 persen pada posisi Maret 2016. (Sumber: Badan Pusat Statistik 2016. Link: <https://www.bps.go.id/>. Diakses tanggal 4 Maret 2017).

Untuk Jawa Barat, khususnya di wilayah pedesaan, meskipun ada kecenderungan mengalami penurunan angka persentase kemiskinan baik di wilayah perkotaan maupun di pedesaan, namun angkanya relatif kecil. Pada posisi September 2016, jumlah penduduk yang berkategori miskin masih sekitar 11,80 persen. (Sumber: Berita Resmi Statistik BPS Provinsi Jawa Barat No. 05/01/32/Th. XIX, 3 Januari 2017). Angka ini menggambarkan bahwa masih ada empat juta lebih penduduk Jawa Barat tergolong hidup di bawah garis kemiskinan. Jumlah yang sangat banyak jika dilihat dari aspek kesejahteraan bersama.

Data dan angka-angka di atas hanyalah untuk menggambarkan posisi persentase penduduk yang tergolong miskin. Angka-angka ini fungsinya hanya untuk pengambilan kebijakan secara makro. Jika dilihat dari sudut pandang penduduk miskin sendiri, angka-angka tersebut tidak ada gunanya. Bagi penduduk miskin, persoalan utamanya adalah pada masalah perut yang tidak bisa ditunda asupannya. Kebutuhan-kebutuhan mereka masih pada tahap pemenuhan kebutuhan dasar. Hasil penelitian Yusup, Pawit M. dan Komariah, Neneng (2014) yang mengungkapkan bahwa aspek kebutuhan dasar bagi penduduk miskin pedesaan, masih mendominasi perilaku pencarian dan penggunaan informasi penghidupan dalam kehidupan sehari-hari. Mereka masih berkuat di sekitar upaya dan bekerja untuk memenuhi lima kebutuhan dasar yang meliputi pangan, sandang, papan, kesehatan, dan pendidikan.

Gambaran realitas kemiskinan penduduk pedesaan seperti dimaksud di atas, utamanya untuk menegaskan kembali bahwa terdapat banyak sekali penduduk miskin dengan segala permasalahannya yang tersebar di wilayah pedesaan, termasuk di pedesaan Jawa Barat. Secara kependudukan, orang-miskin ini hidup secara berbaur dengan penduduk lainnya baik yang berkategori miskin maupun yang bukan kelompok miskin dalam wilayah yang sama. Kondisilah yang membedakannya. Mereka memiliki permasalahan penghidupan yang amat berat jika dibandingkan dengan penduduk lainnya yang bukan berkategori miskin.

Dengan mengamati kondisi orang berkategori miskin seperti digambarkan di atas, sebenarnya banyak hal yang menarik untuk dikaji lebih jauh, baik dari sisi etik yang bersisi pandang objektif (*researcher's perspective*), maupun dari sisi emik yang lebih bersifat *subjective perspective*, atau bahkan dari sisi pandang keduanya. Penelitian ini lebih difokuskan untuk mengkaji secara mendalam mengenai pengalaman-pengalaman keluarga miskin di pedesaan terkait pencarian, penggunaan, dan pendokumentasian informasi dan sumber-sumber informasi kesehatan, terutama ketika mereka dihadapkan pada kondisi dan situasi saat salah satu anggota keluarganya mengalami sakit dan segera memerlukan pengobatan.

Semua anggota masyarakat, sebenarnya mengetahui, walaupun tidak sama tingkatannya, bahwa informasi dan sumber-sumber informasi kesehatan itu tersedia di sekeliling mereka. Media massa seperti televisi, radio, surat kabar, internet, para praktisi kesehatan, dan lembaga-lembaga yang bergerak dalam bidang layanan kesehatan, sebenarnya sudah berusaha untuk menyampaikan beragam informasi kesehatan dalam berbagai cara dan bentuknya. Para anggota keluarga miskin pun tidak lepas dari perhatian mereka

dalam hal pencarian dan penggunaan informasi kesehatan. Artinya, para keluarga miskin secara proporsional memiliki akses terhadap informasi dan sumber-sumber informasi kesehatan. Selain itu, mereka juga memiliki kesempatan untuk menyimpan atau mendokumentasikan informasi dan sumber-sumber informasi kesehatan yang mungkin bisa berguna pada waktu yang akan datang.

Dalam tataran praktik, banyak pihak yang sudah berupaya untuk menginformasikan perilaku hidup sehat kepada masyarakat dan keluarga, termasuk keluarga dengan kategori miskin, baik secara langsung maupun tidak langsung, menggunakan beragam sumber dan saluran informasi. Beragam kajian pun telah banyak dilakukan, yang tujuannya pada dasarnya adalah untuk mengubah pola perilaku keluarga miskin menuju keluarga yang berperilaku hidup sehat. Namun demikian, sampai saat ini, kondisinya secara umum masih belum memenuhi harapan.

Atas dasar uraian di atas, penelitian ini bermaksud untuk memahami dan mengungkap bagaimana dan seperti apa pengalaman orang miskin di pedesaan mencari, menggunakan, dan mendokumentasikan informasi dan sumber-sumber informasi kesehatan, terutama yang terkait dengan kondisi dan situasi saat mereka dihadapkan pada gangguan kesehatan yang dialami oleh anggota keluarganya. Studi ini dilakukan di pedesaan Jawa Barat, dengan fokus di kabupaten Ciamis dan kabupaten Bandung.

Dari uraian di atas, secara lebih spesifik, bisa dirumuskan masalah sebagai berikut: Bagaimana pola pengalaman penduduk miskin pedesaan dalam mencari, menggunakan, dan mendokumentasikan informasi dan sumber-sumber informasi kesehatan, terutama pada saat mereka dihadapkan pada kondisi dan situasi pilihan sulit ketika menghadapi permasalahan kesehatan yang menimpa anggota keluarganya. Sedangkan tujuan penelitian ini adalah untuk mengkaji dan mengungkap secara lebih dalam mengenai pengalaman-pengalaman keluarga miskin di pedesaan Jawa Barat dalam mencari, menggunakan, dan mendokumentasikan informasi dan sumber-sumber informasi kesehatan, terutama pada saat mereka dihadapkan pada kondisi dan situasi pilihan sulit ketika menghadapi permasalahan kesehatan yang menimpa anggota keluarganya.

## **2. Tinjauan Pustaka**

Batasan kemiskinan memang berbeda-beda, bergantung dari sudut pandang penggagas dan kepentingannya. BPS (2016) menengarai adanya kemiskinan kultural dan kemiskinan struktural. Yang pertama, kemiskinan kultural, disebabkan oleh adanya faktor-faktor adat atau budaya suatu daerah tertentu yang membelenggu seseorang atau sekelompok masyarakat tertentu sehingga membuatnya tetap melekat dengan kemiskinan. Sedangkan yang kedua, kemiskinan struktural, yaitu kemiskinan yang terjadi sebagai akibat ketidakberdayaan seseorang atau sekelompok masyarakat tertentu terhadap sistem atau tatanan sosial yang tidak adil, karenanya mereka berada pada posisi tawar yang sangat lemah dan tidak memiliki akses untuk mengembangkan dan membebaskan diri mereka sendiri dari perangkap kemiskinan. Untuk konsepsi yang terakhir ini, bisa dikatakan "seseorang atau sekelompok masyarakat menjadi miskin karena mereka miskin" (Sumber: BPS, 2016).

Sementara itu, secara konseptual, kemiskinan dibedakan antara kemiskinan relatif dan kemiskinan absolut. Yang membedakan kedua konsep itu adalah pada standar penilaian. Standar penilaian kemiskinan relatif merupakan standar kehidupan yang ditentukan dan ditetapkan secara subyektif oleh masyarakat setempat dan bersifat lokal serta mereka yang berada dibawah standar penilaian tersebut dikategorikan sebagai miskin secara relatif. Sedangkan standar penilaian kemiskinan secara absolut merupakan standar kehidupan minimum yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan dasar yang diperlukan, baik makanan maupun non makanan. Standar kehidupan minimum untuk memenuhi kebutuhan dasar ini disebut sebagai garis kemiskinan.

Pengertian keluarga miskin atau penduduk miskin juga masih dibatasi secara lebih spesifik. BPS (Badan Pusat Statistik) melalui pendataan sosial ekonomi tahun 2005 (PSE05. BPS 2008), menggunakan 14 indikator mengenai penduduk miskin, yakni sebagai berikut: luas lantai rumah; jenis lantai rumah; jenis dinding rumah; fasilitas tempat buang air besar; sumber air minum; penerangan yang digunakan; bahan bakar yang digunakan; frekuensi makan dalam sehari; kebiasaan membeli daging/ayam/susu; kemampuan membeli pakaian; kemampuan berobat ke puskesmas/poliklinik; lapangan pekerjaan kepala rumah tangga; pendidikan kepala rumah tangga; dan kepemilikan aset. (Sumber: PSE05. Badan Pusat Statistik 2008). Ke-14 indikator tersebut digunakan untuk menjelaskan tingkat miskin penduduk di tingkat mikro atau rumah tangga. Artinya, semakin kecil, semakin rendah, atau semakin menunjukkan ketidakmampuan penduduk untuk memenuhi batas standar minimum dari indikator dimaksud, menunjukkan bahwa penduduk yang bersangkutan termasuk kategori miskin.

Seperti pernah diungkapkan oleh David Johnstone dan Mary Tate (2004), bahwa semua orang pada dasarnya adalah pencari dan pengguna informasi sesuai dengan kepentingan, kebutuhan, dan kegunaannya, maka orang dengan kategori miskin pun melakukan hal yang sama. Mereka mencari informasi dan sumber-sumber informasi untuk berbagai keperluan, sesuai dengan kebutuhannya. Di sektor kesehatan, misalnya, informasi yang dibutuhkan, dicari, dan digunakan oleh seseorang adalah yang sesuai dengan jenis kebutuhan dan kepentingan yang terkait dengan kesehatan. Demikian pula untuk sektor kehidupan keseharian lainnya. Mereka membutuhkan, mencari, dan menggunakan informasi melalui sumber-sumber informasi yang tersedia di sekitar mereka. Selanjutnya, David Johnstone dan Mary Tate (2004: 1) juga menegaskan bahwa setiap orang itu adalah pencari dan pengguna informasi, dan itu merupakan bagian dari kehidupannya sehari-hari. Informasi yang dicari dan digunakannya itu dimaksudkan untuk kepentingan seperti pekerjaan, kesehatan, keuangan, keluarga, hiburan, dan lainnya, yang datangnya dari bermacam sumber dan saluran yang banyak sekali. Sebagai contoh, setiap orang membutuhkan, mencari, dan menggunakan dan terkadang menyimpan atau mendokumentasikan informasi dan sumber-sumber informasi kesehatan dengan beragam cara, langsung ataupun tidak langsung. Yang tidak langsung, misalnya, ketika seseorang mendengarkan siaran televisi atau radio yang sedang menayangkan informasi kesehatan, atau seseorang yang secara tidak sengaja, menemukan bahan bacaan di surat kabar yang isinya tentang kesehatan, atau bisa jadi secara tidak sengaja seseorang berbincang mengenai kesehatan dengan orang lain dalam situasi obrolan santai. Sementara itu, yang

langsung, misalnya, ketika seseorang secara sengaja mencari informasi dan sumber informasi mengenai kesehatan melalui berbagai cara, seperti melalui media, melalui bertanya kepada seseorang, berkunjung ke lembaga-lembaga kesehatan, ke dokter, ke bidan, ke tetangga, ke kerabat, atau bahkan ke “orang pintar” yang dianggap mampu mengobati orang sakit. Intinya, semua orang sebenarnya adalah pencari dan pengguna informasi kesehatan, baik dalam lingkungannya secara personal individual maupun dalam lingkup yang lebih luas seperti keluarga dan sosial kemasyarakatan.

Di dalam lingkup yang lebih kecil, kesehatan keluarga, sebagai contoh, orientasi, sikap, perilaku, dan kebiasaan hidup tidak sehat, sebenarnya bukan hanya menyangkut masalah makanan saja, akan tetapi meliputi aspek-aspek lain secara keseluruhan, seperti antara lain, persalinan yang tidak ditolong oleh tenaga kesehatan; tidak memberikan ASI kepada bayi; tidak menimbang balita setiap bulan; tidak menggunakan air bersih untuk kebutuhan makan dan minum; tidak mencuci tangan dengan air bersih dan sabun; tidak menggunakan jamban sehat; tidak memberantas jentik nyamuk secara berkala (setiap minggu); tidak makan buah dan sayur secara cukup setiap harinya; tidak melakukan aktivitas fisik setiap harinya (berolah raga secara teratur); merokok; memakan jajanan yang diragukan kesehatan dan kebersihannya; dan berperilaku membiarkan kondisi lingkungan rumah tinggal dan sosial yang tidak bersih dan sehat. Secara tersirat, banyak faktor yang mempengaruhi pola hidup tidak sehat seperti ini, misalnya faktor pendidikan, budaya, usia, kebiasaan, dan jenis penyakit yang diderita seseorang. (Sumber: Afifah, 2000; Sandra Imelda H., 2002; Iriansyah, Yorvandi, 2008; dan Puspitasari dan Dyah Anggraini, 2010). Informasi seperti ini tentu saja dicari dan digunakan oleh hampir setiap orang, termasuk orang yang berkategori miskin di pedesaan.

Beberapa lembaga dan pegiat kesehatan juga memberikan saran dan masukan kepada masyarakat tentang pola hidup sehat dan pola hidup tidak sehat. Perfecthealth dalam <http://www.perfecthealth.co.id/pola-hidup-yang-tidak-sehat.html>, yang diakses tanggal 6 Maret 2017, mendaftar beberapa aspek yang perlu diperhatikan agar orang berhati-hati dengan aspek berikut: (1) *Junk Food*. Orang banyak yang suka makan yang serba instan karena alasan kesibukan. Sekadar tahu saja bahwa *junk food* memicu terjadinya banyak penyakit seperti penyakit jantung, obesitas, stroke. (2) Jarang olahraga dan aktivitas fisik lainnya. Aktivitas di perkotaan yang sangat cepat mengakibatkan banyak orang tidak memiliki waktu untuk berolahraga. Perlu diketahui bahwa olahraga mampu mengembalikan fungsi normal paru-paru serta mengurangi risiko penyakit jantung dan obesitas. (3) Kurang Istirahat. Seringkali dikarenakan pekerjaan yang menumpuk, seseorang tidak memperhatikan tubuh yang juga memerlukan istirahat dan tidur yang cukup. Padahal tidur mampu mengembangkan fungsi sel tubuh, mempertahankan keseimbangan tubuh, serta menjadi proses metabolisme tubuh. (4) Stress. Terkadang dalam hidup seseorang mengalami stress akibat masalah yang sulit teratasi. Stress mampu menimbulkan tekanan psikis, gangguan jantung, pembuluh darah dan gangguan tidur. Untuk mengurangi pikiran stress, salah satunya adalah melakukan kegiatan secara teratur tanpa harus dibuat beban, melakukan pekerjaan sesuai

dengan jadwal dan porsinya. Gunakan waktu bekerja sesuai porsinya, gunakan waktu beribadah sesuai jadwalnya, dan gunakan waktu tidur sesuai kebutuhannya.

Selanjutnya, [health.liputan6.com](http://health.liputan6.com) memberikan sepuluh poin tentang perilaku hidup sehat sebagai berikut: (1) Melahirkan harus ditolong tenaga kesehatan. (2) Pemberian ASI Eksklusif pada bayi selama 6 bulan, lalu pemberian ASI dan makanan pendamping sampai bayi berusia 2 tahun. (3) Melakukan penimbangan bayi setiap tiga bulan sekali. (4) Penggunaan air bersih. (5) Cuci tangan pakai sabun. (6) Menggunakan toilet. (7) Memberantas jentik nyamuk. (8) Makan sayur- sayuran yang mengandung vitamin A. (9) Berolah raga secara rutin 30 Menit per hari. (10) Tidak merokok dirumah. (Sumber: <http://health.liputan6.com/read/2824829/10-poin-penting-dalam-perilaku-hidup-bersih-dan-sehat>. Diakses tanggal 6 Maret 2017). Intinya, banyak aspek yang terkait dengan kesehatan.

Setidaknya ada tiga aspek pokok yang perlu dipetakan dari penelitian dengan tema memahami dan mengungkap pengalaman keluarga miskin pedesaan dalam mencari, menggunakan, dan mendokumentasikan informasi dan sumber-sumber informasi kesehatan pada keluarga miskin pedesaan, yakni: aspek kebutuhan informasi; aspek perilaku pencarian informasi dengan aspek-aspeknya; dan aspek penggunaan informasi dan aspek-aspeknya. Ketiga aspek ini sudah pernah diteliti oleh tim penelitian terdahulu dengan hasil berupa pemetaan terhadap pola kebutuhan, pencarian, dan penggunaan informasi dan sumber-sumber informasi kesehatan, yang hasilnya antara lain: 1) Dilihat dari dimensi kebutuhan, maka yang paling menonjol adalah jenis informasi terkait kebutuhan dasar yang meliputi pangan, sandang, papan, kesehatan, dan pendidikan. Kebutuhan akan informasi kesehatan, belum menjadi bagian yang diprioritaskan, meskipun jenis kebutuhan ini melekat dengan jenis kebutuhan dasar lainnya; 2) Dilihat dari dimensi pencarian informasi kesehatan, yang paling menonjol adalah mengenai cara pencariannya yang dilakukan secara aktif kepada sumber-sumber interpersonal yang bersifat informal. Sementara itu, pola pencarian pasif mereka lakukan terhadap informasi dari sumber media, baik cetak maupun elektronik; dan 3) Dilihat dari dimensi penggunaan informasi, maka yang paling menonjol adalah pada jenis informasi kesehatan yang bersumber pada ahli kesehatan terpilih, dan juga dari tetangga dan keluarga. Orang kelompok miskin hampir tidak ada yang menggunakan informasi yang bersumber dari media, baik cetak maupun elektronik, kecuali cara pencarian secara pasif. (Yusup, Pawit M., dan Komariah, Neneng, 2013).

Untuk dimensi kebutuhan informasi dan aspek-aspeknya, merujuk kepada konsepsi teoretis tentang jenis kebutuhan informasi dari Sridhar (1988). Sedangkan untuk dimensi perilaku pencarian informasi, merujuk pandangan Ellis (dalam Goldbold, 2006); dan untuk dimensi penggunaan informasi, merujuk kepada pandangan Thivant, E., (2005).

Sebagai “payung” dari ketiga dimensi di atas, digunakan model perilaku informasi dari Wilson, yang menjelaskan keterlibatan informasi pada praktik kehidupan manusia yang dikenal dengan perilaku informasi (*information behavior*). (Wilson, T.D., 2000; Wilson, T.D., 2002). Pada dimensi dominannya, konsepsi perilaku informasi ini memiliki dimensi yang berbeda dalam penekanannya, yakni dimensi perilaku pencarian informasi (*information seeking behavior*) dan perilaku penggunaan informasi

(*information seeking and use behavior*) (Thivant, E. (2005). Dalam konteks yang luas, semua orang adalah pelanggan atau pengguna informasi, tanpa kecuali, kaya ataupun miskin.

Penggunaan informasi bisa dibedakan dari beragam aspek seperti antara lain terkait dengan kepentingan sang pengguna dimaksud, latar belakang sosialnya, motivasi dan tujuan penggunaannya, terkait dengan situasi dan kondisi saat informasi dimaksud digunakan, juga terkait dengan jenis, sifat, dan tingkatan kebutuhan sang pengguna tadi. Orang dengan karakteristik sosial yang berbeda, akan memiliki bentuk dan sifat penggunaan yang berbeda pula terhadap informasi yang didupatkannya. Artinya, pola-pola penggunaan informasi pada penduduk yang berkategori miskin, akan berbeda dengan pola penggunaan informasi pada mereka yang berkategori bukan miskin. Kategorisasi dimaksud masih bisa dilihat dari aspek-aspek yang lebih situasional seperti kategori sosial keseharian yang berlaku di lokasi penduduk miskin berada yang secara khusus dikaitkan dengan perilaku mereka dalam menggunakan beragam informasi untuk mendukung kelangsungan kehidupannya. Sebagai contoh, ketika suatu keluarga miskin dihadapkan pada situasi yang sulit, dua anaknya sakit keras, sementara uang untuk berobat tidak punya. Apa yang akan dilakukan? Hal ini akan berbeda jika masalah yang sama menimpa keluarga yang bukan kelompok miskin. Mereka tinggal berobat dengan menggunakan uang tabungannya. Dalam kondisi seperti ini, kedua keluarga tadi tetap mencari dan menggunakan informasi kesehatan terkait pengobatan anak-anaknya, hanya saja berbeda cara pencariannya, sumber informasi yang dicarinya, dan cara penggunaannya.

Pada tataran pencarian dan penggunaan informasi yang lebih spesifik, misalnya informasi kesehatan, juga memiliki ciri dan kategorinya yang berbeda. Hal ini terutama jika dilihat dari aspek orang yang berlatarbelakang sosial yang berbeda. Bahkan jika dilihat dari sisi orientasi, sikap, dan perilaku mereka yang berkategori keluarga miskin pun, dimungkinkan akan menunjukkan pola-pola pencarian dan penggunaan informasi yang berbeda.

Dilihat dari aspek sosial, misalnya, perilaku pencarian atau penemuan informasi juga terkait dengan aspek sosial dan budaya. Pendekatan teoretisnya pun banyak yang menggunakan aspek sosial dan budaya sebagai konteks determinannya, ungkap Yeh, N-C. (2007:2). Selain itu, perilaku pencarian informasi dan penggunaannya pun bukan proses objektif semata, melainkan juga merupakan suatu proses interpretasi tentang harapan-harapan akan pengalaman hidup seseorang, kata Yeh, N-C, (2007:2) lagi. Konteks ini menggambarkan bahwa jalan hidup yang orang tempuh, pertukaran dan penggunaan informasi yang orang lakukan, semuanya terkait dengan konteks lingkungan sosial dan budaya tempat orang hidup di dalamnya. Pola laku hidup orang, pola kerja orang sehari-hari, pola pencarian informasi apapun yang orang butuhkan, pola penciptaan informasi, dan aspek-aspek perilaku informasi lainnya, merupakan hasil dari proses interaksi dengan lingkungan sosial dan budaya masyarakatnya. Tegasnya, seperti yang pernah dikatakan oleh Solomon (2002), (dalam Yeh, N-C, 2007:3), bahwa informasi adalah segala sesuatu yang merupakan hasil dari proses kehidupan manusia sepanjang hayatnya. Informasi kesehatan pun bermakna seperti itu. Ia ada dalam kehidupan masyarakat, dari dulu hingga sekarang, bahkan hingga kelak. Ketika

seseorang dalam kondisi sehat, dia membutuhkan, mencari dan menggunakan informasi kesehatan dalam rangka untuk menjaga agar tetap sehat, yang konteksnya terkait dengan penggunaan informasi mengenai pengobatan preventif, sedangkan jika sakit, maka yang dibutuhkan, dicari, dan digunakannya adalah informasi dan sumber-sumber informasi kesehatan yang bersifat tindakan pengobatan (konteks pengobatan kuratif).

Salah satu contoh keunikan pola-pola pencarian informasi kesehatan di luar negeri, misalnya, seperti pernah dikemukakan oleh Wathen, C.N. and Harris, R.M. (2006) dalam penelitiannya yang berjudul *An examination of the health information seeking experiences of women in rural Ontario, Canada*, menggambarkan hasil yang menarik, karena banyak kaitannya dengan tema penelitian ini. Salah satu penemuannya yang pokok adalah adanya tantangan yang unik bagi kaum perempuan yang tinggal di pedesaan Ontario, Canada, terutama dalam hal mencari informasi kesehatan, termasuk aspek berperannya perantara informasi, baik formal maupun informal, serta ketersediaan fasilitas teknologi informasi dan komunikasi termasuk kemampuan menggunakannya, guna mendukung proses pencarian informasi kesehatan dimaksud. *“There are unique challenges and enablers to health information seeking for women living in rural areas, including the role of formal, informal and ICT-based information intermediaries, the availability to women of required literacies for health information seeking and uptake”*, kata Wathen, C.N. and Harris, R.M. (2006).

Intinya, selalu ada kebutuhan, ada tindakan, ada pilihan, dan ada pilihan terhadap informasi dan sumber-sumber informasi kesehatan pada setiap orang, baik dalam kedudukannya secara personal individual maupun sebagai anggota keluarga dan masyarakat secara lebih luas. Dari konteks ini mereka lantas mencari dan menggunakan informasi dan sumber-sumber informasi kesehatan sesuai dengan kepentingannya. Kepentingan ini akan selalu terkait dengan situasi dan kondisi kesehatan yang dihadapi oleh mereka. Pola pencarian dan penggunaan informasi dan sumber-sumber informasi kesehatan ini, akan berbeda pada setiap orang atau keluarga, baik mereka yang tergolong kaya ataupun keluarga miskin.

Bagi keluarga mampu atau kaya, pencarian dan penggunaan informasi dan sumber-sumber informasi kesehatan tidak menjadi persoalan yang berarti, karena mereka memiliki tabungan untuk pengobatannya. Namun bagi keluarga miskin, situasi dan kondisinya berbeda. Mereka tidak memiliki tabungan untuk biaya pengobatan, meskipun tetap berobat dengan caranya yang khas. Cara dan pola penggunaan informasi kesehatan yang khas inilah yang menarik untuk dikaji lebih dalam, dengan memperhatikan aspek-aspek seperti: kondisi dan situasi baru (awal sakit), kondisi dan situasi transisi (tahap memulai mencari informasi dan sumber informasi kesehatan), kondisi dan situasi fakta (tidak ada biaya), situasi dan kondisi permasalahan (dilematis), kondisi dan situasi harus memilih (memutuskan), dan mungkin ada situasi lain yang muncul saat memilih, serta kondisi dan situasi baru dan masalah baru.

Kondisi dan situasi yang kompleks dan dilematis seperti dikemukakan di atas, hampir selalu melekat dengan pengalaman-pengalaman penduduk miskin di pedesaan saat dihadapkan dengan aspek penghidupan dan kebutuhan hidup yang mendasar. Sebabnya antara lain adalah bahwa keluarga miskin masih berkuat di seputar upaya untuk memenuhi kebutuhan hidup yang sangat dasar seperti pangan,



sandang, papan, kesehatan, dan pendidikan. Gambar 1 merupakan model yang disusun oleh tim penelitian dari Universitas Padjadjaran yang menunjukkan jenis kebutuhan dasar yang diungkapkan oleh keluarga miskin.

*Pertama*, kebutuhan dasar berupa pangan, yang merupakan kebutuhan yang sangat dasar dan fisiologis. Jenis kebutuhan ini mutlak diperlukan, bahkan melebihi jenis kebutuhan lainnya. Makan tidak bisa ditunda, sementara kebutuhan yang lain bisa belakangan. *Kedua* adalah kebutuhan dasar berupa sandang. Jenis kebutuhan ini juga termasuk yang sangat melekat dengan kebutuhan pangan di atas, dan oleh karena itu harus ada meskipun cukup dengan model pakaian sederhana. *Ketiga* adalah kebutuhan dasar berupa papan atau rumah tinggal. Umumnya mereka (penduduk berkategori miskin) menganggap bahwa rumah tinggal sudah menjadi bagian dari kebutuhan hidup. Walaupun sangat sempit ukurannya, lebih dari setengah dari penduduk miskin di sini sudah memiliki rumah, dengan luas sekitar 12 m<sup>2</sup>. Sementara itu sebagian kecil lainnya masih mengontrak atau sewa bulanan. *Keempat* adalah jenis *kebutuhan dasar berupa kesehatan*. Jenis kebutuhan ini tidak menjadi prioritas utama penduduk berkategori miskin di pedesaan. Mereka beranggapan bahwa kebutuhan untuk membiayai makan sehari-hari, lebih penting dari kebutuhan akan kesehatan dan aspek yang melekat dengannya. *Kelima* adalah jenis kebutuhan dasar berupa pendidikan. Umumnya penduduk miskin pedesaan memiliki pengharapan agar anak-anaknya bisa sekolah sampai minimal tamat SMU/K, meskipun kurang dari setengahnya hanya mampu menyekolahkan anak-anak mereka sampai SMP dan sederajat, bahkan sebagian dari mereka ada yang tidak mampu menyekolahkan anaknya hingga tamat sekolah dasar.



Gambar 1. Model Kebutuhan Dasar Penduduk Miskin Pedesaan (Yusup, Pawit M. dan Komariah, Neneng, 2014).

Sepanjang hidupnya, keluarga miskin hampir selalu mengalami dan menghadapi masalah pemenuhan kebutuhan dasar yang tidak kunjung selesai. Meskipun demikian, mereka tetap merasa senang dan cukup asal diberi kesehatan. “Bagi saya, yang ditakdirkan menjadi orang yang tidak punya, yang penting asal diberi kesehatan, saya sudah cukup senang, bisa bekerja mencari nafkah untuk keluarga”, kata Pain, Bing, dan Pon. (Hasil wawancara dengan beberapa penduduk desa di Kabupaten Ciamis pada bulan Agustus 2015).

### 3. Metode

Metode yang digunakan adalah survei wawancara terhadap 36 orang yang berkategori penduduk miskin di pedesaan Jawa Barat, tepatnya di Kecamatan Rancaekek Kabupaten Bandung, Kecamatan Banjarsari dan Kecamatan Pamarican Kabupaten Ciamis. Dalam paham umum, disebutkan bahwa pengertian survei yaitu tindakan mengukur atau memperkirakan. Namun dalam penelitian, survei lebih berarti sebagai suatu cara melakukan pengamatan di mana indikator mengenai variabel adalah jawaban-jawaban terhadap pertanyaan yang diberikan kepada responden baik secara lisan maupun tertulis. Survei biasanya dilakukan satu kali. Peneliti tidak berusaha untuk mengatur atau menguasai situasi. Jadi perubahan dalam variabel adalah hasil dari peristiwa yang terjadi dengan sendirinya. (Bailey, 1987). Penelitian survei termasuk ke dalam jenis penelitian deskriptif (Rachmat, 1987).

Karena kesulitan mendapatkan data tentang jumlah penduduk miskin di setiap desa di kecamatan Rancaekek kabupaten Bandung ini, maka ditetapkanlah model sampling wilayah atau desa. Terpilih tiga desa, yakni Desa Jelegong, Desa Bojongloa dan Desa Linggar, yang semuanya di Kabupaten Bandung. Sebagian data lagi diambil dari hasil wawancara dengan sejumlah penduduk berkategori miskin di pedesaan Ciamis, Jawa Barat, tepatnya di Kecamatan Banjarsari dan Kecamatan Pamarican. Sementara itu, ukuran sampelnya ditetapkan sebesar 36 orang penduduk yang berkategori miskin, yang tersebar di tiga desa di atas. Penetapan anggota sampel ini didasarkan kepada kriteria penduduk miskin yang dikemukakan oleh Bank Dunia tahun 2011.

Secara visual, alir pemikiran penelitian ini dan yang dijadikan langkah-langkah praktis dalam melakukan penelitian ini, bisa dilihat dalam bagan atau Gambar Peta Kajian berikut: (1) Melakukan wawancara dan observasi mengenai kondisi awal yang dihadapi keluarga miskin ketika menghadapi ada anggota keluarga yang sakit. (2) melakukan wawancara dan observasi mengenai kondisi fakta yang dialami keluarga miskin ketika mencari dan menggunakan informasi dan sumber informasi kesehatan terkait pengobatan anggota keluarga yang sakit. (3) Melakukan wawancara dan observasi dengan tema ketika keluarga miskin dihadapkan dengan kondisi dilematik karena ketiadaan biaya. (4) Melakukan wawancara dengan tema ketika keluarga miskin dihadapkan pada situasi harus memilih jenis kebutuhan dasarnya. (5) Melakukan wawancara dengan tema saat keluarga miskin sudah memutuskan untuk berobat atau lainnya. (6) Melakukan wawancara dengan fokus saat keluarga miskin menghadapi situasi baru, masalah baru, dan pilihan-pilihan penyelesaian yang baru. Rangkaian langkah tersebut bisa dilihat dalam diagram alir berikut (Gambar 2).



Gambar 2: Peta Kajian

#### 4. Hasil dan Pembahasan

Hasil penelitian terkait dengan pencarian, penggunaan, dan pendokumentasian informasi dan sumber-sumber informasi kesehatan bagi keluarga miskin, dibahas berdasarkan data hasil observasi dan wawancara dengan kepala keluarga, yang dikategorisasikan dalam Tabel 1 dan Tabel 2. Seperti yang pernah dikemukakan oleh Thivant, E., (2005), perilaku penggunaan informasi bisa dijelaskan dengan beragam cara, salah satunya adalah dengan menggunakan model tabulasi kategoris berkaitan dengan hasil penelitian lapangan. Kategori dimaksud adalah untuk mengelompokkan aspek-aspek jenis pekerjaan yang dilakukan oleh informan sebagai sumber data wawancara yang jumlahnya 36 orang, khususnya dikaitkan dengan jenis dan sumber informasi yang dicari, digunakan, dan didokumentasikan oleh keluarga miskin di pedesaan. (Lihat Tabel 1).

Sementara itu, untuk kategorisasi hasil penelitian terkait pendalaman tema kajian, digunakan pengelompokan berdasarkan aspek-aspek berikut: kondisi awal masalah, kondisi fakta, kondisi dilematik, kondisi memilih, kondisi pasca putusan, dan kondisi baru. Selain itu, satu aspek tambahan yang terkait dengan perilaku atau tindakan dokumentasi. (Lihat Tabel 2).

Tabel 1. Sumber informasi kesehatan yang dicari, digunakan, dan didokumentasikan

No	Kelompok jenis pekerjaan	*)Sumber informasi	**)Sumber informasi kesehatan	***)Sumber informasi didokumentasikan
1	Buruh serabutan sektor non pertanian	Tetangga, kerabat, sesama buruh	Kerabat, ahli kesehatan, tetangga	Tidak menyimpan dokumen. Cukup informasi lisan
2	Buruh tani serabutan	Tetangga, kerabat, sesama buruh	Kerabat, ahli kesehatan, tetangga	Tidak menyimpan dokumen. Cukup informasi lisan
3	Jasa caloan (mediator)	Sesama calo, tetangga dekat	Kerabat, ahli kesehatan, tetangga	Tidak menyimpan dokumen. Cukup informasi lisan
4	Jasa antaran becak dan ojek	Sesama penarik becak, orang lewat	Kerabat, ahli kesehatan, tetangga	Tidak menyimpan dokumen. Cukup informasi lisan
5	Penjualan sayuran keliling	Tetangga dekat, tetangga selingkungan	Kerabat, ahli kesehatan, tetangga	Tidak menyimpan dokumen. Cukup informasi lisan

6	Penjualan makanan keliling	Tetangga dekat, tetangga selingkungan	Kerabat, ahli kesehatan, tetangga	Tidak menyimpan dokumen. Cukup informasi lisan
7	Pembuat sale pisang	Tetangga dekat, tetangga selingkungan	Kerabat, ahli kesehatan, tetangga	Tidak menyimpan dokumen. Cukup informasi lisan
8	Pembuat gula kelapa	Warung terdekat, pasar tradisional, tetangga dekat	Kerabat, ahli kesehatan, tetangga	Tidak menyimpan dokumen. Cukup informasi lisan
9	Pembuat dan penjual jajanan pasar	Tetangga dekat, tetangga selingkungan	Kerabat, ahli kesehatan, tetangga	Tidak menyimpan dokumen. Cukup informasi lisan
10	Penjual lauk-pauk keliling	Tetangga dekat, tetangga selingkungan	Kerabat, ahli kesehatan, tetangga	Tidak menyimpan dokumen. Cukup informasi lisan

Sumber: \*) Yusup, Pawit M.; Subekti, Priyo; Rohanda, 2016. JKIP Vol.4, No.2, Desember 2016. : \*\*) dan \*\*\*) Hasil penelitian lapangan.

Dari sepuluh kategori jenis pekerjaan penduduk miskin pedesaan yang diteliti, hampir semuanya mengungkapkan bahwa informasi dan sumber-sumber informasi yang dicari dan digunakan oleh mereka berasal dari sumber kerabat, tetangga dekat dan sesama pekerjaan sejenis. Hampir tidak ada dari mereka yang memiliki akses terhadap informasi dan sumber-sumber informasi berbasis teknologi. Kondisi yang sama juga terjadi pada jenis informasi dan sumber-sumber informasi kesehatan. Mereka hampir semuanya mencari dan menggunakan informasi dan sumber informasi kesehatan dari sumber orang, dari kerabat dan tetangga dekat.

Dari data lapangan, yang menarik juga adalah bahwa mereka umumnya menyimpan data dan dokumen tentang informasi kesehatan, namun mereka lupa menyimpannya. Mereka cukup mengingatnya saja, dan jika diperlukan, mereka bertanya ke tetangga dekat dan kerabat.

### Kategori tema kajian

Tabel berikut digunakan untuk menganalisis dengan cara mengkategorisasikan tema-tema kajian sesuai dengan permasalahan dan tujuan penelitian ini. Tema-tema dimaksud meliputi: kondisi awal masalah, kondisi fakta, kondisi dilematik, kondisi memilih, kondisi pasca putusan, kondisi baru, tindakan dokumentasi. Hasil dari kategorisasi ini secara keseluruhan bisa dilihat dalam tabel beriku (Tabel 2).

Tabel 2. Kategorisasi Tema Kajian hasil penelitian lapangan

Kategori	Deskripsi	Tindakan/ Pilihan	Tindakan/ Pilihan	Tindakan/ Pilihan
Kondisi awal masalah	Salah satu anggota keluarga ada yang sakit, awal sakit	Mencari informasi ke tetangga	Mencari informasi ke ahli kesehatan	Mencari informasi ke kerabat dekat
Kondisi fakta	Saat memulai mencari informasi dan sumber informasi kesehatan untuk mengobati yang sakit	Bertanya dan mencari informasi mengenai penyakit ke kerabat dan tetangga, kemudian ke ahli kesehatan dan puskesmas	Berobat bisa ditunda. Biaya untuk makan tidak bisa ditunda	Mencari alternatif pengobatan yang mudah dan murah atau tanpa biaya, misalnya dari tanaman obat di tetangga

Kondisi dilematik	Saat keluarga tidak memiliki biaya untuk berobat	Mencari pinjaman ke kerabat dan tetangga	Pasrah dan berdoa	Berobat bisa ditunda. Biaya makan tidak bisa ditunda
Kondisi memilih	Saat keluarga menghadapi pilihan yang sulit, berobat, beli beras, sekolah, dll.	Berobat bisa ditunda.	Berdoa sambil berusaha berobat secara tradisional, termasuk meminta bantuan orang pintar	Berdoa dan pasrah.
Kondisi pasca putusan	Saat keluarga harus memutuskan antara berobat atau memilih yang lainnya	Berobat ke ahli kesehatan	Melakukan pengobatan alternatif	
Kondisi baru	Lanjutan mencari informasi baru berikutnya. Pasrah, berdoa, pengobatan alternatif, cari pinjaman, dsb.	Mencari alternatif pengobatan selanjutnya. Pasrah dan berdoa semoga pengobatannya berhasil.	Mencari informasi baru tentang pengalaman orang lain yang mengalami sakit yang sama	Melakukan pengobatan sesuai dengan informasi yang baru diperoleh dari tetangga atau kerabat
Tindakan dokumentasi	Keluarga menyimpan dokumen alamat dan informasi tetang obat dll.	Kadang-kadang menyimpan dokumen pengobatan	Menyimpan dokumen pengobatan tapi lupa tempat penyimpanannya	Tidak menyimpan. Cukup informasi lisan dan bertanya ke tetangga atau kerabat

Dari analisis data dan kajian lapangan, diperoleh realitas tentang adanya keterkaitan tertentu antara dimensi kebutuhan, dimensi pencarian, dan dimensi penggunaan informasi kesehatan, pada keluarga miskin di pedesaan. Aspek-aspek tersebut saling berkait satu sama lain, yang semuanya dilatarbelakangi oleh adanya kebutuhan dasar, yang meliputi: kebutuhan akan pangan, sandang, papan, kesehatan, dan pendidikan. Jenis kebutuhan dasar khusus pangan dan kebutuhan sehari-hari, adalah jenis kebutuhan yang tidak bisa ditunda pemenuhannya. "Makan tidak bisa ditunda", adalah ungkapan nyata yang sering dikemukakan oleh mereka. Sementara itu kebutuhan-kebutuhan yang lain, meskipun sifatnya harus dipenuhi, namun masih bisa ditunda, termasuk di dalamnya jenis kebutuhan kesehatan.

Dimensi penggunaan informasi kesehatan pada keluarga miskin di pedesaan, berpola integratif, tidak bisa dipisahkan satu sama lain. Artinya, orang tidak hanya membutuhkan dan menggunakan informasi tentang kesehatan, melainkan juga butuh akan informasi lain yang sifatnya mendasar dan merupakan satu kesatuan. Sedangkan, aspek kebutuhan informasi kesehatan pada keluarga miskin di Pedesaan, melatarbelakangi kedua aspek yang lain, yakni aspek pencarian dan aspek penggunaan informasi kesehatan. Hal ini juga menggambarkan bahwa setiap perilaku pencarian dan penggunaan informasi kesehatan, di samping saling terkait satu sama lainnya, namun semuanya didasarkan atas kebutuhan-kebutuhan yang sifatnya dasar pula.

Dalam tataran yang lebih subjektif fenomenologis, aspek pencarian, penggunaan dan pendokumentasian informasi dan sumber-sumber informasi kesehatan juga bersifat integratif. Aspek-

aspek kondisional yang melekat dengan tindakan keluarga miskin dalam menggunakan informasi kesehatan seperti: kondisi awal masalah, kondisi fakta, kondisi dilematik, kondisi memilih, kondisi pasca putusan, kondisi baru, tindakan dokumentasi atau situasi lain yang dihadapi mereka ketika mendapati masalah baru pada keluarganya. Tidak ada pola yang tetap yang terjadi pada setiap aspek ini, karena masing-masing aspek memiliki keunikannya sendiri. Namun demikian, semua aspek situasional dan kondisional tersebut mengandung sifat-sifat integratif sirkuler. Situasi dan kondisi awal saat keluarga mendapat masalah kesehatan, hingga saat-saat keluarga mengalami suatu proses pencarian dan penggunaan informasi kesehatan sampai akhirnya kembali kepada proses awal lagi namun pada situasi dan kondisi yang berbeda.

Di saat situasi dan kondisi saat salah seorang anggota keluarga mulai merasakan sakit, terjadi perubahan situasi dan kondisi suatu keluarga dari yang asalnya normal, dalam arti semua anggota keluarga dalam keadaan sehat, namun berubah ketika ada salah seorang anggota keluarga ada yang sakit. Beragam cara dan tindakan yang diambil oleh kepala keluarga, antara lain dengan cara berfikir mencari informasi tentang penyakit yang diderita salah seorang anggota keluarganya ke ahli kesehatan dan tetangga, juga ke kerabat dekatnya. Selanjutnya, ketika kondisi dan situasi saat memulai mencari informasi dan sumber informasi kesehatan untuk mengobati yang sakit, juga banyak kemungkinan bisa terjadi. Sebagai pendalaman dari tindakan keluarga dalam menangani masalah kesehatan yang menimpa salah seorang anggota keluarganya, langkah yang ditempuhnya adalah dengan menghubungi dokter atau pusat kesehatan lainnya, di samping tetap bertanya ke tetangga terdekat. Hal ini dilakukan manakala keluarga menghadapi gangguan penyakit yang berbeda dengan penyakit sebelumnya. Informasi mengenai kesehatan dari kedua sumber ini masih dianggap sebagai sumber yang lebih banyak digunakan oleh keluarga miskin.

Selanjutnya, ketika situasi dan kondisi saat keluarga menghadapi kenyataan tidak ada biaya, tidak memiliki tabungan untuk biaya pengobatan, pilihan-pilihan sulit bermunculan. Mereka harus memutuskan dan memilih tindakan tertentu yang harus ditetapkan saat itu. Seperti sudah dikemukakan di awal tulisan ini bahwa miskin itu bukan persoalan angka kemiskinan dan kriteria-kriteria kemiskinan yang serba terukur. Miskin itu persoalan perut yang tidak bisa ditunda, miskin itu masalah perut yang harus diisi setiap hari. Hal-hal lainnya mungkin masih bisa ditunda, seperti berobat ke dokter atau ke rumah sakit bisa ditunda, namun makan tidak bisa. Hal ini juga yang dialami oleh sebagian besar keluarga miskin pedesaan. Sebagian besar dari mereka mengatakan bahwa kebutuhan makan tidak bisa ditunda sementara itu aspek lainnya yang membutuhkan biaya masih bisa dilakukan belakangan. Artinya, keluarga miskin menganggap bahwa masalah kebutuhan dasar seperti makan dianggap lebih penting dibandingkan kebutuhan-kebutuhan lainnya.

Dalam prakteknya, mereka terkadang menunda pengobatan anaknya yang sakit jika di rumah tidak ada uang untuk membayarnya. Mereka hanya melakukan pengobatan secara apa adanya seperti memberikan air teh pahit, air bening, atau membeli obat tertentu yang dijual di warung terdekat. Kondisi seperti ini sangat dilematis bagi keluarga miskin untuk memilih tindakan yang terbaik. Mereka terkadang

harus memilih tindakan dilematis antara mengobati anaknya yang sakit atau biaya yang ada untuk membeli beras guna makan keluarga. Dua pilihan itu sangat sulit dihadapi. Namun demikian, jika keluarga menghadapi kondisi seperti ini, ternyata mereka lebih memilih membeli beras untuk makan sambil berharap kesembuhan anaknya yang sakit. Terkadang dengan sangat terpaksa mereka memilih untuk menunda pengobatan anaknya yang sakit karena ketiadaan biaya. Mereka terkadang mendahulukan biaya kebutuhan untuk makan, karena biasanya berobat bisa ditunda.

Kondisi seperti ini sering terjadi di tengah-tengah masyarakat, terutama pada keluarga miskin, namun sebagian dari tetangganya tidak mengetahui, atau mungkin mengabaikannya, kecuali kalau kondisinya sudah pada tahap akhir seperti meninggal dunia. Sebagai contoh kasus, ada salah seorang penduduk berkategori miskin di desa, yang karena tidak memiliki biaya untuk berobat, penyakitnya tidak diobati oleh ahli medis. Mereka hanya diobati dengan menggunakan obat-obatan tradisional yang tersedia di sekitar tempat tinggalnya. Karena kepala keluarga mengalami sakit yang parah, maka kebutuhan makan untuk seluruh anggota keluarga sangat terganggu. Mereka hanya mengandalkan bantuan alakahdarnya (seiklasnya) dari sejumlah tetangga yang peduli terhadap kondisi mereka. Bantuan-bantuan seperti ini, baik dalam bentuk makanan pokok maupun dalam bentuk uang yang tidak banyak, tentu hanya cukup untuk makan sehari-hari. Sementara itu penyakitnya dibiarkan atau hanya diobati dengan menggunakan cara-cara non medis.

Beruntung pada era pemerintahan sekarang (2017) sudah ada BPJS Kesehatan yang diharapkan bisa menjangkau seluruh rakyat Indonesia, sehingga orang-orang miskin bisa terlindungi kesehatannya. Namun demikian, pada kenyataannya, banyak sekali penduduk miskin di pedesaan yang tidak memiliki BPJS, sehingga mereka tidak bisa mendapatkan manfaatnya.

### **Menyimpan dokumen**

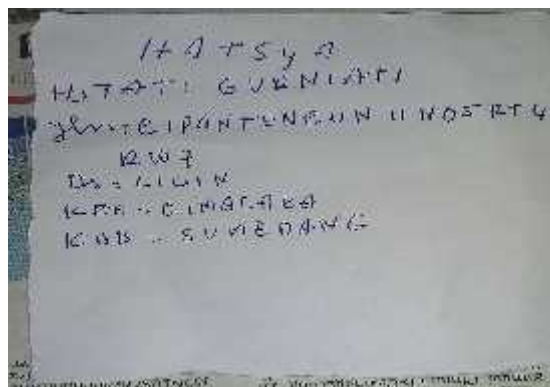
Dokumen yang dimaksud dalam penelitian ini, terutama menurut pandangan informan adalah daftar alamat praktek ahli pengobatan. Mereka menganggap bahwa dokumen dimaksud hanya berisi alamat, namun pada hakikatnya adalah tempat praktek pengobatan yang dipercaya bisa mengobati segala macam penyakit. Terkait dengan praktik pencarian dan penggunaan informasi kesehatan untuk kepentingan keluarga, terutama dikaitkan dengan perilaku mereka dalam menyimpan informasi dan sumber informasi kesehatan, ternyata keluarga tidak selalu menyimpannya. Meskipun demikian, ada sebagian besar dari mereka yang menyimpan dokumen dimaksud untuk jaga-jaga kemanfaatannya di masa yang akan datang. Gambar 4 menjelaskan tindakan mereka atas dokumentasi informasi kesehatan di lingkungan keluarga.

Dalam kenyataan di lapangan, kepala dan atau anggota keluarga miskin di pedesaan terkadang menyimpan dokumen atau informasi mengenai hal-hal yang ada kaitannya dengan kesehatan, seperti misalnya alamat ahli pengobatan, informasi tentang ramuan obat tradisional, dan keterangan lain, meskipun bentuk dokumen dimaksud terkadang hanya berupa secarik kertas yang berisi alamat tempat

praktek dokter atau tempat pengobatan alternatif. Catatan atau dokumen alamat ini biasanya hanya beberapa orang saja yang memilikinya. Jika tetangganya perlu, maka bisa bertanya kepada orang yang menyimpannya. Hal seperti ini sudah biasa terjadi di masyarakat pedesaan, sebabnya adalah karena mereka itu hidup dalam lingkungan sosial yang masih menjunjung tinggi nilai-nilai sosial dan kemanusiaan. Sekadar contoh, ada seseorang yang berobat ke rumah sakit atau ke tempat pengobatan alternatif, maka hampir seluruh penduduk di desa itu mengetahuinya.

Secara perhitungan, kurang dari setengahnya dari informan menjelaskan bahwa mereka tidak biasa menyimpan dokumen atau informasi dan sumber informasi kesehatan, seperti daftar alamat praktek pengobatan dan keterangan lain yang mungkin bisa berguna di kemudian hari.

Bentuk-bentuk dokumen yang dimaksud sebagai tempat menyimpan informasi mengenai kesehatan adalah seputar tulisan tangan atau kliping koran yang berisi alamat ahli pengobatan tradisional, yang sewaktu-waktu bisa digunakan sebagai sumber informasi kesehatan. Selain itu, mereka juga terkadang menyimpan dokumen yang berisi keterangan yang amat sedikit tentang alamat-alamat ahli pengobatan tertentu yang biasanya non medis. Bahkan dalam kenyataannya, pengetahuan mereka akan alamat pengobatan dimaksud juga hanya bersumber dari mulut ke mulut alias sumber lisan (*interpersonal*) (Yusup, Pawit M., 2013, 2014).



Gambar 3: Contoh dokumen alamat

Gambar 3 adalah contoh “dokumen” yang berisi alamat pengobatan alternatif yang ada di wilayah Sumedang Jawa Barat. Dokumen ini bersasal dari salah seorang penduduk pedesaan di Ciamis Bagian Selatan. Meskipun hanya ditulis dalam secarik kertas dan disimpan dalam selipan dinding bambu rumah mereka, namun dokumen seperti ini sangat berguna bagi penduduk miskin di pedesaan untuk digunakan pada saat dibutuhkan, baik oleh keluarga sendiri maupun oleh keluarga orang lain atau tetangganya.

## 5. Simpulan

Terungkap bahwa pada situasi dan kondisi saat salah seorang anggota keluarga mulai merasakan sakit, beragam cara dan tindakan yang diambil oleh kepala keluarga, antara lain dengan cara berfikir mencari informasi dan sumber-sumber informasi tentang penyakit yang diderita salah seorang anggota



keluarganya ke ahli kesehatan, tetangga, dan kerabat dekatnya; terutama ketika keluarga menghadapi gangguan penyakit yang berbeda dengan penyakit sebelumnya. Selain itu, terungkap juga pengalaman suatu keluarga saat kondisi dan situasi menghadapi kenyataan tidak ada biaya, tidak memiliki tabungan untuk biaya pengobatan, mereka terkadang menunda pengobatan anaknya yang sakit. Mereka hanya melakukan pengobatan secara apa adanya seperti memberikan air teh pahit, air bening pemberian “orang pintar”, atau membeli obat tertentu yang dijual di warung terdekat.

Pada saat suatu keluarga menghadapi kondisi dan situasi pilihan yang sulit antara berobat, beli beras, dan biaya sekolah, mereka terkadang harus memilih membeli beras untuk makan hari itu sambil berharap kesembuhan anaknya yang sakit melalui tindakan pengobatan seadanya seperti “mengompres” dengan air dingin atau air hangat, bergantung kepada jenis penyakitnya.

Dalam pada itu, terungkap juga pada kondisi dan situasi saat harus memutuskan antara berobat dan memilih yang lainnya, hampir seluruh keluarga miskin berpandangan dan mengalami kondisi saat salah seorang anggota keluarganya ada yang terserang penyakit berat, misalnya, mereka umumnya hanya bisa pasrah dan berdoa supaya yang sakit segera sembuh. Tidak ada lagi upaya keluarga untuk melakukan pengobatan secara medis karena ketiadaan biaya. Mereka cenderung memilih berobat ke ahli pengobatan tradisional yang terkadang bersifat klenik.

Pada saat menghadapi pilihan yang amat sulit karena dihadapkan pada kondisi seolah “tidak ada jalan lain” kecuali pasrah, pada umumnya mereka lebih memilih menunda tindakan pengobatan anak-anak atau salah seorang anggota keluarganya sambil mencari alternatif pengobatan lain yang lebih murah. Mereka berpendapat bahwa berobat bisa ditunda, sementara kebutuhan makan tidak bisa. Mereka hanya diobati dengan menggunakan obat-obatan tradisional yang tersedia di sekitar tempat tinggalnya.

Ternyata lebih dari setengahnya, keluarga menyimpan dokumen kesehatan, meskipun hanya dalam bentuk secarik kertas, yang isinya hanya berupa alamat pengobatan alternatif dan hal-hal lain yang ada kaitannya dengan kesehatan, seperti misalnya alamat ahli pengobatan, ramuan obat untuk jaga-jaga jika suatu saat digunakan. Tujuan penyimpanannya adalah untuk jaga-jaga kalau-kalau ada yang membutuhkan di kemudian hari. Sementara itu, selebihnya mereka tidak menyimpan data dimaksud. Jika membutuhkan informasi tentang alamat praktek pengobatan, mereka bertanya kepada tetangga dan kerabat dekat.

## Daftar Pustaka

- Afifah, Efy, 2003. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku pencarian pengobatan pada pria dengan PMS HIV/AIDS di Jakarta, Surabaya dan Manado (analisis data sekunder USAID, tahun 2000)*. Available at: <http://www.digilib.ui.ac.id/opac/themes/libri2/detail.jsp?id=77741>.
- Badan Pusat Statistik - BPS - Statistics Indonesia, 2016. *Penghitungan Dan Analisis Kemiskinan Makro Indonesia 2016*. Jakarta, BPS. ISSN: 2502-7484. Available at: [bps@bps.go.id](mailto:bps@bps.go.id).
- Badan Pusat Statistik (BPS - Statistics Indonesia), 2016. Available at: [bps@bps.go.id](mailto:bps@bps.go.id). Diakses tanggal 4 Maret 2017.

- Badan Pusat Statistik (BPS) Provinsi Jawa Barat, 2017. *Berita Resmi Statistik No. 05/01/32/Th. XIX, 3 Januari 2017*.
- Badan Pusat Statistik (BPS), 2005. *Pendataan Sosial Ekonomi tahun 2005 (BPS 2008) (PSE05) (2008)*.
- Bailey, Kenneth D. 1987. *Methods of Social Research. Third Edition*. Free Press, New York.
- Godbold, N. 2006. "Beyond information seeking: towards a general model of information behaviour". *Information Research*, 11(4) paper 269. Available at <http://InformationR.net/ir/11-4/paper269.html>.
- Iriansyah, Yorvandi, 2008. *Pengetahuan, Sikap Dan Tindakan Tentang Kesehatan Reproduksi Pada Siswa Sman 5 Padang*. Available at: <http://repository.unand.ac.id/id/eprint/5683>.
- Johnstone, D., Bonner, M., & Tate, M. 2004. "Bringing Human Information Behaviour Into Information Systems Research: An Application Of Systems Modelling". *Information Research*, 9(4) paper 191 [Available at <http://InformationR.net/ir/9-4/paper191.html>].
- Puspitasari dan Dyah Anggraini, 2010. *Perbedaan Perilaku Pencarian Informasi, Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Dan Perilaku Seksual Remaja Sekolah Lanjutan Tingkat Atas (slta) Negeri Dan Swasta Di Kabupaten Sukoharjo*. Skripsi thesis, Universitas Muhammadiyah Surakarta. Available at: <http://etd.eprints.ums.ac.id/10178/>.
- Rakhmat, Jalaluddin, 1996. *Metode Penelitian Komunikasi. Disertai contoh analisis penelitian*. Bandung, Remaja Rosdakarya.
- Sandra Imelda H., 2002. *Faktor sosial budaya yang mempengaruhi perilaku kesehatan masyarakat menuju paradigma sehat: Suatu studi di Kota Padang*. Available at: <http://www.digilib.ui.ac.id/opac/themes/libri2/detail.jsp?id=71470>.
- Sridhar, M.S., 1988. *User-Research, A Review Of Information-Behaviour Studies In Science And Technology*. Library and documentation, ISRO Satellite Centre, Bangalore 560 017.
- Thivant, E., 2005 "Information Seeking And Use Behaviour Of Economists And Business Analysts". *Information Research*, 10(4) paper 234 [Available at <http://InformationR.net/ir/10-4/paper234.html>].
- Wathen, C.N. and Harris, R.M., 2006. "An examination of the health information seeking experiences of women in rural Ontario, Canada". *Information Research*, 11(4) paper 267. [Available at <http://InformationR.net/ir/11-4/paper267.html>].
- Wilson, T.D. (2002). *Alfred Schutz, phenomenology and research methodology for information behaviour research*. A paper delivered at ISIC4 - Fourth International Conference on Information Seeking in Context, Universidade Lusitana, Lisbon, Portugal, September 11 to 13, 2002
- Wilson, T.D., 2000. "Recent Trends In User Studies: Action Research And Qualitative Methods". *Information Research*, 5(3) Available at: <http://informationr.net/ir/5-3/paper76.html>.
- Yeh, N-C., 2007. "A Framework For Understanding Culture And Its Relationship To Information Behaviour: Taiwanese Aborigines" *Information Behaviour*". *Information Research*, 12(2) paper 303. [Available at <http://InformationR.net/ir/12-2/paper303.html>].
- Yusup, Pawit M. dan Komariah, Neneng, 2014. "Health Information Seeking and Use Among Rural Poor Families in Indonesia". *Brazilian Journal of Information Science: Research Trends*. Vol. 8, No. 1-2 (2014). Available at link: <http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/bjis/index#>
- Yusup, Pawit M.; Subekti, Priyo; Rohanda, 2016. "Pemetaan Jenis Dan Ruang Lingkup Pencarian Informasi Pekerjaan Penduduk Miskin Pedesaan". *JKIP – Jurnal Kajian Informasi dan Perpustakaan*. Vol.4, No.2, Desember 2016.