SOSIOLOGI KESEHATAN

Paradigma Konstruksi Sosial Perilaku Hidup Bersih dan Sehat dalam Perspektif Peter L. Berger & Thomas Luckmann

Dr. Dra. Muria Herlina, M. Kes.

Sosiologi Kesehatan

Paradigma Konstruksi Sosial Perilaku Hidup Bersih dan Sehat dalam Perspektif Peter L. Berger & Thomas Luckmann

Dr. Dra. Muria Herlina, M.Kes.

Penerbit:

Muara Karya (Anggota IKAPI)

Surabaya, 2017

Judul:
Sosiologi Kesehatan:
Paradigma Konstruksi Sosial Perilaku Hidup Bersih dan Sehat dalam Perspektif Peter L. Berger & Thomas Luckmann

Oleh: Dr. Dra. Muria Herlina, M.Kes.

Hak Cipta © pada Penulis

Editor : *Kukuh Lukiyanto*
Setting : *Priskila Putri Wardoyo*
Desain Cover : *Victor Adiluhung Abednego*
Penerbit : *PT. Muara Karya*
ISBN : *978-602-60043-7-6*

Hak Cipta dilindungi Undang-Undang
Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronis maupun mekanis, termasuk memfotocopy, merekam atau dengan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari penulis.

MK Press
Gedung Bumi Mandiri Lt. 5 R. 505A
Jalan Basuki Rachmad 129 - 137
Surabaya 12620 - Indonesia
Phone: +62-31-5479870
Fax: +62-31-5479870

HALAMAN PERSEMBAHAN

Buku ini ku persembahkan untuk suami terkasih

Drs. Syahruddin

dan kedua anakku:

Surya Vandiantara, SE.Sy.,M.Ag

Fiqih Anansyah,S.Kes.

Mereka pemberi semangatku yang luar biasa setia

dan menyayangiku.

KATA PENGANTAR

Sosiologi Kesehatan bisa diartikan sebagai interaksi atau hubungan antara masyarakat dengan kesehatan. Lingkungan sosial juga berpengaruh terhadap status kesehatan masyarakat, tidak saja mempengaruhi status kesehatan, tetapi juga mempengaruhi perilaku kesehatan masyarakat. Salah satu upaya pemerintah Indonesia dalam pembangunan kesehatan masyarakat dilakukan melalui program PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat), program ini bertujuan untuk memberdayakan anggota keluarga supaya mengetahui, mau, dan mampu melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat, serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan di masyarakat.

Buku ini memberikan gambaran tentang bagaimana sebenarnya kondisi masyarakat dalam memahami konsep kesehatan. Buku ini juga memberikan gambaran bagaimana masyarakat harus memahami tentang pentingnya perilaku hidup bersih dan sehat.

Buku ini terselesaikan atas dukungan banyak pihak. Oleh sebab itu, penulis ingin menyampaikan rasa terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu penyelesaian buku ini. Tak lupa terimakasih yang tak terhingga buat keluarga yang telah mendukung dan memberi dorongan semangat untuk penulis tidak menyerah kepada keadaan.

Menyadari bahwa tak ada kebenaran yang mutlak di muka bumi ini, penulis terbuka untuk masukan, kritik dan saran yang membangun. Kami akan menerima dengan senang hati untuk penyempurnaan buku di masa depan.

Bengkulu, Juni 2017

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Persembahan ..... **v**

Kata Pengantar ..... **vi**

BAB I PENDAHULUAN **2**

BAB II PARADIGMA BERPIKIR DALAM PEMBANGUNAN KESEHATAN **17**

A. Dialektik, Eksternalisasi, Obyektivitas, dan Internalisasi Dalam Konstruksi Sosial 30

B. Relasi antara Pengetahuan, Pengetahuan Sehari-hari Dengan Pengetahuan Ilmiah 35

BAB III KONSEPTUAL PEMBANGUNAN KESEHATAN **47**

A. Konsep Tentang Kesehatan 47

B. Konsepsi Tentang PHBS 53

C. Perilaku Sehat dan Sakit dalam Perspektif Budaya 63

D. Budaya dalam Perspektif Petugas dan Pelayanan Kesehatan 70

BAB IV KONSTRUKSI SOSIAL PERILAKU MENURUT PERSPEKTIF BERGERIAN **83**

A. Dialekta,Eksternalasi, Obyektivitas, dan Internalisasi 86

B. Dialektik, Eksternalisasi, Obyektivitas, dan Internalisasi: Memberi ASI Eksklusif sebagai Tindakan Konstruksi Sosial 94

C. Dialektik, Eksternalisasi, Obyektivitas, dan Internalisasi: Tidak Merokok di Rumah Sebagai Tindakan Konstruksi Sosial 97

D. Significant Other(s) Terhadap PHBS 106

BAB V REALITAS SOSIAL PERILAKU HIDUP BERSIH DAN SEHAT (PHBS) DALAM PERSPEKTIF PETER L. BERGER DAN THOMAS LUCKMANN 110

A. Dialektik, Eksternalisasi, Obyektivitas, dan Internalisasi Persalinan Pada Keluarga Tindakan Konstruksi Sosial 112

B. Dialektik, Eksternalisasi, Obyektivitas, dan Internalisasi: Memberi ASI Eksklusif sebagai Tindakan Konstruksi Sosial.. 126

C. Dialetika Eksternalisasi, Obyektivasi dan Intenalisasi: Menggunakan Jamban Sehat sebagai Tindakan Konstruksi Sosial.....137

D. Dialetika Eksternalisasi, Obyektivasi dan Intenalisasi: Tidak Merokok di Dalam Rumah sebagai Tindakan Konstruksi Sosial.....148

E. Significant Other(s) Terhadap PHBS 165

Daftar Pustaka 171

Tentang Penulis 178

BAB 1

PENDAHULUAN

Sumber: Koleksi Pribadi 2013

BAB I

PENDAHULUAN

Akibat Perang Dunia II banyak negara mengalami kekacauan baik dalam tatanan masyarakat maupun fasilitas pendukungnya. Pasca Perang Dunia II hingga tahun 1960-an, negara-negara di Eropa, Kanada, Australia, Jepang, Korea, dan Amerika Utara berusaha memperbaiki semua fasilitas kesehatan yang rusak akibat perang. Sementara itu, negara-negara baru 'bekas koloni' yang *notabene* baru memperoleh kemerdekaan mereka hingga akhir tahun 1970, baru memulai membangun fasilitas kesehatan sekaligus membangun paradigma kesehatan modern.

Pada tahun-tahun tersebut banyak dilakukan pemberantasan wabah penyakit, pelatihan dan pendidikan tenaga kesehatan, dan sosialisasi perilaku hidup sehat. Program yang dijalankan di negara berkembang cenderung meniru pembangunan kesehatan di negara-negara yang sudah maju (modern) dalam bidang kesehatan, termasuk dalam membangun konsep paradigma kesehatan (Palosuo dan Rahkonen, 1989:32, 261). Konsep 'barat' (negara maju/modern) dicontoh karena negara berkembang (termasuk Indonesia) belum memiliki konsep paradigma sehat yang tepat, yang sesuai dengan kondisi masyarakat. Permasalahannya adalah kondisi dari masyarakat termasuk didalamnya pengetahuan, latar belakang pendidikan, adat-istiadat,

tradisi, dan konsepsi masyarakat, berbeda antara negara maju dan negara berkembang. Bahkan di beberapa negara maju yang kondisinya sama, cara mengatasi permasalahan kesehatan seperti pola angka kelahiran dan kematian berbeda karena faktor perilaku, budaya dan lingkungan[1] setiap negara tidak sama.

Berger dalam buku yang berjudul *Pyramids of Sacrifice* (Piramida Kurban Manusia), menggambarkan secara garis besar suatu etika politik di tengah-tengah perubahan-perubahan sosial yang dewasa ini sedang berlangsung, khususnya di negera berkembang berdampak pada usaha pembangunan dalam bidang kesehatan. Menurut Berger (2004:10) hampir semua pembuat kebijakan mempunyai persamaan dalam satu hal, yaitu perhatian mereka selalu membuat keputusan 'bergaya Barat' tanpa memikirkan situasi negara mereka, padahal masalah pembangunan disetiap negara sangat berlainan. Kondisi inilah yang mendorong kritik peneliti terhadap pembangunan dan layanan kesehatan.

Kondisi yang sama terjadi di Indonesia, pengetahuan, konsepsi dan program perilaku sehat masih mengacu pada produk barat, padahal itu nantinya akan menjadi acuan beberapa daerah di Indonesia dalam pengambilan dan implementasi kebijakan di bidang kesehatan yang disesuaikan dengan situasi dan kondisi masyarakat masing-masing

[1]*Morbidity and mortality patterns are changing, as well as the environmental and behavioural factors eaffecting them. These and similar tendencies which are wellknown in all economically advanced countnes have given rise to a number of new problems.* Lihat Hannele Palosuo and Ossi Rahkonen, *Sociology of Health in Finland: Fighting an Uphill Battle? Scandinavian Sociological Association Acta Sociologica*; 32; 261, DOI: 10.1177/000169938903200305, (England: Sage Publication,1989) halaman 262--263.

daerah Mengingat perilaku sehat dalam pencarian pengobatan *ala* tradisional masih banyak dipercaya oleh berbagai kalangan masyarakat Indonesia di perdesaan maupun masyarakat di perkotaan, paradigma kesehatan *ala* Barat dapat bersinergi dengan konsep pengobatan tradisional. (Herlina *et.al* , 2007:91).

Beberapa faktor yang mempengaruhi status kesehatan dalam masyarakat adalah:

- lingkungan, yang terdiri atas lingkungan fisik, sosial budaya,
- ekonomi,
- perilaku,
- keturunan,
- pelayanan kesehatan.

Meskipun belum ada penelitian yang menjelaskan, lingkungan sosial budaya sebenarnya juga berpengaruh terhadap status kesehatan masyarakat, tidak saja mempengaruhi status kesehatan, tetapi juga mempengaruhi perilaku kesehatan masyarakat.

Salah satu upaya pemerintah Indonesia dalam pembangunan kesehatan masyarakat, dilakukan melalui program PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat). Secara umum, program ini bertujuan untuk memberdayakan anggota keluarga agar mengetahui, mau, dan mampu melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat, serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan di masyarakat. Upaya PHBS tersebut diharapkan manfaatnya bagi keluarga, yaitu setiap anggota keluarga

menjadi sehat dan tidak mudah sakit. Pengeluaran keluarga yang sebelumnya banyak terpakai untuk maslah kesehatan, nantinya dapat dipakai untuk memenuhi gizi keluarga, serta pendidikan dan modal usaha untuk menambah pendapatan keluarga.

Ruang lingkup program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) menurut Proverawati dan Rahmawati, (2012:2) terdiri atas lima tatanan, yaitu:

(1) PHBS pada tatanan keluarga,

(2) PHBS di institusi kesehatan,

(3) PHBS di tempat-tempat umum,

(4) PHBS di sekolah, dan

(5) PHBS di tempat kerja

Salah satu yang menarik untuk dibahas dari PHBS adalah PHBS di keluarga, karena perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) pada keluarga merupakan cerminan pola hidup keluarga. Semua perilaku kesehatan harus dilakukan atas kesadaran, sehingga anggota keluarga dapat menolong dirinya sendiri di bidang kesehatan dan dapat berperan aktif dalam kegiatan kesehatan di masyarakat.

PHBS pada keluarga sendiri terdiri atas 10 indikator, yaitu:

(1) persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan,

(2) memberi ASI Eksklusif,

(3) menimbang bayi dan balita setiap bulan,

(4) menggunakan air bersih,

(5) menggunakan jamban sehat,

(6) rumah bebas jentik nyamuk atau memberantas jentik nyamuk di rumah,

(7) mencuci tangan dengan air bersih dan sabun, sebelum makan dan setelah buang air besar

(8) makan buah dan sayur setiap hari,

(9) melakukan aktivitas fisik setiap hari,

(10) tidak merokok di dalam rumah

Meskipun program Indonesia Sehat 2010 atau PHBS 2010 telah berlalu, namun penyakit berbasis lingkungan yang disebabkan oleh perilaku manusia masih saja terjadi. Kondisi tersebut dapat dilihat dari kejadian seperti kasus penyakit malaria dan DBD (demam berdarah) yang disinyalir terjadi di 12 Provinsi di Indonesia, bahkan di antaranya terjadi kejadian luar biasa (*Suara Karya*, Januari 2011, hal.1 dan 19).

Kasus lain yang disebabkan perilaku tidak peduli terhadap kebersihan lingkungan adalah penyakit diare. WHO (*World Health Organization*) melaporkan, di Indonesia terdapat satu penderita diare setiap menitnya dan 2,5 juta orang tewas akibat penyakit diare. Pada tahun 2006 kematian akibat diare terjadi pada bayi (9%) dan Balita (13%) (Wasisto, 2006:26), kemudian tahun 2009 mengalami peningkatan menjadi 19,2% pada bayi (DepKes RI, 2009: 2-3).

Kajian ini menunjukkan fenomena kegagalan Indonesia Sehat 2010. Kegagalan tersebut dapat dilihat dari rendahnya capaian PHBS di

Indonesia, karena angka pencapaian masing-masing 10 indikator PHBS masih rendah, seperti:

1. Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan sebesar 64% sedangkan target nasional 90%.
2. Pemberian ASI Eksklusif 39,5% sedangkan target nasional 80%.
3. Hanya 35% ibu yang menimbang bayi dan Balita dari target nasional 80%.
4. Menggunakan air bersih 35% dari target nasional 85%
5. Cuci tangan dengan air bersih dan pakai sabun, sebelum makan dan setelah buang air besar 19% dari target nasional 80%.
6. Menggunakan jamban sehat 49% dari target nasional 80%.
7. Rumah bebas jentik nyamuk 35% dari target nasional 80%.
8. Hanya 16% makan buah dan sayur setiap hari dari target nasional 65%.
9. Hanya 18% penduduk yang melakukan aktivitas fisik dari target nasional 65%.
10. Hanya 36% penduduk Indonesia yang tidak merokok dalam rumah dari target nasional 65%.

Jika digabungkan persentase dari angka capaian sepuluh indikator PHBS tersebut, rata-ratanya baru mencapai 34,65% masih jauh untuk mencapai rata-rata target nasional yaitu sebesar 77% (SKN, 2007).

Kegagalan "Indonesia Sehat 2010" juga bisa dilihat dari tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Balita (AKB) di Indonesia. SDKI 2007 menunjukkan AKI yang relatif tinggi, yaitu 307 per 100.000 dan masih jauh dari target nasional yaitu 225 per 100.000. Diperkirakan sekitar 585.000 kematian ibu setiap tahun yang disebabkan komplikasi kehamilan, persalinan, dan nipas, yang seharusnya dapat dicegah, jika persalinan ditolong dengan tenaga kesehatan (WHO:2007). AKB (Angka Kematian Bayi dan Balita) juga tergolong sangat tinggi, yaitu 34 bayi meninggal dari 1000 kelahiran dan 44 dari 1000 balita meninggal, artinya dalam waktu 6 menit satu bayi meninggal dan 2,5 menit satu balita di Indonesia meninggal. Mia Susanto Ketua AIMI diharian Republika, 2011. hal. 4, 16, menjelaskan bahwa salah satu penyebab tingginya angka kematian tersebut dikarenakan kurangnya asupan air susu ibu (ASI).

Contoh kasus adalah kematian bayi di Desa Semelako III Kecamatan Lebong Tengah Kabupaten Lebong, Provinsi Bengkulu, yang dimuat dalam harian *Rakyat Bengkulu*, Oktober 2012. Kematian bayi yang berusia dua bulan tersebut dikerenakan sang bayi tidak pernah mendapat asupan nutrisi dan gizi tambahan. Berdasarkan keterangan ibu bayi yang bernama Lensi usia 21 tahun, bayinya hanya diberi ASI dan "air beras" saja dengan dalih tidak punya uang untuk membeli susu, padahal berat bayi sewaktu lahir mencapai tiga kilogram. Kondisi tersebut menimbulkan persepsi yang keliru karena terlepas dari si bayi

ada kelainan yang disebabkan oleh penyakit, jika berat lahir bayi mencapai 3 kg diasumsikan bahwa kondisi nutrisi dan kesehatan ibu dan bayi dalam kondisi yang normal. Seharusnya, bayi usia dua bulan makanan atau nutrisi utama adalah ASI karena jika mendukung program ASI Eksklusif, bayi hanya diberi ASI selama enam bulan tanpa makanan tambahan. Artinya, dalam kasus tersebut ditemukan persepsi yang keliru tentang pemberian ASI Eksklusif pada masyarakat. Ibu yang status gizi kehamilannya baik memiliki peluang untuk terhindar dari PKA (Persepsi Ketidakcukupan ASI) sehingga memiliki peluang untuk berhasil menyusui secara eksklusif selama enam bulan (Fikawati dan Syafiq, 2012:253).

Kejadian diatas membenarkan pendapat Mary Fewtrell (2005) dari pusat penelitian di *University College London Institute of Child Health* yang menyatakan bahwa sekitar 20% ibu yang melakukan pemberian ASI Eksklusif merasa ragu memberi ASI saja pada bayinya sampai usia 6 bulan, khawatir bayi akan mengalami kekurangan asupan makanan, dengan alasan bahwa bayi juga membutuhkan makan yang lebih banyak untuk pertumbuhan. Studi lain yang dilakukan oleh WHO (2009) mengatakan bahwa pola menyusui tidak optimal dalam memberikan ASI Eksklusif kurang dari 6 bulan diperkirakan berkontribusi terhadap 1,4 juta kematian bayi dan 10% angka kematian balita. Oleh karena itu, WHO menyarankan agar ibu memberikan ASI pada bayi sampai 6 bulan.

Masalah lain PHBS pada keluarga di Indonesia adalah perawatan kesehatan keluarga atau gaya hidup sehat. Salah satu yang membuat PHBS rendah adalah merokok dalam rumah. Masalah rokok di Indonesia sangat memprihatinkan, Indonesia menempati urutan ketiga terbesar perokok di dunia yaitu 65 juta perokok atau 28%. Jika dihitung penduduk Indonesia mengkonsumsi 225 miliar batang per tahun. Artinya, dari 4 orang Indonesia, terdapat seorang perokok (RiKesDa, 2010). Data tersebut belum termasuk perokok pasif. Artinya, jumlah tersebut akan bertambah besar, karena perokok aktif dan perokok pasif sama bahayanya terhadap kesehatan. Salah satu indikator PHBS melarang tidak merokok di dalam rumah sebagai upaya untuk menghidari atau mengurangi jumlah perokok pasif pada anggota keluarga.

Berbagai upaya yang telah dilakukan pemerintah untuk mencegah atau mengurangi perokok, di antaranya melakukan promosi kesehatan di berbagai media massa, seminar, dan publikasi hasil riset akibat merokok. Hasil riset menunjukkan bahwa akibat merokok membahayakan kesehatan, seperti berat badan berkurang 20% hingga 30%, janin cacat sebesar lebih 30%, kanker otak 22% , jantung, inpoten, dan tidak kurang dari 10 jenis penyebab kanker lainnya (MenKes RI, 2011).

Rendahnya PHBS di Indonesia juga terlihat dari gaya hidup sehat masyarakat, seperti makan buah dan sayur-sayuran setiap hari.

Konsumsi buah dan sayur masyarakat masih sangat rendah, yaitu sekitar 32,67 kilogram per kapita per tahun. Angka tersebut masih jauh dari standar konsumsi buah yang ditetapkan *Food and Agriculture Organization of United Nation* (FAO), yakni sebesar 65,75 kilogram per kapita per tahun (Suswono, 2010). Melihat kondisi ini tidaklah mengherankan jika angka penderita kanker di Indonesia semakin meningkat. Survei di Amerika (*Kompas*, Juni 2010) menunjukkan, untuk mengurangi resiko terkena semua jenis kanker sampai 20% adalah makan buah dan sayur 5 porsi setiap hari. Pernyataan tersebut didukung hasil studi yang dilakukan oleh Lync (2004:221-222), orang yang sering makan buah dan sayur memiliki risiko 32% lebih rendah meninggal akibat penyakit serebrovaskular seperti *stroke*. Selain itu, pembuktian lainnya bahwa 24% lebih rendah risiko kematian akibat penyakit jantung iskemik daripada mengkonsumsi sayur atau buah-buahan kurang dari sekali sehari.

Hal lain yang mengakibatkan rendahnya nilai PHBS menurut WHO adalah gaya hidup duduk terus-menerus dalam bekerja. Gaya hidup ini menjadi penyebab satu dari 10 kematian, kecacatan, *stroke*, dan penyakit jantung. Lebih dari dua juta kematian setiap tahun diakibatkan kurangnya bergerak, atau tidak melakukan aktivitas fisik. Kondisi tersebut tidaklah mengherankan jika penyakit jantung merupakan kematian tingkat pertama di Indonesia karena angka pencapaian

perilaku sehat melakukan aktivitas fisik di Indonesia masih sangat rendah, hanya mencapai 18% (DepKes RI, 2009).

Perilaku buruk masyarakat yang lain adalah kurang memperhatikan kebersihan lingkungan fisik, seperti perilaku penggunaan air bersih. Disinyalir 100 juta rakyat Indonesia tidak memiliki akses air bersih dan masih banyak masyarakat BAB (Buang Air Besar) di sembarang tempat. Kondisi ini menjadi sumber penyakit diare, biasanya yang menjadi korban adalah anak-anak yang berasal dari keluarga dengan tingkat ekonomi rendah.

Azwar (dalam Santjaka, 2010), menjelaskan, salah satu contoh dari model *web of caustion* menggambarkan, kemiskinan adalah penyebab tunggal yang berdampak secara luas kepada hal buruk seperti pendidikan rendah, pengetahuan gizi rendah, kurang gizi yg disebabkan daya beli rendah. Hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS, 2000) menunjukkan bahwa 25% dari sekitar 20 juta anak balita Indonesia menderita gizi kurang, bahkan 1,3 juta balita di antaranya menderita gizi buruk. Prediksi yang lain menyatakan keungkinan angka yang lebih tinggi lagi karena bayi dan balita tidak rutin ditimbang. Dari 250.000 Posyandu di Indonesia sejak krisis ekonomi 1997 hingga kini sebagian besar kurang aktif melakukan kegiatan penimbangan bayi, sehingga sulit diketahui data yang pasti tentang bayi dan balita gizi kurang.

Menurut pandangan Berger dan Luckmann (2012:82) masyarakat adalah produk manusia berakar dari fenomena eksternalisasi yaitu berakar dari luar diri seseorang terhadap produk-produk. Pada konteks ini PHBS sebagai program yang berasal dari luar, yaitu berasal dari produk pembangunan kesehatan (modernisasi kesehatan *ala* Indonesia). Secara tidak langsung, program PHBS tersebut dapat diserap di dalam kesadaran seseorang dan mempraktikannya dalam keluarga. Semua aktivitas manusia yang terjadi dalam eksternalisasi mengalami pembiasaan hingga menimbulkan realitas obyektif, inilah yang disebut obyektivasi.

Kelembagaan adalah aktivitas manusia yang secara obyektif berlaku terus-menurus dan diakui oleh masyarakat, sehingga aktivitas tersebut dianggap benar dan diakui sehingga ditiru atau dicontoh oleh masyarakat setempat. Eksternalisasi dan obyektivasi merupakan momen berlangsung terus-menerus, karena itu dinyatakan bahwa masyarakat merupakan produk manusia. Masyarakat merupakan kenyataan obyektif dan manusia merupakan produk sosial (Berger dan Luckmann, 2012:83).

Sebagaimana diungkapkan Berger dan Luckmann (2012:176) bahwa masyarakat berada baik sebagai kenyataan obyektif maupun subyektif, sehingga setiap pemahaman teoritis yang memadai mengenai masyarakat harus mencakup kedua aspek tersebut. Pada momen internalisasi dalam proses dialektika dari pembentukan realitas yang

sosialisasi terjadi, masyarakat dilahirkan dengan suatu pradisposisi atau kecenderungan ke arah sosialitas dan menjadi anggota masyarakat. Setelah mencapai taraf internalisasi individu menjadi anggota masyarakat, proses ontogenetik untuk mencapai taraf tersebut adalah sosialisasi.

Proses sosialisasi dalam internalisasi terdiri dari dua tahapan yaitu :

1. Sosialisasi primer adalah sosialisasi pertama yang dialami individu pada masa kanak-kanak. Dalam konteks PHBS tahapan sosialisasi primer adalah bagaimana keluarga (orang tua) memberikan pembiasaan (pengetahuan) pada anak-anak tentang berperilaku hidup bersih dan sehat dari sejak dini, sehingga pada masa anak-anak (proses sosialisasi primer) menerima pengetahuan untuk berperilaku hidup sehat dan menjadikannya sebagai kebiasaan untuk di terapkan dalam keluarga atau dimasa yang akan datang melalui proses sosialisasi sekunder dan demikian seterusnya.
2. Sosialisasi sekunder adalah setiap proses berikutnya yang berimbas pada individu yang sudah disosialisasikan tersebut ke dalam sektor-sektor baru dunia obyektif masyarakat. Artinya, dalam konteks PHBS cuci tangan pakai sabun, jika seseorang menerima sosialisasi (seperti memperoleh pengetahuan) tentang cara dan manfaat cuci tangan pakai sabun. Pengetahuan yang diperoleh anak pada saat sosialisasi tersebut akan diteruskan

pada generasi berikutnya karena produk manusia yang berlangsung terus-menerus (Berger dan Luckmann, 2012:83). Dijelaskan lebih lanjut jika mengenyampingkan salah satu dari ketiga monen (eksternalisasi, obyektivasi dan internalisasi) akan menghasilkan suatu distorsi, yaitu tidak dialektik dari kenyataan sosial akan mengaburkan sifat kenyataan tersebut sebagai suatu produk manusia.

Secara umum, paradigma pembangunan kesehatan yang hanya berpatokan pada kondisi pertumbuhan ekonomi secara makro. Program yang tidak didasarkan pada realitas di masyarakat, pengetahuan, tradisi, juga masing-masing keadaan subyektif individu, adalah sesuatu yang keliru dan perlu dikritisi[2].

[2] Mengenai kegagalan pembangunan berparadigma pertumbuhan sebenarnya sudah menjadi kritik dari para ekonom dan ilmuwan sosial, seperti halnya yang telah disebutkan oleh Michael K. Connors, yang mengkritisi pertumbuhan di Asia: *Emancipating the political economy of Asia from growth paradigm, advice a generation thinkers to radically rethink of their affection. This is more radical than it sounds, for in the end they point out that idea of development state is realy a theory, and a weak one at that, of economic growth-it is not theory of the state. Michael K. Connors, Asian State, Beyond the Development Perspective Journal of Contemporary Asia; 2006;36, Australia,*

BAB 2

PARADIGMA BERPIKIR DALAM PEMBANGUNAN KESEHATAN

A. Dialektik, Eksternalisasi, Obyektivitas, dan Internalisasi dalam Konstruksi Sosial

B. Relasi antara Pengetahuan, Pengetahuan Sehari-hari dengan Pengetahuan Sosial dan Pengetahuan Ilmiah

Sumber: Koleksi Pribadi 2013

BAB II
PARADIGMA BERPIKIR DALAM PEMBANGUNAN KESEHATAN

Dalam buku *Sosiologi Ilmu Pengetahuan Berparadigma Ganda (Sociology A Multiple Paradigm Science)* dipetakan tiga paradigma besar dalam disiplin sosiologi, yaitu paradigma fakta sosial, definisi sosial, dan perilaku sosial (Ritzer, 2008:37). Di antara ketiga paradigma tersebut, paradigma definisi sosial bersifat sangat khusus dari karya Weber, yakni dalam analisisnya tentang tindakan sosial. Analisis Weber tentang tindakan sosial (*social action*) adalah model yang menyatukan para penganut paradigma difinisi sosial. Bagi Weber, pokok persoalan sosiologi adalah bagaimana memahami tindakan sosial dalam interaksi sosial, tindakan yang penuh arti tersebut ditafsirkan untuk sampai pada penjelasan kausal. Untuk mempelajari tindakan sosial, Weber menganjurkan metode analitiknya melalui penafsiran dan pemahaman (*interpretative understanding*) atau menurut terminologinya disebut dengan *verstehen*.

Beberapa teori yang termasuk ke dalam paradigma difinisi sosial, antara lain:

- Weber dalam teori aksi (*Action theory*),
- G. H. Mead dalam teori interaksionisme simbolik (*simbolic interaksionism)*,
- Alfred Schutz fenomenologi *(Phenomenology),*

- Etnometodologi (Garfinkel)

Etnometodologi dalam pandangan Ritzer secara tegas teori konstruksi sosial belum termasuk, akan tetapi jika dikaji lebih mendalam ditemukan dalam teori yang dikemukan oleh Alfred Schutz fenomenologi *(Phenomenology).* Menurut Wirawan (2012:97), teori konstruksi sosial buah karya Peter L. Berger dan Thomas Luckmann termasuk juga dalam paradigma difinisi sosial[3].

Pada bagian ini, penulis berupaya mengungkap teori yang terkait dengan paradigma fenomena sosial perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) dengan menggunakan teori konstruksi sosial Peter L. Berger dan Thomas Luckmann[4]. Konsep yang dikembangkan Peter L. Berger

[3] Lihat Wirawan (2012:97) dijelaskan selain Weber yang hendak dijelaskan dalam paradigm difinisi sosial adalah teori Konstruksi Sosial Peter L Berger dan Thomas Luckmann, teori interaksionisme simbolik George Herbert Mead dan Herbert Blumer, teori entnometodologi (Ritzer, 2008:A 14). Teori Gidden tentang strukturalisasi oleh Waters dikelompokan dalan katagoriagensi.Teori fenomenologi buah karya Edmund Husserl juga termasuk dalam paradigm difinisi sosial, dan masih banyak tokoh-tokoh lainnya.

[4] Peter Ludwig Berger, dilahirkan di Trieste, Italia, 17 Mares 1929, dan dibesarkan di Wina, kemudian berinigmsi ke Amerika tak lama setelah perang dunia ke-2. Peter Berger mendapat reputasi internasional sebagai ahli sosiologi pengetahuan terkemuka waktu itu. Pada tahun 1962 Peter Berger dan Thomas Luckmann berusaha menunjukkan peranan central sosiologi pengetahuan sebagai instrumen penting membangun teori sosiologi lewat penulisan buku yang berjudul *"Social Construction of Reality: A Treatise in The Sociology of Knowledge",* yang merupakan basil kerja sama antara Ahli sosiologi dan ahli filsafat. Tulisan mereka sangat dipengaruhi oleh teori pengetahuan dari filsafat, terutama dari fenomenologi ilmu-ilmu fenomenologi dan ilmu-ilmu pengetahuan alam terutama biologi. Minas Berger terhadap hubungan antara pemikiran manusia dan konteks social di mans pemikiran itu timbul, berkembang dan dilembagakan, bertolak dari pemikirannya tentang masalah keagamaan. Dua buku perdananya yaitu *The Precarius Vision* (1961) dan *The Noise of Solemn Assemblies* (1961) mengulas tentang fungsi atau posisi kritis sosiologi agama (sub-biding sosiologi pengetahuan) berhadapan dengan perkembangan refleksi reologis dalam kalangan umat Kristen Barat. Berger dan Luckmann memandang masyarakat sebagai proses yang berlangsung dalam momen dialektis yang simultan, yaitu eksternalisasi obyektivasi dan internalisasi serta masalah legitimise yang berdimensi kognitif dan normatif, inilah yang dinamakan kenyataan sosial. Hal itu merupakan suatu konstruksi sosial buatan masyarakat sendiri dalam perjalanan sejarahnya dari masa silam, ke masa kini, dan menuju masa depan. Usaha Berger unruk memadukan pelbagai perspektif dari pelbagai aliran teori sosiologi yang lebih memperhatikan satu aspek dan mengabaikan aspek yang lain sehingga menjadi suatu konstruksi teoretis yang memadai. Penjelasan ini mampu menampilkan hakikat masyarakat yang bercorak pluralistic, dinamis, serta kompleks. Dengan demikian, peranan sosiologi pengetahuan yang selama ini dianggap berisi sejarah pemikiran intelektual mendapat bobot baru sehingga tampil sebagai instrumen penting untuk menemukan hakikat masyarakat secara lebih jelas di masa yang akan datang (Disarikan dari Endang Sriningsih, 2010: 143-144)

bersama rekannya Thomas Luckmann, mengemukakan pemikiran mereka yang tertuang dalam bukunya yang berjudul *The Social Construction of Reality*.

Beranjak dari karya Alfred Schutz yang berjudul '*The Phenomenology of the Social world*', Schutz sangat ingin mengetahui cara orang memahami kesadaran orang lain, sementara orang itu hidup di dalam aliran kesadarannya sendiri. Banyak karya Schutz berfokus pada aspek dunia sosial yang disebut *life world* (dunia kehidupan) atau dunia kehidupan sehari-hari. Dunia tersebut yaitu dunia intersubyektif tempat orang menciptakan realitas sosial sekaligus dibatasi oleh struktur-struktur sosial dan budaya yang sebelumnya sudah ada yang diciptakan oleh para pendahulu (Ritzer, 2012:370-371). Istilah dunia sosial *(social world)* dipopulerkan oleh Alfred Shutz melalui karyanya yang berjudul *The Phenomenology of the Social World (1932)*[5]. Dunia sosial merupakan dunia kehidupan sehari-hari yang ditempati oleh orang yang tidak membawa keinginan-keinginan teoritik secara *a priori* ke dalam pembentukan dunia. Dunia sosial merupakan dunia intersubyektif, suatu dunia rutin yang di dalamnya muncul tindak-tindakan kehidupan sehari-hari yang kebanyakan dilaksanakan seperti mesin. Realitas tampak alamiah dan tanpa masalah. Pengetahuan

[5] Dalam Puji Leksono, 2012:70) judul aslinya dalam bahasa Jerman adalah *Der sinnhafie Aufbau der sozialen Welt: Eine Einleitung in die verstehenden Soziologie,* diterjemahkan ke dalam bahasa Inggris tahun 1967 dengan judul: *The Phenomenology of the Social World,* oleh G.Walsh and F. Lehnert, Evanston: Northwestern University Press.

tentang dunia sosial itu merupakan pengetahuan yang sifatnya inderawi belaka, tidak lengkap, dan tidak akan pernah utuh. Hal itu disebabkan oleh kemampuan indera manusia dalam menyerap pengetahuan memiliki keterbatasan. Bagi Schutz, pengetahuan yang diperoleh manusia itu didapat melalui pengalaman inderawi semata dengan menggunakan 'saringan' kesadaran mental *(mental consciousness).* Demikian juga mengenai eksistensi orang lain termasuk di dalamnya berbagai nilai dan norma serta semua benda fisik, dapat diidentifikasi melalui berbagai pengalaman inderawi yang direkam di dalam kesadaran manusia (Pujileksono, 2012: 71).

Fenomenologi Schutz memang condong ke arah sosiologi yang kajiannya memfokuskan kepada dunia sosial yang mempertemukan ajaran Weber dan Husserl. Intersubjektivitas atau realitas subyektif yang tercipta dalam interaksi individu dianggapnya unsur yang paling penting di dalam realitas sosial. Schutz memfokuskan pada pemahaman dan pemberian makna atas berbagai tindakan yang dilakukan seseorang atau orang lain di dalam kehidupan keseharian. Fenomenologi merupakan pengetahuan yang sangat praktis dan bukan pengetahuan yang sifatnya intuitif dan metafisis. Oleh karena itu, apa yang dinamakan *life world* sesungguhnya dilandasi oleh pengetahuan dan ini selalu berkaitan dengan apa yang dinamakan dengan tipifikasi yaitu proses yang digunakan seseorang untuk memahami makna berdasarkan apa yang dipikirkan atau dikerjakan orang lain *(biographical situation),*

karena tipifikasi ini merupakan komponen utama dari ilmu pengetahuan (Otoyo dalam Pujileksono, 2012:72).

Perkembangan teori fenomenologi Schutz berimplikasi pada lahirnya teori-teori lainnya seperti etnometodologi oleh Harold Garfinkel, interaksionisme simbolik oleh Herbert Blumer, dramaturgi oleh Erving Goffman, serta konstruksi sosial oleh Berger dan Luckmann. Seperti teori interaksi simbolik yang diperkenalkan oleh Blumer (1939), meskipun ide sebenarnya sudah lebih dahulu dikemukan oleh George Herbert Mead. Karekteristik dasar teori tersebut adalah suatu hubungan yang terjadi secara alami antara manusia dalam masyarakat dan hubungan masyarakat dengan individu. Interaksi terjadi antar individu berkembang melalui simbol-simbol yang mereka ciptakan (Wirawan, 2012:109). Lebih lanjut dijelaskan realitas sosial merupakan rangkaian peristiwa yang terjadi pada beberapa individu dalam masyarakat, interaksi yang dilakukan oleh individu tersebut berlangsung secara sadar. Interaksi simbolik berkaitan dengan gerak tubuh, antara lain dengan suara atau vokal, gerakan fisik, ekspresi tubuh, yang semuanya itu mempunyai maksud dan disebut dengan "simbol".

Mencermati beberapa teori yang termasuk dalam paradigma difinisi sosial tersebut di atas, Garapan Berger dan Luckmann (1967) mengembankan pemikiran yang berangkat dari pemikiran fenomenologis (Schutz dalam Ritzer dan Goodman, 2008:94) tentang aspek dunia sosial *life world* (dunia kehidupan) atau dunia kehidupan

sehari-hari yaitu dunia intersubyektif. Dalam dunia intersubyektif tersebut, orang-orang menciptakan realitas sosial. Memahami makna masyarakat melalui paradigma, definisi sosial dan teori fenomenologis (Alfred Schutz) merupakan kajian humanis yang menjadi salah satu acuan atau rumpun keilmuan dalam kajian *Teory Social Construction of Reality* (Berger dan Luckmann,1990).

Di saat pemikiran sosiologi masih terjebak dalam dua perdebatan secara paradigmatis, perdebatan itu terjadi antara kubu Durkhemian yang deterministik dengan Weberian yang voluntaristik. Para Durkhemian, ketika itu masih berpegang teguh pada fakta sosial yang mengkonstruk tindakan manusia ketika mereka menjelaskan mengenai berbagai fenomena sosial. Para pengikut Emile Durkheim ini berpendapat bahwa manusia pada dasarnya bukanlah makhluk yang aktif dan kreatif. Sementara kaum Weberian berpendapat bahwa individu berikut tindakannya, merupakan makhluk yang aktif dan kreatif (*verstehen*). Pengikut Max Weber ini berpendapat sesuatu yang sangat mungkin bila setiap tindakan individu dapat mempengaruhi, bahkan mengkonstruk lingkungannya.

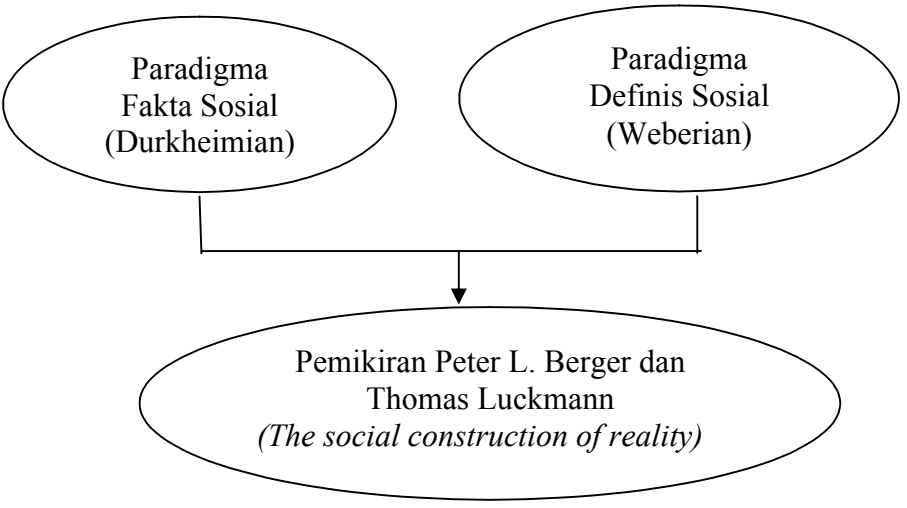
Di tengah perdebatan kedua penganut Durkheimian dan Weberian tersebut, maka munculah Berger dengan pemikiran-pemikirannya yang mencoba untuk menjembatani dua pemikiran paradigmatis tersebut[6]. Hingga lahirlah teori konstruksi sosial sehingga usaha yang demikian

[6] Pendapat seperti ini misalnya dapat dilihat dalam artikel: *Berger & Luckmann : The Social Construction of Reality.* http://ssr1.uchicago.edu/Newpre/Cult98/Berger.html.

menjadikan Berger mempunyai andil terhadap perkembangan sosiologi pengetahuan.

Penulis mencoba untuk mendiskusikan pemikiran Peter L. Berger dan Thomas Luckmann dalam buku *The Social Construction of Reality* pada diagram berikut ini.

Diagram Pemikiran Peter L. Berger



Pada awal pembahasan konstruksi sosial, Berger dan Luckmann mencoba menjelaskan realitas yang diartikannya sebagai *"a quality pertaining to phenomena that we recognise as having a being indepesndent of our volition."* Bagi Berger dan Luckmann, realitas tidak dapat dipisahkan dari pengetahuan bahkan menurutnya realitas yang ada di sekeliling individu itulah yang merupakan pengetahuan. Sedangkan pengetahuan

itu sendiri oleh Berger dan Luckmann kemudian diartikan sebagai *"the certainty that phenomena are real and that they possess specific characteristics."*(Berger dan Luckman, 1979:13)

Kemudian ide Berger dan Luckmann mengenai fenomena realitas sosial dijelaskan atas dasar realitas kehidupan sehari-hari yang dialami oleh manusia. Dalam kehidupan sehari-hari manusia (sebagai seorang aktor) akan menghadapi berbagai realitas sosial. Hal ini merupakan konsekuensi ketidakterlepasan manusia dengan proses interaksi yang dijalaninya dengan manusia lain dalam rangka menjalankan semua aktivitasnya.

Berbagai realitas yang dialami seseorang tersebut akan membantu seorang individu memberikan realitas lain yang sedang dihadapinya. Termasuk ketika *meaning* (baca niat) itu membantu mendefinisikan serta memberikan kesadaran pada si aktor (individu), apakah sebuah realitas sosial (PHBS) penting untuk direspon dengan tindakan yang sesuai dengan tindakan yang sebelumnya telah menjadi kesepakatan masyarakat (pranata/institusi) kemudian diadopsi oleh individu. Sebagai contoh pada masyarakakat Lebong[7] di saat masyarakat atau warga berhadapan dengan tata cara adat pernikahan. Dengan didasarkan atas pengalaman, maka ada beberapa alternatif tindakan yang mungkin dapat dipilih. Barangkali si aktor akan berpikir tidak

[7] Lebong adalah sebuah Kabupaten di Propinsi Bengkulu. Dalam penelitian yang dilakukan penulis kabupaten Lebong, tentang konstruksi sosial dalam program Perilaku Hidup Sehat dan Bersih (PHBS).

melengkapi isi *bokoa iben* (bakul sirish) seperti salah satu tempat di atas *bokoa iben* tersebut tidak diisi rokok pada saat datang acara lamaran untuk pernikahan. Pertimbangan ini didasarkan pengalaman ketika ia melihat saat orang di acara pernikahan di daerah lain membawa tempat sirih tidak ada rokoknya, prosesi lamaran berjalan lancar dan diterima dengan baik oleh pihak keluarga perempuan. Namun, dengan didasarkan atas pengalaman realitas lain khususnya di daerah Lebong, seseorang akan berpikir bahwa tindakan tersebut dapat mengakibatkan tidak sesuai dengan adat dan kebiasaan di Lebong. Ketua adat akan menunda acara pernikahan jika isi dari tampat sirih tersebut tidak lengkap sampai yang punya acara (tuan rumah) melengkapi yaitu diisi rokoknya. Tidak kalah pentingnya masyarakat menganggap yang punya acara tidak tahu adat karena telah disepakati bersama sekaligus dilakukan oleh masyarakat Lebong dari sejak dahulu tempat sirih harus diisi lengkap. Atas dasar pengalaman realitas itulah, maka aktor atau masyarakat setempat (di Lebong) lalu memutuskan untuk tidak melanggar kebiasaan yaitu tempat sirih harus diisi lengkap berupa sirih, gambir, kapur, pinang, tembakau dan rokok, supaya prosesi lamaran pernikahan berlangsung dengan lancar.

Berkaitan dengan contoh tersebut dan berpedoman pada pemikiran Berger dan Luckmann, maka realitas yang ada dimasyarakat sebetulnya mempengaruhi tindakan individu atau dapat dikatakan mengkonstruksi sikap atau tindakan individu. Realitas itu sendiri

bersifat memaksa *taken for granted* untuk diadopsi pada perilaku atau tindakannya. Inilah kurang lebih yang dikatakan Berger dan Luckmann sebagai *Paramount of Reality* (kenyataan terpenting). Namun demikian realitas tersebut dianggap sebagai sesuatu yang normal atau wajar.

Poloma (1979:194) menjelaskan bahwa Berger dan Luckmann memandang masyarakat sebagai produk manusia dan manusia adalah produk masyarakat. Lebih lanjut dijelaskan bahwa hal mendasar yang mengatur tujuan dunia sosial adalah keteraturan, menekankan bahwa sosiologi mengantar kepada pengalaman yang memperlihatkan bahwa keteraturan merupakan landasan utama kehidupan sosial dan masyarakat. Pada dasarnya merupakan penerapan aturan pada kumpulan pengalaman manusia. Struktur sosial terdiri dari perilaku terpola pengelompokan yang berulang-ulang. Meski individu tidak identik dengan perannya, namun tetap melakukan kegiatan dalam standar performa peranan. Dengan demikian teori konstruksi sosial Berger dan Luckmann merupakan teori sosiologi kontemporer yang berpijak pada sosiologi pengetahuan yaitu memahami realita manusia sebagai realita yang dikonstruksi atau dibanguan secara sosial (Poloma, 1979:210-211).

Menurut Ritzer dan Goodmann (2008:404) menggunakan pengetahuan sosial untuk menganalisis mengembangkan pemahaman kritis mengenai masyarakat untuk mengubah kehidupan kearah yang dianggap lebih adil dan berperikemanusiaan. Sosiologi pengetahuan

yang dikembangkan Berger dan Luckmann (1990:31) mendasarkan pengetahuannya dalam dunia kehidupan sehari-hari masyarakat sebagai kenyataan. Kenyataan kehidupan sehari-hari dianggap menampilkan diri sebagai kenyataan *par excellence* yaitu kenyataan utama (*paremount*). Lebih lanjut dijelaskan bahwa kenyataan dunia kehidupan sehari-hari sebagai kenyataan yang ditafsirkan oleh manusia (Berger dan Luckman,1990:28). Penjelasan tersebut dapat ditafsirkan bahwa kehidupan sehari-hari suatu kenyataan yang dialami seseorang adalah nyata dan bermakna. Kebermaknaan tersebut adalah subyektif yakni dianggap benar (apa adanya) sebagaimana menurut persepsi masing-masing individu. Teori tersebut mempunyai pemahaman bahwa kenyataan dibangun secara sosial. Kenyataan dan pengetahuan merupakan dua istilah kunci untuk memahami teori konstruksi sosial. Kenyataan sebagai suatu kualitas yang terdapat dalam fenomen-fenomen yang diakui sebagai yang memiliki keberadaan (*being*) yang tidak tergantung kehendak seseorang. Sedangkan pengetahuan didefinisikan sebagai kepastian bahwa fenomena-fenomena itu nyata (*real*) dan memiliki karekteristik-karekteristik yang spesifik (Berger dan Luckmann,1990:1).

Berger dan Luckmann (1979:197-198) menekankan bahwa realitas kehidupan sehari-hari memiliki dimensi subyektif dan obyektif. Manusia merupakan instrumen dalam menciptakan kenyataan sosial obyekif melalui proses ekternalisasi, sebagaimana seseorang

dipengaruhi oleh sesuatu melalui proses internalisasi yaitu merefleksikan kenyataan subyektif dengan cara dialektikal. Sesungguhnya, masyarakat bukanlah produk akhir melainkan selalu dalam proses menjadi produk akhir (kesempurnaan). Manusia dalam hidup kesehariannya telah mengekpesikan dan menginterprestasikan dirinya sendiri sebagai subjek dalam realitas kehidupan yang nyata. Dunia kehidupan sehari-hari tidak hanya dipandang sebagai realitas/nyata oleh anggota masyarakat biasa, dalam arti secara subyektif yang mengatur hidup seseorang. Masyarakat mempertahankan tradisi yang telah berlaku dalam pemikiran, tindakan-tindakan dan kehidupan secara turun temurun. Analisis sosiologi kenyataan tentang kehidupan sehari-hari atau lebih tepatnya pengetahuan yang membimbing seseorang dalam kehidupan sehari-hari. Bagaimana realitas kehidupan ini bisa muncul dalam perspektif teori yang bervariasi harus mulai dengan klarifikasi realitas karena realitas itu tersedia pada pemahaman anggota masyarakat umum (Berger and Luckmann,1979:33-34). Sehingga teori konstruksi sosial memandang masyarakat sebagai proses yang berlangsung dalam tiga momen dialektis yang simultan, yaitu eksternalisasi, obyektivasi, dan internalisasi.

Menurut Berger dan Luckmann (1979:78) eksternalisasi dan obyektivasi adalah momen-momen dalam sebuah proses dialektikal yang berlanjut dengan momen yang ketiga dalam proses ini, yaitu

momen internalisasi pada dunia sosial yang diobyektivasi mengalami kesadaran dalam proses sosialisasi. Obyektivasi adalah proses produk atau hasil aktivitas manusia yang dieksternalkan mendapatkan karakter obyektivitas. Ketiga momen itu adalah eksternalisasi, obyektivasi dan internalisasi. Bagi Berger dan Luckmann memiliki hubungan dasar dan dipahami sebagai satu proses yang berdealektika (*interplay)* satu sama lain. Masing-masing dari ketiga momen itu berkesesuaian dengan suatu karakterisasi yang esensial dari dunia sosial. Melalui eksternalisasi, masyarakat merupakan produk manusia. Melalui obyektivasi, masyarakat menjadi realitas *sui generis*, unik dan melalui internalisasi manusia merupakan produk masyarakat (Berger,1994:5).

Berger dan Luckmann (1990) melakukan suatu analisis sosiologis mengenai kenyataan hidup sehari-hari atau lebih tepat lagi mengenai pengetahuan yang membimbing perilaku dalam kehidupan sehari-hari. Proses tersebut digambarkan melalui tindakan dan interaksi manusia menciptakan secara terus-menerus sebuah kenyataan yang dimiliki bersama. Dialami secara faktual obyektif tetapi penuh makna secara subyektif. Berger dan Luckmann lebih mengedepankan pandangan dialektik ketika melihat hubungan antara manusia dan masyarakat. Manusia menciptakan masyarakat dan masyarakat pula menciptakan manusia. Maka dari itu kenyataan sosial tersebut bersifat ganda, yaitu sebagai kenyataan obyektif dan sekaligus sebagai kenyataan subyektif (Berger dan Luckmann, 1990:28-65). Melalui momen dialektika atau

proses sosial secara simultan yaitu eksternalisasi, obyektivikasi dan internalisasi.

A. Dialektik Eksternalisasi, Obyektivasi dan Internalisasi dalam Konstruksi Sosial

Berger dan Luckmann (1990:97), melakukan suatu analisis sosiologis mengenai kenyataan hidup sehari-hari atau lebih tepat lagi mengenai pengetahuan yang membimbing perilaku dalam kehidupan sehari-hari. Proses tersebut digambarkan melalui tindakan dan interaksi manusia menciptakan secara terus-menerus sebuah kenyataan yang dimiliki bersama. Dialami secara faktual obyektif tetapi penuh makna secara subyektif. Berger dan Luckmann lebih mengedepankan pandangan dialektik ketika melihat hubungan antara manusia dan masyarakat. Manusia menciptakan masyarakat dan masyarakat pula menciptakan manusia, maka itu kenyataan sosial tersebut bersifat ganda yaitu sebagai kenyataan obyektif dan sekaligus sebagai kenyataan subyektif.

Berger dan Luckmann menekankan bahwa realita kehidupan sehari-hari memiliki dimensi subyektif dan obyektif. Manusia merupakan instrumen dalam menciptakan kenyataan sosial obyekif melalui proses eksternalisasi, sebagaimana seseorang dipengaruhi oleh sesuatu melalui proses internalisasi yaitu merefleksikan kenyataan subyektif dengan cara dialektikal. Sesungguhnya, masyarakat bukanlah produk akhir melainkan selalu dalam proses menjadi produk akhir

(kesempurnaan) (Berger and Luckmann,1979:197-198). Manusia dalam hidup kesehariannya telah mengekspresikan dan menginterprestasikan dirinya sendiri sebagai subjek dalam realitas kehidupan yang nyata. Dunia kehidupan sehari-hari tidak hanya dipandang sebagai realitas (kenyataan) oleh anggota masyarakat biasa, dalam arti secara subyektif yang mengatur hidup seseorang. Masyarakat mempertahankan tradisi yang telah berlaku dalam pemikiran, tindakan-tindakan dan kehidupan secara turun-temurun. Analisis sosiologi kenyataan tentang kehidupan sehari-hari, atau lebih tepatnya pengetahuan yang membimbing seseorang dalam kehidupan sehari-hari. Bagaimana realitas kehidupan ini bisa muncul dalam perspektif teori yang bervariasi harus mulai dengan klarifikasi realitas, karena realitas itu tersedia pada pemahaman anggota masyarakat umum (Berger dan Luckmann,1979:33-34). Sehingga teori konstruksi sosial memandang masyarakat sebagai proses yang berlangsung dalam tiga momen dialektis yang simultan, yaitu eksternalisasi, obyektivasi, dan internalisasi. Menurut Berger dan Luckmann (1979:78) eksternalisasi dan obyektivasi adalah momen-momen dalam sebuah proses dialektikal yang berlanjut dengan momen yang ketiga dalam proses ini, yaitu momen internalisasi, yakni dunia sosial yang diobyektivasi mengalami kesadaran dalam proses sosialisasi.

Eksternalisasi yaitu momen dalam proses dialektis dimana individu secara kolektif dan perlahan-lahan menyesuaikan diri yaitu mengubah

pola-pola dunia sosial obyektif. Proses saat manusia yang belum disosialisasi sepenuhnya bersama-sama membentuk realitas baru.

Momen selanjutnya adalah obyektivasi merupakan momen dalam proses dialektis dari pembentukan realitas yang membatasi realitas sosial obyektif, sedangkan internalisasi yaitu momen dalam proses dialektis dari pembentukan realitas saat sosialisasi terjadi. Ketiga momen tersebut sepanjang yang menyangkut fenomena masyarakat, momen-momen tidak terbatas pada waktu tertentu, yang benar adalah bahwa setiap masyarakat dan tiap bagian darinya secara serentak dikarekterisasi oleh ketiga momen tersebut (Berger dan Luckmann, 2012:176). Semua kegiatan manusia seperti melakukan berbagai kegiatan perilaku hidup sehat di dalam keluarga, bermula dari proses pembiasaan (habitualisasi). Sebagai contoh tindakan yang berulang-ulang misalnya melakukan salah satu indikator PHBS seperi kebiasaan memberi ASI Eksklusif . Tindakan tersebut dilakukan kembali di masa mendatang dengan cara yang sama (Berger dan Luckmann, 2012:72). Tindakan-tindakan yang sudah dijadikan kebiasaan tetap dipertahankan yang bermakna seperti ASI eksklusip untuk kesehatan anak, meskipun masyarakat mengetahui manfaat ASI Eksklusif tersebut, tetapi kemungkinan ada makna lain yang terkandung, yang merupakan kebiasaan masyarakat sehingga mengabaikan atau tidak dilaksanakan oleh ibu-ibu karena ada makna lain. Realitas tersebut perlu digali lebih mendalam dalam penelitiaan ini. Karena obyektivasi

adalah proses produk atau hasil aktivitas manusia yang dieksternalkan mendapatkan karakter obyektivitas. Maka dari itu, obyektivasi melakukan penunjukan melalui sebuah proses pada dunia sosial menjadi kenyataan dengan kemampuan untuk membatasi dan membentuk anggotanya.

Selanjutnya, internalisasi yaitu momen dalam proses dialektis dari pembentukan realitas saat sosialisasi terjadi. Menurut pandangan (Berger dan Luckmann, 2012:178), dalam momen internalisasi terdapat dua jenis yaitu sosialisasi primer dan sosialisasi sekunder. Sosialisasi primer merupakan sosialisasi yang pertama dialami oleh individu dalam masa kanak-kanak di saat mulai menjadi anggota masyarakat. Momen ini seseorang mulai bersosialisasi pertama pada lingkungan keluarga.

Internalisasi terjadi melalui mekanisme sosialisasi. Dalam hal ini, Berger mengikuti teori Mead dari aliran interaksionisme simbolik. Manusia hidup dalam institusi yang mengatur posisinya dan posisi ego-ego lain. Perilaku dan tindakan manusia di tengah konteks sosialnya menunjukkan perannya. Karena itu, perilaku manusia di tengah konteks sosialnya selalu bersifat simbolik, merujuk kepada sebuah pesan atau makna. Seorang manusia yang belum mengenal kaedah-kaedah atau tatanan dari sebuah institusi bisa mempelajarinya melalui sebuah tindakan atau perilaku atau ego-ego lain yang bersifat simbolik. Seperti anak yang baru lahir mengalami sosialisasi dengan memperhatikan

bagaimana *significant other*, yaitu orang tuanya dan orang-orang lain yang dekat dengannya saling berinteraksi dan menjalankan peran sosialnya. Interaksi ini peran antara para *significant other* mengenalkan anak kepada definisi-definisi paling mendasar dari sebuah situasi sosial tertentu. Sosialisasi kepada anak pada jangka usia penyerapan aktif ini merupakan sosialisasi primer dan semua sosialisasi sekunder harus mengikuti pola yang telah dibentuk dari sosialisasi primer (Riyanto, 2009:112)

Dalam konteks PHBS pada masa kanak-kanak sudah mengenal kebiasaan kesehatan yang lakukan oleh anggota keluarga. Misalnya kebiasaan pada masa kecil sudah diperkenalkan oleh anggota keluarga seperti oleh ibu makan buah dan sayur setiap hari atau BAB pada jamban keluarga, lama-kelamaan anak-anak menjadi terbiasa. Kebiasaan dari kecil tersebut akan selalu diterapkan atau dilaksanakan secara berkelanjutan sampai masa tua, bahkan berkelanjutan pada generasi berikutnya yang mengimbas di sosialisasikan tersebut ke dalam sektor-sektor baru dunia obyektif masyarakat. Kondisi tsosialisasi tersebut yang dinamakan sosialisasi sekunder (Berger dan Luckmann, 2012:179). Dijelaskan lebih lanjut bahwa sosialisasi primer biasanya merupakan sosialisasi paling penting bagi individu dan bahwa struktur dasar dari semua sosialisasi sekunder harus mempunyai kemiripan dengan struktur dasar sosialisasi primer. Jelaslah bahwa terbentuknya orang lain berperilaku hidup bersih dan sehat. Pada umumnya dalam

kesadaran menandai fase yang menentukan dalam sosialisasi. Mencakup internalisasi masyarakat sebagai masyarakat dan kenyataan obyektif yang sudah terbentuk didalamnya. Pada waktu yang sama terbentuknya secara subyektif merupakan suatu identitas yang koheren dan berkesinambungan.

Ketiga momen itu adalah eksternalisasi, obyektivasi dan internalisasi, bagi Berger dan Luckmann memiliki hubungan dasar dan dipahami sebagai satu proses yang berdealektika (*interplay)* satu sama lain. Masing-masing dari ketiga momen itu berkesesuaian dengan suatu karakterisasi yang esensial dari dunia sosial. Melalui eksternalisasi, masyarakat merupakan produk manusia. Melalui obyektivasi, masyarakat menjadi realitas *Sui Generis*, unik. Melalui internalisasi, manusia merupakan produk masyarakat (Berger,1994:5).

B. Relasi antara Pengetahuan, Pengetahuan Sehari-hari dengan Pengetahuan Sosial dan Pengetahuan Ilmiah

Sebagaimana dijelaskan sebelummnya, bahwa Berger dan Luckmann mencoba menjembatani pemikiran Durkheim dan Weber, dengan mengatakan bahwa untuk memahami masyarakat harus dilakukan secara subyektif dan obyektif (*society in man and man in society*).[8] Hal ini dilakukan mengingat ketika aktor berinteraksi, maka dia harus menjalani proses internalisasi, obyektivasi, dan eskternalisasi.

[8] Maksud dari memahami masyarakat secara subyektif adalah masyarakat terdiri atas manusia yang dapat mempengaruhi lingkungannya. Adapun memahami masyarakat secara obyektif adalah tindakan dari manusia dipengaruhi oleh lingkungannya.

Pemikiran ini dapat dilihat ketika Berger dan Luckmann menjelaskan mengenai pengetahuan individu dan pengetahuan sosial.

Menurut Berger dan Luckmann seseorang memperoleh pengetahuannya melalui dua proses sosialisasi, yaitu sosialisasi primer dan sekunder. Sosialisasi yang pertama-tama dialami seseorang adalah sosialisasi primer, saat individu akan mengalami proses internalisasi sejumlah pengetahuan, nilai, makna, norma, tindakan serta bagaimana memahami sebuah makna. Proses internalisasi ini dilakukan dengan menggunakan bahasa oleh subyek yang paling dekat dengan dirinya istilah ini oleh Berger (2012:65) disebut sebagai *significant others.* Di sini diterjemakan: orang-orang berpengaruh, seperti pengaruh orang tua atau pengeruh dari kerabat dekat, diambil dari Mead tentang teori ontogenesik.

Selanjutnya, pada sosialisasi sekunder individu tidak hanya dihadapkan pada satu institusi (seperti institusi keluarga pada sosialisasi primer) dan satu sumber pengetahuan saja, namun seseorang tersebut akan berhadapan pada bermacam sumber pengetahuan dan institusi. Keberagaman ini tentunya memungkinkan individu memiliki *stock of knowledge* yang beragam (*social stock of knowledge*). Hal ini dikarenakan aktor akan masuk pada banyak struktur lembaga yang beragam, seperti sekolah, perusahaan, organisasi keagamaan dan lain-lain, yang masing-masing memiliki ketentuan tersendiri yang mengkonstruk individu. Tetapi tidak berarti bahwa semua *stock of*

knowledge tersebut diadopsi oleh seseorang. Ada proses dialektis, saat seseorang akan memilih *stock of knowledge*, baik yang diperoleh pada proses sosialisasi primer atau sekunder. Ketika seseorang akan melakukan tindakan tertentu pada pelbagai *setting* institusi, baik primer maupun sekunder. Secara ringkas uraian tersebut adalah yang dimaksud Berger keterkaitan antara pengetahuan individual dengan pengetahuan sosial.

Membahas relasi pengetahuan sehari-hari dengan pengetahuan ilmiah, merujuk pada pembahasan awal dalam buku *The Social Construction of Everyday Life*, Berger dan Luckmann juga memisahkan sekaligus mengaitkan antara pengetahuan sehari-hari dan pengetahuan ilmiah. Berger dan Luckmann menjelaskan bahwa pengetahuan sehari-hari memiliki sifat *taken for granted* bagi aktor, praksis dan bersifat memaksa. Pada aktor (orang awam) yang menjadi obyek pengetahuan umumnya jarang mempertanyakan pengetahuan sehari-hari ataupun membutuhkan bukti tertentu untuk membuktikan sebuah pengetahuan. Hal ini berbeda dengan *scientist* (pengetahuan ilmiah) yang tidak menganggap realitas sebagai *taken for granted* tetapi bersifat selalu mempertanyakan pengetahuan, memiliki metodologi tersendiri untuk melakukan pembuktian, bersifat empiris dan *observable*. Selain itu pengetahuan ilmiah juga memerlukan legitimasi serta justifikasi untuk memperkuat "keilmiahan" suatu ilmu (Berger dan Luckmann,1979:146 dan 166)

Peter L. Barger dan Thomas Luckmann (1966) dalam bukunya *The Social Construction of Reality* yang diterjemahkan menjadi *Tafsir Sosial atas Kenyataan: Sebuah Risalah tentang Sosiologi Pengetahuan* (2012) membahas masalah kontruksi sosial dalam tiga hal yaitu:

(1) Dasar-dasar pengetahuan dalam kehidupan sehari-hari,

(2) Masyarakat sebagai realitas obyektif, dan

(3) Masyarakat sebagai realitas subyektif.

Selanjutnya dua istilah yang menjadi kunci teori konstruksi sosial Barger dan Luckmann adalah realitas dan pengetahuan. Realitas adalah suatu kualitas yang terdapat dalam fenomena-fenomena yang memiliki keberadaan (*being*) yang tidak tergantung kepada kehendak individu manusia (yang kita tidak dapat meniadakannya dengan angan-angan). Pengetahuan adalah kepastian bahwa fenomena-fenomena itu nyata (*real*) dan memiliki karakteristik-karakteristik yang spesifik (Berger dan Luckmann, 2012:1). Kenyataan sosial adalah hasil (eksternalisasi) dari internalisasi dan obyektivasi manusia terhadap pengetahuan dalam kehidupan sehari-hari. Atau secara sederhana, eksternalisasi dipengaruhi oleh *stock of knowledge* (cadangan pengetahuan) yang dimiliki seseorang. Cadangan pengetahuan adalah akumulasi dari *common sense knowledge* (pengetahuan akal sehat). *Common sense* adalah pengetahuan yang dimiliki individu bersama individu-individu lainnya dalam kegiatan rutin yang normal dalam kehidupan sehari-hari (Berger dan luckmann, 2012:33).

Berger dan Luckmann (1990:1) menyatakan bahwa realitas sosial terbentuk secara sosial. Mereka mengakui realitas obyektif, dengan membatasi realitas sebagai kualitas yang berkaitan dengan fenomena yang dianggap berada diluar kemauan kita. Keduanya mengakui bahwa fenomena adalah *real* adanya dan memiliki karakteristik yang khusus dalam kehidupan sehari-hari. Dalam tataran tertentu, Berger misalnya sepakat dengan Garfinkel bahwa ada realitas kehidupan yang diabaikan, yang sebenarnya merupakan realitas yang lebih penting. Realitas ini dianggap sebagai realitas yang teratur dan terpola. Biasanya diterima begitu saja dan non-problematis karena dalam interaksi-interaksi yang terpola *(typified)* realitas sama-sama dimiliki orang lain (Poloma, 2003:301)

Namun demikian, berbeda dengan Garfinkell, Berger menegaskan realitas kehidupan sehari-hari memiliki dimensi-dimensi subyektif dan obyektif. Manusia merupakan instrumen dalam menciptakan realitas sosial obyektif melalui proses eksternalisasi. Sebagai mana ia mempengaruhinya melalui proses internalisasi (Poloma, 2003:302). Oleh karena itu, realitas sosial dikonstruksi melalui proses dialektika eksternalisasi, obyektivasi, dan internalisasi.

Kehidupan sehari-hari telah menyimpan dan menyediakan realitas atau kenyataan sekaligus pengetahuan yang membimbing dan mengarahkan perilaku. Kehidupan sehari-hari menampilkan realitas obyektif yang ditafsirkan oleh individu atau memiliki makna-makna

subyektif. Sementara di sisi lain, kehidupan sehari-hari merupakan suatu dunia yang berasal dari pikiran-pikiran dan tindakan-tindakan individu dan dipelihara sebagai sesuatu yang nyata oleh pikiran dan tindakan itu. Dasar-dasar pengetahuan tersebut diperoleh melalui obyektivasi dari proses-proses (dan makna-makna) subyektif yang membentuk dunia akal sehat intersubyektif (Berger dan Luckmann, 1990:29). Pengetahuan akal sehat adalah pengetahuan yang dimiliki bersama (Oleh individu dengan individu-individu lainya) dalam kegiatan rutin yang normal. Misalnya dalam kehidupan sehari-hari seperti keluarga melakukan perilaku hidup bersih dan sehat yang diterima oleh masyarakat dan tanpa dipertanyakan akan tetapi diikuti oleh masyarakat lainnya.

Meski terkesan merupakan dua hal yang terpisah, pengetahuan sehari-hari memiliki kaitan dengan pengetahuan ilmiah. Tidak jarang, melalui metode ilmiah dan syarat-syarat keilmiahan, pengetahuan sehari-hari dapat menjelma menjadi pengetahuan ilmiah. Pengetahuan ilmiah terutama dalam kaitannya dengan sosiologi pengetahuan, juga memiliki relasi dengan pengetahuan sehari-hari. Ketika seseorang berusaha mempertanyakan bagaimana sebuah pengetahuan ada atau diikuti oleh masyarakat (Berger dan Luckman, 1979:207-210)

Berger dan Luckmann mengambil sikap berbeda dengan sosiolog lain dalam menyikapi aliran sosiologi. Berger cenderung tidak melibatkan dalam pertentangan antar paradigma, namun mencari

benang merah gagasan Durkheim dan Weber. Benang merah itu bertemu pada historisitas kemudian menjadikan Berger dan Luckmann menekuni makna yang menghasilkan watak ganda masyarakat. Masyarakat sebagai kenyataan subyektif dan masyarakat sebagai kenyataan obyektif yang terus berdialektika. Berger banyak bersandar pada fenomenologi Alfred Schutz. Schutz menjelaskan tiga unsur pengetahuan yang membentuk pengertian manusia tentang masyarakat, yaitu dunia sehari-hari, sosialitas, dan makna (Ritzer, 2012:376)

Sosiologi interpretatif dan humanistik terkesan hanya terbatas pada pembahasan masalah mikrososiologis ketimbang permasalahan makrososiologis. Sosiologi naturalisitk dan positifistik cenderung mengabaikan sisi individual dan hanya fokus pada struktur sosial. Sebaliknya, teori humanistik cenderung menekankan sisi individual dalam interaksi sebagai level yang layak untuk analisa. Meski begitu, sosiologi interpretatif tak mesti dibatasi pada permasalahan psikologis sosial sebagaimana yang disajikan oleh Peter L. Berger dalam sintesisnya antara pendekatan mazhab interaksional dan struktural (Poloma, 2003:298).

Meski Berger dan Luckmann berangkat dari pemikiran Schutz, Berger keluar dari fenomenologi Schutz menjelaskan tiga unsur pengetahuan yang membentuk pengertian manusia tentang masyarakat, yaitu dunia sehari-hari, sosialitas dan makna. Karya Schutz membuat Berger mampu mengembangkan model teoritis lain mengenai

bagaimana realitas sosial terbentuk. Menurut Berger, realitas sosial eksis dengan sendirinya dan dalam mode strukturalis dunia sosial tergantung manusia yang menjadi subyeknya. Berger berpendapat bahwa realitas sosial secara obyektif memang ada (ingat Durkheim dan perspektif fungsionalis) tetapi maknanya berasal dari dan oleh hubungan subyektif (individu) dengan dunia obyektif (suatu perspektif yang dianut Mead dan para pengikut interaksionis simbolis terutama Blumer (Poloma, 2003:299)

Lebih lanjut dijelaskan, realitas sosial Berger ada sebagaimana realita itu sendiri dan bertindak kembali dalam cara strukturalis pada subjek manusia. Berger menekankan bahwa realita kehidupan sehari-hari memiliki dimensi subyektif dan obyektif. Manusia merupakan instrumen dalam menciptakan kenyataan sosial obyekif melalui proses ekternalisasi, sebagaimana ia dipengaruhi oleh hal itu melalui proses internalisasi (merefleksikan kenyataan subyektif). Dalam cara yang dialektikal, dengan thesis dan antithesis dalam usaha untuk menghasilkan sintesis, Berger memandang masyarakat sebagai produk manusia dan manusia adalah produk masyarakat.

Berger menekankan bahwa realita kehidupan sehari-hari memiliki dimensi subyektif dan obyektif. Manusia merupakan instrumen dalam menciptakan kenyataan sosial obyekif melalui proses ekternalisasi, sebagaimana ia dipengaruhi oleh hal itu melalui proses internalisasi (merefleksikan kenyataan subyektif). Dalam cara yang dialektikal

dengan thesis dan antithesis dalam usaha untuk menghasilkan sintesis, Berger memandang masyarakat sebagai produk manusia dan manusia adalah produk masyarakat. Berger (1977:xv) menekankan bahwa "sosiologi mengantar kepada pengalaman yang memperlihatkan bahwa keteraturan merupakan landasan utama kehidupan sosial" dan masyarakat. Pada dasarnya merupakan penerapan aturan pada kumpulan pengalaman manusia

Dalam karya-karya Berger jelas terlihat usaha untuk menjembatani makro dan mikro, bebas-nilai dan sarat-lain. Interaksionis yang mencoba menganalisa bagaimana realitas sosial terbentuk termuat dalam karyanya *The Social Construktion of Reality* (1966). Berger dan Luckman (1966:1) meringkas teori mereka dengan menyatakan "realitas terbentuk secara sosial" dan sosiologi ilmu pengetahuan (*sociology of knowledge)* harus menganalisa proses bagaimana hal itu terjadi. Mereka mengakui realitas obyektif dengan membatasi *realitas* sebagai "kualitas yang berkaitan dengan fenomena diluar kemauan manusia. Sosiologi terlibat dalam pencarian "pengetahuan" dan "realitas".

Berger dan Luckmann (1966:83-84) tidak membuang dualisme di antara manusia dan masyarakat. Masyarakat ada sebagai entitas yang obyektif di luar manusia, sekaligus sebagai entitas yang subyektif di dalam kesadaran manusia. Mekanisme eksternalisasi dan obyektivasi (kedua konsep ini berasal dari Marx). Eksternalisasi merupakan proses di saat sekelompok manusia melakukan tindakan yang berulang-ulang

sampai dengan pada suatu titik terjadi obyektivasi. Pola tindakan tersebut menjadi sesuatu yang baku dalam kesadaran manusia. Obyektivasi menandai munculnya struktur sebagai suatu yang obyektif sebagai standar untuk bertindak sekaligus sesuatu yang obyektif pada waktu yang sama.

Berger memulai dari proposisi empiris bahwa tanpa manusia tidak akan ada struktur sosial. Agar konsisten terhadap proposisi empiris ini, eksternalisasi sebagai tindakan manusia harus dipandang sebagai momentum yang mengawali obyektifikasi atau pembentukan struktur. Dalam proses obyektivikasi terjadi reproduksi dan transformasi struktur pada waktu yang sama (Berger dan Luckman, 1966:84)

Berger dan Luckmann sependapat dengan Durkheim yang melihat struktur sosial yang obyektif ini memang memiliki karakter tersendiri. Tetapi asal mulanya harus dilihat sehuhungan dengan eksternalisasi manusia atau interaksi manusia dalam struktur yang sudah ada. Eksternalisasi ini kemudian memperluas institusionalisasi aturan sosial. Sehingga struktur merupakan satu proses yang berkelanjutan, bukan sebagai suatu penyelesaian yang sudah tuntas. Realitas obyektif yang terbentuk melalui eksternalisasi kembali membentuk manusia dalam masyarakat. Di saat internalisasi dan eksternalisasi menjadi "momen" dalam sejarah, internaliasi, atau sosialisasi. Ketiga elemen ini internalisasi, eksternaliasi dan obyektivikasi, saling bergerak secara dialektis (Poloma, 2003:298-303)

Menurut Berger dan Luckmann (1966:78) obyektivasi adalah proses ketika produk atau hasil aktivitas manusia yang dieksternalkan mendapatkan karakter obyektivitas. Eksternalisasi dan obyektivasi adalah momen-momen dalam sebuah proses dialektikal (diskusi) yang berlanjut. Momen yang ketiga dalam proses ini adalah internalisasi (ketika dunia sosial yang diobyektivasi mengalami kesadaran dalam hal sosialisasi). Internalisasi adalah pemahaman yang cepat atau interpretasi terhadap kejadian obyektif sebagaimana mengekspresikan makna, yaitu sebuah manifestasi proses subyektif yang lainnya yakni dengan cara yang demikian menjadi bermakna secara subyektif bagi seseorang. Lebih singkatnya, internalisasi dalam makna secara umum merupakan dasar pertama untuk sebuah pemahaman pengikut seseorang. Selanjutnya kedua, untuk pemahaman dunia sebagai sebuah realita sosial dan bermakna (Berger dan Luckmann, 1966:150).

BAB 3

KONSEPTUAL PEMBANGUNAN KESEHATAN

A. Konsep Tentang Sehat dan Sakit

B. Konsepsi Tentang PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat)

C. Perilaku Sehat dan Sakit dalam Perspektif Budaya

D. Budaya dalam Perspektif Petugas dan Pelayanan Kesehatan

Sumber: Koleksi Pribadi 2013

BAB III

KONSEPTUAL PEMBANGUNAN KESEHATAN

A. Konsep Tentang Sehat dan Sakit

Banyak ahli filsafat, biologi, antropologi, sosiologi, kedokteran, dan lain-lain bidang ilmu pengetahuan telah mencoba memberikan pengertian tentang konsep sehat dan sakit ditinjau dari masing-masing disiplin ilmu. Masalah sehat dan sakit merupakan proses yang berkaitan dengan kemampuan atau ketidakmampuan manusia beradaptasi dengan lingkungan baik secara biologis, psikologis maupun sosio budaya (Sunanti, 2008).

Menurut para ahli konsep sehat dijelaskan dengan berbagai macam definisi. Beberapa diantaranya menjelaskan sebagai berikut :

1. Parkins (1938), mendefinisikan sehat sebagai suatu keadaan keseimbangan yang dinamis antara bentuk tubuh dan fungsi yang dapat mengadakan penyesuaian sehingga dapat mengatasi gangguan dari luar yaitu dari berbagai faktor yang berusaha mempengaruhinya.
2. Blum HL (1972:3), kesehatan manusia terdiri atas tiga unsur, yaitu kesehatan somatik, kesehatan psikis, dan kesehatan sosial.
3. White (1977), sehat adalah suatu keadaan di saat seseorang pada waktu diperiksa tidak mempunyai keluhan ataupun tidak terdapat tanda-tanda suatu penyakit dan kelainan.

4. Pender (1982), sehat yaitu perwujudan individu yang diperoleh melalui kepuasan dalam berhubungan dengan orang lain (Aktualisasi) yaitu perilaku yang sesuai dengan tujuan, perawatan diri yang kompeten. Penyesuaian diperlukan untuk mempertahankan stabilitas dan integritas struktural.
5. Paune (1983), sehat dapat dilihat dari fungsi efektif dari sumber-sumber perawatan diri (*self care Resouces*) yang berhubungan dengan pengetahuan, keterampilan dan sikap. Selanjutnya yang berhubungan dengan menjamin tindakan untuk perawatan diri (*self care Aktions*) yaitu perilaku yang sesuai dengan tujuan diperlukan untuk memperoleh, mempertahankan dan menigkatkan fungsi psicososial dan piritual secara adekual.

Dari kelima pendapat pakar tersebut di atas pengertian sehat atau kesehatan dapat didefinisikan sebagai:

"keseimbangan dinamis antara fungsi tubuh dan dapat mengatasi faktor gangguan dari luar, seperti perawatan dan tindakan kesehatan, baik secara somatik, psikis, dan sosial, sehingga seseorang dapat mengaktualisasikan diri dengan orang lain."

Definisi sehat menurut perseorangan dan gambaran seseorang tentang sehat sangat bervariasi, seperti

(1) Status Pekembangan yaitu kemampuan mengerti tentang keadaan sehat dan kemampuan merespon terhadap perubahan dalam kesehatan dikatakan dengan usia.

(2) Pengaruh sosial dan kultural, masing-masing kultur punya pandangan tentang sehat dan diturunkan dari orang tua keanak-anak. Seperti budaya Cina mengartikan sehat adalah keseimbangan antara *Yin* dan *Yang* dan dari sosok (ekonomi rendah) flu suatu yang biasa masih tetap merasa sehat.

(3) Pengalaman masa lalu, seseorang dapat mempertimbangkan adanya rasa nyeri atau sakit disfungsi (tidak berfungsi) membantu menentukan definisi seorang tentang sehat.

(4) Harapan sesorang tentang dirinya, seseorang mengharapkan dapat berfungsi pada tingkat yang tinggi baik fisik maupun psikososialnya jika mereka sehat. Perilaku sehat diperlihatkan oleh individu yang merasa dirinya sehat meskipun secara medis belum tentu mereka betul-betul sehat

WHO melihat sehat dari berbagai aspek. Definisi WHO (1981) *Health is a state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity.* WHO mendefinisikan pengertian sehat dapat diartikan bahwa suatu keadaan yang sempurna baik secara fisik, mental dan sosial serta tidak hanya bebas dari penyakit atau

kelemahan. Definisi WHO tentang sehat mempunyai karakteristik yang dapat meningkatkan konsep sehat yang positif adalah (1) Memperhatikan individu sebagai sebuah sistem yang menyeluruh, (2) Memandang sehat dengan mengidentifikasi lingkungan internal dan eksternal, dan (3) Penghargaan terhadap pentingnya peran individu dalam hidup (Edelman dan Mandle. 1994).

Tidak jauh berbeda dengan konsep WHO, konsep sehat menurut Undang-Undang Nomor 23 tahun 1992 tentang kesehatan, menyatakan bahwa kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Dalam pengertian ini maka kesehatan harus dilihat sebagai satu kesatuan yang utuh terdiri dari unsur-unsur fisik, mental dan sosial dan di dalamnya kesehatan jiwa merupakan bagian integral kesehatan. Keempat dimensi kesehatan tersebut saling mempengaruhi dalam mewujudkan tingkat kesehatan seseorang yaitu:

- Kesehatan fisik terwujud apabila sesorang tidak merasa dan mengeluh sakit atau tidak adanya keluhan dan memang secara obyektif tidak tampak sakit. Semua organ tubuh berfungsi normal atau tidak mengalami gangguan.
- Kesehatan mental (jiwa) mencakup 3 komponen, yakni pikiran, emosional, dan spiritual. Sehat pikiran adalah tercermin dari cara berpikir atau jalan pikiran.

- Sehat emosional tercermin dari kemampuan seseorang untuk mengekspresikan emosinya. Misalnya takut, gembira, kuatir, sedih dan sebagainya dan sehat spiritual tercermin dari cara seseorang dalam mengekspresikanrasa syukur, pujian, kepercayaan.
- Kesehatan sosial terwujud apabila seseorang mampu berhubungan dengan orang lain atau kelompok lain secara baik, tanpa membedakan ras, suku, agama atau kepercayan, status sosial, ekonomi, politik, dan sebagainya, serta saling toleran dan menghargai.
- Kesehatan dari aspek ekonomi terlihat bila seseorang (dewasa) produktif, dalam arti mempunyai kegiatan yang menghasilkan sesuatu yang dapat menyokong terhadap hidupnya sendiri atau keluarganya secara finansial.

Dari berbagai pengertian di atas, istilah sehat mengandung banyak muatan seperti kultural, sosial dan pengertian profesional yang beragam. Dahulu dari sudut pandangan kedokteran, sehat sangat erat kaitannya dengan kesakitan dan penyakit. Dalam kenyataannya tidaklah sesederhana itu, sehat harus dilihat dari berbagai aspek. Para ahli kesehatan, antropologi kesehatan di pandang sebagai disiplin yang memberi perhatian pada aspek-aspek biologis dan sosial budaya dari tingkah laku manusia. Sehat diartikan saat kondisi tubuh yang tidak mengalami suatu penyakit apapun. Dalam pengertian ini yang

dimaksud sehat adalah sehat merupakan keadaan yang baik sedangkan sakit merupakan keadaan yang buruk.

Secara umum sehat merupakan sutau keadaan yang dinamis dimana individu menyesuaikan diri dengan perubahan-perubahan lingkungan internal (psikologis, intelektual, spiritual, dan penyakit) dan eksternal (lingkungan fisik, sosial, dan ekonomi) dalam mempertahankan kesehatannya. Oleh karena itu dalam paradigma sehat pola pikir pembangunan kesehatan bersifat holistik, proaktif, antisipatif dengan melihat masalah kesehtan sebagai masalah yang dipengaruhi oleh banyak faktor.

Menurut pandangan Parson (2005) seseorang dianggap sehat manakala ia mempunyai kapasitas optimum untuk melaksanakan peran dan tugas yang telah dipelajarinya melalui proses sosialisasi, lepas dari soal apakah secara ilmu kesehatan ia sehat atau tidak. Dijelaskan pula bahwa kesehatan sosiologis seseorang bersifat relatif karena tergantung pada peran yang dijalankannya dalam masyarakat. Parson memandang masalah kesehatan dari sudut pandang kesinambungan sistem sosial. Dari sudut pandang ini tingkat kesehatan terlalu rendah atau tingkat penyakit terlalu tinggi mengganggu berfungsinya sistem sosial karena gangguan kesehatan menghalangi kemampuan anggota masyarakat untuk dapat melaksanakan peran sosialnya.

Merujuk pada beberapa pandangan yang telah diuraikan di atas, ternyata konsep sehat sangat beragam. Karena konsep sehat sangat

diperlukan untuk diri sendiri, harus menanamkan konsep sehat sejak dari kecil atau awal. Belajar hidup sehat mulai dari cara hidup dan gaya hidup sehat. Jika dipelajari dari sejak dini, maka lama kelamaan akan terbiasa. Demikian juga dalam konteks PHBS, jika konsep sehat terabaikan maka seseorang akan melakukan aktivitas tanpa konsep sehat akan mengabaikan kebersihan.

Dalam kontek konsep sehat, penulis sepakat dengan pandangan Person (dalam Soreang, 2010) bahwa gangguan kesehatan akan menghalangi kemampuan anggota masyarakat untuk dapat melaksanakan peran sosialnya. Artinya jika seseorang sehat, maka individu tersebut dapat melaksanakan peran sosialnya. Kondisi ini sejalan dengan hasil studi yang dilakukan di Kota Bengkulu, dari 100 responden 76% menyatakan sehat adalah jika masih dapat melakukan pekerjaan sehari-hari sebagaimana biasanya, meskipun sakit sedikit asalkan tidak menggangu aktivitas. Artinya seseorang tersebut masih atau dalam keadaan sehat Herlina *et al.,* (2003:59).

B. Konsepsi Tentang PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat)

Mencegah lebih baik dari pada mengobati. Prinsip kesehatan inilah yang menjadi dasar dari pelaksanaan PHBS. PHBS adalah semua perilaku kesehatan yang dilakukan atas kesadaran sehingga anggota keluarga atau keluarga dapat menolong dirinya sendiri di bidang kesehatan dan berperan aktif dalam kegiatan kesehatan di masyarakat.

Semua rumah tangga dianjurkan untuk melaksanakansemua perilaku sehat (DepKesRI, 2008:2).

Pelaksanaan PHBS sangat beragam, bergantung pada kondisi pelaksanaan promosi kesehatan di daerah (DepKesRI, 2005). Sebagaimana telah diuraikan diatas, secara garis besar pelaksanaan PHBS terdiri dari lima tatanan yaitu :

(1) Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada tatanan rumah tangga,
(2) Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di Institusi Kesehatan,
(3) Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di Tempat-tempat Umum,
(4) Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di Sekolah,
(5) Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di Tempat Kerja.

Secara umum perilaku hidup bersih dan sehat pada tatanan masyarakat adalah seperti itu, tetapi pada tingkatan rumah tangga akan berbeda. Perilaku hidup sehar pada rumah tangga adalah upaya untuk memberdayakan anggota rumah tangga agar tahu, mau dan mampu melaksanakan perilaku hidup sehat serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan di masyarakat.

Merujuk pada pendapat Narwoko dan Suyanto (2006:92) keluarga merupakan institusi yang paling penting pengaruhnya terhadap proses sosialisasi manusia dimungkinkan. Karena berbagai kondisi yang dimiliki oleh keluarga seperti (1) keluarga merupakan kelompok primer

yang selalu tatap muka diantara anggotanya, sehingga dapat selalu mengikuti perkembangan anggotanya. (2) Orang tua mempunyai kondisi yang tinggi untuk mendidik anak-anaknya, sehingga mempunyai hubungan emosional yang sangat diperlukan dalam proses sosialisasi dan (3) Adanya hubungan sosial yang tetap, maka dengan sendirinya orang tua mempunyai peranan yang penting terhadap proses sosialisasi anak. Peran orang tua dalam keluarga sangat penting dalam memberikan motivasi kepada anak agar mau mempelajari pola perilaku, termasuk di dalamnya menerapkan berperilaku hidup sehat dalam keluarga.

Rumah tangga atau keluarga merupakan institusi yang paling penting pengaruhnya terhadap proses sosialisasi manusia. Meskipun ada yang beranggapan bahwa PHBS tidak dapat terlaksana apabila tidak ada kesadaran dari seluruh anggota keluarga itu sendiri. Perlu diingat pola hidup bersih dan sehat harus diterapkan sedini mungkin agar menjadi kebiasaan positif dalam memelihara kesehatan. Kondisi pembiasaan tersebut terjadi dalam sosialisasi primer anak-anak. Biasanya pertama kali anak bersosialisasi pada ibunya karena secara psikoligis anak lebih dekat pada ibu.

Kondisi tersebut menurut pandangan (Berger dan Lucmann, 2012:178-179), karena realitas merupakan konstruksi sosial dan dalam proses sosial momen internalisasi melalui sosialisasi primer yaitu sosialisasi pertama yang dijalami individu di masa kanak-kanak mulai

menjadi anggota suatu masyarakat. Artinya bahwa masa kanak-kanak menjalani tahap sosialisasi pertama adalah terlebih dahulu dalam tatanan keluarga yang merupakan unit terkecil dalam masyarakat. Proses berikutnya yang mengimbas individu yang sudah disosialisasikan ke dalam sektor-sektor baru dunia obyektif masyarakat. Oleh sebab itu jika anggota keluarga berperilaku hidup bersih dan sehat. Maka anggota keluarga lain akan mencontoh sebagaimana menyatakan bahwa proses pelembagaan melalui hebatualisasi dan dilanjutkan dengan momen dialektika internalisasi yang didalamnya terkandung sosialisasi primer dan sekunder.

Merujuk pendapat tersebut, jika suatu lingkungan keluarga berperilaku sehat, maka anggota keluarga lain biasanya akan meniru atau mencontoh berperilaku sehat. Sebagaimana biasa dilakukan oleh orang-orang disekitar mereka, terutama pada proses sosialisasi primer. Proses tersebut akan dibawa seterusnya pada proses sosilisasi sekunder sehingga akan berkembang pada tatanan yang lebih luas. Seperti dari perilaku hidup bersih dan sehat pada tingkat keluarga meningkat, pada perilaku warga ke desa- desa lainnya ber-PHBS dan seterusnya akan meningkat lebih luas lagi. Hal itu disebabkan tiap individu dilahirkan ke dalam suatu struktur sosial yang obyektif saat individu menjumpai orang-orang yang berpengaruh dan yang bertugas mensosialisasikannya Berger dan Luckmann (2012:177-178).

Indikator PHBS pada tatanan keluarga sangat bervariasi dan jumlah indikator PHBS bergantung dari masing-masing program promosi kesehatan daerah, yaitu bergantung pada permasalahan atau kebutuhan daerah. Secara umum PHBS pada tatanan rumah tangga mempunyai 10 indikator (Depkes, RI 2007:48) yaitu :

(1) Persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan
(2) Memberikan Bayi ASI Eksklusif
(3) Menimbang Bayi dan Balita setiap bulan
(4) Menggunakan sarana air bersih
(5) Menggunakan jamban sehat
(6) Mencuci tangan dengan air bersih dan pakai sabun
(7) Memberantas jentik di rumah
(8) Makan buah dan sayur setiap hari
(9) Melakukan aktivitas fisik setiap hari
(10) Tidak merokok di dalam rumah

Pengertian dan tujuan dari masing-masing indikator PHBS tersebut adalah :

1. Persalinan harus ditolong oleh tenaga kesehatan. Karena apabila terdapat kelainan dapat diketahui dan segera ditolong atau dirujuk ke Puskesmas atau rumah sakit dan peralatan yang digunakan aman, bersih dan steril, sehingga mencegah terjadinya infeksi dan bahaya kesehatan lainnya.

2. Memberi ASI Eksklusif pada bayi yaitu bayi usia 0-6 bulan hanya diberi ASI saja tanpa memberikan tambahan makanan atau minuman lainnya. Keunggulan ASI adalah makanan alamiah berupa cairan dengan kandungan gizi yang cukup sesuai dengan kebutuhan bayi untuk pertumbuhan dan perkembangan fisik serta kecerdasan, mengandung zat kekebalan, melindungi bayi dari alergi, aman dan terjamin kebersihannya karena langsung disusukan kepada bayi dalam keadaan segar, tidak pernah basi, mempunyai suhu yang tepat dan dapat diberikan kapan saja. Sedangkan dari segi manfaat, memberikan ASI dapat manjalin kasih sayang antar ibu dengan bayi, mengurangi pendarahan setelah melahirkan, mempercepat pemulihan kesehatan ibu, menunda kehamilan berikutnya, mengurangi resiko terkena kanker payudara dan lebih praktis dapat diberikan setiap saat bayi membutuhkan.
3. Menimbang Bayi dan Balita bertujuan untuk memantau pertumbuan bayi dan balita setiap bulan, sedangkan manfaatnya adalah untuk mengetahui apakah balita tumbuh sehat, mencegah gangguan pertumbuhan balita
4. Menggunakan air bersih, bertujuan agar terhindar dari penyakit seperti diare, kolera, disntri, *thypus*, cacingan, penyakit mata atau keracunan.

5. Mencuci tangan dengan air dan sabun. Air yang tidak bersih banyak mengandung kuman dan bakteri penyebab penyakit. Oleh karena itu disarankan menggunakan sabun, sebab sabun dapat membersihkan kotoran dan membunuh kuman. Tanpa sabun kuman masih tertinggal ditangan.
6. Menggunakan jamban sehat, setiap rumah tangga harus menggunakan jamban untuk buang air besar atau air kecil. Hal itu bertujuan untuk menjaga lingkungan tetap bersih dan tidak berbau, tidak mencemari sumber air yang ada disekitarnya, tidak mendukung datangnya lalat atau serangga lain yang dapat menjadi penular penyakit diare, *thypus*, cacingan dan lainnya.
7. Memberantas jentik nyamuk, tujuan utamanya adalah agar rumah bebas jentik. Apabila rumah dilakukan pemeriksaan secara berkala, tidak terdapat jentik nyamuk di bak mandi, vas bunga, lubang pohon pagar bambu, alas pot kembang dan lain sebagainya. Pemberantasannya dilakukan dengan cara 3M plus (Menguras, Menutup, Mengubur, Plus menghindari gigitan nyamuk).
8. Makan sayur dan buah-buahan. Setiap anggota rumah tangga mengkonsumsi 3 porsi buah dan 2 porsi sayuran atau sebaiknya setiap hari. Hal itu bermanfaat karena banyak mengandung vitamin dan mineral berguna untuk pertumbuhan dan

pemeliharaan tubuh sebab mengandung banyak serat yang tinggi. Manfaat lain yaitu dapat mencegah penyakit diabetes, menurunkan berat badan, membantu proses pembersihan racun dalam tubuh dan lain sebagainya.

9. Melakukan aktivitas fisik paling sedikit 30 menit dalam sehari. Hal itu bermanfaat untuk jantung, paru-paru dan alat tubuh lainnya menjadi sehat
10. Tidak merokok di dalam rumah, setiap anggota keluarga tidak boleh merokok di dalam rumah karena dalam satu batang rokok yang dihisap akan mengeluarkan sekitar 4.000 bahan kimia berbahaya bagi kesehatan seperti nikotin, tar, CO dan lain-lain. Sehingga dianjurkan menggalang kesepakatan keluarga untuk menciptakan rumah tanpa asap rokok.

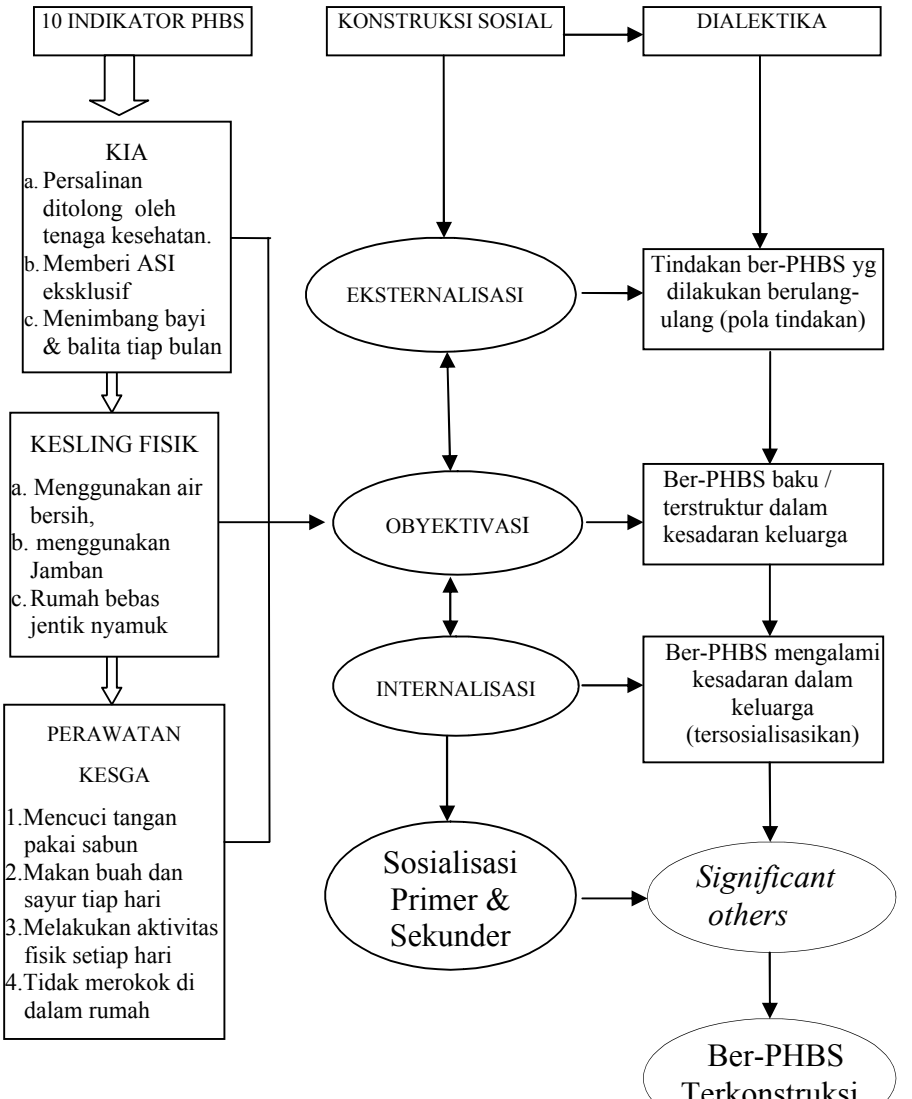
Dari sepuluh indikator PHBS tersebut jika dirujuk pada 13 usaha pokok Puskesmas, (Notoadmodjo, 2005:14), maka dirangkum menjadi tiga kriteria masing yaitu :

1. PHBS terhadap KAI (Kesehatan Ibu dan Anak) meliputi persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan, pemberian ASI Eksklusif pada bayi dan menimbang bayi dan Balita setiap bulan.
2. PHBS dalam konteks kesehatan lingkungan fisik meliputi menggunakan sarana air bersih, memberantas jentik nyamuk, dan keluarga menggunakan jamaban sehat.

3. PHBS dalam konteks perawatan kesehatan keluarga (gaya hidup sehat) yaitu kebiasaan makan buah dan sayur-sayuran setiap hari, mencuci tangan pakai sabun sebelum makan dan setelah buang air besar, melakukan aktifitas fisik setiap hari, dan tidak merokok di dalam rumah.

Gambar 3.1

Skema Konseptual Konstruksi Sosial dan PHBS



Elaborasi dari kedua kajian dalam penelitian ini yaitu antara sepuluh indikator PHBS. Dalam hal ini dikelompokan menjadi tiga kriteria, meliputi KIA, kesehatan lingkungan fisik dan perawatan kesehatan keluarga dengan dialektika teori konstruksi sosial, membentuk suatu kerangka konseptual dapat dilihat pada gambar 3.1.

Kerangka konseptual tersebut merujuk sebagaimana pemikiran Berger dan Luckmann (1966:149) dalam bukunya *The Social Construction of Reality*. Yaitu interpretasi dari teori Berger tersebut adalah sejak masyarakat itu ada akan selalu terbentuk dan mengalami realitas objektif dan realitas subjektif. Sehingga semua teori sosial yang ada haruslah memperhatikan dua aspek realitas tersebut. Sebagaimana yang telah dibahas bahwa dua aspek tersebut dapat dipahami bila masyarakat dipandang sebagai proses dialektik yang "tengah menjadi", yang diciptakan oleh proses eksternalisasi, obyektivasi dan internalisasi. Sepanjang fenomena sosial sedang berlangsung, proses tersebut bukanlah sebuah proses yang terjadi sementara waktu dan merupakan proses sosial yang sudah "menjadi". Sebaliknya masyarakat dan setiap bagian dari interaksi di masyarakat secara bersamaan selalu ditandai dengan tiga momen dialektik tadi. Sehingga setiap analisis dalam jangka satu atau dua fenomena di masyarakat merupakan satu kesatuan dari 3

proses yang dialektis tadi[9]. Hal yang sama terjadi pada individu-individu yang merupakan anggota dari sebuah komunitas masyarakat yang menginternalisasi apa yang ada di lingkungan masyarakat tersebut sebagai realitas obyektif. Dengan kata lain begitu individu menjadi anggota sebuah komunitas masyarakat, pada saat itulah ia merupakan peserta dalam proses dialektik yang selalu terjadi di masyarakat.

C. Perilaku Sehat dan Sakit dalam Perspektif Budaya

Manusia tidak bisa hidup sendiri. Oleh karena itu manusia dikenal sebagai makhluk sosial yaitu hidup bermasyarakat yang saling bergantung kehidupannya satu sama lain. Manusia mahluk yang berbudaya yang dikarunia akal, sehingga manusia selalu menggunakan akalnya untuk memecahkan malasalahnya dalam kehidupanya, termasuk dalam masalah kesehatan.

Berdasarkan kajian A.L. Kroeber dan C. Kluckhohn (dalam Koentjaraningrat, 1996). Ada sekitar 176 definisi kebudayaan yang telah berhasil dikumpulkan. Diantaranya menurut Taylor dalam bukunya *Primitive Culture*, memberikan definisi kebudayaan sebagai keseluruhan yang kompleks yang di didalamnya terkandung ilmu pengetahuan, kepercayaan, dan kemampuan kesenian. Moral, hukum, adat istiadat

[9]*The Social Construction of Reality: Since Society Exist as both objective and subjective reality, any adequate theoretical understanding of it must comprehend both these aspects. As we have already argued, these aspects receive their proper recognition if society is understood in terms of an ongoing dialectical process composed of three moments, of Externalization, Objectivation, and Internalitzation. As far as the societal phenomenon is concerned, these moments are not tobe thought of as occurring in a temporal sequence. Rather society and each part of it are simultaneously characterized by these three moments, so that any analysis in term of only one or two of them falls short. The same is true of the individual member of society world and internalizes it as an objective reality. In other worlds, to be in society is to participate in its dialectics*

dan kemampuan lain serta kebiasaan-kebiasaan yang didapat manusia sebagai anggota masyarakat. Sedangkan Koentjaraningrat sendiri menjelaskan, bahwa kebudayaan adalah seluruh kelakuan dari hasil kelakuan manusia yang teratur oleh tata kelakuan yang harus didapatkannya dengan belajar dan yang semuanya tersusun dalam kehidupan masyarakat.

Kedua definisi tersebut, Taylor (dalam Koentjaraningrat,1987:1-2) menjelaskan tentang unsur budaya. Sedangkan Koentjaraningrat menjelaskan tentang aspek budaya. Unsur-unsur universal yang pasti didapatkan di semua kebudayaan di dunia. Konsep kebudayaan dalam arti yang amat luas yaitu seluruh total dari pikiran, karya, dan hasil karya manusia yang tidak berakar kepada nalurinya, yang karena itu hanya bisa dicetuskan oleh manusia sesudah suatu proses belajar[10]. Dikatakan luas karena meliputi hampir seluruh aktivitas manusia dalam kehidupannya. Karena demikian luasnya, maka guna keperluan analisa konsep kebudayaan dipecah lagi kedalam unsur-unsurnya. adalah: 1) sistem religi, 2) sistem dan organisasi masyarakat, 3) sistem

[10]Lebih lanjut Koentjaraningrat menjelasakan dalam bukunya berjudul Bunga Rampai Kebudayaan, Mentalitas dan Pembangunan pada hal.5-7.Kebudayaan itu mempunyai paling sedikit tiga wujud yaitu (1) Wujud kebudayaan sebagai suatu kompleks dari ide-ide, gagasan, nilai-nilai, norma-norma, peraturan dan sebaginya (2) Wujud kebudayaan sevagai suatu kompleks aktivitas kelakuan berpola dari manusia dalam masyarakat (3)Wujud kebudayaan sebagai benda-benda hasil karya ilmiah. Wujud *pertama* adalah wujud ideal dari kebudayaan. Sifatnya abstrak, tak dapat riraba atau difoto. Lokasinya ada di dalam kepala, atau dengan perkataan lain, dalam alam pikiran dari warga masyarakat di saat kebudayaan yang bersangkutan itu hidup.Wujud *kedua* dari kebudayaan yang sering disebut sistem sosial. Sistem sosial ini terdiri dari aktivitas-aktivitas manusia yang berinteraksi, berhubungan serta bergaul satu dengan lainm mengikuti pola-pola tertentu yang berdasarkan adat tata kelakuan. Wujud *ketiga* dari kebudayaan disebut kebudayaan fisik, dan memerlukan keterangan banyak. Karena merupakan seluruh total dan hasil fisik dari aktivitas, perbuatan, dan karya semua manusia dalam masyarakat, maka sifatnya paling kongkrit, dan berupa benda-benda atau hal-hal yang dapat diraba, dilihat dan difoto. Ketiga wujud dari kebudayaan tersebut, dalam kenyataan kehidupan masyarakat tentu tidak terpisah satu dengan lain. Kebudayaan ideal dan adat- istiadat mengatur dan memberi arah kepada perbuatan dan karya manusia.

pengetahuan, 4) bahasa, 5) kesenian, 6) mata pencaharian, 7) teknologi dan peralatan. Demikian ketujuh unsur kebudayaan universal tadi memang mencakup seluruh kebudayaan mahluk manusia dimanapun juga di dunia dan menunjukkan ruang lingkup dari kebudayaan serta isi dari konsepnya

Dalam pengertian yang terbatas, banyak orang yang memberikan definisi kebudayaan sebagai bangunan indah, candi, tari-tarian, seni suara, dan seni rupa. Atau dengan perkataan lain, kebudayaan diartikan sebagai kesenian. Ada pula yang memberikan definisi kebudayaan sebagai hasil dari cipta, karsa, dan rasa. Sebenarnya kata budaya berasal dari bahasa Sansekerta budhaya, bentuk jamak budhi, yang berarti budi atau akal. Dengan demikian, kebudayaan diartikan sebagai hal-hal yang bersangkutan dengan akal (Sudarti, 2005: 66).

Lain halnya dalam mengembangkan perspektif sosiologi maka kebudayaan mempengaruhi kehidupan manusia, penting untuk diketahui. Kebudayaan mempunyai makna yang luar biasa, menyentuh hampir semua segi, tentang apa dan siapa. Cara percaya dan bertindak yang dipelajari dan dimiliki bersama ini suatu definisi lain mengani kebudayaan. Kebudayaan menjadi lensa melalui seseorang yang mempersepsikan dan menepaluasi apa yang terjadi di sekeliling kita (Henslin, 2006:38-39). Lebih lanjut dijelaskan kebudayaan ada dua bagian yaitu *material culture* (kebudayaan material) dan *nonmaterial cultur* (kebudayaan non-material). *Material culture* dicontohkannya

seperti perhiasan, kesenian, bangunan, peralatan dan lain sebagainya. Sedangkan *material culture* yaitu cara berpikir meliputi kepercayaan, nilai, dan asumsinya yang lain mengenai dunia) dan cara bertindak seperti pola perilakunya yang umum termasuk bahasa, gerak isyarat, dan bentuk interaksi lainnya) antar negara atau bangsa mempunyai karakter dan perbedaan tersendiri dan diasumsikan bahwa semuanya itu "normal" atau "alami".

Indonesia terdiri banyak suku bangsa yang mempunyai latar belakang budaya yang beraneka ragam. Lingkungan budaya tersebut sangat mempengaruhi tingkah laku manusia yang memiliki budaya tersebut. Sehingga dengan keanekaragaman budaya, menimbulkan variasi dalam perilaku manusia dalam segala hal, termasuk dalam hal yaitu menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat.

Berkaitan dengan perilaku kesehatan, jika merujuk pendapat Blum (1972) tentang status kesehatan, maka ada beberapa faktor yang mempengaruhi status kesehatan yaitu lingkungan yang terdiri dari lingkungan, sosial budaya, ekonomi, perilaku, keturunan, dan pelayanan kesehatan. Selanjutnya Blum juga menjelaskan bahwa lingkungan sosial budaya tersebut tidak saja mempengaruhi status kesehatan, tetapi juga mempengaruhi perilaku kesehatan. Dalam hal ini memberikan pelayanan kesehatan hendaknya petugas kesehatan (Pemerintah dalam hal ini Departemen Kesehatan) memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan latar belakang budaya

yang beraneka ragam. Perlu sekali mengetahui dan memahami budaya masyarakat setempat yang dilayani agar layanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat akan memberikan hasil yang optimal.

Berkaitan dengan perilaku hidup bersih dan sehat pada tatanan rumah tangga dalam hal ini dapat diartikan aktifitas kesehatan dalam suatu keluarga, saat keluarga merupakan satuan unit terkecil dari masyarakat. Sedangkan masyarakat menurut Koentjaraningrat (1996) dalam bukunya Pengantar Antropologi menyatakan bahwa masyarakat adalah kesatuan hidup manusia yang berinteraksi sesuai dengan sistem adat istiadat tertentu yang sifatnya berkesinambungan dan terikat oleh suatu rasa identitas bersama. Unsur masyarakat dapat dikelompokan ke dalam 2 bagian, yaitu (1) Kesatuan sosial, dan (2) Pranata sosial. Kesatuan sosial merupakan bentuk dan susunan dan kesatuan-kesatuan Individu yang berinteraksi dalam kehidupan masyarakat yang meliputi kerumunan, golongan, dan kelompok. Sedangkan yang dimaksud dengan pranata sosial adalah himpunan norma-norma dari segala tingkatan yang berkisar pada suatu kebutuhan pokok dalam kehidupan masyarakat. Norma-norma tersebut memberikan petunjuk bagi tingkah laku seseorang yang hidup dalam masyarakat (Koentjaraningrat,1996). Sedangkan menurut J.L. Gillin dan J.P Gillin (dalam Sudarti, 2005:66) dalam bukunya *Culture Sociology* menjelaskan bahwa masyarakat adalah kelompok manusia yang besar yang mempunyai kebiasaan, sikap,

tradisi, dan perasaan persatuan yang sama. Masyarakat itu meliputi pengelompokan yang lebih kecil, yang biasa disebut keluarga.

Terkait dengan konsepsi kebudayaan menurut Marvin Harris (dikutip Spradly, 2007:5) misalnya, mendefisikan konsep ''kebudayaan yang ditampakkan dalam berbagai pola tingkah laku yang dikaitkan dengan kelompok-kelompok masyarakat tertentu, adat atau seperti hidup masyarakat. Sementara itu, Ward Goodenough (dalam Suminar, 2012:103) mendekripsikan kebudayaan dalam sebuah frase. Menurutnya, budaya suatu masyarakat terdiri atas segala sesuatu yang harus diketahui atau dipercayai seseorang agar dapat berperilaku sesuai dengan cara yang diterima oleh masyarakat. Budaya bukanlah suatu fenomena material, tidak terdiri dari benda, manusia, perilaku, atau emosi. Budaya adalah sebuah pengorganisasian dari hal-hal tersebut dalam satu bentuk hal ihwal yang dipunyai manusia dalam pikiran (*mind*), model yang mereka punya untuk mengekpresikan, menghubungkan, dan seterusnya menginterpretasikan hal ihwal tersebut "(Spradly,2007:xiii).

Dalam tataran tertentu diyakini bahwa praktik-praktik perilaku hidup bersih dan sehat di Kabupaten Lebong merupakan artikulasi kebudayaan yang mereka miliki selama ini dan terpelihara dari generasi ke generasi. Begitu berpengaruhnya kebudayaan dalam kehidupan bermasyarakat, seringkali membuat perilaku sehat yang diciptakan oleh pemerintah berbenturan dengan perilaku sehat yang ada pada

masyarakat. Karena masyarakat berperilaku menggunakan konsep lokal yang secara tradisiobal dianggap benar yang ditiru atau diikuti oleh masyarakat lain melalui kebiasaan secara turun-temurun. Sehingga dianggap perilaku tersebut telah membudaya pada masyarakat setempat. Seperti pada saat memilih pertolongan persalinan meninta pertolongan pada dukun bayi. Karena dianggap dukun bayi bisa mengusir mahluk ghoib (mahluk halus) yang sering mengganggu ibu yang akan melahirkan, kondisi tersebut berbenturan dengan konsep perilaku sehat yang diterapkan pemerintah karena peralalatan atau cara pertolongan dukun kurang steril yang menyebabkan inpeksi.

Dalam kajian G.M. Foster, (1973), aspek budaya dapat mempengaruhi kesehatan seseorang antara lain adalah:

1) tradisi
2) sikap fatalism
3) nilai
4) *ethnocentrism*
5) unsur budaya dipelajari pada tingkat awal dalam proses sosialisasi.

Ada beberapa tradisi di dalam masyarakat yang dapat berpengaruh negatif terhadap kesehatan masyarakat. Misalnya di New Guinea, pernah terjadi wabah penyakit "*kuru*" Penyakit ini menyerang susunan saraf otak dan penyebabnya adalah virus. Penderitanya hanya terbatas pada wanita dan anak-anak kecil. Setelah dilakukan penelitian, ternyata

penyakit ini menyebar luas karena adanya tradisi kanibalisme, yaitu kebiasaan memenggal kepala orang, dan tubuh serta kepala manusia yang dipenggal tersebut hanya dibagikan kepada wanita dan anak-anak sehingga kasus epidemi penyakit *kuru in*i hanya terbatas di kalangan wanita dan anak-anak (Sudarti, 2005).

D. Budaya dalam Perspektif Petugas dan Pelayanan Kesehatan

Sebagaimana yang telah diuraikan di atas Koentjaraningrat (1996) menjelaskan bahwa kebudayaan paling sedikit mempunyai 3 wujud yaitu: 1) tata kelakuan, 2) kompleks aktivitas kelakuan berpola dan manusja dalam masyarakat, 3) sebagai benda hasil karya manusia. Wujud pertama merupakan wujud yang ideal dami kebudayaan, sifatnya abstrak, berfungsi sebagai tata kelakuan yang mengatur, mengendali dan memberi arah kepada kelakuan dan perbuatan. Lapisan yang paling abstrak adalah sistem nilai budaya, kemudian diikuti oleh norma-norma dan sistem hukum yang bersandar pada norma-norma yang lebih konkret lagi.

Petugas kesehatan tentunya perlu mempelajari budaya masyarakat di mana mereka bekerja. Beberapa konsep untuk mempelajari kebudayaan suatu masyarakat menurut Koentjaraningrat (1996) adalah (1) menghindari *stap ethnocentrism*, yaitu sikap yang memberi penilalan tertentu kepada kebudayaan yang dipelajari. Misalnya adanya sikap bahwa kebudayaan mereka sendiri yang paling baik, (2) masyarakat yang bidup di dalam kebudayaannya sendiri biasanya tidak menyadari

memiliki kebudayaan, kecuali apabila mereka memasuki masyarakat lain dan bergaul dengan masyarakat lain itu, (3) terdapatnya variabilitas di dalam perubahan kebudayaan, atau unsur kebudayaan yang satu akan lebih sukar berubah bila dibandingkan dengan unsur kebudayaan lain, (4) unsur kebudayaan saling kait mengait.

Sebagaimana kajian Sudarti (2005) dijelaskan orang yang taat beragama Islam, tidak akan mau makan daging babi meskipun keadaan gizinya sangat buruk sehingga petugas kesehatan tidak dapat menganjurkan masyarakat yang beragama Islam untuk makan daging babi dalam upaya memperbaiki status gizinya. Tetapi masih banyak makanan lain yang bergizi yang bisa dianjurkan untuk memperbaiki gizi mereka yang tidak bertentangan dengan agamanya. Analisa tersebut menindikasikan bahwa setiap kegiatan atau program kesehatan yang akan di terapkan pada masyarakat harus memahami dan disesuaikan dengan kondisi budaya setempat.

Memahami berbagai kasus dan melalui berbagai pengalaman tentunya petugas kesehatan dapat menentukan strategi pendekatan yang lebih tepat dalam upaya mengubah perilaku kesehatan masyarakat menuju perilaku sehat dan perbaikan status kesehatan masyarakat. Petugas kesehatan harus juga mengetahui pengetahuan masyarakat tentang kesehatan. Dengan menguasai pengetahuan tersebut, akan membantu mereka dalam menentukan pengetahuan mana yang perlu

ditingkatkan, diubah, dan pengetahuan mana yang perlu dilestarikan dalam memperbaiki status kesehatan.

Studi yang dilakukan di Jakarta Utara tentang pencarian pertolongan pengobatan bagi balita yang sakit diare yaitu "Ditemukan konsep masyarakat tentang penyebab penyakit diare berbeda dengan konsep medis. Menurut masyarakat, penyebab penyakit diare pada bayi adalah karena bayi tersebut sedang mengalami proses peningkatan kepandaiannya. Misalnya, bayi yang semula hanya bisa merangkak kemudian meningkat bisa berdiri. Maka dalam proses perubahan tersebut, bayi akan mengalami diare dan hal tersebut tanggap wajar sehingga tidak perlu diobati. Selain itu, bayi yang baru tumbuh gigi juga bisa mengakibatkan diare. Masyarakat juga berpendapat, bahwa penyakit disebabkan oleh guna-guna, gangguan roh halus, pergantian cuaca, atau dosa manusia" (Sudarti *et.al* 1996 dalam Notoadmodjo, 2005:68).

"Kasus lainnya yang dilakukan di pedesaan daerah Kabupaten Soe, Nusa Tenggara Timur, masyarakat berpendapat bahwa bayi yang sakit disebabkan oleh dosa kedua orang tuanya sehingga untuk menyembuhkan anàk yang sakit ISPA. Kedua orang tuanya harus mengutarakan dosa-dosa mereka dan meminta maaf. Pertama kali mereka mencari pertolongan pengobatan kepada tim doa, dan jika tidak sembuh, kemudian mereka mencari pertolongan pengobatan ke

pelayanan kesehatan" (Kresno, Sudarti *et.al*,.2001 dalam Notoadmodjo, 2005:68).

Karena kebudayaan mengandung unsur kesenian masyarakat, maka petugas kesehatan dapat memanfaatkan kesenian yang ada di masyarakat untuk menyampaikan pesan kesehatan. Sistem mata pencaharian dalam kehidupan masyarakat perlu juga dipelajari karena ada kaitannya dengan pola penyakit yang diderita oleh masyarakat tersebut. Teknologi dan peralatan yang dimiliki masyarakat dapat digunakan dalam upaya mengubah perilaku kesehatan masyarakat karena masyarakat akan lebih mudah menerima pesan yang disampaikan melalui media yang biasa atau disenangi masyarakat. Seperti dalam acara kesenian tradisional atau sebaliknya dengan semakin berkembangnya teknologi saat ini. Petugas kesehatan harus mengikuti perkembangan teknologi sudah banyak di desa-desa masuk jaringan internet yang dapat dimanfaatkan untuk menyebarkan informasi kesehatan.

Perilaku hidup dan budaya hidup manusia merupakan fenomena yang dapat dikaitkan dengan munculnya berbagai macam penyakit. Selain itu, hasil berbagai kebudayaan juga dapat menimbulkan penyakit. Masyarakat dan pengobatan tradisional menganut dua konsep penyebab sakit, yaitu naturalistik dan personalistik (Zumaji,2012). Penyebab yang bersifat naturalistik, yaitu seseorang menderita sakit akibat pengaruh lingkungan, makanan (salah makan), kebiasaan hidup,

ketidakseimbangan dalam tubuh, termasuk pula kepercayaan panas dingin seperti masuk angin dan penyakit bawaan.

Konsep sehat-sakit yang dianut pengobat tradisional (battra) sama dengan yang dianut masyarakat yakni suatu keadaan yang berhubungan dengan keadaan badan atau kondisi tubuh, kelainan-kelainan, serta gejala yang dirasakan. Sementara itu konsep personalistik menganggap munculnya penyakit (illness) disebabkan oleh intervensi suatu agen aktif yang dapat berupa makhluk bukan manusia (hantu, roh, leluhur, atau roh jahat) atau makhluk manusia (tukang sihir, tukang tenung).

Sistem nilai dan kepercayaan dalam struktur sosial dan dalam proses kognitif masyarakat petani menampakan bentuk-bentuk yang kadang-kadang menghambat penerimaan mereka terhadap pengobatan ilmiah. Pada umumnya semua orang bersifat etnosentris, masyarakat terikat pada cara-cara dan kepercayaan tradisional, dan menganggap bahwa cara-cara tersebut adalah sama dan mungkin lebih baik daripada cara-cara pada masyarakat lainnya. Seperti hantu, tukang sihir, dan roh-roh di hutan, adalah bagian dari lingkungan supranatural pada suatu masyarakat, maka ceramah dari pendidik (penyuluh) kesehatan yang terlatih secara ilmiah tidak akan bisa meyakinkan mereka bahwa hal-hal itu bukanlah sebab-sebab dari penyakit (Foster dan Anderson, 2006:266)

Perilaku sehat diperlihatkan oleh individu yang merasa dirinya sehat meskipun secara medis belum tentu mereka betul-betul sehat. Sesuai dengan persepsi tentang sakit dan penyakit maka perilaku sakit dan penyakit sehat pun subyektif sifatnya. Persepsi masyarakat tentang sehat-sakit ini sangatlah dipengaruhi oleh unsur pengalaman masa lalu di samping unsur sosial budaya. Sebaliknya petugas kesehatan berusaha sedapat mungkin menerapkan kriteria medis yang obyektif berdasarkan gejala yang tampak guna mendiagnosis kondisi fisik individu[11].

Menurut H. Ray Elling, (1970), ada beberapa faktor sosial yang berpengaruh pada perilaku kesehatan, antara lain: 1) *self concept*, dan 2) citra kelompok. Di samping itu, G.M Foster (1973) menambahkan, bahwa identifikasi individu kepada kelompoknya juga berpengaruh terhadap perilaku kesehatan. Seperti pengaruh citra kelompok terhadap perilaku kesehatan, keluarga di pedesaan yang mempunyai kebiasaan untuk BAB di sungai, berpengaruh jika suatu ketika melihat anak-anak atau keluarga petugas kesehatan juga melakukan hal yang sama BAB di

[11]Menurut kajian (Sudarti,2005) dalam buku Promosi Kesehatan teori dan aplikasi, Ada beberapa aspek sosial yang mempengaruhi status kesehatan, antara lain adalah: 1) umur, 2) jenis kelamin, 3) pekerjaan, 4) sosial ekonomi. Jika dilihat dari golongan umur, maka ada perbedaan pola penyakit berdasarkan golongan umur. Misalnya di kalangan balita banyak yang menderita penyakit infeksi, sedangkan pada golongan usia lanjut lebih banyak menderita penyakit kronis seperti hipertensi, penyakit jantung koroner, kanker, dan lain-lain. Demikianjuga ada perbedaan jenis penyakit yang diderita oleh golongan berdasarkan jenis kelamin. Misalnya di kalangan wanita lebih banyak menderita penyakit kanker payudara, sedangkan pada laki-laki banyak yang menderita kanker prostat. Di samping itu, ada hubungan antara jenis pekerjaan dengan pola penyakit. Misalnya saja, petani mempunyai pola penyakit yang berbeda dengan pola penyakit pekerja di industri. Dikalangan petani banyak yang menderita penyakit cacing akibat kerja yang banyak dilakukan di sawah dengan lingkungan yang banyak cacing. Sebaliknya, buruh yang bekerja di industri, misalnya di pabrik tekstil, banyak yang menderita penyakit saluran pernapasan karena banyak terpapar dengan debu Keadaan sosial ekonomi juga berpengaruh pada pola penyakit, bahkan juga berpengaruh pada kematian. Misalnya, angka kematian lebih tinggi di kalangan golongan yang status ekonominya rendah dibandingkan dengan mereka dari golongan status ekonomi tinggi. Demikian pula obesitas, lebih banyak ditemukan pada golongan masyarakat yang berstatus ekonomi tinggi, dan sebaliknya, malnutrisi lebih banyak ditemukan di kalangan masyarakat yang status ekonominya rendah.

sungai. Kondisi tersebut membuat masyarakat tidak percaya karena petugas kesehatan menjadi panutan untuk berperilaku sehat. Contoh lain orang akan beranggapan negatif jika melihat dokter merokok di dalam rumah karena sebagai tenaga kesehatan tidak memberi contoh berperilaku sehat yaitu tidak mendukung program PHBS seharusnya seorang dokter tidak merokok di dalam rumah.

Berkaitan dengan tenaga kesehatan seperti keperawatan transkultural adalah suatu pelayanan keperawatan yang berfokus pada analisa dan studi perbandingan tentang perbedaan budaya (Leinenger, 1987). Keperawatan transkultural merupakan ilmu dan kiat yang humanis, difokuskan pada perilaku individu atau kelompok serta proses untuk mempertahankan atau meningkatkan perilaku sehat atau perilaku sakit secara fisik dan psikokultural sesuai latar belakang budaya (Leininger, 1984). Pelayanan keperawatan transkultural diberikan kepada pasien sesuai dengan latar belakang budaya dari masing-masing pasien yang pada umumnya bermula dari proses soialisasi dalam keluarga. Misalnya tentang perilaku hidup sehat yang diajarkan oleh orang tua terhadap anak-anaknya.

Pada tingkat awal proses sosialisasi, seorang anak diajarkan antara lain bagaimana cara makan, bahan makanan apa yang dimakan, cara buang air kecil dan besar, dan lain-lain. Kebiasaan tersebut terus dilakukan sampai anak tersebut dewasa, dan bahkan menjadi tua. Kebiasaan tersebut sangat mempengaruhi perilaku kesehatan dan sulit

untuk diubah. Misalnya saja, manusia yang biasa makan nasi sejak kecil akan sulit untuk diubah kebiasaan makannya setelah dewasa. Oleh karena itu, upaya untuk menganjurkan kepada masyarakat untuk makan makanan yang beranekaragam harus dimulai sejak kecil (masa kanak-kanak). Menurut Berger dan Luckmaa (2012) konsep tersebut ada dalam internalisasi yaitu pada saat terjadinya sosialisasi primer pada masa kanak-kanak. Proses sosialisasi tersebut dengan proses belajar kebudayaan dalam hubungan dengan sistem sosial. Dalam proses tersebut seorang individu dari masa anak-anak hingga tua belajar pola-pola dalam interaksi dengan segala macam dalam kehidupan sehari-hari termasuk pola-pola yang berlaku tentang kesehatan.

Menurut (Jasmin dan Johsons, 1999). Ada kemajuan terbaru di dalam sistem informasi geografis yang dapat memetakan dengan suatu alat teknologi dapat menciptakan peluang baru untuk tenaga-tenaga kesehatan masyarakat dalam meningkatkan perencanaan, analisis, monitoring dan manajemen sistem kesehatan. Sebagian besar data yang digunakan dan yang dihasilkan oleh tenaga kesehatan dan para tenaga sosial lainnya mempunyai suatu perbedaan sehingga sistem informasi geografis (GIS) sangat berguna sekali bagi tenaga profesional kesehatan dan tenaga-tenaga di bidang lainnya di dalam merencanakan dan manajemen sehari-hari. Pemanfaatan sistem informasi geografi di bidang kesehatan yaitu menyediakan data atribut dan data spasial yang menggambarkan distribusi atau pola penyebaran penderita suatu

penyakit atau model penyebaran distribusi unit-unit fasilitas pelayanan kesehatan diantaranya tenaga medis, serta tenaga kesehatan lain (Prahasta, 2005).

Berbagai konsep dan pandangan tentang pembahasan mengenai geografi diantaranya menurut Ritter (1779-1859) dan Humboldt, Ritter dianggap sebagai peletak dasar geografi modern. Profesor geografi Universitas Berlin ini mengatakan bahwa geografi merupakan suatu telaah tentang bumi sebagai tempat hidup manusia. Hal-hal yang menjadi obyek studi geografi adalah semua fenomena di permukaan bumi, baik organik maupun anorganik yang berkaitan dengan kehidupan manusia. Sedikit berbeda dengan pendapat Ratzel (dalam Daldjoeni 1982:70) adanya hubungan yang beraneka yang serba rumit di antara manusia dan topografi wilayah, ketinggian tempat, iklim setempat serta vegetasi yang dominan. Dalam bukunya *anthoropogeographie* mendiskusikan bagaimana tersebarnya umat manusia dipermukaan bumi diatur oleh kekuatan-kekuatan alam. Dijelaskan lebih lanjut konsep geografi dalam bukunya yang berjudul *Politische Geographie*. Konsep itu diberi nama *Lebensraum* yang artinya wilayah geografis sebagai sarana bagi organisme untuk berkembang. Ia melihat suatu negara cenderung meluaskan *lebensraumnya* sesuai kekuatan yang dimiliki. Lain halnya dengan (Daldjoeni, 1982) merinci konsep geografi lebih rinci. Dikenal karena buku-bukunya yang membahas hal-hal yang berkaitan dengan geografi. Menurutnya,

geografi merupakan ilmu pengetahuan yang mengajarkan manusia mencakup tiga hal pokok, yaitu spasial (ruang), ekologi, dan region (wilayah). Dalam hal spasial, geografi mempelajari persebaran gejala baik yang alami maupun manusiawi di muka bumi. Kemudian dalam hal ekologi, geografi mempelajari bagaimana manusia harus mampu beradaptasi dengan lingkungannya. Adapun dalam hal regional, geografi mempelajari wilayah sebagai tempat tinggal manusia berdasarkan kesatuan fisiografisnya. Seamon (1979) memandang tempat yang disebut rumah sebagai produk kehadiran fisik dan ritual sosial. Namun, pembedaan kehadiran-ketidakhadiran, meskipun sugestif, nampak sedikit kasar. Karena sebagaimana kata Harvey (1993) tempat memiliki cakupan makna metaforis yang lebih kaya ketimbang yang dicakup oleh kehadiran. Kita bisa membedakan ruang dan tempat berdasarkan alasan bahwa tempat merupakan fokus dari pengalaman manusia, memori, hasrat, dan identitas. Jadi tempat adalah konstruksi diskursif ysng menjadi target identifikasi atau investasi emosional (Relph, 1976).

Merujuk dari beberapa pendapat di atas, semuanya memberikan gambaran bahwa geografi tersebut adalah merupakan wilayah sebagai tempat tinggal manusia dengan berbagai aktivitas termasuk penyesuaian diri manusia terhadap lingkungan wilayah tempat tinggalnya. Apabila merujuk pada manusia harus beradaptasi dengan lingkungan wilayah tempat tinggal, dapat diartikan bahwa geografi

adalah ilmu yang bertugas mengadakan penafsiran terhadap persebaran fakta, menemukan hubungan antara kehidupan manusia dengan lingkungan fisik, menjelaskan kekuatan interaksi antara manusia dan alam (Frank Debenham, 1950). Oleh karena geografi adalah ilmu yang mempelajari hubungan kausal gejala-gejala di muka bumi dan peristiwa-peristiwa yang terjadi di muka bumi baik yang fisikal maupun yang menyangkut mahkluk hidup beserta permasalahannya, melalui pendekatan keruangan, ekologikal dan regional untuk kepentingan program, proses dan keberhasilan pembangunan. Ada persamaan dengan pendapat Ekblaw dan Mulkerne (dalam Bintarto, 2000) yang mengemukakan, bahwa geografi merupakan ilmu pengetahuan yang mempelajari bumi dan kehidupannnya mempengaruhi pandangan hidup manusia tentang makanan yang dikonsumsi, pakaian yang digunakan, rumah yang dihuni dan tempat rekreasi yang dinikmati.

Kehidupan manusia mengenal ruang dan tempat tumbuh untuk berkembang yang biasa dikenal dengan rumah sebagai tempat tinggal. Kehidupan manusia mengalami perubahan, penambahan dan pengurangan. Pergerakan ini dapat menyebabkan persebaran berbagai penyakit seperti kondisi khususnya penyakit menular seperti DBD atau malaria dibawa agen dari satu tempat ketempat lain yang disuaikan pada kondisi geografis masing-masing daerah. Bahkan sebaliknya ada penyakit tertentu dapat disembuhkan oleh kondisi geografis seperti

sesorang mengidap penyakit asma bisa berkurang atau bahkan sembuh jika bertempat tinggal di dekat pantai. Karena menurut (Kuspriyanto,2010) analisis ruang persebaran kondisi kesehatan ditinjau dari sudut geografis dapat mengkaji variabel penyakit tertentu yang berbeda dari satu tempat ke tempat lain. Contoh lain faktor geografis berkontribusi terhadap kecukupan air bersih dan kuantitas air serta jenis penyakit kulit yang berhubungan dengan kualitas air. Karena geogrfis suata daerah seperti sistem lahan dan jenis tanah sangat membentuk zona resapan air pada suatu daerah yang sudah dibuktikan oleh (Rizal, 2009) di Kabupaten Deli Serdang Sumatra Utara.

Kondisi alam Indonesia yang terdiri dari berbagai pulau berserta karekteristik geografisnya masing-masing berkontribusi terhadap kesehatam masyarakat, sebagaimana kajian Adam (2008) pada masyarakat suku Bajo di Kabupaten Kolaka Sulawesi Tengah. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor geografis dan kelengkapan fasilitas kesehatan memiliki hubungan terhadap pemanfaatan layanan kesehatan. Hal itu dikarenakan sebagian besar Suku Bajo, menunjukkan bahwa waktu yang dibutuhkan untuk ketempat pelayanan kesehatan yaitu lebih dari 60 menit. Oleh karena itu, masyarakat Suku Bajo tidak ke pelayanan kesehatan jika sakit dikarenakan lokasi pelayanan kesehatan jauh, transportasi susah pada umumnya menggunakan perahu dan mahal, serta lokasi pemukiman warga berada di pulau-

pulau. Dengan alasan kondisi geografis tersebut membuat masyarakat suku Bajo jika sakit biasanya meminta pertolongan dukun setempat.

Kondisi geografis lainnya yang berhubungan dengan kesehatan seperti hasil penelitian Yudhastuti (2008:16-18) dilakukan di tiga desa yaitu Desa Keboireng Kecamatan Basuki Kabupaten Tulung Agung, dan dua desa lainnya yaitu Desa Prigi dan Desa Tasikmadu Kecamatan Watulimo Kabupaten Trenggalek ditemukan bahwa angka kejadian malaria bervariasi diantara ketiga desa tersebut. Hal itu dikarenakan faktor geografis masing-masing desa bervariasi seperti pantai hingga pegunungan, suhu udara, kelembaban, sinar matahari dan kecepatan angin (Achmadi, 2005).

BAB 4

KONSTRUKSI SOSIAL PERILAKU MENURUT PERSPEKTIF BERGERIAN

A. Dialetika Eksternalisasi, Obyektivasi dan Intenalisasi

B. Dialektika Eksternalisasi, Obyektivasi dan Intenalisasi: Memberi ASI Eksklusif sebagai Tindakan Konstruksi Sosial

C. Dialetika Eksternalisasi, Obyektivasi dan Internalisasi: Tidak Merokok di Dalam Rumah sebagai Tindakan Konstruksi Sosial

D. Significant Other(s) Terhadap PHBS

Sumber: Koleksi Pribadi 2013

BAB IV
KONSTRUKSI SOSIAL PERILAKU MENURUT PERSPEKTIF BERGERIAN

Peter L. Berger dan Thomas Luckmann (1966) dalam bukunya *The Social Construction of Reality* yang diterjemahkan menjadi *Tafsir Sosial atas Kenyataan: Sebuah Risalah tentang Sosiologi Pengetahuan* (2012) secara teoretik membahas masalah kontruksi sosial dalam tiga hal, yaitu:

(1) Dasar-dasar pengetahuan dalam kehidupan sehari-hari
(2) Masyarakat sebagai realitas obyektif: dan
(3) Masyarakat sebagai realitas subyektif

Dalam keseluruhan pemahaman mereka, selanjutnya dua istilah yang menjadi kunci teori konstruksi sosial Berger dan Luckmann adalah realitas dan pengetahuan. Realitas adalah suatu kualitas yang terdapat dalam fenomena-fenomena yang memiliki keberadaan (*being*) yang tidak tergantung kepada kehendak individu manusia (yang kita tidak dapat meniadakannya dengan angan-angan). Pengetahuan adalah kepastian bahwa fenomen-fenomen itu nyata (*real*) dan memiliki karateristik-karateristik yang spesifik (Berger dan Luckmann, 2012:1). Dengan demikian, dalam pemahaman mereka kenyataan sosial adalah hasil eksternalisasi dari internalisasi dan obyektivasi manusia terhadap pengetahuan dalam kehidupan sehari-hari.

Dalam pemahaman ini, eksternalisasi dipengaruhi oleh *stock of knowledge* (cadangan pengetahuan) yang dimiliki seseorang. Cadangan

pengetahuan yang dimaksudkan mereka di sini adalah akumulasi dari *common sense of knowledge* (pengetahuan akal sehat). *Common sense* adalah pengetahuan yang dimiliki individu bersama individu-individu lainnya dalam kegiatan rutin yang normal dalam kehidupan sehari-hari (Berger dan Luckmann, 2012:33) yang diperoleh melalui proses sosial terus-menerus yang dialami oleh individu itu dalam kehidupannya di masyarakat selama hidupnya.

Selanjutnya, obyektivasi menurut Berger dan Luckmann (1966:78), adalah proses ketika produk atau hasil aktivitas manusia yang dieksternalisasi mendapatkan karakter obyektivitas. Eksternalisasi dan obyektivasi adalah momen-momen dalam sebuah proses dialektikal (diskusi) yang berlanjut.

Momen yang terakhir dalam proses ini adalah internalisasi (dunia sosial yang diobyektivasi mengalami kesadaran dalam hal sosialisasi). Internalisasi adalah pemahaman yang cepat atau interpretasi terhadap kejadian obyektif sebagaimana mengekspresikan makna, yaitu sebuah manifestasi proses subyektif yang lainnya dengan cara yang demikian menjadi bermakna secara subyektif bagi seseorang. Dengan demikian, internalisasi dalam makna secara umum merupakan dasar pertama untuk sebuah pemahaman seseorang. Adapun dasar kedua pemahaman adalah pemahaman dunia sebagai sebuah realitas sosial yang bermakna (Berger dan Luckmann, 1966:150).

Dalam kaitan dengan konstruksi sosial PHBS di Lebong ini, khususnya untuk mengetahui betulkah perilaku hidup bersih dan sehat di Kabupaten Lebong disebabkan oleh konstruksi sosial Berger dan Luckmann dan bagaimanakah anggota keluarga di Kabupaten Lebong mengkonstruksi PHBS menurut perspektif Peter L. Berger dan Thomas Luckmann, maka masing-masing empat PHBS yang dipilih dalam pembahasan penelitian ini dianalisis secara dialektik yaitu: secara eksternalisasi, obyektivasi, dan internalisasi.

Tiga tahapan tersebut oleh Berger disebut sebagai momen. Tiga tahap atau momen tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut. *Pertama*, eksternalisasi, yaitu usaha pencurahan atau ekspresi diri individu ke dalam dunia, baik dalam kegiatan mental maupun fisik. Ini sudah menjadi sifat dasar individu yang akan selalu mencurahkan diri ke tempat dimana ia berada. Individu tidak dapat dimengerti sebagai ketertutupan yang lepas dari dunia luarnya. Individu berusaha menangkap dirinya, dalam proses inilah dihasilkan suatu dunia dengan kata lain, individu menemukan dirinya sendiri dalam suatu dunia. *Kedua*, obyektivasi, yaitu hasil yang telah dicapai baik mental maupun fisik dari kegiatan eksternalisasi individu tersebut. Hasil itu menghasilkan realitas obyektif yang bisa jadi akan menghadapi si penghasil itu sendiri sebagai suatu faktisitas yang berada di luar dan berlainan dari individu yang menghasilkannya. Lewat proses obyektivasi ini, masyarakat menjadi suatu realitas *suigeneri*s. *Ketiga*,

internalisasi, yaitu merupakan proses penyerapan kembali dunia obyektif ke dalam kesadaran sedemikian rupa sehingga subyektif individu dipengaruhi oleh struktur dunia sosial. Berbagai macam unsur dari dunia yang telah terobyektifkan tersebut akan ditangkap sebagai gejala realitas di luar kesadarannya, sekaligus sebagai gejala internal bagi kesadaran. Melalui internalisasi, individu menjadi hasil dari masyarakat. Bagi Berger, realitas itu tidak dibentuk secara ilmiah tidak juga sesuatu yang diturunkan oleh Tuhan, melainkan dibentuk dan dikonstruksi. Dengan pemahaman semacam ini, realitas berwajah ganda[12]. Setiap individu dapat memiliki konstruksi yang berbeda-beda atas suatu realitas yang sama. Setiap orang yang mempunyai pengalaman, preferensi, pendidikan tertentu, dan lingkungan pergaulan atau sosial tertentu akan menafsirkan realitas sosial itu dengan konstruksinya masing-masing

A. Dialetika Eksternalisasi, Obyektivasi dan Intenalisasi

Gagasan pokok (*main idea*) teori Konstruksi Sosial Berger dan Luckmann bahwa manusia itu pada hakekatnya adalah memproduksi dirinya sendiri. Tidak ada tempat bagi individu untuk memencilkan diri atau terkurung (Charles, 1999:384). Dalam melakukan produksi diri

[12] Gagasan pokok (*main idea*) teori konstruksi sosial Berger dan Luckmann bahwa manusia itu pada hakekatnya adalah memproduksi dirinya sendiri, tidak ada tempat bagi individu untuk memencilkan diri atau terkurung. Dalam melakukan produksi diri selalu memerlukan suatu 'perkongsian sosial' (*social enterprice*). Individu secara bersama-sama menciptakan lingkungan manusia dengan segala bentuk sosio-budaya dan psikologisnya. Tidak ada seorang pun dalam bentukan ini bisa dimengerti sebagai bentukan dari raga biologisnya semata yang hanya menyediakan batas-batas luar untuk aktivitas produktif manusia. Charles Lemert (*ed.*), *Social Theory the Multicultural and Classic Reading, Westview Press*, 1999: 384-388.

selalu memerlukan suatu 'perkongsian sosial' (*social enterprice*). Individu secara bersama-sama menciptakan lingkungan manusia dengan segala bentuk sosio-budaya dan psikologisnya. Tidak ada seorang pun dalam bentukan ini bisa dimengerti sebagai bentukan dari raga biologisnya semata yang hanya menyediakan batas-batas luar untuk aktivitas produktif manusia.

Struktur itu adalah sebuah produksi bersama (*a collective production*) yang terjadi dalam kurun waktu yang sangat lama[13]. Adapun obyektivasi digambarkan sebagai penciptaan berbagai lembaga, bahasa, benda, peralatan, ilmu pengetahuan, kesenian, dalam aktivitas terstruktur. Segala struktur itu memiliki aturan yang harus ditaati. Agar penciptaan itu menjadi obyektif maka harus ada aturan yang dibuat bersama. Jadi obyektivasi adalah tahap berikut manakala para 'aktor sosial' secara simultan melakukan eksternalisasi atau melakukan tindakan sosial yang pada gilirannya membentuk sebuah realitas sosial obyektif[14]. Internalisasi bagi Berger adalah kurang lebih sama dengan sosialisasi. Dalam internalisasi, peran (*role*) dan identitas (*identity*) sangat penting. Dengan peranan dan identitas tertentu anggota-anggota dari suatu struktur melakukan internalisasi. Manusia itu sendiri adalah terstruktur oleh realitas obyektif. Masing-masing orang memiliki

[13] Termuat dalam Tim Knepper (reviewer), *Berger The Sacred Canopy: Elements of Sociological Theory of Religion*, Religious Experience Resources Review of Books and Articles, http://people.bu.edu./wwildman.

[14] *Inter-subjectivity* adalah istilah dalam metode fenomenologi, yang dijadikan kesepakatan kerja *(working agreement)* agar tidak boleh ada klaim akan adanya *"objectivity* Dalam perpektif fenomenologi realitas obyektif yang dimaksud dianggap tidak akan pernah ada, yang ada adalah inter-subyektif

peranan dalam struktur. Memainkan sebuah peran berarti menjadi sebuah pribadi (*be that person*). Kesadaran individual akan diri dan dunianya terbentuk sesuai dengan peran tadi. Struktur obyektif membuat seseorang tidak hanya sekedar memainkan sebuah peranan (*play a role*) melainkan juga 'menjadi'. Tatanan sosial adalah suatu produk manusia atau persisnya adalah yang sedang dan terus-menurus diproduksi manusia. Ia diciptakan manusia dalam sebuah perjalanan 'eksternalisasi' yang terus menerus (Charles, 1999:287)

Misalnya dalam hal persalinan ibu hamil, di luar diri individu terdapat aktivitas yang terstruktur berkaitan dengan persalinan. Aktivitas terstruktur tersebut meliputi lembaga kesehatan (dukun bayi, bidan desa, poliklinik desa, dan puskesmas), peralatan persalinan, pengetahuan dan ilmu pengetahuan yang berhubungan dengan persalinan, serta bahasa tentang persalinan. Dalam pemahaman Berger, semua struktur yang terlembagakan tersebut disebut ada dalam momen obyektivasi. Bagi ibu hamil yang melakukan perkawinan, lembaga-lembaga itulah yang nantinya turut mempengaruhi proses persalinan.

Struktur tersebut sengaja diciptakan individu dalam dunia sosialnya untuk memudahkan kehidupannya, khususnya yang berkaitan dengan persalinan ibu hamil. Struktur yang diciptakan oleh individu-individu tersebut dalam teori konstruksi sosial Berger disebut sebagai eksternalisasi dan kalau hasil eksternalisasi ini sudah terpolakan dan diikuti terus-menerus dalam masyarakat ia akan menjadi

obyektivasi. Sebagai hasil dari eksternalisasi, aktivitas terstruktur yang berkaitan dengan persalinan diciptakan dalam waktu yang relatif lama yang diturunkan dari generasi ke generasi melalui proses sosialisasi (primer dan sekunder). Termasuk keberadaan dukun bayi[15] dan bidan (tenaga kesehatan) juga diciptakan dalam kurun waktu yang relatif lama. Bahkan eksistensi dukun bayi di tengah-tengah kehidupan masyarakat sudah terlebih dahulu ada jauh sebelum ada profesi bidan. Begitu pula dengan eksistensi bidan, tidak serta-merta ada dalam kehidupan masyarakat.

Oleh karena itu, keduanya dikonstruksikan secara berbeda dan salah satunya berusaha untuk meniadakan yang lain. Meskipun dukun bayinya yang masih aktif namun perlahan tapi pasti keberadaan dukun bayi akan tergusur oleh bidan desa. Hal ini dikarenakan keahlian dan ketrampilan dukun bayi jarang yang mau melanjutkan. Sedangkan bidan desa, keahlian dan keterampilan dalam menolong proses persalinan diperoleh melalui pendidikan formal. Jika sampai sekarang, sebagian ibu-ibu yang melahirkan masih dibantu oleh dukun bayi. Hal ini dikarenakan adanya cadangan pengetahuan tentang dukun bayi yang diperoleh dari orang-orang disekitarnya (ibunya, neneknya atau tetangganya).

[15] Menurut Kusnada Adimihardja, dukun bayi adalah seorang wanita atau pria yang menolong persalinan.Kemampuan ini diperoleh secara turun menurun dari ibu kepada anak atau dari keluarga dekat lainnya. Cara mendapatkan keterampilan ini adalah melalui magang dari pengalaman sendiri atau saat membantu melahirkan.

Upaya sosialisasi PHBS harus memperhitungkan pengetahuan-pengetahuan tentang kebiasaan, adat istiadat, dan tingkat pengetahuan *traditional medicine* masyarakat setempat. Seringkali, program kesehatan menemui kegagalan karena dijalankan tanpa mempertimbangkan tradisi, adat istiadat dan kebudayaan masyarakat setempat. Program kesehatan modern seperti PHBS dilaksanakan semata-mata dengan berpedoman kepada pertimbangan teknis medis yang 'kaku'.

Dukun bayi dalam perspektif Weberian termasuk tipe pemimpin informal karena pada umumnya mereka memiliki kekuasaan dan wewenang yang disegani oleh masyarakat sekelilingnya. Wewenang yang dimilikinya terutama adalah wewenang karismatis. Secara teoretis, wewenang dapat dibedakan atas wewenang tradisional, wewenang legal rasional dan wewenang karismatis. Dukun bayi dianggap sebagai orang yang memiliki kekuasaan karismatis karena kemampuan atau wibawa yang khusus terdapat dalam dirinya. Wibawa tadi dimiliki tanpa dipelajari, tetapi ada dengan sendirinya dan merupakan anugerah dari Tuhan.

Dalam realitas, keberadaan dukun bayi[16] sebagai bagian dari struktur sosial, sampai sekarang masih dibutuhkan oleh masyarakat yang memerlukan bantuan persalinan. Setidaknya terdapat beberapa

[16]Penelitian yang dilakukan Mulyani (2009) menunjukkan adanya hubungan antara pengetahuan ibu, sikap ibu dan budaya ibu dalam memilih dukun bayi sebagai penolong dalam proses persalinan. Studi Mulyani yang dilakukan di Puskesmas Punggelan 2 Banjarnegara, menunjukkan bahwa masyarakat masih membutuhkan bantuan dukun bayi dalam proses persalinan. Mulyanti, Anik (2009) *Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Pilihan Dukun Bayi sebagai Penolong Persalinan di Wilayah Puskesmas Punggelan 2 Banjarnegara.*. Undergraduate Thesis, Diponegoro University.

alasan mengapa informan masih memerlukan atau meminta bantuan pertolongan persalinanan pada *piawang* (dukun bayi) dalam proses persalinan diantaranya adalah (1) dukun bayi membantu proses persalinan dan merawat bayi sampai berusia sekitar satu minggu atau sampai *pusar* (pusat) bayi *tanggal* (lepas), (2) cara pembayaran biaya proses persalinan tidak harus dengan menggunakan uang dan bisa diangsur[17], (3) ada hubungan emosional antara ibu yang melahirkan dengan dukun bayi, (4) dukun bayi bisa dipanggil setiap saat, (5) meskipun dukun bayi tidak mendapatkan pendidikan persalinan seperti bidan dan hanya mengikuti atau adanya kerjasama pada saat proses persalinan jika dibutuhkan oleh bidan, aspek pengalaman dukun bayi dianggap lebih banyak dibanding dengan bidan masih mempengaruhi masyarakat untuk tetap percaya pada *piawang*, (6) Proses persalinan ditolong yang dibantu oleh piawang sudah lama dikenal dan dilukan secara turun-temurun, sejak dari nenek-moyang terdahulu, serta (7) dukun bayi bisa mengusir makhluk halus (masalah non medis) yang sering menggangu ibu hamil dan bayi dari sejak duhulu hingga sekarang masih dipercaya[18], meskipun di dalam Undang-Undang

[17]Hal ini sesuai dengan ciri-ciri dukun (bayi) yang dikemukakan Suparlan (1991), *The Javanes* Dukun, Jakarta: Peka), bahwa dukun biasanya tidak mencari bayaran, karena perbuatan yang dilakukan bertujuan untuk menolong orang lain dan merupakan panggilan jiwa. Ongkos tidak ditentukan oleh dukun bayi tetapi sesuai dengan kemampuan orang yang ditolongnya.

[18]Banyak karya Schutz berfokus pada aspek dunia sosial yang disebut *life world* (dunia kehidupan) atau dunia kehidupan sehari-hari. Dunia tersebut yaitu dunia intersubyektif tempat orang menciptakan realitas sosial sekaligus dibatasi oleh struktur-struktur sosial dan budaya yang sebelumnya sudah ada yang diciptakan oleh para pendahulu (Ritzer, 2012:370-371).
Realitas tersebut masih berlaku hingga sekarang , seperti penuturan informan berikut ini. "Meskipun pendidikan kami strata 1/S1 dan tingkat pendapatan kami lumayan (suami-istri kerja) karena kami tinggal di Lebong, mau tidak mau mengikuti budaya atau kebiasaan di daerah in, seperti saat istri saya hamil disuruh

tentang Kesehatan, dukun bayi tidak termasuk kategori tenaga kesehatan. Kementrian Kesehatan juga membuat target nasional sebesar 90% persalinan di tolong oleh tenaga kesehatan. Dalam konteks ini, bahasa memainkan peran yang tidak kecil dalam proses obyektivasi.

Pengetahuan persalinan yang pada awalnya dominan diwarnai dengan mitos, tradisi, dan dilakukan oleh dukun bayi secara perlahan tetapi pasti digeser oleh pengetahuan, teknologi, dan tenaga bidan. Sebagian masyarakat ada yang masih bertahan dengan kebiasaan lamanya (dukun bayi), sebagian masyarakat lainnya ada yang telah memiliki kebiasaan baru dalam proses persalinan (ditolong oleh bidan) dan sebagian di antaranya mengkombinasikan keduanya (dukun bayi dan bidan).

Proses sosialisasi tersebut pada umumnya dilaksanakan oleh keluarga, yaitu orang tua atau orang-orang terdekat yang merawatnya yang ada di sekitar mereka, sebagai *significant others*[19] (orang-orang yang

mertua, dipakai penangkal syetan kalau mau pergi ke Kota Bengkulu, alasannya supaya selama diperjalanan wanita yang sedang hamil tidak diganggu roh jahat, karena jalan Lebong ke kota Bengkulu masih banyak hutan. Penangkal tersebut terbuat dari benang dan ada lagi yang lainnya, karena nanti dianggap melawan nasihat orang tua dan ada penyesalan dikemudian hari, terpaksa istri memakai atau mengikuti kepercayaan tersebut, karena istri berasal dari suku rejang di Lebong. Kebiasaan mertua seperti itu mau tidak mau diikuti karena sudah membudaya. Dalam hal ini tentunya sebagai umat yang beragama tentunya kami yakin hanya kepada Allah SWT tempat meninta dan mohon pertolongan.

[19] Dalam pembahasan ini *significant others* terjadi pada saat seseorang mendapatkan pengaruh dalam dirinya untuk melakukan sesuatu, seperti bumil untuk memilih petolongan persalinan, karena dilatar belakangi oleh orang-orang yang berpengaru di sekitar keberadaannya seperti orang tua atau mertua memberi arahan (mempengaruhinya) untuk melahirkan dengan *Piawang* (dukun bayi) karena menurut pengetahuan orang tua mereka (pengetahuan masyarakat di Lebong), melahirkan dengan Piawang adalah yang tepat atau baik, selain bayarannya murah dan piawang dianggap berpengalaman menolong orang melahirkan, proses pertolongan dan perawatan pada ibu dan anak diperhatikan sampai 3-7 hari, seperti memandikan bayi sampai tali pusat bayi lepas, ibu yang baru melahirkan disiapkan mandi air hangat pakai rempah-rempahan yang secara tradisional dapat menyegarkan badan ibu setelah melahirkan. Memiliki pengetahuan yang bisa mengusir setan (mahluk halus) jika ada gangguan pada ibu melahirkan. Pengetahuan tersebut tidak dimiliki oleh bidan dan dokter sekalipun. Kondisi inilah yang disebut Berger dan Luckmann sebagai *stock of knoeledge* dalam proses sosialisasi dialektika internalisasi (Berger dan Luckmann, 1966:155)

berpengaruh) yang paling dekat dengan diri seseorang seperti keluarga, nenek, orang tua, dan orang berpengaruh lainnya. *Significant others* tersebut berperanan sebagai perantara antara individu dan dunianya. Mereka memilih dan menyaring aspek-aspek yang sesuai dengan lokasi mereka sendiri dalam struktur sosialnya. Dengan demikian, isi sosialisasi akan sangat tergantung kepada *stock of knowledge* yang dimiliki oleh *significant others* atau dalam pandangan Berger dan Luckmann ditentukan oleh distribusi pengetahuan dalam masyarkat (Berger dan Luckmann, 1966:153-154) *significant others* yang memberikan sosialisasi memodifikasi dunia (lingkungan) sesuai dengan lokasi mereka sendiri dalam struktur sosial dan juga atas dasar watak-watak khas individual mereka yang berakar dalam biografinya masing-masing. Dalam pandangan Berger dan Luckmann, dunia sosial disaring sebelum sampai kepada individu melalui penyeleksian ganda ini. Oleh karena itu, sosialisasi pada setiap individu dapat dikatakan terjadi secara unik. Artinya meskipun dua orang berasal dari kelas sosial yang sama misalnya, namun sangat mungkin sosialisasi yang juga akan berbeda. Konteks ini tidak ada benar atau salah karena masing-masing individu memiliki nilai yang berbeda-beda dalam proses obyektivasi.

Nilai-nilai yang diyakini oleh individu dalam proses persalinan pada akhirnya mengarahkan tindakannya pada saat akan melahirkan. Ketika nilai-nilai tersebut mengarahkan dan mengendalikan tindakan

individu, maka individu sedang melakukan produksi makna secara total. Pada saat nilai-nilai tersebut telah mendarah-daging dan mengarahkan tindakan individu, maka pada saat itu individu mengalami internalisasi. Internalisasi ini dapat dicermati dari pikiran dan tindakan individu pada saat akan melahirkan.

Manusia itu sendiri adalah terstruktur oleh realitas obyektif. Masing-masing orang memiliki peranan dalam struktur. Memainkan sebuah peran berarti menjadi sebuah pribadi (*be that person*). Kesadaran individual akan diri dan dunianya terbentuk sesuai dengan peran tadi. Struktur obyektif membuat seseorang tidak hanya sekedar memainkan sebuah peranan (*play a role*) melainkan juga 'menjadi'. Tatanan sosial adalah suatu produk manusia, atau persisnya adalah yang sedang dan terus menurus diproduksi manusia. Tatanan sosial diciptakan oleh manusia dalam sebuah perjalanan terjadi dalam proses 'eksternalisasi' yang terus menerus (Berger dan Luckmann, 2012:64).

B. Dialektika Eksternalisasi, Obyektivasi dan Intenalisasi: Memberi ASI Eksklusif sebagai Tindakan Konstruksi Sosial

Wacana ASI Eksklusif secara struktural menjadi sesuatu yang penting sejak menjadi salah satu agenda dalam pencapaian *Millenium Development Goals (MDGs)*. Begitu pentingnya pencapaian ASI Eksklusif , aspek ini menjadi salah satu tolak ukur menentukan tingkat komitmen negara dalam mendorong kesadaran dan partisipasi masyarakat. Untuk mencapai hal tersebut Indonesia menyusun beberapa strategi yang

dituangkan dalam dalam bentuk peraturan nasional sampai upaya implementasi. Sejak Deklarasi Innocenti di Florence Italia tahun 1990 telah digulirkan empat konsep operasional untuk mendukung ibu yang memiliki bayi dapat menyusui dengan maksimal. Keempat konsep tersebut adalah:

(a) Komunikasi Edukasi dan Informasi (KIE)
(b) Semua fasilitas pelayanan kesehatan menjadi sayang bayi
(c) Pengaturan pemasaran Pengganti ASI (PASI)
(d) Memberikan dukungan bagi ibu bekerja dengan dukungan lintas sektor

*World Alliance for Breastfeeding Action (*WABA) pada peringatan Pekan ASI sedunia (1995) mengangkat tema "Menyusui: Memberdayakan Permpuan". Tema ini menjadi rujukan semua negara saat memperingati Pekan ASI sedunia. Tema ini mengandung makna bahwa menyusui dapat memberdayakan perempuan sebab:

(a) menyusui menyebabkan berkurangnya ketergantungan ibu baik dari aspek kesehatan maupun ekonomi.
(b) menyusui mengurangi kepentingan komersial untuk memanipulasi iklan pemasaran pengganti ASI.
(c) menyusui menegaskan kemampuan perempuan yang unik dalam merawat anaknya sebaik mungkin.
(d) menyusui menghilangkan pandangan bahwa organ payudara hanya sebagai obyek seks.

(e) menyusui meningkatkan kesehatan ibu dan anak yang optimal (Menneg PP 2010).

Selama ini, kebiasaan memberikan ASI Eksklusif menunjukkan betapa berpengaruhnya *stock of knowledge* dan *significant others*, karena baik itu penentuan proses pertolongan kelahiran maupun dalam pemberian ASI Eksklusif , masyarakat masih mengikuti pengetahuan yang dimiliki oleh masyarakat setempat, dibandingkan dengan proses persalinan melalui pertolongan tenaga kesehatan (bidan). Adapun pemberian ASI Eksklusif secara turun-temurun mengikuti habitualisasi orang tua yang memiliki cadangan pengetahuan secara masyarakat lokal dan disosialisasikan kepada generasi berikutnya atau melalui interaksi kepada individu-individu lainnya sehingga dalam kehidupan sehari-hari, kondisi inilah yang dinamakan Berger dan Luckmann *common sence* dan diakumulasi menjadi *common sence of knowledge* (pengetahuan akal sehat).

Apa yang diinternalisasi oleh ibu-ibu yang turun-temurun sesungguhnya merupakan cara-cara merawat bayi yang sebenarnya sudah mentradisi, yang menurut konstruksi sosial dianggap baik. Dalam hal pemberian ASI Eksklusif terdapat dua konstruksi. Konstruksi pertama, yang merupakan hasil dari sosialisasi primer kebiasaan yang turun-menurun membolehkan memberikan asupan makanan selain ASI, bahkan ASI dapat diganti dengan air tajin, air teh manis, air gula, bubur tepung beras, nasi tim/lunak, pisang rebus, roti

atau susu formula. Konstruksi kedua, yang merupakan hasil dari sosialisasi sekunder, ada konstruksi yang menganggap bahwa bayi yang baru lahir hanya perlu diberi ASI Eksklusif , karena ASI ekslusif itu sudah memberi pemenuhan atas semua gizi anak yang berasal dari ibunya sendiri.

C. Dialetika Eksternalisasi, Obyektivasi dan Internalisasi: Tidak Merokok di Dalam Rumah sebagai Tindakan Konstruksi Sosial

Kegiatan merokok pada awalnya dilakukan sebagai kegiatan yang secara umum oleh laki-laki sebagai bagian identitas maskulinitas. Laki-laki, merokok dan maskulinitas pada akhirnya melahirkan anggapan bahwa laki-laki itu harus merokok. Laki-laki yang tidak merokok dianggap tidak maskulin. Dalam konteks ini, merokok merupakan contoh tindakan sosial karena merokok dilakukan secara sengaja yang bertujuan dan ditujukan pada individu lainnya. Kebiasaan merokok yang dilakukan oleh laki-laki untuk menunjukkan identitas maskulinnya merupakan salah satu tujuan merokok yang ditujukan pada individu lainnya.

Sebagian besar masyarakat Lebong, laki-lakinya adalah perokok. Bagi laki-laki Lebong, remaja, orang dewasa dan tua, jika tidak merokok mendapat stigma seperti tidak gagah (maco), tidak berduit (miskin tidak mampuh beli rokok), tidak pandai bergaul dan bahkan lebih patal lagi dianggap seperti 'bukan laki-laki'. Anggapan semacam ini semakin menguatkan kebiasaan merokok di kalangan laki-laki, baik di dalam

rumah maupun di luar rumah. Realitas sosial semacam ini jika dijelaskan dalam realitas obyektif dan realitas subyektif merupakan hasil dialektika kedua realitas tersebut.

Ditemukan pula di daerah ini ada lebih kurang 3-4 desa yang sebagian besar wanitanya yaitu ibu rumah tangga adalah perokok. Alasan merokok sebagai pengganti *muk iben* (makan sirih) karena dibawa lebih praktis. Sedangkan jika makan sirih tidak praktis (banyak pernak perniknya) dan kotor air sirih warna merah sering menetes dipakaian atau menempel disekitar keberadaan orang yang sedang makan sirih, sehingga wanita di Lebong untuk menghilangkan rasa asam dalam mulut pengaruh kebiasa makan sirih menggantikannya dengan merokok. Alasan lainnya merokok dapat pula menghilangkan rasa kantuk pada saat membantu masak ketika hajatan atau pada saat bekerja pada malam hari dan menghilangkan hawa dingin.

Kebiasaan merokok masyarakat Lebong yang pada akhirnya melahirkan struktur budaya merokok merupakan bagian dari realitas obyektif. Struktur budaya merokok ini juga dipertegas oleh kebiasaan dalam melakukan lamaran (peminangan) yang mengharuskan adanya rokok dalam hantaran lamaran yang diletakan dalam *Bakoa Iben* (tempat sirih). Begitu pula dalam tradisi selamatan, tuan rumah harus menyediakan rokok sebagai salah satu sajian selamatan. Tuan rumah dianggap pelit jika tidak menyediakan rokok dalam selamatan dan juga

mendapat disindir dengan ucapan *"ngasep tikoa"* yang artinya mulut terasa asam karena tidak menghisap rokok.

Dalam realitas subyektif, merokok (di dalam atau di luar rumah, khususnya bagi laki-laki) merupakan kebiasaan yang lahir karena adanya kesadaran individu sebagai hasil proses sosialisasi. Realitas subyektif ini dipertegas oleh pernyataan kaum laki-laki seperti "kalau tidak merokok, kepala pusing", tidak bisa mikir yaitu bekerja tidak kosentrasi "merokok, dapat mempertegas posisi laki-laki sebagai sudah dewasa". Oleh karena itu, di masyarakat Lebong, bagi anak-anak yang belum bisa mencari uang dilarang merokok. Boleh merokok kalau sudah kerja dan punya uang sendiri. Realitas subyektif semacam ini berlangsung dalam proses sosialisasi yang terjadi di dalam ataupun di luar keluarga. Realitas sosial ini tidak berlaku sepenuhnya bagi perempuan karena perempuan yang merokok dianggap sebagai "perempuan nakal" terutama yang masih berusia muda. Oleh karena itu, perempuan di Lebong relatif kurang berani merokok di ruang terbuka. Meskipun, alasan perempuan merokok terkadang ditujukan untuk mengusir hawa dingin, ngantuk dan dapat pula mengusir nyamuk pada saat nyadap karet. Alasan lainnya merokok di kalangan perempuan merupakan pengganti kebiasaan makan sirih. Merokok dianggap lebih praktis daripada makan sirih. Hal inilah yang menyebabkan sebagian perempuan Lebong juga memiliki kebiasaan merokok.

Berdasarkan penjelasan tersebut, maka kebiasaan merokok masyarakat Lebong merupakan hasil dari kebiasaan merokok anggota masyarakatnya (individu-individu). Begitu pula sebaliknya, kebiasaan merokok individu bukan semata-mata karena adanya kesadaran individu, tetapi juga karena adanya tuntutan struktur budaya masyarakat yang mengharuskan laki-laki merokok. Kondisi semacam ini menunjukkan adanya dialektika antara realitas obyektif dan realitas subyek dalam hal merokok.

Dalam perkembangannya, tindakan merokok bukan hanya dilakukan oleh laki-laki, tetapi juga perempuan dan bahkan anak-anak. Di masyarakat perkotaan, perempuan dan anak-anak yang merokok merupakan bagian dari gaya hidup *(life style)*. Di masyarakat tradisional atau pedesaan. Perempuan merokok bahkan anak-anak yang merokok dianggap bagian dari tradisi/kebiasaan untuk mengusir hawa dingin. Di sisi lain, dari aspek kesehatan merokok dikonstruksikan sebagai tindakan sosial yang buruk karena tidak baik bagi kesehatan. Apalagi merokok dilakukan di dalam rumah yang memiliki anak atau ibu hamil, akan berdampak negatif (menjadi perokok pasif) bagi seluruh anggota keluarga tersebut.

Oleh karena itu, dinas kesehatan/kementrian kesehatan memiliki kepentingan untuk mengkampanyekan tidak merokok di dalam ruangan seperti di kantor, di rumah, di rumah sakit, di tempat kerja, bandara dan di kendaraan umum. Khusus pencegahan merokok di

rumah, bertujuan untuk mencegah proses sosialisasi merokok di dalam keluarga. Ayah atau orang tua yang merokok di dalam rumah dan dilihat anaknya, pada akhirnya menjadi media sosialisasi primer. Anak-anak akan merokok seperti orang tuanya. Padahal dari aspek kesehatan, merokok merupakan tindakan sosial yang buruk akan ditiru oleh anak-anak[20].

Merokok identik dengan laki-laki, laki-laki perokok identik dengan maskulin merupakan bias gender. Pada dasarnya laki-laki dan perempuan berpotensi untuk sama-sama bisa merokok. Dalam konteks ini konstruksi sosial merupakan alat yang memiliki kekuatan untuk melakukan stigmatisasi. Laki-laki, perempuan dan anak-anak yang merokok akan dikonstruksikan secara berbeda meskipun sama-sama merokok. Laki-laki dikonstruksikan maskulin sehingga ada rokok yang bahasa pemasarannya memang membuat citra (image) tentang maskulinitas bagi orang yang mengkonsumsi produk tersebut. Ini salah satu contoh konstruk sosial yang dilakukan oleh industri rokok.

[20]Dalam konteks tersebut Berger dan Luckmann (2012:178), menjelaskan terjadinya dalam proses internalisasi yaitu momen dalam proses dialektis dari pembentukan realitas di mana sosialisasi terjadi. Momen internalisasi tersebut terdapat dua jenis yaitu sosialisasi primer adalah sosialisasi yang pertama dialami oleh individu dalam masa kanak-kanak, mulai menjadi anggota masyarakat. Momen ini seseorang mulai bersosialisasi pertama pada lingkungan keluarga. Internalisasi terjadi melalui mekanisme sosialisasi. Dalam hal ini, Berger mengikuti teori Mead dari aliran interaksionisme simbolik. Manusia hidup dalam institusi yang mengatur posisinya dan posisi ego-ego lain. Perilaku dan tindakan manusia di tengah konteks sosialnya menunjukan perannya. Karena itu, perilaku manusia di tengah konteks sosialnya selalu bersifat simbolik, merujuk kepada sebuah pesan atau makna. Seorang manusia yang belum mengenal kaedah-kaedah atau tatanan dari sebuah institusi bisa mempelajarinya memlalui sebuah tindakan atau perilaku atau ego-ego lain yang sifatnya simbolik. Seperti anak yang baru lahir, mengalami sosialisasi dengan memperhatikan bagaimana *significant other***,** yairu orang tuanya dan orang-orang lain yang dekat dengannya saling berinteraksi dan menjalankan peran sosialnya. Interaksi ini peran antara para *significant other* ini mengenalkan anak kepada definisi-definisi paling mendasar dari sebuah situasi sosial tertentu.

Dalam perkembangannya rokok '*mild*' contohnya, yang segmentasinya remaja sudah tidak membuat konstruksi tentang maskulinitas. Tetapi gaya hidup modern, yang menempatkan pria dan wanita dalam posisi yang relatif sama atau modern apabila mengkonsumsi rokok. Rokok dalam konteks ini dapat dijadikan simbol indepedensi remaja. Sudah menjadi rahasia umum bahwa kebiasaan merokok berdampak buruk bagi kesehatan. Namun sering diabaikan karena perokok mencari pembenaran dengan hal lain yang ternyata hanya mitos. Mitos yang berkembang di masyarakat merupakan hasil konstruksi sosial yang telah terinternalisasi. Beberapa mitos tentang kebiasaan merokok yang berlawanan dengan fakta, diantaranya:

(1) Mitos kebiasaan sehat menyeimbangkan efek buruk dari merokok. Faktanya penelitian menunjukkan, makan sehat dan olahraga tidak mengurangi resiko buruk merokok.

(2) Mitos yang menyatakan merokok menjaga bentuk tubuh tetap stabil dan tidak melar. Faktanya, hal ini karena nikotin menekan nafsu makan. Mungkin perokok akan memiliki ukuran tubuh yang ramping, tapi merokok merusak dari dalam (menyerang organ dalam).

(3) Mitos merokok meredakan stres. Faktanya, meski ini alasan populer, tapi perokok justru memiliki tingkat stres yang lebih tinggi ketimbang bukan perokok.

(4) Mitos merokok untuk kesenangan pribadi tidak merugikan orang lain.

Faktanya, tidak dipandang atau diabaikan perokok adalah mereka tidak sadar bahwa merokok bukan hanya membahayakan hidup mereka, tapi juga orang lain di sekitarnya. Asap rokok dapat menyebabkan penyakit jantung bagi perokok pasif dan kematian dini bagi anak-anak.

Mitos tersebut yang dibentuk dan dikembangkan oleh perokok (aktif) merupakan bagian dari proses kesadaran individu dan sebagai upaya 'pembenaran' atas tindakan yang dilakukannya. Sekalipun tindakan merokok dianggap sebagai tindakan yang merugikan diri sendiri dan individu lainnya (perokok pasif). Dalam konstruksi petugas dinas kesehatan, kebiasaan merokok merupakan gaya hidup yang bertentangan dengan nilai-nilai kesehatan. Oleh karena itu, dinas kesehatan memiliki kepentingan untuk mensosialisasikan bahaya merokok di masyarakat.

Merokok sebagai tindakan dan konstruksi sosial, karena kegiatan merokok pada awalnya dilakukan sebagai kegiatan yang secara umum oleh laki-laki sebagai bagian identitas maskulinitas. Laki-laki merokok dan maskulinitas pada akhirnya melahirkan anggapan bahwa laki-laki itu harus merokok. Laki-laki yang tidak merokok dianggap tidak maskulin. Dalam konteks ini, merokok merupakan contoh tindakan sosial karena merokok dilakukan secara sengaja. Hal itu bertujuan dan

ditujukan pada individu lainnya. Kebiasaan merokok yang dilakukan oleh laki-laki untuk menunjukkan identitas maskulinnya merupakan salah satu tujuan merokok yang ditujukan pada individu lainnya.

Sebagian besar masyarakat laki-lakinya adalah perokok. Kondisi ini tentunya merupakan salah satu indikator Seringkali tidak merokok dianggap 'bukan laki-laki'. Anggapan semacam itu semakin menguatkan kebiasaan merokok di kalangan laki-laki, baik di dalam rumah maupun di luar rumah. Realitas sosial semacam ini jika dijelaskan dalam realitas obyektif dan realitas subyektif merupakan hasil dialektika kedua realitas tersebut. Kebiasaan merokok masyarakat yang pada akhirnya melahirkan struktur budaya merokok,merupakan bagian dari realitas obyektif. Struktur budaya merokok ini juga dipertegas oleh kebiasaan dalam melakukan lamaran (peminangan) yang mengharuskan adanya rokok dalam hantaran lamaran. Begitu pula dalam tradisi selamatan, tuan rumah harus menyediakan rokok sebagai salah satu sajian selamatan. Tuan rumah dianggap pelit, jika tidak menyediakan rokok dalam selamatan dan juga disindir dengan ucapan "ngasep tikoa" yang artinya mulut terasa asam karena tidak menghisap rokok.

Dalam realitas subyektif, merokok (di dalam atau di luar rumah, khususnya bagi laki-laki) merupakan kebiasaan yang lahir karena adanya kesadaran individu sebagai hasil proses sosialisasi. Realitas subyektif ini dipertegas oleh pernyataan kaum laki-laki seperti "kalau

tidak merokok, kepala pusing", "merokok, dapat mempertegas posisi laki-laki sebagai sudah dewasa". Oleh karena itu bagi anak-anak yang belum bisa mencari uang, dilarang merokok. Boleh merokok kalau sudah kerja dan punya uang sendiri. Realitas subyektif semacam ini berlangsung dalam proses sosialisasi yang terjadi di dalam ataupun di luar keluarga. Realitas sosial ini tidak berlaku sepenuhnya bagi perempuan, karena perempuan yang merokok dianggap sebagai "perempuan nakal". Oleh karena itu, perempuan di Lebong, relatif kurang berani merokok di ruang terbuka. Meskipun, alasan perempuan merokok terkadang ditujukan untuk mengusir hawa dingin. Selain untuk mengusir hawa dingin, merokok di kalangan perempuan merupakan pengganti kebiasaan makan sirih. Merokok dianggap lebih praktis daripada makan sirih.

Dalam perkembangannya, tindakan merokok bukan hanya dilakukan oleh laki-laki, tetapi juga perempuan dan bahkan anak-anak. Di masyarakat perkotaan, perempuan dan anak-anak yang merokok merupakan bagian dari gaya hidup *(life style)*. Di masyarakat tradisional atau pedesaan, perempuan merokok bahkan anak-anak yang merokok dianggap bagian dari tradisi/kebiasaan untuk mengusir hawa dingin. Di sisi lain, dari aspek kesehatan, merokok dikonstruksikan sebagai tindakan sosial yang buruk, karena tidak baik bagi kesehatan. Apalagi merokok yang dilakukan di dalam rumah yang memiliki anak kecil.

Berdasarkan analisis persepektif konstruksi sosial Berger dan Luckmann, anggota masyarakat mengkontruksi PHBS tersebut sesuai dengan individu masing-masing berdasarkan apa yang telah disosialisasi baik secara primer maupun sekunder. Konstruksi atas empat PHBS itu sangat ditentukan oleh apa yang dikatakan Berger dan Luckmann *stock of knowledge* (pengetahuan akal sehat) di saat mereka hidup dan mengembangkan dirinya. Kebiasaan hidup masyarakat, tradisi, dan mitos yang bersifat turun-temurun memberi pengaruh yang sangat kuat dalam konstruksi sosial.

D. *Significant Other (s)* Terhadap PHBS

Orde asasi dari masyarakat adalah dunia sehari-hari, sedangkan makna dasar bagi pengertian manusia adalah *common sense* (dunia akal sehat). Dunia akal sehat terbentuk dalam percakapan sehari-hari dan pengalaman sehari-hari. Dunia akal sehat merupakan pengetahuan yang ada pada setiap orang dewasa yang sadar. Pengetahuan ini didapatkan individu secara sosial melalui sosialisasi primer dan sosialisasi sekunder, dari orang-orang sebelumnya, terlebih dari *significant others*. Dunia akal sehat terbentuk dari tipifikasi yang menyangkut pandangan dan tingkah laku, serta pembentukan makna yang memiliki persepsi yang sama.

Tipifikasi adalah cara bagaimana individu mengkonstruksikan makna di luar arus utama pengalaman. Tipifikasi adalah upaya

membentuk penggolongan atau klasifikasi dari pengalaman dengan melihat keserupaannya. Keseluruhan tersebut merupakan hubungan makna. Hubungan makna diorganisir secara bersama-sama melalui proses tipifikasi ke dalam apa yang Schutz namakan *stock of knowledge.* Kumpulan pengetahuan bukanlah pengetahuan tentang dunia melainkan segala kegunaan-keguanaan praktis dari dunia itu sendiri (Craib, 1994:130-131)

Individu-individu yang terlibat dalam komunikasi melalui bahasa dan interaksi sosial, kemudian membangun semacam sistem relevansi kolektif. Kehidupan sehari-hari telah menyimpan dan menyediakan kenyataan sekaligus pengetahuan. Kenyataan didefinisikah oleh Berger adalah sebagai suatu kualitas yang terdapat dalam fenomena-fenomena yang diakui sebagai memiliki keberadaan *(being*) yang tidak tergantung pada kehendak kita sendiri (tidak dapat 'meniadakannya'. Sedangkan pengetahuan didefinisikan sebagai kepastian bahwa fenomena-fenomena itu nyata *(real)*dan memiliki karekteristik-karekteristik yang spesifik (Berger dan Luckmann, 2012:1). Melalui angan-angan yang membimbing perilaku dalam kehidupan sehari-hari. Kehidupan sehari-hari menampilkan realitas obyektif yang ditafsirkan oleh individu atau memiliki makna-makna subyektif. Di sisi 'lain', kehidupan sehari-hari merupakan suatu dunia yang berasal dari pikiran-pikiran dan tindakan-tindakan individu dan dipelihara sebagai 'yang nyata' oleh pikiran dan tindakan tersebut. Dasar-dasar pengetahuan tersebut diperoleh melalui

obyektivasi dari proses-proses (dan makna-makna) subyektif yang membentuk dunia akal-sehat *intersubyektif* (Berger dan Luckmann, 1979:29). Pengetahuan akal-sehat adalah pengetahuan yang dimiliki bersama (oleh individu dengan individu-individu lainnya) dalam kegiatan rutin yang normal (dalam kehidupan sehari-hari).

Significant other (s) merupakan orang (orang-orang) yang secara nyata penting bagi seseorang dalam proses sosialisasi, baik primer maupun sekunder. *Significant other (s)* adalah orang-orang yang dijadikan rujukan dalam bertindak. Dalam tahap *play stage*, orangtua merupakan *significant other* bagi anak-anak. Perilaku hidup sehat dan bersih yang berkembang di lingkungan keluarga juga tidak bisa dilepaskan dari keberadaan *significant other*. Berikut ini akan dibahas *significant other* dalam bidang persalinan, pemberian ASI Eksklusif, tidak merokok di dalam rumah dan buang air besar di jamban keluarga.

Meskipun di desa sudah ada lembaga kesehatan modern (puskesmas, polindes, bidan desa), sebagian masyarakat dalam melakukan proses persalinannya masih menggunakan jasa dukun bayi. Ibu-ibu muda yang melahirkan anak pertamanya dan persalinannya dibantu oleh dukun bayi karena ibunya saat melahirkan juga dibantu dukun bayi. Begitu pula generasi neneknya yang proses persalinannya juga menggunakan jasa dukun bayi. Dengan berbagai alasan dan pertimbangan yang dirasionalkan, proses melahirkan bayi melalui pertolongan dukun bayi karena ibu *(significant other)* dan neneknya

(significant others) melakukan hal yang sama. Kebiasaan keluarga semacam ini kemudian diperkuat dengan kebiasaan yang dilakukan oleh ibu-ibu lainnya (tetangganya) yang juga melakukan hal yang sama. Keberadaan ibu-ibu yang juga melahirkan ditolong oleh dukun bayi juga memiliki kontribusi dalam memutuskan siapa pihak yang akan membantu proses persalinan.

Begitu pula dengan kebiasaan memberikan ASI Eksklusif bayi. Ibu merupakan *significant other* yang menjadi rujukan dalam kebiasaan memberikan ASI Eksklusif . Bagi ibu-ibu yang memberikan makanan pengganti ASI dan makanan tambahan bagi bayi, keberadaan kaum ibu *(significant others)* sangat berperan.

BAB 5

REALITAS SOSIAL PERILAKU HIDUP BERSIH DAN SEHAT (PHBS) DALAM PERSPEKTIF PETER L. BERGER DAN THOMAS LUCKMANN

A. Dialetika Eksternalisasi, Obyektivasi dan Intenalisasi: Persalinan pada Keluarga sebagai Tindakan Konstruksi Sosial
B. Dialektika Eksternalisasi, Obyektivasi dan Intenalisasi: Memberi ASI Eksklusif sebagai Tindakan Konstruksi Sosial
C. Dialetika Eksternalisasi, Obyektivasi dan Intenalisasi: Menggunakan Jamban Sehat sebagai Tindakan Konstruksi Sosial
D. Dialetika Eksternalisasi, Obyektivasi dan Intenalisasi: Tidak Merokok di Dalam Rumah sebagai Tindakan Konstruksi Sosial
E. Significant Other (s) Terhadap PHBS

Sumber: Koleksi Pribadi 2013

BAB V
REALITAS SOSIAL PERILAKU HIDUP BERSIH DAN SEHAT (PHBS) DALAM PERSPEKTIF PETER L. BERGER DAN THOMAS LUCKMANN

Bertitik-tolak dari deskripsi dalam bab-bab sebelumnya, maka dalam bab ini akan dibahas bagaimana ralita dalam masyarakat tentang perilaku hidup sehat [21]. Bab ini merupakan ringkasan studi yang ingin menegaskan tentang pendapat Berger dan Luckmann dalam realita di masyarakat, oleh karena itu akan dikemukakan keseluruhan konstruksi sosial Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) menurut perspektif konstruksi sosial Berger dan Luckmann.

Di masyarakat kabupaten Lebong, Propinsi Bengkulu tempat penelitian dilakukan, aktivitas masyarakat secara kelembagaan diawali dari membangun rumah dengan cara beberapa tahun setelah anak menantu dinikahkan atau ketika mereka sudah punya anak, mulailah mertua (orang tua istri) dan menantu laki-laki berencana untuk membangun rumah. Anak mantu tersebut karena sudah saatnya pindah dari rumah mertua dan membangun rumah tangga sendiri. Sehubungan dengan ketetapan adat bahwa status menantu laki-laki adalah ”Semendo” yaitu laki-laki (suami) tinggal di rumah orang tua perempuan (istri), maka rumah menantu yang akan didirikan haruslah

[21] Penelitian dilakukan oleh penulis pada tahun 2012

di desa yang sama dengan mertua (orang tua istri). Oleh sebab itu, ketika berencana untuk membangun rumah sudah diputuskan mempertimbangkan atau berusaha mencari dan mereka-reka (mempertimbangkan) tanah disekitar rumah mertua untuk lokasi bangunan rumah anaknya. Jika lahan di sekitar rumah tidak ada, maka mertua berusaha mencari dan membeli tanah kepunyaan famili atau tanah masyarakat desa yang lokasinya berdekatan dengan lokasi desa orang tua atau mertua.

Di samping kedekatan lokasi rumah anak dengan mertua, masyarakat Lebong memilki acuan atau syarat ketika membangun rumah di antaranya, yaitu:

(1) Tempatnya yang *tinei* yaitu tempatnya yang agak tinggi, dengan makna supaya mudah terlihat dari segala arah.

(2) Tempat bangunan rumah yang terang atau mendapat sinar matahari, maknanya supaya murah rezeki, sehat dan aman.

(3) Rumah harus menghadap arah matahari terbit dan harus berada disebelah kanan bila menghadap ke arah hulu sungai. Jika menghadap di sebelah kirinya termasuk pantangan, sehingga harus dihindari. Jika dilanggar menurut kepercayaan masyarakat Lebong, maknanya rumah tersebut akan ditinggal nantinya oleh pemilik rumah, maknanya bermacam-macam seperti ditinggal karena terjual, ditinggal merantau atau ditinggal karena meninggal dunia.

(4) Bangunan rumah harus di tempat yang kering (tidak tergenang air), tanahnya keras (tidak berlumpur), dan datar (tidak berlubang-lubang). Tanah yang berlubang-lubang dinamakan *tapung kling* dan termasuk yang dipantang (dilarang) secara kebiasaan masyarakat Lebong dilarang membangun rumah tempatnya berlubang karena dikhawatirkan berbahaya sebagai tempat sarang binatang berbisa atau tanahnya tidak padat akan berakibat bangunan rumah tidak kuat (lihat Jai, 1989).

Berawal dari kehidupan berumah tangga tersebut, keluarga kecil tersebut mulai mandiri dalam menjalankan aktivitas kehidupan berkeluarga. Masyarakat khususnya anggota keluarga atau pada tatanan rumah tangga melakukan berbagai aktivitas kegiatan, diantaranya termasuk dalam melakukan aktivitas kegiatan kesehatan seperti berperilaku hidup bersih dan sehat, baik itu secara tradisional sebagaimana kebiasaan masyarakat, maupun ber-PBHS sebagaimana yang dianjurkan oleh pemerintah.

A. Dialetika Eksternalisasi, Obyektivasi dan Intenalisasi: Persalinan pada Keluarga sebagai Tindakan Konstruksi Sosial

Gagasan pokok (*main idea*) teori Konstruksi Sosial Berger dan Luckmann bahwa manusia itu pada hakekatnya adalah memproduksi dirinya sendiri, tidak ada tempat bagi individu untuk memencilkan diri atau terkurung (Charles, 1999:384). Dalam melakukan produksi diri selalu memerlukan suatu 'perkongsian sosial' (*social enterprice*). Individu

secara bersama-sama menciptakan lingkungan manusia dengan segala bentuk sosio-budaya dan psikologisnya. Tidak ada seorang pun dalam bentukan ini bisa dimengerti sebagai bentukan dari raga biologisnya semata yang hanya menyediakan batas-batas luar untuk aktivitas produktif manusia. Begitu pula dengan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) merupakan bentukan individu yang pada akhirnya melahirkan struktur.

Struktur itu adalah sebuah produksi bersama (*a collective production*) yang terjadi dalam kurun waktu yang sangat lama[22]. Adapun obyektivasi digambarkan sebagai penciptaan berbagai lembaga, bahasa, benda, peralatan, ilmu pengetahuan, kesenian, dalam aktivitas terstruktur. Segala struktur itu memiliki aturan yang harus ditaati. Agar penciptaan itu menjadi obyektif maka harus ada aturan yang dibuat bersama. Jadi obyektivasi adalah tahap berikut manakala para 'aktor sosial' secara simultan melakukan eksternalisasi, atau melakukan tindakan sosial yang pada gilirannya membentuk sebuah realitas sosial obyektif[23]. Internalisasi bagi Berger adalah kurang lebih sama dengan sosialisasi. Dalam internalisasi, peran (*role*) dan identitas (*identity*) sangat penting. Dengan peranan dan identitas tertentu anggota-anggota dari suatu struktur melakukan internalisasi. Manusia itu sendiri adalah

[22] Termuat dalam Tim Knepper (reviewer), *Berger The Sacred Canopy: Elements of Sociological Theory of Religion*, Religious Experience Resources Review of Books and Articles, http://people.bu.edu./wwildman.

[23] *Inter-subjectivity* adalah istilah dalam metode fenomenologi, yang dijadikan kesepakatan kerja *(working agreement)* agar tidak boleh ada klaim akan adanya *"objectivity* Dalam perpektif fenomenologi realitas obyektif yang dimaksud dianggap tidak akan pernah ada, yang ada adalah inter-subyektif

terstruktur oleh realitas obyektif. Masing-masing orang memiliki peranan dalam struktur. Memainkan sebuah peran berarti menjadi sebuah pribadi (*be that person*). Kesadaran individual akan diri dan dunianya terbentuk sesuai dengan peran tadi. Struktur obyektif membuat seseorang tidak hanya sekedar memainkan sebuah peranan (*play a role*) melainkan juga 'menjadi'. Tatanan sosial adalah suatu produk manusia atau persisnya adalah yang sedang dan terus-menurus diproduksi manusia. Ia diciptakan manusia dalam sebuah perjalanan 'eksternalisasi' yang terus menerus (Charles, 1999:287).

Dalam hal persalinan ibu hamil, di luar diri individu terdapat aktivitas yang terstruktur berkaitan dengan persalinan. Aktivitas terstruktur tersebut meliputi lembaga kesehatan (dukun bayi, bidan desa, Poliklinik Desa, dan Puskesmas), peralatan persalinan, pengetahuan dan ilmu pengetahuan yang berhubungan dengan persalinan, serta bahasa tentang persalinan. Dalam pemahaman Berger, semua struktur yang terlembagakan tersebut disebut ada dalam momen obyektivasi. Bagi ibu hamil yang melakukan perkawinan, lembaga-lembaga itulah yang nantinya turut mempengaruhi proses persalinan.

Struktur tersebut sengaja diciptakan individu dalam dunia sosialnya untuk memudahkan kehidupannya, khususnya yang berkaitan dengan persalinan ibu hamil. Struktur yang diciptakan oleh individu-individu tersebut dalam teori konstruksi sosial Berger disebut sebagai eksternalisasi dan kalau hasil eksternalisasi ini sudah terpolakan

dan diikuti terus-menerus dalam masyarakat ia akan menjadi obyektivasi. Sebagai hasil dari eksternalisasi, aktivitas terstruktur yang berkaitan dengan persalinan diciptakan dalam waktu yang relatif lama yang diturunkan dari generasi ke generasi melalui proses sosialisasi (primer dan sekunder). Termasuk keberadaan dukun bayi[24] dan bidan (tenaga kesehatan) juga diciptakan dalam kurun waktu yang relatif lama. Bahkan eksistensi dukun bayi di tengah-tengah kehidupan masyarakat sudah terlebih dahulu ada jauh sebelum ada profesi bidan. Begitu pula dengan eksistensi bidan tidak serta-merta ada dalam kehidupan masyarakat.

Dalam konteks kebahasaan, ketika dua realitas hadir dalam kehidupan masyarakat. Keduanya dapat dimaknai secara dikotomik, oposisi binner, atau sebagai garis kontinum. Seperti keberadaan lembaga kesehatan dapat dikategorikan ke dalam dua jenis lembaga, yaitu lembaga formal (bidan desa, poliklinik desa, puskesmas) dan lembaga informal (dukun bayi). Bidan (modern) dan dukun bayi (tradisional). Hubungan yang rasional (bidan) dan emosional (dukun bayi). Dengan demikian kehadiran bidan dan dukun bayi dalam membantu proses persalinan merupakan dua realitas yang bisa saling bertentangan. Oleh karena itu keduanya dikonstruksikan secara berbeda dan salah satunya berusaha untuk meniadakan yang lain. Meskipun di

[24] Menurut Kusnada Adimihardja, dukun bayi adalah seorang wanita atau pria yang menolong persalinan.Kemampuan ini diperoleh secara turun menurun dari ibu kepada anak atau dari keluarga dekat lainnya. Cara mendapatkan keterampilan ini adalah melalui magangdari pengalaman sendiri atau saat membantu melahirkan.

desa Ketenong dukun bayinya yang masih aktif sebanyak lima orang dan bidan desa aktif dua orang, perlahan tapi pasti keberadaan dukun bayi akan tergusur oleh bidan desa. Hal ini dikarenakan keahlian dan ketrampilan dukun bayi jarang yang mau melanjutkan. Sedangkan bidan desa, keahlian dan ketrampilan dalam menolong proses persalinan diperoleh melalui pendidikan formal. Jika sampai sekarang sebagian ibu-ibu yang melahirkan masih dibantu oleh dukun bayi, hal ini dikarenakan adanya cadangan pengetahuan tentang dukun bayi yang diperoleh dari orang-orang disekitarnya (ibunya, neneknya atau tetangganya).

Dalam realitas sosial, masyarakat memang menginternalisasi persalinan ibu hamil ini dengan lebih pada lembaga-lembaga tradisional yang merupakan kebiasaan masyarakat yang sudah diwariskan secara turun-menurun. Ini dapat dilihat dari bagaimana masyarakat lebih percaya kepada dukun bayi, dan dukun bayi pun tampak merasa lebih berhak untuk mengurus kelahiran bayi. Sebuah cerita dibawah ini menggambarkan realita di masyarakat.

Cerita Bu Bidan :

"Saya tugas jadi sudah 2 tahun 7 bulan, pertama kali saya menolong ibu melahirkan di desa ini kesannya tidak enak. Ketika saya sedang meriksa ibu yang akan melahirkan, saat itu ketubannya sudah pecah, datang seorang nenek RTN seorang dukun bayi menghampiri saya, dan menepis tangan saya sembari berucap "*dio kepauku* (ini cucu aku), *jano kepacak nu?* (apa kepandainmu), *uku lebiak tuai* (aku lebih tua) *kunyau uku temulung si* (biar aku nolongnya) dengan ekspresi wajah marah. Masyarakat tidak percaya bidan, dianggap kurang pengalaman. Kebiasaan masyarakat di desa percaya pada hal-hal yang gaib masih kuat. Itulah sebabnya masih banyak yang melahirkan dengan dukun. Saya lihat cara dukun bayi menolong persalinan masih jauh dari standar kesehatan. Contohnya, tangan dan alat yang dipakai tidak steril, cara memandikan bayi seadanya masih banyak darah menempel. Alasannya supaya bayi tidak masuk angin. Bayi baru lahir langsung diberi air madu (padahal madu itu panas untuk bayi) atau air gula. Alasannya ASI belum keluar, nanti bayinya kelaparan. Untuk itu tindakan yang dilakukan awalnya sedih dan kecewa "

Saya mengalah dan bersabar serta mencoba melakukan pendekatan ke dukun bayi tersebut, suatu saat saya ajak dengan alasan saya belum pengalaman minta didampingi/diajari. Dan *alhamdulillah* dukunnya mau. Sebagian uang pembayaran dari pasien tersebut, saya berikan pada ibu dukun tersebut. Saya tidak memasang tarif tetapi melihat kondisi pasien dan tergantung sama perawatan atau beli obatnya, tidak mahal, rata-rata antara Rp.300.000,00-Rp.450.000,00. Pengalaman lainnya adalah masalah kerjasama, ketika suatu kali paisen dukun tersebut mengalami pendarahan dan si ibu mengidap sakit hipertensi. Ibu dukun meminta saya datang untuk membantu. Akhirnya, sampai saat ini ada kerja sama saling membantu dan saling pengertian.

Dalam realitas sosial memang sosialisasi primer begitu tampak mendominasi bagaimana efek masyarakat mengontruksi realitas kesehatan, khususnya tentang persalinan ibu hamil. Namun, walaupun efek dari reproduksi sosialisasi primer mengenai kebiasaan hidup sehat di kalangan masyarakat Lebong masih banyak dilakukan, namun bukan berarti masyarakat tersebut tidak pernah menerima *stock of knowledge*

selain di ranah sosialisasi primer. Mereka juga mendapatkan pengetahuan pada ranah sosialisasi sekunder, terutama melalui penyuluhan-penyuluhan yang biasanya dilakukan oleh lembaga formal kesehatan yang ada di dalam masyarakat. Kuatnya kontruksi sosial yang dimiliki yang didasarkan pada sosialisasi primer tersebut membuat masyarakat mengeksternalisasi berdasarkan apa yang diinternalisasi. Dalam hal ini, internalisasi sekunder atas lembaga-lembaga dinas kesehatan yang menawarkan nilai-nilai baru dalam kesehatan sepertinya juga mulai tampak memberi pengaruh dalam konstruksi masyarakat tentang kesehatan khususnya tentang pesalinan ibu hamil. Konstruksi yang berkembang yang terjadi dalam masyarakat, setelah juga ada internalisasi atas sosialisasi primer lembaga-lembaga kesehatan yang modern ini merupakan perkembangan yang menarik dan akan mewarnai konstruksi baru persalinan ibu hamil. Namun, mereka memang terkesan masih kuat mengkonstruksi persalinan ibu hamil ini dari internalisasi primer namun juga sekaligus mulai menyerap pola-pola penanganan kesehatan modern. Oleh karena itu, sekarang ini seakan-akan ada perpaduan dua pola yang sama-sama diikuti sepanjang pola-pola itu sangat membantu kelahiran dan keselamatan bayi dan ibunya. Atau dapat dikatakan ada semacam kerjasama yang sangat baik antara tradisi dan menyerap modernitas.

Upaya sosialisasi PHBS harus memperhitungkan pengetahuan-pengetahuan tentang kebiasaan, adat istiadat, dan tingkat pengetahuan

traditional medicine masyarakat setempat. Seringkali program kesehatan menemui kegagalan karena dijalankan tanpa mempertimbangkan tradisi, adat istiadat dan kebudayaan masyarakat setempat. Program kesehatan modern seperti PHBS dilaksanakan semata-mata dengan berpedoman kepada pertimbangan teknis medis yang 'kaku'. Dukun bayi dalam perspektif Weberian termasuk tipe pemimpin informal karena pada umumnya mereka memiliki kekuasaan dan wewenang yang disegani oleh masyarakat sekelilingnya. Wewenang yang dimilikinya terutama adalah wewenang karismatis. Secara teoretis, wewenang dapat dibedakan atas wewenang tradisional, wewenang legal rasionil dan wewenang karismatis. Dukun bayi dianggap sebagai orang yang memiliki kekuasaan karismatis karena kemampuan atau wibawa yang khusus terdapat dalam dirinya. Wibawa tadi dimiliki tanpa dipelajari, tetapi ada dengan sendirinya dan merupakan anugerah dari Tuhan.

Jalan tengah yang dapat ditempuh dalam konteks ini adalah memberdayakan dukun bayi melalui pelatihan-pelatihan yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan. Hal ini dilakukan untuk memenuhi kebutuhan tenaga pembantu proses pertolongan yang belum sepenuhnya dapat dilakukan oleh bidan. Realitas ini berkaitan dengan persoalan struktural, sedangkan keberadaan dukun bayi lebih bersifat kultural.

Dalam realitas, keberadaan dukun bayi[25] sebagai bagian dari struktur sosial sampai sekarang masih dibutuhkan oleh masyarakat yang memerlukan bantuan persalinan. Setidaknya terdapat beberapa alasan mengapa informan masih memerlukan atau meminta bantuan pertolongan persalinanan pada *piawang* (dukun bayi) dalam proses persalinan diantaranya adalah :

(1) dukun bayi membantu proses persalinan dan merawat bayi sampai berusia sekitar satu minggu atau sampai *pusar* (pusat) bayi *tanggal* (lepas).

(2) cara pembayaran biaya proses persalinan tidak harus dengan menggunakan uang dan bisa diangsur[26].

(3) ada hubungan emosional antara ibu yang melahirkan dengan dukun bayi.

(4) dukun bayi bisa dipanggil setiap saat.

(5) meskipun dukun bayi tidak mendapatkan pendidikan persalinan seperti bidan dan hanya mengikuti atau adanya kerjasama pada saat proses persalinan jika dibutuhkan oleh bidan, aspek pengalaman dukun bayi dianggap lebih banyak

[25]Penelitian yang dilakukan Mulyani (2009) menunjukkan adanya hubungan antara pengetahuan ibu, sikap ibu dan budaya ibu dalam memilih dukun bayi sebagai penolong dalam proses persalinan. Studi Mulyani yang dilakukan di Puskesmas Punggelan 2 Banjarnegara, menunjukkan bahwa masyarakat masih membutuhkan bantuan dukun bayi dalam proses persalinan. Mulyanti, Anik (2009) *Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Pilihan Dukun Bayi sebagai Penolong Persalinan di Wilayah Puskesmas Punggelan 2 Banjarnegara.*. Undergraduate Thesis, Diponegoro University.

[26]Hal ini sesuai dengan ciri-ciri dukun (bayi) yang dikemukakan Suparlan (1991), *The Javanes* Dukun, Jakarta: Peka), bahwa dukun biasanya tidak mencari bayaran, karena perbuatan yang dilakukan bertujuan untuk menolong orang lain dan merupakan panggilan jiwa. Ongkos tidak ditentukan oleh dukun bayi tetapi sesuai dengan kemampuan orang yang ditolongnya.

dibanding dengan bidan masih mempengaruhi masyarakat untuk tetap percaya pada *piawang*.

(6) proses persalinan ditolong yang dibantu oleh piawang sudah lama dikenal dan dilukan secara turun-temurun, sejak dari nenek-moyang terdahulu.

(7) dukun bayi bisa mengusir makhluk halus (masalah non medis) yang sering menggangu ibu hamil dan bayi dari sejak duhulu hingga sekarang masih dipercaya[27].

Alasan tersebut pada akhirnya memunculkan rasa nyaman pada diri ibu yang proses persalinannya dibantu oleh dukun bayi.

Meskipun demikian karena banyak faktor tidak sesuai dengan standar pelayanan kesehatan, masyarakat mulai bergeser kepada pelayanan yang dilakukan bidan. Persalinan yang dibantu oleh bidan lebih profesional, peralatan lebih baik, obat-obatan lebih terjamin, pengetahuan tentang persalinan lebih memadai. Meskipun biaya persalinan bidan lebih mahal dibanding dengan dukun bayi, yang penting proses persalinan ditangani oleh orang yang ahli di bidangnya.

[27]Banyak karya Schutz berfokus pada aspek dunia sosial yang disebut *life world* (dunia kehidupan) atau dunia kehidupan sehari-hari. Dunia tersebut yaitu dunia intersubyektif tempat orang menciptakan realitas sosial sekaligus dibatasi oleh struktur-struktur sosial dan budaya yang sebelumnya sudah ada yang diciptakan oleh para pendahulu (Ritzer, 2012:370-371).
Realitas tersebut masih berlaku hingga sekarang , seperti penuturan informan berikut ini. "Meskipun pendidikan kami strata 1/S1 dan tingkat pendapatan kami lumayan (suami-istri kerja) karena kami tinggal di Lebong, mau tidak mau mengikuti budaya atau kebiasaan di daerah in, seperti saat istri saya hamil disuruh mertua, dipakai penangkal setan kalau mau pergi ke Kota Bengkulu, alasannya supaya selama diperjalanan wanita yang sedang hamil tidak diganggu roh jahat, karena jalan Lebong ke kota Bengkulu masih banyak hutan. Penangkal tersebut terbuat dari benang dan ada lagi yang lainnya, karena nanti dianggap melawan nasihat orang tua dan ada penyesalan dikemudian hari, terpaksa istri memakai atau mengikuti kepercayaan tersebut, karena istri berasal dari suku rejang di Lebong. Kebiasaan mertua seperti itu mau tidak mau diikuti karena sudah membudaya. Dalam hal ini tentunya sebagai umat yang beragama tentunya kami yakin hanya kepada Allah SWT tempat meninta dan mohon pertolongan.

Konstruksi sosial semacam ini juga didukung dari dinas kesehatan yang berupaya untuk mensosialisasikan pentingnya persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan[28]. Dalam hal ini, dinas kesehatan sebagai bagian dari struktur sosial bidang kesehatan berusaha untuk melemahkan, meminggirkan dan meniadakan keberadaan dukun bayi. Proses melemahkan, meminggirkan dan meniadakan eksistensi dukun bayi tersebut dapat dicermati dari penggunaan bahasa yang ada di spanduk, poster, *leaflet* dan *booklet* yang intinya mengajak masyarakat (khususnya ibu hamil) agar proses persalinannya dibantu oleh tenaga kesehatan (bidan). Bahkan di dalam Undang-Undang tentang Kesehatan, dukun bayi tidak termasuk kategori tenaga kesehatan. Kementrian Kesehatan juga membuat target nasional sebesar 90% persalinan di tolong oleh tenaga kesehatan. Dalam konteks ini, bahasa memainkan peran yang tidak kecil dalam proses obyektivasi.

Berdasarkan uraian tersebut, maka terdapat tiga konstruksi sosial tentang persalinan di Lebong yaitu:

(1) proses persalinan lebih nyaman dibantu oleh dukun bayi.

(2) proses persalinan lebih aman dibantu oleh bidan.

[28]Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tuntutan memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Tenaga kesehatan yang diatur dalam Pasal 2 ayat (2) sampai dengan ayat (8) Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan terdiri dari : 1) tenaga medis meliputi dokter dan dokter gigi; 2) tenaga keperawatan meliputi perawat dan bidan; 3) tenaga kefarmasian meliputi apoteker, analis farmasi dan asisten apoteker; 4) enaga kesehatan masyarakat meliputi epidemiolog kesehatan, entomolog kesehatan, mikrobiolog kesehatan, penyuluh kesehatan, administrator kesehatan dan sanitarian; 5) enaga gizi nutrisionis dan dietisien; 6) tenaga keterapian fisik meliputi fisioterapis, okupasiterapis dan terapis wicara; 7) tenaga keteknisian medis meliputi radiografer, radioterapis, teknisi gigi, teknisi elektromedis, analis kesehatan, refraksionis optisien, othotik prostetik, teknisi tranfusi dan perekam medis;

(3) proses persalinan lebih nyaman dan aman ditolong oleh dukun bayi dan bidan.

Temuan yang ada menunjukkan bahwa untuk realitas yang sama (proses persalinan) oleh masing-masing individu dikonstruksikan secara berbeda sesuai dengan proses sosialisasi (primer dan sekunder) yang dialaminya oleh masing-masing individu[29].

Kestabilan dan kesinambungan sikap yang diperoleh *siginificant others* yang utama di ranah sosialisasi primer (orang tua) ini pulalah yang mendasari bagaimana masyarakat di menginterpretasikan dan kemudian melakukan PHBS "versi" mereka dalam kehidupan subyektif sehari-hari. Hal ini salah satu contohnya dapat kita lihat dalam kebiasaan yang dilakukan oleh para ibu ketika hendak melahirkan. Para ibu yang menjadi subjek penelitian kali ini, lebih memilih untuk melakukan apa yang telah disosialisasikan oleh *significant others* pada tahap sosialisasi primer mereka (keluarga). Terutama ibu ketika mereka hendak melahirkan yaitu dengan meminta bantuan *piawang* (dukun beranak) untuk membantu persalinan mereka.

Proses sosialisasi tersebut pada umumnya dilaksanakan oleh keluarga yaitu orang tua atau orang-orang terdekat yang merawatnya yang ada di sekitar mereka sebagai *significant others*[30] (orang-orang yang

[29]Bagi Berger dan Luckmann, realitas tidak dapat dipisahkan dari pengetahuan atau *stock of knowledge* keluarga di Le.bong, bahkan menurutnya realitas yang ada di sekeliling individu itulah yang merupakan pengetahuan. Sedangkan pengetahuan itu sendiri oleh Berger dan Luckmann kemudian diartikan sebagai *"the certainty that phenomena are real and that they possess specific characteristics."*(Berger dan Luckman, 1979:13)

[30] Dalam pembahasan ini *significant others* terjadi pada saat seseorang mendapatkan pengaruh dalam dirinya untuk melakukan sesuatu, seperti bumil untuk memilih petolongan persalinan, karena dilatar belakangi oleh orang-

berpengaruh) yang paling dekat dengan diri seseorang seperti keluarga, nenek, orang tua, dan orang berpengaruh lainnya. *Significant others* tersebut berperanan sebagai perantara antara individu dan dunianya. Mereka memilih dan menyaring aspek-aspek yang sesuai dengan lokasi mereka sendiri dalam struktur sosialnya. Dengan demikian, isi sosialisasi akan sangat tergantung kepada *stock of knowledge* yang dimiliki oleh *significant others* atau dalam pandangan Berger dan Luckmann ditentukan oleh distribusi pengetahuan dalam masyarkat (Berger dan Luckmann, 1966:153-154) *significant others* yang memberikan sosialisasi memodifikasi dunia (lingkungan) sesuai dengan lokasi mereka sendiri dalam struktur sosial dan juga atas dasar watak-watak khas individual mereka yang berakar dalam biografinya masing-masing. Dalam pandangan Berger dan Luckmann, dunia sosial disaring sebelum sampai kepada individu melalui penyeleksian ganda ini. Oleh karena itu, sosialisasi pada setiap individu dapat dikatakan terjadi secara unik, artinya meskipun dua orang berasal dari kelas sosial yang sama misalnya, namun sangat mungkin sosialisasi yang juga akan

orang yang berpengaru di sekitar keberadaannya seperti orang tua atau mertua memberi arahan (mempengaruhinya) untuk melahirkan dengan *Piawang* (dukun bayi) karena menurut pengetahuan orang tua mereka (pengetahuan masyarakat di Lebong), melahirkan dengan Piawang adalah yang tepat atau baik, selain bayarannya murah dan piawang dianggap berpengalaman menolong orang melahirkan, proses pertolongan dan perawatan pada ibu dan anak diperhatikan sampai 3-7 hari, seperti memandikan bayi sampai tali pusat bayi lepas, ibu yang baru melahirkan disiapkan mandi air hangat pakai rempah-rempahan yang secara tradisional dapat menyegarkan badan ibu setelah melahirkan. Memiliki pengetahuan yang bisa mengusir setan (mahluk halus) jika ada gangguan pada ibu melahirkan. Pengetahuan tersebut tidak dimiliki oleh bidan dan dokter sekalipun. Kondisi inilah yang disebut Berger dan Luckmann sebagai *stock of knoeledge* dalam proses sosialisasi dialektika internalisasi (Berger dan Luckmann, 1966:155)

berbeda. Konteks ini tidak ada benar atau salah, karena masing-masing individu memiliki nilai yang berbeda-beda dalam proses obyektivasi.

Nilai-nilai yang diyakini oleh individu dalam proses persalinan pada akhirnya mengarahkan tindakannya pada saat akan melahirkan. Ketika nilai-nilai tersebut mengarahkan dan mengendalikan tindakan individu, maka individu sedang melakukan produksi makna secara total. Pada saat nilai-nilai tersebut telah mendarah-daging dan mengarahkan tindakan individu, maka pada saat itu individu mengalami internalisasi. Internalisasi ini dapat dicermati dari pikiran dan tindakan individu pada saat akan melahirkan.

Manusia itu sendiri adalah terstruktur oleh realitas obyektif. Masing-masing orang memiliki peranan dalam struktur. Memainkan sebuah peran berarti menjadi sebuah pribadi (*be that person*). Kesadaran individual akan diri dan dunianya terbentuk sesuai dengan peran tadi. Struktur obyektif membuat seseorang tidak hanya sekedar memainkan sebuah peranan (*play a role*) melainkan juga 'menjadi'. Tatanan sosial adalah suatu produk manusia, atau persisnya adalah yang sedang dan terus menurus diproduksi manusia. Tatanan sosial diciptakan oleh manusia dalam sebuah perjalanan terjadi dalam proses 'eksternalisasi' yang terus menerus (Berger dan Luckmann, 2012:64).

B. Dialektika Eksternalisasi, Obyektivasi dan Intenalisasi: Memberi ASI Eksklusif sebagai Tindakan Konstruksi Sosial

Wacana ASI Eksklusif secara struktural menjadi sesuatu yang penting sejak menjadi salah satu agenda dalam pencapaian *Millenium Development Goals (MDGs)*. Begitu pentingnya pencapaian ASI Eksklusif , aspek ini menjadi salah satu tolak ukur menentukan tingkat komitmen negara dalam mendorong kesadaran dan partisipasi masyarakat. Untuk mencapai hal tersebut Indonesia menyusun beberapa strategi yang dituangkan dalam dalam bentuk peraturan nasional sampai upaya implementasi. Secara struktural program ini menjadi tanggung jawab Kementerian Kesehatan yang selanjutnya disosialisasikan di Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota. Sejak Deklarasi Innocenti di Florence, Italia tahun 1990 telah digulirkan empat konsep operasional untuk mendukung ibu yang memiliki bayi dapat menyusui dengan maksimal. Keempat konsep tersebut adalah (a) Komunikasi Edukasi dan Informasi (KIE), (b) semua fasilitas pelayanan kesehatan menjadi sayang bayi, (c) pengaturan pemasaran Pengganti ASI (PASI) dan (d) memberikan dukungan bagi ibu bekerja dengan dukungan lintas sektor.

*World Alliance for Breastfeeding Action (*WABA) pada peringatan Pekan ASI sedunia (1995) mengangkat tema "Menyusui: Memberdayakan Permpuan". Tema ini menjadi rujukan semua negara saat memperingati Pekan ASI sedunia. Tema ini mengandung makna bahwa menyusui dapat memberdayakan perempuan sebab: (a) menyusui menyebabkan berkurangnya ketergantungan ibu baik dari

aspek kesehatan maupun ekonomi; (b) menyusui mengurangi kepentingan komersial untuk memanipulasi iklan pemasaran pengganti ASI; (c) menyusui menegaskan kemampuan perempuan yang unik dalam merawat anaknya sebaik mungkin; (d) menyusui menghilangkan pandangan bahwa organ payudara hanya sebagai obyek seks; (6) menyusui meningkatkan kesehatan ibu dan anak yang optimal (Menneg PP, 2010).

Kebijakan dan program pemberian ASI Eksklusif juga disosialisasikan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Lebong melalui PHBS. Program ini merupakan kelanjutan dari sosialisasi tentang pertolongan dalam persalinan ibu yang melahirkan. Kebiasaan PHBS yang merupakan produk sosialisasi primer pada keluarga di Lebong, masih berlanjut ketika sang ibu telah melahirkan bayi. Di Kabupaten Lebong, Hal merupakan sebuah hal yang biasa apabila bayi-bayi yang baru lahir diberi makanan pendamping, pada usia yang masih sangat dini, bahkan tidak jarang pula, masih berusia 1-2 hari sudah diberi air gula atau air madu, dan pada usia 3-4 bulan, sudah diberi makanan selain ASI Eksklusif , dengan alasan sudah kebiasaan, dan kebiasaan tersebut menjadi bagian dari, meminjam istilah Peter L. Berger, *stock of knowledge* dari masyarakat setempat, karena alasan-alasan tertentu sebagaimana yang diungkapkan oleh HDL (seorang Kader Posyandu di Desa Air Putih). Pemberian ASI Eksklusif di desa ini, sepengetahuan peneliti sejak pernah menjadi Kader Posyandu (6-7 tahun yang lalu) yang betul-

betul seratus persen ASI Eksklusif sejak lahir sampai usia 6 bulan tidak diberi apa-apa selain ASI, sepertinya tidak ada dan belum pernah membuktikannya dengan melihat langsung ibu-ibu mempraktikan/memberi ASI Eksklusif seperti dalam iklan di TV. Hal tersebut terjadi karena masyarakat di sini mempunyai kebiasaan anak baru lahir diberi air campur madu, diteteskan pada mulut bayi sebagai pengganti ASI sebelum ASI keluar satu hingga dua hari. Ada juga anak bayi umur 3 bulan sudah diberi bubur tepung beras dicampur gula merah atau nasi tim/disaring ditambah garam sedikit. Alasan pada umumnya adalah mengikuti cara keluarga atau saran orang tua/mertua supaya anak cepat besar dan badan bayi tidak lembut, tetapi padat atau keras jika dipegang (HDL, 37 tahun, Desa Air Putih).

Mengenai makanan selain ASI yang diberikan kepada bayi, dari beberapa hari semenjak lahir, hampir semua subjek penelitian mengungkapkan mengenai hal ini, termasuk MWR, 57 tahun[31], yang

[31]*Asai ku coa gen gik melei bayi ne ASI bae, kerno rato-rato ibu-ibu nak pio bimelei kembuk seluyen ASI ngen bayi omor 3 bulen mindas. Apasaja yang diberikan ?.. cem mecem kalau uku bele o atau keapau ku, waktau bayi tembei laher ASI ne ati keluwea keme melei bayi mbuk bioa gulo mileak atau mis medau. Waktau bi omor 3 bulen lebiak keme melei bubua mei, supayo bayi ne gacang lai ngen sehat. Bayinya mencret..? ketiko ce et kalau tembei melei,an-an (kiro-kiro deminggau) kalau bi biaso cigai ce et igai.*
(Saya rasa tidak ada yang memberi bayinya ASI saja, karena rata-rata ibu-ibu disini memberi makan tambahan rata-rata pada usia 3 bulan ke atas. Apa saja yang diberikan ?.. macam-macam kalau saya dulu atau cucu saya, kami beri saat baru lahir air gula merah atau air madu (saat ASI belum keluar). Bayi usia kira-kira 3 bulan lebih kami kasih bubur nasi, alasannya biar bayi cepat besar dan sehat. Bayinya mencret..? kadang mencret kalau baru diberi, lama-lama (kira-kira seminggu) terbiasa tidak mencret lagi (wawancara: 1Juni 2012, pkl. 14.30)

melakukan cara dan sosialisasi yang sama mengenai makanan bayi, tidak hanya pada anaknya saja, namun juga pada cucunya.

Sosialisasi primer PHBS lokal yang berkontradiksi dengan PHBS modern, juga dirasakan oleh (SWT, 35 tahun) ibu rumah tangga, ketika anaknya lahir yang kemudian dirawat selama beberapa bulan olah nenek. Sewaktu ibu rumah tangga tersebut melahirkan anak yang pertama (sekarang berusia 18 tahun, sudah punya anak satu, umur 3,5 bulan) ASI-nya tidak keluar, jadi diberi ibu/neneknya air tajin (air nasi yang mendidih). Pada waktu itu belum ada susu seperti sekarang. Anak yang kedua (sekarang usia 16 tahun) sewaktu dia lahir tidak langsung diberi ASI, karena belum keluar ASI-nya, 2 hari baru keluar, mereka beri air manis (air putih tambah gula pasir/gula putih) dan umur 3 bulan dilatih makan bubur tepung beras, karena ASI tidak lancar. Alasan diberi makan bubur, karena anaknya rewel, menangis terus, sepertinya kelaparan kurang ASI. Ia mencoba juga dengan memberi bubur. Bayinya memang mau makan, tetapi anaknya mencret dan badannya menjadi panas. Namun, setelah beberapa hari yaitu lebih kurang 6 hari tidak mencret lagi. Cara pengobatan jika anak-anak badannya panas, diobati dengan memberi air perasan daun "*bungo rayo*" (kembang sepatu) dicacap pada kepala anak/bayi. Biasanya dalam beberapa jam panas badan anak mulai turun dan bayi/anaknya tertidur. Sedangkan pengobatan anak yang mencret (diare), masyarakat Lebong mempunyai kebiasaan memberi obat dengan cara memberi anak makan pisang

"*puan*" (pisang susu) yaitu pisang rajaseri, dengan cara pisang rajaseri yang matang dikupas dan dikerik pakai sendok, lalu disuapkan pada anak/bayi yang mencet. Dua hingga tiga kali makan pisang tersebut, biasanya anak/bayi sembuh tidak mencret lagi. Setelah ditanya soal pertumbuhan bayi tersebut, ibu rumah tangga itu tidak begitu ingat, namun yang ia ingat anak itu tidak lincah dan malas sekolah. Sekolahnya SD tidak tamat, karena sering juga diajak ke kebun. Anak yang ketiga ibu SWT, yang berumuar 11 tahun, dan duduk di SD kelas 3, sewaktu lahir meskipun dengan dukun, badannya sehat, gemuk, dan makannya banyak, tidak seperti kakak-kakaknya badannya kecil. Semua anak ibu SWT lahir dengan dukun (*piawangnya* nenek dari suami). Anak pertama sama dukun luar dari desa lain, tidak diberi ASI Eksklusif , karena sering ke ladang. Dia tinggal bersama kakak-kakaknya di pondok, dan kalau lapar selalu menangis. Dia sering diberi air gula atau air madu atau nasi tim/nasi lunak. Menurut ibu SWT, bayi atau balita yang sehat itu, kalau tidurnya nyenyak, tidak sering nangis/cengeng, makannya banyak, lincah, dan mau makan apa saja (tidak pilih-pilih). Anak ibu kalau menangis karena lapar, sering diberi air gula atau air madu atau nasi tim/nasi lunak. Menurut ibu SWT yang bungsu (si endut biasa disapa) belum pernah juara kelas dan belum pernah mendapat rangking di sekolahnya. Anak itu pernah tidak naik kelas yaitu dari kelas satu tidak naik ke kelas dua, sering ikut kami ke kebun, namun yang penting bagi ibu rumah tangga itu anaknya mau sekolah. Cucunya

juga sekarang dilatih sejak kecil makannya tidak kami pantang (boleh makan apa saja), biar meniru pamannya "gendut".

Semua cerita tersebut menunjukkan betapa berpengaruhnya *stock of knowledge* dan *significant others*, karena baik itu penentuan proses pertolongan kelahiran maupun dalam pemberian ASI Eksklusif , masyarakat masih mengikuti pengetahuan yang dimiliki oleh masyarakat setempat, dibandingkan dengan proses persalinan melalui pertolongan tenaga kesehatan (bidan). Adapun pemberian ASI Eksklusif secara turun-temurun mengikuti habitualisasi orang tua yang memiliki cadangan pengetahuan secara masyarakat lokal dan disosialisasikan kepada generasi berikutnya atau melalui interaksi kepada individu-individu lainnya sehingga dalam kehidupan sehari-hari. Kondisi inilah yang dinamakan Berger dan Luckmann *common sence* dan diakumulasi menjadi *common sence of knowledge* (pengetahuan akal sehat).

Hal yang telah diinternalisasi oleh ibu-ibu di Lebong, yaitu dari kebiasaan yang turun-temurun sesungguhnya, merupakan cara-cara merawat bayi yang sebenarnya sudah mentradisi, yang menurut konstruksi sosial subjek penelitian dianggap baik. Namun, dalam anjuran dinas kesehatan, ASI ekslusif itulah yang diberikan selama minimal 6 bulan setelah bayi lahir, yang mesti diinternalisasi sebagai sebuah obyektivikasi baru. Dalam masa-masa awal, anak lahir memang tidak diperlukan memberikan tambahan makan-makanan yang belum saatnya dimakan oleh si bayi. Dalam hal pemberian ASI Eksklusif

terdapat dua konstruksi. *Konstruksi pertama*, merupakan hasil dari sosialisasi primer kebiasaan yang turun-menurun membolehkan memberikan asupan makanan selain ASI, bahkan ASI dapat diganti dengan air tajin, air the manis, air gula, bubur tepung beras, nasi tim/lunak, pisang rebus, roti atau susu formula. *Konstruksi kedua*, merupakan hasil dari sosialisasi sekunder, yang menganggap bahwa bayi yang baru lahir hanya perlu diberi ASI Eksklusif , karena ASI ekslusif itu sudah memberi pemenuhan atas semua gizi anak yang berasal dari ibunya sendiri.

Namun, *stock of knowledge* seperti tersebut masih jarang ditemukan di Lebong, karena dilatarbelakangi oleh berbagai alasan seperti telah diuraikan di atas. Alasan yang sesungguhnya pemberian makanan tambahan pada bayi mempunyai makna lain, yaitu supaya bayi bisa ditinggal lama oleh ibunya dan tidak tergantung pada air susu ibunya jika lapar. Karena itu, si ibu sesegera mungkin memberi makanan tambahan pada bayinya, supaya dapat sesegera mungkin bisa membantu suami bekerja di kebun/ladang, dengan pemikiran jika pekerjaan dilakukan berdua (oleh suami dan istri) penggarapan kebun lebih cepat selesai atau penghasilan diperoleh lebih banyak. Dibalik itu semua, ada makna lain tersirat yang ditemukan, yaitu faktor ekonomi keluarga turut andil melakukan atau memberi non ASI Eksklusif , tetapi

faktor budaya dan kebiasaan keluarga secara turun-temurun yang lebih mendominasi penyebab non ASI Eksklusif di Lebong[32].

Inisiasi program ini dapat mengafirmasi aktivitas-aktivitas kultural di masyarakat, bahwa ibu yang melahirkan dan menyusui adalah sebuah rangkaian yang linear. Realitas di masyarakat Lebong khususnya perempuan yang bekerja di ladang justru menimbulkan masalah yang cukup kompleks. Perempuan yang berada dalam struktur kemiskinan dan membantu suaminya di ladang menghadapi masalah dalam pemberian ASI Ekslusif sebagaimana telah dijelaskan di atas. Perempuan yang bekerja di ladang dengan jam kerja yang penuh, menyebabkan sang ibu tidak bisa secara maksimal memberikan ASI Eksklusif kepada bayinya. Sebagian ibu memberikan pengganti ASI Eksklusif yang biasa dilakukan oleh nenek dan ibunya dalam bentuk air tajin, air gula, dan sebagian lainnya memberikan susu formula. Tidak maksimalnya pemberian ASI Eksklusif diperparah dengan kondisi fisik sang ibu setelah bekerja (rasa lelah dan kurang istirahat), sehingga sulit mempertahankan dan meningkatkan produksi air susunya.

[32]Pada saat momen obyektivasi yaitu bagaimana keluarga di Kabupaten Lebong membentuk reliatas yaitu melaksanakan 10 indikator PHBS sehingga menjadi realitas obyektif yaitu merupakan momen dalam proses dialektis. Semua kegiatan manusia seperti melakukan berbagai kegiatan perilaku hidup sehat di dalam keluarga, bermula dari proses pembiasaan (habitualisasi). Tindakan yang berulang-ulang melakukan salah satu indikator PHBS seperi kebiasaan memberi non ASI eksklusif, tidakan tersebut dilakukan kembali di masa mendatang dengan cara yang sama (Berger dan Luckmann, 2012:72).

Bagi ibu-ibu yang menyusui dan berasal dari kelas menengah ke bawah (direpresentasikan oleh perempuan pekerja ladang), di satu sisi menginginkan menyusui bayinya karena alasan ekonomis, juga sebagai bagian dari kebanggaan seorang ibu yang dapat menyusui anaknya melalui tubuhnya sendiri. Di satu sisi lainnya, keterlibatan ibu di ladang untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari juga dianggap penting. Dengan cara ini, selain mendapatkan upah, juga dapat menyusui bayinya.

Bagi ibu-ibu yang secara ekonomi lebih mapan, tidak hanya memberikan ASI Eksklusif tetapi juga memberi susu formula. Sosialisasi ASI Eksklusif melalui PHBS yang memasuki ranah medis melahirkan konstruksi sosial yang membuat kaum ibu menerima penilaian buruk sebagai ibu yang tidak 'ideal' jika tidak memberikan ASI Eksklusif bagi bayinya.

Berdasarkan uraian di atas tentang konstruksi sosial pemberian ASI Eksklusif dapat ditampilkan seperti tabel di bawah ini.

Identifikasi Karakteristik Informan dan Deskripsi Konstruksi Sosial Pemberian ASI Eksklusif

No.	Karakteristik Subyek Penelitian	Deskripsi Konstruksi Sosial ASI Eksklusif
1.	Ibu rumah tangga memiliki 1--4 orang anak, berpendidikan SD hingga SLTP, kelas ekonomi tidak mampu.	• Tidak memahami ASI Eksklusif. • ASI Eksklusif diartikan member ASI pada anak selama 2 tahun. • ASI keluarnya sedikit. • Memberi makanan tambahan

		pendamping ASI, pada bayi usia 3 bulan. • Bayi diberi makan tambahan apa saja yang penting bayinya mau/suka. • Bayi macret ketika diberi makanan tambahan, tidak apa-apa/tidak masalah, lama kelamaan terbiasa, tidak mencret lagi. • Upaya memperbanyak keluar ASI yaitu secara tradisional makan katuk, makan gulai papaya muda, diolesi susu ibu dengan daun cabe rawit yang sudah digiling halus.
2.	Ibu rumah tangga memiliki 1-2 orang anak berpendidikan SLTA, kelas ekonomi menengah ke bawah.	• Mengetahui ASI Eksklusif , dari TV dan majalah,tapi tidak menerapkannya. • Sibuk membantu suami mengerjakan kebus atau sawah, sehingga anak secepatnya (usia 3 bulan) sudah diberi makannan tambahan, supaya bisa di tinggal lama, sehingga tidak tergantung pada ASI saja. • Terbiasa, sejak dari nenek dulu bayi usia 3 bulan keatas sudah dilatih makan bubur tepung beras di campur gula merah. • ASI cepat keluar dan banyak, diobati secara tradisional.

3.	Informan menilai anak 2-3 orang berpendidikan SLTP hingga SLTA, kondisi perekonomian menengah keatas.	• Mengetahui ASI Eksklusif dari TV, majalah, dokter atau bidan. • Mengetahui dari mak (ibu) serta saudara/keluarga lainnya, jika anak cepat diberi makanan tambahan seperti bubur tepung beras, nasi tim, pisang rebus atau makanan yang padat lainnya.dipercaya anak cepat besar dan badannya gemuk • Makanan Tambahan bayi lebih praktis beli saja, seperti SGM, bubur Promina dan lain sebagainya banyak di jual di apotek atau warung. Kalau buat repot dan belum tentu terjamin kesehatan/kebersihannya. • Bayi diberi makanan tambahan (non ASI Eksklusif, jika ada kegiatan seperti kerja, ada acara kegiatan suami atau undangan bisa ditinggal di rumah, tidak tergantung sama ASI. • Suapaya ASI banyak, makan sayur jantung pisang kapok, sayur umbut enau/arena atau sayur papaya muda.
4.	Ibu rumah tangga dari kelas menengah ke atas, perpendidikan SLTP hingga SLTA, kader Posyandu.	• ASI keluarnya banyak. sejak dari hamil banyak makan sayur, minum susu dan buah-buahan. • ASI Eksklusif lebih ekonomis. • ASI Eksklusif lebih hegenis.

		• Mengetahui program ASI Eksklusif , dari TV. Majalah. Dokter dan bidan. • Non ASI Eksklusif, karena mengikuti saran orang tua, anak usia 3 bulan keatas mulai dilatih makan makanan pAdat selain ASI. • Makanan tambahan beli di toko, warung atau di apotek. • Anak mencret dan demam awal diberi makanan tambahan. Dihentikan dulu. Diobati ke bidan atau ke dokter di Muara aman (pusat kota di Kabupaten Lebong). Setelah sehat, beberapa hari kemudian dilatih lagi sedikit-sedikit, akahirnya bayinya mau dan tidak mencret dan panas lagi, diteruskan.

C. Dialetika Eksternalisasi, Obyektivasi dan Intenalisasi: Menggunakan Jamban Sehat sebagai Tindakan Konstruksi Sosial

Salah satu perilaku hidup bersih dan sehat dari bidang kesehatan lingkungan yang diteliti adalah perilaku buang air besar di jamban yang memenuhi kriteria sehat menurut versi dinas kesehatan. Bagi masyarakat Lebong, merubah perilaku dari kebiasaan buang air besar di sungai beralih ke jamban keluarga, bukanlah hal yang mudah. Sosialisasi tentang hal tersebut sering terkendala dengan aspek

kebiasaan (budaya) dan alasan ekonomi, meskipun alasan ekonomi bukanlah alasan utama. Hal ini terbukti ada beberapa keluarga yang secara ekonomi mampu, tetapi tidak semuanya memiliki jamban keluarga. Alasannya, buang air besar di sungai lebih enak dan sudah jadi kebiasaan. Hal ini dapat dicermati dari beberapa pernyataan berikut ini.

> *Kebanyakan warga di sini tidak punya jamban, buang hajat, dikali, anak-anak di kebun belakang rumah atau disiring.Caranya?langsung aja,setelah ditinggal kotorannya biasanya hilang dimakan hewan/binatang, ceboknya ke rumah/sumur. Kalau di kali/sungai ? dipinggir kali atau di atas batu-batu, kalau di kali tidak repot banyak air terasa lebih bersih, dan tidak capek nimbah air. Anak-anak tidak bisa nimbah air, biasanya ditemani sama kakaknya ke sungai, makanya kalau tidak ada air, buang air besar langsung ke kali/sungai, lama-lama jadi terbiasa tidak merepotkan kita (si ibu) lagi."* (MRY, Ibu Rumah Tangga/Kader Posyandu).

Cara-cara itulah yang banyak diinternalisasi oleh masyarakat Lebong, yang dianggap sebagai tindakan konstruksi sosial, yang nampak sangat sulit diarahkan ke cara-cara buang air besar sebagaimana yang dianjurkan dinas kesehatan. Konstruksi ini begitu kuat, mungkin saja juga karena beberapa faktor sehingga tidak serta-merta penyuluhan PHBS dapat tersosialisasi dengan baik dalam

masyarakat Lebong. Ada yang menyebut karena belum punya jamban/WC dan masalah ekonomi. Namun yang paling dominan dan kuat adalah faktor kebiasaan masyarakatnya yang sudah mentradisi perilaku membuang air besar ke sungai.

"Masih banyak warga secara keseluruhan di Kabupaten Lebong yang belum punya WC/jamban yang layak standar kesehatan, apalagi di pedesaan, saya rasa kalau faktor ekonomi tidak juga… lebih ke faktor kebiasaan dan prilaku yang meniru kebiasaan orang tuanya (contoh ada keluarga anaknya tidak bisa BAB di WC maunya di sungai di alam terbuka) mau "munen"/ tempat pemandian di sungai." (Agstn, Anggota DPRD Kabupaten Lebong).

"70% KK belum punya WC, kalau alasan ekonomi ada juga KK yang kaya, tapi tetap BAB di sungai sepertinya sudah menjadi kebiasaan (jelas bu lena) sambil tertawa payah disini bu, kalau dinasehati sering bilang kita sok pintar atau sok bersih." (SDWN, Mantri kesehatan di Desa Air Putih).

"Kami tau kalau ada jamban/WC itu sehat, tapi kami (pada umumnya masyarakat desa ini, desa air Kopras) tidak punya uang untuk buat WC, buat WC biayanya kan lumayan besar…belum lagi upah buatnya. Pikir masyarakat dari pada buat wc mendingan untuk keperluan lain, enakan

buang air besar ke sungai, beres…gratis. Percuma ada penyuluhan, dianggap warga angin lalu saja. Dulu pernah ada pengabdian pada masyarakat dari UNIB, ada pembagian satu unit wc, buktinya warga mau buat wc dan mau memakainya, artinya warga di sini mau berperilaku sehat, tapi hendaknya pemerintah ada wujud bantuanya, warga bosan hanya dengar penyuluhan saja. Jadi adanya penyuluhan-penyuluhan dari kesehatan itu,tidak diaminkan warga, mereka rebut bercerita masing-mading dengan kawannya/ibu-ibu lain, terkadang saya malu…tapi itulah adanya mau buat apa, dinasehati,tersinggung dan tidak mau datang lagi ke posyandu" (MWR, Ketua Posyandu Sidodadi Air Kopras).

"Pernah mendapatkan penyuluhan di PKK tentang makanan bergizi, jamban sehat dan pemberantasan jentik nyamuk. Kami mau melakukan tapi tak punya uang untuk membeli ikan atau daging atau telur. Kami hanya mampu beli ikan teri/ikan asin. Yang penting bagi kami ada nasi dan sambal serta lalap-lalapan. Itupun sudah enak.Untuk buat jamban/WC, kami sangat mau,tapi buat beli WC uang kami tidak cukup ada kebutuhan lain yang lebih penting yaitu untuk sekolah anak dan buat makan, makanya kami 'mising' (BAB) di sungai meskipun agak jauh dari rumah. Saya dan kawan-kawan sering ngantuk kalau mendengarkan penyululuhan kesehatan, apa lagi kalo hanya ceramah-ceramah saja, makanya kami ngobrol sama ibu-ibu lain untuk menghilangkan kantuk. Semua isi penyuluhan kesehatan itu bagus tapi kondisi perekonomian kami

belum cukup, ada keperluan lain yang mendesak ya... itu tadi untuk keperluan makan sehari-hari." (SWN.D, 31 tahun, pedagang).

Berdasarkan jawaban subyek penelitian tersebut, kebiasaan buang air besar di sungai sudah menjadi kebiasaan kolektif dan menjadi bagian dari kesadaran subyektif. Kebiasaan kolektif ditandai dengan adanya perilaku yang sama di antara anggota masyarakat Lebong dalam hal buang air besar. Kesamaan itu di antaranya adalah sama-sama gemar buang air besar di sungai dan belum menganggap penting memiliki jamban keluarga. Meskipun sebagian subyek penelitian beralasan karena adanya faktor ekonomi, sebenarnya alasan itu hanyalah alasan di tingkat permukaan semata. Hal ini diperkuat oleh adanya realitas, bahwa keluarga yang secara ekonomi mampu membuat jamban keluarga, ternyata tidak membuat jamban karena buang air besar di sungai dianggap lebih praktis. Begitu pula sebaliknya, keluarga yang kurang mampu, bisa saja membuat jamban keluarga, jika ada semacam 'tuntutan' dari luar dirinya. Tuntutan itu diantaranya: (a) salah satu anggota keluarganya/anaknya bekerja di luar Kabupaten Lebong telah kebiasaan buang air besar di jamban, sehingga anaknya membantu membuatkan wc orang tuanya (b) adanya rasa malu, jika ada tamu atau teman anaknya yang sekolah di luar kota datang ke rumahnya tidak ada WC, yang tidak terbiasa buang air besar di sungai, (c) adanya tuntutan dari menantu atau cucu yang tidak terbiasa buang air besar di sungai,

supaya cucu atau menantunya tidak repot atau malu *mising* di sungai, makanya buat WC[33].

Kondisi yang diceritakan atau diinformasikan oleh informan dan sabyek penelitian tersebut adalah sebagai realitas obyektif. Realitas obyektif ini jika dikaitkan dengan konsep sosialisasi, maka kebiasaan buang air besar di sungai merupakan hasil dari sosialisasi sekunder. Pengetahuan dan pengalaman buang air besar di sungai lebih banyak dipengaruhi oleh aspek eksternal yang ada di luar keluarga. Kebiasaan semacam ini tentu saja merupakan hasil dari kebiasaan-kebiasaan yang terjadi di lingkungan keluarga dan menjadi bagian dari sosialisasi primer.

Dari aspek kesadaran diri, subjek penelitian memiliki alasan yang hampir sama tentang kebiasaan *mising* (buang air besar) di sungai. Alasan tersebut diantaranya: (a) lebih praktis, (b) lebih puas airnya

[33]Eksternalisasi yaitu momen dalam proses dialektis dimana individu secara kolektif dan perlahan-lahan menyesuaikan diri yaitu mengubah pola-pola dunia sosial obyektif. Proses dimana manusia yang belum disosialisir sepenuhnya bersama-sama membentuk realitas baru Berger dan Luckmann (1979:78). Dalam konteks perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) pada saat terjadinya proses dialektika eksternalisasi secara kolektif masyarakat, khusunya keluarga di Kabupaten Lebong. Secara perlahan mengubah pola perilaku hidup bersih dan sehat sesuai dengan realitas yang ada, seperti penyesuaikan diri untuk menggunakan jamban keluarga, sebagai hasil proses internalisasi pernikahan lain suku atau anggota keluarga menyesuaikan diri pada lingkungan keberadaan kehidupunnya sehari-hari. Meskipun belum sepenuhnya menjalankan indikator-indikatror PHBS pada anggota keluarga. Karena produk-produk aktivitas manusia dalam konteks ini melaksanakan PHBS dalam rumah tangga merupakan suatu realitas yang bersifat eksternal. Dunia kesehatan (PHBS) tidak dapat terlepas dari aktivitaas manusia yang menhasilakannya dalam bentuk aktivitas menjalankan perilaku hidup bersih dan sehat.

banyak, dan (c) lebih nyaman. Alasan tersebut telah diyakini bertahun-tahun dan telah menjadi bagian dari realitas subyektif. Kondisi ini pula yang menyebabkan Dinas Kesehatan merasa sulit untuk merubah perilaku kebiasaan buang air besar masyarakat Kabupaten Lebong. Hal ini diperkuat oleh jawaban subyek penelitian[34] (FRD, ibu rumah tangga) yang bernada 'sinis' pada kegiatan penyuluhan kesehatan yang dilakukan oleh dinas kesehatan.

Dalam hal buang air besar, aspek ekonomi dapat dikategorikan sebagai bagian dari realitas obyektif. Meskipun di dalam konsep realitas sosial Berger, aspek ekonomi bukanlah bagian dari realitas obyektif. Aspek ekonomi dalam konteks ini merupakan salah satuan temuan dalam penelitian ini. Temuan ini diperkuat oleh kenyataan bahwa sebagian masyarakat Kabupaten Lebong yang mendapat bantuan pembuatan jamban keluarga, pada akhirnya buang air besar di jamban. Masyarakat Kabupaten Lebong bersedia membuat jamban keluarga apabila mendapat bantuan dari pihak luar (Herlina et.al. 2010:56), baik dari dinas kesehatan, perguruan tinggi, maupun lembaga sosial. Bantuan pembuatan jamban keluarga meliputi bantuan material berupa:

[34]Malas mendengarkan penyuluhan dari Puskemas, mendingan kerja lain, tidak ada hasilnya paling-paling dianjurkan begini…begitu…itu-itu saja. ..kami tau apa yang diceramhakan itu baik,tapi bagaimana mau melakukannya, makan sehari-hari saja masih susah. Mending ada bantuan langsung atau diperagakan/dipraktekan lasung ada juga hasilnya, kalau hanya dengar ceramah saja malas datang, banyak kerjaan laian yang harus dikerjakan. Jarang saya datang ke Puskesmas atau PKK, tidak enak sama terangga ketua Posyandu.

kloset (WC jadi dari keramik), pasir, semen, dan pipa paralon. Dalam pengerjaan jamban keluarga, biasanya mereka lakukan secara gotong royong dengan sesama penerima bantuan. Kondisi tersebut dalam ideologi pembangunan telah lama dipertahankan bahwa semua manfaat pada akhirnya akan meluas ke semua sektor dalam masyarakat. Dalil ini disebut sebagai "pengaruh yang menetes ke bawah" (*trickle down effect)*, atau dalam rumusan yang lebih optimis "pengaruh yang menyebar" (*spread effect).* Kadangkala ditegaskan bahwa kendati masih terbatas, penyebaran manfaat ini sudah sedang berlangsung, penyebaran itu juga kadang-kadang disodorkan sebagai harapan yang hampir pasti terpenuhi dan berpengaruh (Berger, 2004: 54)

Temuan pada aspek ekonomi juga diperkuat oleh pernyataan subyek penelitian yang intinya "mereka sudah bosan dengan ceramah kesehatan, tanpa adanya bantuan yang bersifat material". Untuk merubah sebagian perilaku kesehatan masyarakat, mereka memerlukan dukungan finansial/material, khususnya yang berkaitan dengan pengadaan jamban keluarga. Bagi masyarakat Kabupaten Lebong, menyisihkan uang dan waktu untuk membuat jamban keluarga bukanlah hal yang mudah.

Kebiasaan tersebut yang terjadi pada masyarakat di Kabupaten Lebong sebagaimana telah dipaparkan, sebenarnya merupakan petunjuk bahwa konsep sehat, sakit, dan kebiasaan sehat. Menurut Armstrong (dalam Albrecht, 2000:31-32) menjelaskan bahwa tidak

hanya persoalan medis dan *labeling* dari orang-orang dalam tahap rasionalitas tertentu, tetapi juga dipandang sebagai realitas sosial yang dibangun oleh pengetahuan dari masyarakat lokal, sehingga memahami pengetahuan masyarakat lokal tidaklah sama dengan memahami sebuah komunitas sebagai obyek sebuah fenomena biologis[35].

Paparan tersebut juga menunjukkan bahwa telah mendarah-daging (sudah terbiasa) dalam ranah sosiliasasi primer, yang jika memakai sudut pandang Berger merupakan dampak dari tradisi di keluarga yang tersedimentasi. Sedimentasi dan tradisi PHBS di kalangan masyarakat Kabupaten Lebong yaitu kebiasaan hidup yang mengabaikan kaidah-kaidah kesehatan pada masyarakat terutama di pedesaan. Konteks Berger yang merupakan wujud dari sedimentasi intersubyektif, diungkapkan oleh Berger dan Luckmann (1966b: 5)[36] adalah pengalaman yang ada dalam diri individu, yang kemudian mengendap. Mengendap di sini artinya individu sengaja mengendapkan pengetahuan yang mereka peroleh dalam ingatan mereka sebagai

[35]*Baca David Armstrong in Garry L Albrecht.2000, Sosial Theorizing About Health and Illnes in The Handbook of Sosial Studies in Health and Medecine, Sage Pub, UK, Pp. 31-32, Ia mengatakan health and illness may or may not be based in biological reality, but its always based on sosial realty. Every society always have own knowledge and concept about health and illness.*

[36]*The experience that are so retained become sedimented, that is, they congeal in recollection as recognizable and memorable entities. Unless such sedimentation tool place the individual could not make sense of his biography. Intersubjective Sedimentation also take place when severals individuals share a common biography of which become incorporated in a common stock of knowledge*

entitas pengetahuan yang mudah dikenali dan mudah diingat, kecuali apabila pada saat proses sedimentasi atas pengetahuan tersebut individu tidak bisa memahami "diri berikut pengetahuan subyektif" mereka sendiri. Sedimentasi intersubyektif dalam diri individu juga berlangsung ketika beberapa individu berbagi pengetahuan yang dimilikinya satu dengan yang lain.

Mengacu pada pemikiran Berger dan Luckmann dalam konteks masyarakat Kabupaten Lebong, kontradiksi antara perilaku hidup sehat versi Dinas Kesehatan, atau versi masyarakat modern tidak hanya disebabkan karena kurang pengetahuan akan kebiasaan hidup sehat, tetapi juga dikarenakan menggunakan istilah Berger dan Luckmann, yaitu karena *stock of knowledge* masyarakat setempat.

Berdasarkan uraian di atas, konstruksi sosial tentang jamban sehat pada keluarga di Lebong dapat disimpulkan sebagaimana tabel berikut ini.

Identifikasi Karakteristik Informan dan Deskripsi Konstruksi Sosial tentang Jamban Sehat

No.	Karakteristik Subyek Penelitian	Deskripsi Konstruksi Sosial Menggunakan Jamban Sehat
1.	Ibu rumah tangga memiliki 1-4 orang anak, berpendidikan SD hingga SLTP, kelas ekonomi tidak mampu.	• Mising yaitu buang air besar (BAB) di sungai lebih praktis. • BAB di sungai bisa berinteraksi dengan tetangga ketika bertemu di sungai. • BAB di sungai sudah menjadi kebiasaan secara turun-temurun

		• Bikin jamban/WC keluarga, biayanya mahal.
2.	Ibu rumah tangga memiliki 1-2 orang anak berpendidikan SLTA, kelas ekonomi menengah ke bawah.	• Mau buat jamban/WC, tetapi uangnya untuk kebutuhan yang lebih penting lagi seperti untuk biaya makan dan biaya anak sekolah. • Jika ada tamu dari luar,seperti teman anak, kami malu tidak punya jamban, tapi bagaimana kami belum mampu untuk buat WC. • Keluarga kami ada WC, dibuatkan anak, karena malu menantu dan cucu tidak terbiasa mising di sungai, di siring rumah atau di kebun. • Jamban kami sama-sama dengan keluarga kiri kanan rumah, biasanya mereka numpang.
3.	Informan menili anak 2-3 orang berpendidikan SLTP hingga SLTA, kondisi perekonomian menengah keatas.	• Malu tidak punya WC, BAB sembarangan jorok dan bau • Kalau mau biaya buat WC tidak mahal. Tidak perlu yang mahal atau pasang keramik, yang penting, dijaga kebersihannya, sehingga tidak berbau busuk. • Keluarganya yang belum ada kesadaran untuk buat WC. Karena secara kemampuan atau ekonominya, mereka relatif punya uang. Dasar tidak mau buat WC. • Punya WC sendiri di rumah lebih

		praktis dan lebih aman tidak perlu jauh ke sungai, apalagi jika mau misingnya malam hari atau pada saat hujan. • Anak yang buatkan WC, karena dia sudah terbiasa hidup di kota menggunakan WC jika mau mising (buang hajat/BAB)
4.	Ibu rumah tangga dari kelas menengah ke atas, perpendidikan SLTP hingga SLTA, kader Posyandu.	• BAB di jamban keluarga lebih praktis, tidak perlu jalan jauh • BAB di jamban keluarga lebih sehat dan tidak mencemari lingkungan. • Malu kalau ada tamu dan tidak memiliki jamban keluaga. • Jika rumah tidak punya jamban sepertinya keluarga tersebut jorok, karena pada umumnya rumah yang tidak punya jamban lingkungan rumahnya berbau tidak sedap (busuk).

D. Dialetika Eksternalisasi, Obyektivasi dan Intenalisasi: Tidak Merokok di Dalam Rumah sebagai Tindakan Konstruksi Sosial

Kegiatan merokok pada awalnya dilakukan sebagai kegiatan yang secara umum oleh laki-laki sebagai bagian identitas maskulinitas. Laki-laki, merokok, dan maskulinitas pada akhirnya melahirkan anggapan, bahwa laki-laki itu harus merokok. Laki-laki yang tidak merokok dianggap tidak maskulin. Dalam konteks ini, merokok merupakan contoh tindakan sosial, karena merokok dilakukan secara sengaja,

bertujuan dan ditujukan pada individu lainnya. Kebiasaan merokok yang dilakukan oleh laki-laki untuk menunjukkan identitas maskulinnya, merupakan salah satu tujuan merokok yang ditujukan pada individu lainnya.

Sebagian besar masyarakat Lebong, laki-lakinya adalah perokok. Bagi laki-laki Lebong, remaja, orang dewasa dan tua, jika tidak merokok mendapat stigma seperti tidak gagah (maco), tidak berduit (miskin tidak mampu beli rokok), tidak pandai bergaul dan bahkan lebih fatal lagi dianggap seperti 'bukan laki-laki'. Anggapan semacam ini semakin menguatkan kebiasaan merokok di kalangan laki-laki, baik di dalam rumah maupun di luar rumah. Realitas sosial semacam ini jika dijelaskan dalam realitas obyektif dan realitas subyektif, merupakan hasil dialektika kedua realitas tersebut.

Ditemukan pula di daerah ini ada lebih kurang 3-4 desa, yang sebagian besar wanitanya, yaitu ibu rumah tangga, adalah perokok. Alasan merokok sebagai pengganti *muk iben* (makan sirih) karena dibawa lebih praktis, sedangkan jika makan sirih tidak praktis (banyak pernak perniknya) dan kotor. Air sirih warna merah sering menetes dipakaian atau menempel di sekitar keberadaan orang yang sedang makan sirih, sehingga wanita di Lebong untuk menghilangkan rasa asam dalam mulut dengan mengubah kebiasaan makan sirih dan menggantinya dengan merokok. Alasan lainnya merokok dapat pula menghilangkan rasa kantuk pada saat membantu memasak ketika

hajatan atau pada saat bekerja pada malam hari dan menghilangkan hawa dingin.

Kebiasaan merokok masyarakat Lebong yang pada akhirnya melahirkan struktur budaya merokok, merupakan bagian dari realitas obyektif. Struktur budaya merokok ini juga dipertegas oleh kebiasaan dalam melakukan lamaran (peminangan) yang mengharuskan adanya rokok dalam hantaran lamaran yang diletakkan dalam *Bakoa Iben* (tempat sirih). Begitu pula dalam tradisi selamatan, tuan rumah harus menyediakan rokok sebagai salah satu sajian selamatan. Tuan rumah dianggap pelit, jika tidak menyediakan rokok dalam selamatan dan juga mendapat disindir dengan ucapan *"ngasep tikoa"* yang artinya mulut terasa asam karena tidak menghisap rokok.

Dalam realitas subyektif, merokok (di dalam atau di luar rumah, khususnya bagi laki-laki) merupakan kebiasaan yang lahir karena adanya kesadaran individu sebagai hasil proses sosialisasi. Realitas subyektif ini dipertegas oleh pernyataan kaum laki-laki seperti "kalau tidak merokok, kepala pusing", artinya tidak bisa berpikir dan bekerja jadi tidak konsentrasi. Ada pula yang menyatakan "merokok, dapat mempertegas posisi laki-laki sebagai sudah dewasa". Oleh karena itu, di masyarakat Lebong, bagi anak-anak yang belum bisa mencari uang, dilarang merokok. Boleh merokok kalau sudah kerja dan punya uang sendiri. Realitas subyektif semacam ini berlangsung dalam proses sosialisasi yang terjadi di dalam ataupun di luar keluarga. Realitas sosial

ini tidak berlaku sepenuhnya bagi perempuan, karena perempuan yang merokok dianggap sebagai "perempuan nakal", terutama yang masih berusia muda. Oleh karena itu, perempuan di Lebong, relatif kurang berani merokok di ruang terbuka. Meskipun, alasan perempuan merokok terkadang ditujukan untuk mengusir hawa dingin, mengantuk, dan dapat pula mengusir nyamuk pada saat menyadap karet. Alasan lainnya merokok di kalangan perempuan merupakan pengganti kebiasaan makan sirih. Merokok dianggap lebih praktis daripada makan sirih. Hal inilah yang menyebabkan sebagian perempuan Lebong juga memiliki kebiasaan merokok.

Berdasarkan penjelasan tersebut, maka kebiasaan merokok masyarakat Lebong merupakan hasil dari kebiasaan merokok anggota masyarakatnya (individu-individu). Begitu pula sebaliknya, kebiasaan merokok individu, bukan semata-mata karena adanya kesadaran individu, tetapi juga karena adanya tuntutan struktur budaya masyarakat yang mengharuskan laki-laki merokok. Kondisi semacam ini menunjukkan adanya dialektika antara realitas obyektif dan realitas subyek dalam hal merokok.

Dalam perkembangannya, tindakan merokok bukan hanya dilakukan oleh laki-laki, tetapi juga perempuan dan bahkan anak-anak. Di masyarakat perkotaan, perempuan dan anak-anak yang merokok merupakan bagian dari gaya hidup *(life style)*. Di masyarakat tradisional atau pedesaan, perempuan merokok bahkan anak-anak yang merokok

dianggap bagian dari tradisi/kebiasaan untuk mengusir hawa dingin. Di sisi lain, dari aspek kesehatan, merokok dikonstruksikan sebagai tindakan sosial yang buruk, karena tidak baik bagi kesehatan. Apalagi merokok dilakukan di dalam rumah yang memiliki anak atau ibu hamil, akan berdampak negatif (menjadi perokok pasif) bagi seluruh anggota keluarga tersebut.

Oleh karena itu, dinas kesehatan/kementrian kesehatan memiliki kepentingan untuk mengkampanyekan tidak merokok di dalam ruangan seperti di kantor, di rumah, di rumah sakit, di tempat kerja, bandara, dan di kendaraan umum. Khusus pencegahan merokok di rumah, tindakan ini bertujuan untuk mencegah proses sosialisasi merokok di dalam keluarga. Ayah atau orang tua yang merokok di dalam rumah dan dilihat anaknya, pada akhirnya menjadi media sosialisasi primer. Anak-anak akan merokok seperti orang tuanya, padahal dari aspek kesehatan, merokok merupakan tindakan sosial yang buruk akan ditiru oleh anak-anak[37].

[37]Dalam konteks tersebut Berger dan Luckmann (2012:178), menjelaskan terjadinya dalam proses internalisasi yaitu momen dalam proses dialektis dari pembentukan realitas di mana sosialisasi terjadi. Momen internalisasi tersebut terdapat dua jenis yaitu sosialisasi primer adalah sosialisasi yang pertama dialami oleh individu dalam masa kanak-kanak, mulai menjadi anggota masyarakat. Momen ini seseorang mulai bersosialisasi pertama pada lingkungan keluarga. Internalisasi terjadi melalui mekanisme sosialisasi. Dalam hal ini, Berger mengikuti teori Mead dari aliran interaksionisme simbolik. Manusia hidup dalam institusi yang mengatur posisinya dan posisi ego-ego lain. Perilaku dan tindakan manusia di tengah konteks sosialnya menunjukkan perannya. Karena itu, perilaku manusia di tengah konteks sosialnya selalu bersifat simbolik, merujuk kepada sebuah pesan atau makna. Seorang manusia yang belum mengenal kaedah-kaedah atau tatanan dari sebuah institusi bisa

Merokok identik dengan laki-laki. Laki-laki perokok identik dengan maskulin yang merupakan bias gender. Pada dasarnya laki-laki dan perempuan berpotensi untuk sama-sama bisa merokok. Dalam konteks ini konstruksi sosial merupakan alat yang memiliki kekuatan untuk melakukan stigmatisasi. Laki-laki, perempuan, dan anak-anak yang merokok akan dikonstruksikan secara berbeda, meskipun sama-sama merokok. Laki-laki dikonstruksikan maskulin, sehingga ada rokok yang bahasa pemasarannya memang membuat citra (image) tentang maskulinitas bagi orang yang mengonsumsi produk tersebut. Ini salah satu contoh konstruk sosial yang dilakukan oleh industri rokok.

Dalam perkembangannya rokok, '*mild*' contohnya, yang segmentasinya remaja sudah tidak membuat konstruksi tentang maskulinitas, tetapi gaya hidup modern, yang menempatkan pria dan wanita dalam posisi yang relatif sama atau modern apabila mengonsumsi rokok. Rokok dalam konteks ini dapat dijadikan simbol indepedensi remaja. Sudah menjadi rahasia umum, kebiasaan merokok berdampak buruk bagi kesehatan. Namun sering diabaikan karena perokok mencari pembenaran dengan hal lain yang ternyata hanya mitos. Mitos yang berkembang di masyarakat merupakan hasil konstruksi sosial yang telah terinternalisasi. Beberapa mitos tentang

---

mempelajarinya memlalui sebuah tindakan atau perilaku atau ego-ego lain yang sifatnya simbolik. Seperti anak yang baru lahir, mengalami sosialisasi dengan memperhatikan bagaimana *significant other*, yairu orang tuanya dan orang-orang lain yang dekat dengannya saling berinteraksi dan menjalankan peran sosialnya. Interaksi ini peran antara para *significant other* ini mengenalkan anak kepada definisi-definisi paling mendasar dari sebuah situasi sosial tertentu.

kebiasaan merokok yang berlawanan dengan fakta, diantaranya: (1) mitos kebiasaan sehat menyeimbangkan efek buruk dari merokok. Faktanya penelitian menunjukkan, makan sehat dan olah-raga tidak mengurangi resiko buruk merokok. (2) Mitos yang menyatakan merokok menjaga bentuk tubuh tetap stabil dan tidak melar. Faktanya, hal ini karena nikotin menekan nafsu makan. Mungkin perokok akan memiliki ukuran tubuh yang ramping, tapi merokok merusak dari dalam (menyerang organ dalam). (3) Mitos merokok meredakan stres. Faktanya, meski ini alasan populer, tapi perokok justru memiliki tingkat stres yang lebih tinggi ketimbang bukan perokok. (4) Mitos merokok untuk kesenangan pribadi, tidak merugikan orang lain. Faktanya, pada umumnya tidak dipandang atau diabaikan perokok adalah mereka tidak sadar bahwa merokok bukan hanya membahayakan hidup mereka, tapi juga orang lain di sekitarnya. Asap rokok dapat menyebabkan penyakit jantung bagi perokok pasif dan kematian dini bagi anak-anak.

Mitos tersebut yang dibentuk dan dikembangkan oleh perokok (aktif) menjadi bagian dari proses kesadaran individu dan sebagai upaya 'pembenaran' atas tindakan yang dilakukannya. Meskipun tindakan merokok dianggap sebagai tindakan yang merugikan diri sendiri dan individu lainnya (perokok pasif). Dalam konstruksi petugas dinas kesehatan, kebiasaan merokok merupakan gaya hidup yang bertentangan dengan nilai-nilai kesehatan. Oleh karena itu, Dinas

Kesehatan memiliki kepentingan untuk mensosialisasikan bahaya merokok di masyarakat Lebong.

Merokok sebagai tindakan dan konstruksi sosial, karena kegiatan merokok pada awalnya dilakukan sebagai kegiatan yang secara umum oleh laki-laki sebagai bagian identitas maskulinitas. Laki-laki, merokok dan maskulinitas pada akhirnya melahirkan anggapan, bahwa laki-laki itu harus merokok. Laki-laki yang tidak merokok dianggap tidak maskulin. Dalam konteks ini, merokok merupakan contoh tindakan sosial, karena merokok dilakukan secara sengaja, bertujuan dan ditujukan pada individu lainnya. Kebiasaan merokok yang dilakukan oleh laki-laki untuk menunjukkan identitas maskulinnya merupakan salah satu tujuan merokok yang ditujukan pada individu lainnya.

Sebagian besar masyarakat Lebong, laki-lakinya adalah perokok, kondisi ini tentunya merupakan salah satu indikator Provinsi Bengkulu mendapat predikat secara nasional termasuk masyarakat yang memiliki tingkat merokok yang tinggi (Profil Kesehatan, 2009). Bagi laki-laki Lebong, tidak merokok dianggap 'bukan laki-laki'. Anggapan semacam itu semakin menguatkan kebiasaan merokok di kalangan laki-laki, baik di dalam rumah maupun di luar rumah. Realitas sosial semacam ini jika dijelaskan dalam realitas obyektif dan realitas subyektif merupakan hasil dialektika kedua realitas tersebut. Kebiasaan merokok masyarakat Lebong yang pada akhirnya melahirkan struktur budaya merokok, merupakan bagian dari realitas obyektif. Struktur budaya merokok ini

juga dipertegas oleh kebiasaan dalam melakukan lamaran (peminangan) yang mengharuskan adanya rokok dalam hantaran lamaran. Begitu pula dalam tradisi selamatan, tuan rumah harus menyediakan rokok sebagai salah satu sajian selamatan. Tuan rumah dianggap pelit, jika tidak menyediakan rokok dalam selamatan dan juga disindir dengan ucapan "ngasep tikoa" yang artinya mulut terasa asam karena tidak menghisap rokok. Hal ini sebagimana dinyatakan oleh informan berikut ini:

> *" ... kalau acara lamaran tidak disiapkan rokok dalam bakul sirih, bisa batal atau ditunda sampai disiapkan, itu merupakan syarat lamaran dan bakul sirih harus disiapkan rokoknya, sudah menjadi Adat orang sini. Saat menjamu sedekah kalau tidak dihidangkan rokok tuan rumah dianggap pelit dan disindir dengan ucapan "ngasep tikoa" maknanya mulut mereka asam karena tidak merokok. Arti ngasep tikoa adalah pengasapan tabung/tikoa (tempat sadapan nira aren terbuat dari bambu) tabung ini sebelum menampung sadapan nira harus diasap lebih dahulu supaya niranya tidak asam ... "* (Hasil wawancara dengan Jldn, budayawan).

Dalam realitas subyektif, merokok (di dalam atau di luar rumah, khususnya bagi laki-laki) merupakan kebiasaan yang lahir karena adanya kesadaran individu sebagai hasil proses sosialisasi. Realitas subyektif ini dipertegas oleh pernyataan kaum laki-laki seperti "kalau tidak merokok, kepala pusing" dan"merokok, dapat mempertegas posisi laki-laki sebagai sudah dewasa". Oleh karena itu, di masyarakat

Lebong, bagi anak-anak yang belum bisa mencari uang, dilarang merokok. Boleh merokok kalau sudah kerja dan punya uang sendiri. Realitas subyektif semacam ini berlangsung dalam proses sosialisasi yang terjadi di dalam ataupun di luar keluarga. Realitas sosial ini tidak berlaku sepenuhnya bagi perempuan, karena perempuan yang merokok dianggap sebagai "perempuan nakal". Oleh karena itu, perempuan di Lebong, relatif kurang berani merokok di ruang terbuka. Meskipun, alasan perempuan merokok terkadang ditujukan untuk mengusir hawa dingin. Selain untuk mengusir hawa dingin, merokok di kalangan perempuan merupakan pengganti kebiasaan makan sirih. Merokok dianggap lebih praktis daripada makan sirih. Hal inilah yang menyebabkan sebagian perempuan Lebong juga memiliki kebiasaan merokok. Berikut ini beberapa pernyataan dari subjek penelitian:

> "*Merokok sudah menjadi kebiasaan warga/sudah merupakan kebutuhan atau ketagihan, karena kalau tidak merokok kepala pusing, mulut terasa asam, apalagi kalau setelah makan, tidak bisa kalau tidak merokok."* (Hasil wawancara dengan H. Jldn, budayawan).

> "*Untuk masalah rokok di Lebong sudah menjadi kebiasaan saat sedekah atau berasan/melamar di dalam Bakoa Ibem harus ada rokoknya sebagai lambang. Dan pada jamuan selalu disediakan rokok untuk tamu undangan. Ini dilakukan sejak zaman dulu, jika tidak dilakukan*

masyarakat dianggap tidak tau Adat, karena tidak mau dicap sebagai warga yang tidak berAdat, maka secara turun-temurun warga meniapkan rokok pada bakoa iben (tempat sirih) pada saat acara lamaran (meninang anak gadis) atau pada saat acara akat nikah. Risikonya jika tidak disiapkan, akat nikah ditunda samapai di isi rokoknya secara lengkap pada tempat sirih tersebut." (Hasil wawancara dengan SJ, budayawan).

"Untuk perempuan merokok yang saya tahu di desa semelako dan Topos memang betul banyak yang merokok, alasanya sudah ketagihan dan pengganti makan "iben" (sirih), karena makan sirih repot (banyak peralatannya) diganti merokok karena lebih praktis." (DRYT, Kabid Kesga Gizi & Promokes Dinkes Kabupaten Lebong).

"Anak kami 7 orang (1 perempuan dan 6 laki-laki) anak laki-laki kami semuanya merokok, kalau masih kecil sekolah SD kami larang dengan ucapan "jangan merokok … masih kecil" alasannya karena kalau masih kecil masih sekolah … belum bisa cari uang untuk beli rokok.Artinya kalau anak sudah bisa cari uang boleh merokok? Ya …, biar dia cari uang sendiri buat beli rokok. Kelas berapa anak ibu sudah mulai cari uang/kerja? Diam sejenak … lalu menjawab kira-kira SMP kelas 1. Karena dia mau merokok, jadinya dia (anak) kerja/cari uang untuk beli rokok. Tingkat pendidikan anak ibu? Tamat SD 1 orang, tamat SLTP 2 orang dan sedang sekolah SD 1 orang, sedang sekolah SLTP 1 orang. Apakah anak-anak ibu putus

sekolah, karena cepat cari kerja karena untuk beli rokok? Mikir sejenak … tidak juga bu … tapi memang dia tidak mau lagi melanjutkan sekolah dan kami juga tidak ada biaya untuk melanjutkan pendidikan. Apa pekerjaaan anak Ibu? Karena masih kecil paling bantu keluarga nyadap karet, atau metik kopi, ada juga bantu keluarga lain bawa mobil untuk menggantikan pamannya ngantar barang sebagai supir truk. Untuk apa hasil mereka kerja? Beli baju ya … dan kebutuhan dia merokok. Kenapa uang dia kerja tidak untuk kebutuhan sekolah? Terserah anak bu … karena dia tidak mau lagi sekolah kami sebagai orang tua tidak bisa memaksa." (Hasil wawancara dengan Yuliana).

Berdasarkan penjelasan tersebut, maka kebiasaan merokok masyarakat Lebong merupakan hasil dari kebiasaan merokok anggota masyarakatnya (individu-individu). Begitu pula sebaliknya, kebiasaan merokok individu, bukan semata-mata karena adanya kesadaran individu, tetapi juga karena adanya tuntutan struktur budaya masyarakat yang mengharuskan laki-laki merokok. Kondisi semacam ini menunjukkan adanya dialektika antara realitas obyektif dan realitas subyek dalam hal merokok. Berger dan Luckmann menjelaskan bahwa sosialisasi primer berakhir ketika konsep pada tahap ini yang juga tahap yang lain (juga semua yang berhubungan dengan itu) telah berada dalam kesadaran individu. Pada titik ini, individu adalah anggota yang

sebenarnya dari sebuah komunitas masyarakat dan dalam diri yang benar-benar subyektif serta berbeda dari realitas dunia di sekitarnya[38].

Dalam perkembangannya, tindakan merokok bukan hanya dilakukan oleh laki-laki, tetapi juga perempuan dan bahkan anak-anak. Di masyarakat perkotaan, perempuan dan anak-anak yang merokok merupakan bagian dari gaya hidup *(life style)*. Di masyarakat tradisional atau pedesaan, perempuan merokok bahkan anak-anak yang merokok dianggap bagian dari tradisi/kebiasaan untuk mengusir hawa dingin. Di sisi lain, dari aspek kesehatan, merokok dikonstruksikan sebagai tindakan sosial yang buruk, karena tidak baik bagi kesehatan. Apalagi merokok yang dilakukan di dalam rumah yang memiliki anak kecil.

Dinas Kesehatan (kementrian kesehatan) memiliki kepentingan untuk mengampanyekan tidak merokok di dalam ruangan (di kantor, di rumah), di rumah sakit, di tempat kerja dan di kendaraan umum. Khusus pencegahan merokok di rumah ini bertujuan untuk mencegah proses sosialisasi merokok di dalam keluarga. Ayah atau orang tua yang merokok di dalam rumah dan dilihat anaknya, pada akhirnya menjadi media sosialisasi primer. Anak-anak akan merokok seperti orang tuanya, padahal dari aspek kesehatan, merokok merupakan tindakan sosial yang buruk.

---

[38]Baca Berger hlm. 157. *Primary sosialization ends when the concept of the generalized other (and all that goes with it) has been established in the consciousness of the individual. At this point he is an effective member of society and in subjective possession of a self and a world.*

Berdasarkan analisis persepektif konstruksi sosial Berger dan Luckmann, anggota masyarakat mengontruksi PHBS tersebut sesuai dengan individu masing-masing berdasarkan apa yang telah disosialisasi baik secara primer maupun sekunder. Konstruksi terhadap empat PHBS itu sangat ditentukan oleh apa yang dikatakan Berger dan Luckmann *stock of knowledge* (pengetahuan akal sehat) di mana mereka hidup dan mengembangkan dirinya. Kebiasaan hidup masyarakat, tradisi, dan mitos yang bersifat turun-temurun memberi pengaruh yang sangat kuat dalam konstruksi PHBS dalam masyarakat Lebong. Namun, dalam perkembangannya, dapat dikatakan juga individu-individu masyarakat Lebong mulai menginternalisasi pola kesehatan modern sebagaimana yang dianjurkan dinas kesehatan.

Konstruksi sosial mengenai kebiasaan merokok di rumah oleh masyarakat Lebong dipahami sebagai hal yang non– problematisitas. Anggota keluarga dan masyarakat tidak mempermasalahkan masalah ini, karena dianggap sebagai sesuatu yang sudah biasa. Di sisi lain, Dinas Kesehatan mengonstruksikan kebiasaan semacam ini sebagai sesuatu yang 'buruk' dan tidak sehat. Konstruksi semacam ini diperkuat dengan program PHBS yang salah satu kegiatannya adalah menghilangkan kebiasaan merokok di dalam rumah. Kegiatan ini dilakukan untuk meminimalisir terjadinya perokok pasif dan aktif di kalangan anak-anak yang orang tuanya (ayahnya) merokok.

Bagi Dinas Kesehatan, kebiasaan merokok di dalam rumah dikonstruksikan sebagai problem sosial. Dalam konteks ini aktor-aktor (petugas Dinas Kesehatan) memberikan klaim bahwa kebiasaan ini dapat merugikan kesehatan si perokok dan anggota keluarga lainnya yang tidak merokok, khususnya perempuan dan anak-anak. Konstruksi sosial semacam ini melekat dengan kekuasaan Dinas Kesehatan sebagai pihak yang bertanggung jawab atas kebiasaan yang dianggap buruk ini. Untuk mengokohkan kekuasaannya Dinas Kesehatan melakukan kegiatan dalam bentuk PHBS.

Konstruksi sosial yang berbeda antara Dinas Kesehatan dengan masyarakat tentang merokok di dalam rumah, tidak terlepas dari kebiasaan merokok masyarakat Lebong. Merokok telah menjadi bagian dari kebiasaan keseharian dan budaya, karena dalam beberapa tradisi ritual senantiasa melibatkan rokok dan merokok. Dengan demikian, kebiasaan merokok di dalam rumah diklaim sebagai kebiasaan yang non-problematis karena dianggap biasa.

Realitas sosial semacam inilah yang menyebabkan Dinas Kesehatan kurang berdaya dalam meminimalisir kebiasaan merokok di dalam rumah. Klaim dan kekuasaan Dinas Kesehatan berhadapan dengan klaim budaya dan kebiasaan masyarakat dalam hal merokok. Konstruksi sosial semacam ini menunjukkan, bahwa bahasa dan simbol-simbol tentang bahaya merokok kurang memiliki makna yang mengancam kesehatan perokok. Apalagi di kalangan masyarakat ada

anggapan, orang yang tidak merokok pun paru-parunya bisa sakit dan mati.

Berdasarkan uraian di atas, konstruksi sosial tentang kebiasaan merokok di dalam rumah tercantum pada tabel 6.4 berikut ini.

Identifikasi Karakteristik Informan dan Deskripsi Konstruksi Sosial tentang Merokok di Dalam Rumah

No.	Karakteristik Subyek Penelitian	Deskripsi Konstruksi Sosial Merokok di dalam Rumah
1.	Ibu rumah tangga memiliki 1--4 orang anak, berpendidikan SD hingga SLTP, kelas ekonomi tidak mampu, budayawan.	• Merokok di dalam rumah sudah biasa. • Suami/ayah tidak merokok, kurang maco. • Ritual selamatan/perts di rumah harus ada rokok, agar tidak dianggap pelit. • Anak laki-laki sepanjang belum bekerja dilarang merokok. • Tidak ada larangan untuk laki dan perempuan merokok di tempat umum maupun di dalam rumah. • Bagi wanita merokok dinilai tidak pantas, orang melihatnya sinis, bahkan dianggap 'nakal' • Merokok pengganti makan sirih bagi kaum ibu.
2	Ibu rumah tangga memiliki 1-2	• Capek melarang suami merokok,

.	orang anak berpendidikan SLTA, kelas ekonomi menengah ke bawah.	tidak dipedulikan jika dinasehati. • Suami merokok sering batuk-batuk, tetap saja merokok • Takut melarang suami merokok, nanti dia tidak mau kerja cari duit. • Biarlah suami merokok, dia kan yang cari uang. • Dibiarkan saja, jika dilarang nanti jadi rebut, malu sama tetangga. Ribut gara-gara rokok • Tidak melarang suami merokok, karena saya (si ibunya) juga merokok. • Anak boleh merokok asal sudah bisa cari duit sendiri buat beli rokoknya. • Merokok sebagai upaya menghilangkan rasa dingin dan untuk mengusir nyamuk ketika sedang nyadap karet, karena di kebun banyak nyamuk.
3.	Informan menili anak 2-3 orang berpendidikan SLTP hingga SLTA, kondisi perekonomian menengah keatas, tokoh agama, tokoh masyarakat lainnya, budayawan.	• Merokok fisiknya lebih kuat apabila akan disengat hewan/serangga berbisa. • Merokok tidak dilarang agama, hanya makruh hukumnya, tapi karena sudah ketagihan, sulit untuk berhenti. • Merokok di kalangan remaja di Lebong sudah dilakukan sejak puluhan tahun yang lalu, secara

		sembunyi-sembunyi. • Merokok sudah membudaya di Lebong, karena acara resmi seperti pernikahan dalam tempat sirih harus disediakan rokok. • Ditempat tempat keramaian seperti pesta atau hajatan lainnya harus disediakan rokok oleh tuan rumah, jika tidak disediakan dianggap pelit.
4.	Ibu rumah tangga dari kelas menengah ke atas, perpendidikan SLTP hingga SLTA, kader Posyandu, dinas kesehatan.	• Merokok di dalam rumah harus dilarang, karena semua anggota keluarga bisa menjadi perokok pasif. • Merokok membahayakan kesehatan paru-paru. • Merokok penyebabkan berbagai jenis penyakit kanker. • Merokok di rumah, justru memberi contoh kurang baik pada anak dan anak atau anggota keluarga lainnya bisa menjadi perokok pasfif. • Perokok pasif sama bahayanya dengan perokok aktif. • Boros, harga rokok lumayan mahal. • Hanya mementingan kesenagan sendiri. Biaya rokok bisa untuk kebutuhan keluarga.

E. *Significant Other (s)* Terhadap PHBS

Orde asasi dari masyarakat adalah dunia sehari-hari, sedangkan makna dasar bagi pengertian manusia adalah *common sense* (dunia akal sehat). Dunia akal sehat terbentuk dalam percakapan sehari-hari dan pengalaman sehari-hari. Dunia akal sehat merupakan pengetahuan yang ada pada setiap orang dewasa yang sadar. Pengetahuan ini didapatkan individu secara sosial melalui sosialisasi primer dan sosialisasi sekunder, dari orang-orang sebelumnya, terlebih dari *significant others*. Dunia akal sehat terbentuk dari tipifikasi yang menyangkut pandangan dan tingkah laku, serta pembentukan makna yang memiliki persepsi yang sama.

Tipifikasi adalah cara individu mengonstruksikan makna di luar arus utama pengalaman. Tipifikasi adalah upaya membentuk penggolongan atau klasifikasi dari pengalaman dengan melihat keserupaannya. Keseluruhan tersebut merupakan hubungan makna. Hubungan makna diorganisir secara bersama-sama melalui proses tipifikasi ke dalam apa yang Schutz namakan *stock of knowledge.* Kumpulan pengetahuan bukanlah pengetahuan tentang dunia melainkan segala kegunaan-keguanaan praktis dari dunia itu sendiri (Craib, 1994:130-131)

Individu-individu yang terlibat dalam komunikasi melalui bahasa dan interaksi sosial, kemudian membangun semacam sistem relevansi kolektif. Kehidupan sehari-hari telah menyimpan dan menyediakan kenyataan, sekaligus pengetahuan. Kenyataan didefinisikah oleh Berger

adalah sebagai suatu kualitas yang terdapat dalam fenomena-fenomena yang diakui sebagai memiliki keberadaan *(being*) yang tidak tergantung pada kehendak kita sendiri (tidak dapat 'meniadakannya'). Sedangkan, pengetahuan didefinisikan sebagai kepastian bahwa fenomena-fenomena itu nyata *(real)*dan memiliki karakteristik-karakteristik yang spesifik (Berger dan Luckmann, 2012:1). Melalui angan-angan yang membimbing perilaku dalam kehidupan sehari-hari. Kehidupan sehari-hari menampilkan realitas obyektif yang ditafsirkan oleh individu, atau memiliki makna-makna subyektif. Di sisi 'lain', kehidupan sehari-hari merupakan suatu dunia yang berasal dari pikiran-pikiran dan tindakan-tindakan individu, dan dipelihara sebagai 'yang nyata' oleh pikiran dan tindakan tersebut. Dasar-dasar pengetahuan tersebut diperoleh melalui obyektivitas dari proses-proses (dan makna-makna) subyektif yang membentuk dunia akal-sehat *intersubyektif* (Berger dan Lucman, 1979:29). Pengetahuan akal-sehat adalah pengetahuan yang dimiliki bersama (oleh individu dengan individu-individu lainnya) dalam kegiatan rutin yang normal (dalam kehidupan sehari-hari).

Significant other (s) merupakan orang (orang-orang) yang secara nyata penting bagi seseorang dalam proses sosialisasi, baik primer maupun sekunder. *Significant other (s)* adalah orang-orang yang dijadikan rujukan dalam bertindak. Dalam tahap *play stage*, orangtua merupakan *significant other* bagi anak-anak. Perilaku hidup sehat dan bersih yang berkembang di lingkungan keluarga juga tidak bisa

dilepaskan dari keberadaan *significant other*. Berikut ini akan dibahas *significant other* dalam bidang persalinan, pemberian ASI Eksklusif , tidak merokok di dalam rumah dan buang air besar di jamban keluarga.

Meskipun di desa sudah ada lembaga kesehatan modern (Puskesmas, Polindes, bidan desa), sebagian masyarakat Kabupaten Lebong dalam melakukan proses persalinannya masih menggunakan jasa dukun bayi. Ibu-ibu muda yang melahirkan anak pertamanya dan persalinannya dibantu oleh dukun bayi, karena ibunya saat melahirkan juga dibantu dukun bayi. Begitu pula generasi neneknya yang proses persalinannya juga menggunakan jasa dukun bayi. Dengan berbagai alasan dan pertimbangan yang dirasionalkan, proses melahirkan bayi melalui pertolongan dukun bayi dikarenakan ibu *(significant other)* dan neneknya *(significant others)* melakukan hal yang sama. Kebiasaan keluarga semacam ini kemudian diperkuat dengan kebiasaan yang dilakukan oleh ibu-ibu lainnya (tetangganya) yang juga melakukan hal yang sama. Keberadaan ibu-ibu yang juga melahirkan ditolong oleh dukun bayi, juga memiliki kontribusi dalam memutuskan siapa pihak yang akan membantu proses persalinan.

Begitu pula dengan kebiasaan memberikan ASI Eksklusif bayi. Ibu merupakan *significant other* yang menjadi rujukan dalam kebiasaan memberikan ASI Eksklusif . Bagi ibu-ibu yang memberikan makanan pengganti ASI dan makanan tambahan bagi bayi, keberadaan kaum ibu *(significant others)* sangat berperan.

Dalam hal kebiasaan merokok di rumah, kebiasaan ini oleh Dinas Kesehatan dikonstruksikan sebagai kebiasaan yang buruk dan tidak sehat. Oleh karena itu, Dinas Kesehatan melalui program PHBS berupaya menghilangkan kebiasaan merokok di dalam rumah. Kenyataannya, merubah realitas semacam ini tidaklah mudah. Bagi sebagian besar masyarakat Kabupaten Lebong, merokok di dalam rumah dianggap hal yang biasa. Ada atau tidak ada anak-anak ataupun perempuan di dalam rumah, mereka (perokok) tetap saja merokok. Bahkan di setiap ada acara hajatan, merokok di dalam rumah adalah hal yang wajar, bahkan kalau tuan rumah tidak menyediakan rokok, bisa dianggap pelit. Dalam kebiasaan merokok di dalam rumah, pihak yang memiliki peran adalah kakek, ayah, saudara laki-laki dan ibu. Dalam konteks ini ayah dan ibu adalah *significant others* bagi anaknya yang merokok di dalam rumah. Anak yang masih sekolah dilarang merokok karena dianggap belum bisa mencari uang. Pada saat anak laki-laki sudah remaja dan bisa mencari uang sendiri buat membeli merokok akan menjadi *significant other* bagi adik laki-laki dalam dalam keluarganya. Kaum laki-laki yang memiliki kebiasaan merokok pada dasarnya adalah *significant others* bagi laki-laki yang merokok.

Dalam hal kebiasaan buang air besar di sungai, anggota keluarga merupakan *significant others.* Oleh karena itu, kebiasaan buang air besar di sungai telah menjadi kesadaran umum. Kesadaran umum yang berlangsung terus menerus pada akhirnya menjadi kebiasaan dan

budaya. Budaya buang air besar di sungai dianggap kebiasaan yang wajar, meskipun menurut Dinas Kesehatan kebiasaan tersebut dianggap tidak mendukung kesehatan, yaitu akan mencemari lingkungan.

Anggota keluarga dan tetangga menjadi *significant other* yang memiliki kontribusi dalam kebiasaan buang air besar di sungai. Begitu pula dengan keluarga-keluarga yang memiliki jamban keluarga. Keluarga atau tetangga yang telah memiliki jamban keluarga merupakan *significant others* bagi keluarga-keluarga yang pada akhirnya memiliki jamban keluarga sendiri. Kondisi ini yang dinamakan Berger dan Luckmann ditemukan dalam proses ekskternalisasi, yaitu anggota keluarga di Lebong mengalami proses adaptasi dalam hal menggunakan jamban sehat sebagaiman yang dianjurkan oleh dinas kesehatan. Berikut ini ditampilkan tabel 6.5 untuk mendiskripsikan peran *significant other* dalam PHBS.

Peran *significant other*s terhadap PHBS pada Keluarga di Kabupaten Lebong Provinsi Bengkulu Tahun 2012

No	Bidang PHBS	*Significant others*	*Significant others*
1.	Persalinan	Ibu	Ibu, Ibu Mertua, Suami dan nenek
2.	Pemberian ASI Eksklusif	Ibu	Ibu, nenek, saudara perempuan dan Tetangga
3.	Kebiasaan buang air besar	Orang Tua	Ibu , Bapak, nenek, Kakek, Saudara, Keluarga dan

			tetangga
4.	Kebiasaan Merokok di Rumah	Ayah atau kakak (saudara laki-laki)	Ayah, kaum laki-laki, kakek dan ibu

Sumber : Hasil Penelitian tahun 2012

DAFTAR PUSTAKA

Adi, Rukminto, Isbandi. *Dampak Pemasyarakatan Buku Kesehatan Ibu dan Anak Terhadap Perilaku Kesehatan Komunitas Sasaran*. Jurnal Ilmu Kesejahteraan Sosial Universitas Indonesia 2006;4 (2):146-150.

Ahmad, Zainul, Hamdi. 2003. *Menafsirkan Hermeneutika,* Jurnal Gerbang, Februari-April;14(V) : 23-25

Andy, Robinson. 2011. *Indonesia National Program for Community Water Supply and Sanitation Services,* World Bank Report Journal Series. Vol.4 (6). USA

Barker, Chrisa. 2009. *Cultural Studies*. Yogyakarta: Kresia Wacana

Berger, Peter L, dan Thomas Luckmann. 1966. *Sosial Construction of Reality, A treatise in the sociology of knowledge*. England: Penguin Books.

_____.1967. *The Sosial Construction of Reality (A Treatise in the Sociology of Knowledge).* U.S.A : Great Britain The Penguin Press,

_____.1979. *The Sosial Construction of Reality, a Treatise in the Sociology of Knowledge*. Middlesex.

_____.1990. *Tafsir Sosial Atas Kenyataan (Risalah Tentang Sosiologi Pengetahuan)*, (Terjemahan Hasan Basri). Jakarta: LP3ES.

_____.*2012. Tafsir Sosial Atas Kenyataan (Risalah Tentang Sosiologi Pengetahuan)*, (Terjemahan Hasan Basri). Jakarta: LP3ES.

Berger, Peter L. 1991. *Langit Suci; Agama sebagai Realitas Sosial*, (terjemahan oleh hartono). Jakarta: LP3ES.

_____, 2004. Piramida Kurban Manusia Etika Politik dan perubahan sosial (terjemahan A. Rahman Toleng), Jakarta: LP3ES

Ben Fine-The Development is Dead, Development and Change, Vol.30 (1999),1-19, Institute of Sosial Studies 1999, published by blackweel publishers, UK.

Bungin, Burhan. (2010). *Penelitian Kualitatif; Komunikasi, Ekonomi, Kebijakan Publik, dan Ilmu Sosial Lainnya.* Jakarta: Kencana.

Bauwens, Elenor E.(1987). *The Anthopology of Health*. The C.V Bosby Company.

Bogdan, Robert. (1990). *Riset kualitatif Untuk Pendidikan:Pengantar ke Teori dan Metode*, (alih bahasa Munandir). Jakarta: PAU Universitas Terbuka,

Blum HL. 1972. *Planning for Health; Developme nt Application of Sosial Change Theory*. New York: Human Science Press

Charles, Lemert (ed), 1999. *Sosial Theory the Multicultural and Classic Reading*, Westview Press.

Deborah, Lupton. 2003**.** *Medicine as culture*. London: SAGE Publication.

David, Wainwright. 2008*. Illness Behaviour and the Discourse of Health*. LA: Sage Pub.

Ekawati, Rindang. 2011. Karakteristik Sosial Ekonomi dan kesehatan Maternal, Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional , Desember; 6 (3):133-139.

Fathoni, Abdurrahmat. 2006. *Atropologi Sosial Budaya*. Jakarta: Reneka Cipta.

Februhartanti J. 2009. *ASI dari Ayah untuk Ibu dan Bayi*. Jakarta: Semesta Media.

_____, dkk. 2011. *Pendapat Pembaca Awam Terhadap Buku 'Air Susu Ibu' dari Ayah untuk Ibu dan Bayi*, Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional,;5 (4) :158-159

Frederic, Patenaude.2011. British Medical Journal, Diakses tangga 23 September (Diunduh dari http://www.bmj.com/content/321/7257/333.full)

Friday, E. Okonofua,et.al.2009. *Perceptions of Policymakers in Nigeria toward Unsafe Abortion and Maternal Mortality*, Intenational Perpectives journal, December;35 (4) : 196

Foster dan Anderson.2006. *Antropologi Kesehatan*. Jakarta: UI-Press.

Garry L Albrecht. 2000. *Sosial Theorizing About Health and Illnes in The Handbook of Sosial Studies in Health and Medecine*. UK: Sage Pub,

Gary, Hansen. 1998. *Episodes in rural modernization: problems in the bimas program,* Indonesia Journal, Cornell University, Vol. 11, Summer;7-, USA

Hamidaha, Diana Sofyan. 2005. *Persalinan dan Kepercayaan Orang Dayak Ngaju di Palangkaraya Kalimantan tengah* (Desertasi) Universitas Indonesia, Jakarta

Hanneman, Samuel. 1993. *Perspektif Sosiologis Peter Berger.* Jakarta: Pusat Antar Universitas Bidang Ilmu-ilmu Sosial Universitas Indonesia.

Hardiman, Fransisco Budi. 2004. *Kritik Ideologi: menyingkap kepentingan Pengetahuan bersama Jurgen Habermas.* Yogyakarta: Penerbit Buku Baik.

Heiman, G.C.1994. *Culture Healt and Illness*. London: Butterworth Heinemann.

Herlina, Muria *et.al.* 2010. *Pengembangan Kebudayaan dan Pariwisata Kabupaten lebong*. Lebong: Dinas Pariwisata.

_____, 2009. *Konsep dan Perilaku Kesehatan Masyarakat tentang Penyakit Diare di Kota Bengkulu*, Jurnal AKSES, vol 2 no 2 : 34-40

_____, 2010. *Sikap dan Perilaku Masyarakat tentang Kesehatan Keluarga*, Jurnal Kuteri Vol.2 No. 4 : 87- 95

Herlina, Muria dan Wardaya Sulis. 1995. *Indentifikasi Masyarakat Suku Melayu Bengkulu. Di Kota Bengkulu*, LemLit UNIB, Bengkulu

Herlina, Muria *et.al*,,.2007. *Studi Tentang Pengobatan Alternatif ditinjau dari Perilaku Kesehatan Masyarakat*, Lembaga Penelitian UNIB, Bengkulu.

_____.2009. Taman Promosi Perilaku Kesehatan Masyarakat di Kota Bengkulu (Penelitian Hibah-Dikti) , LemLit UNIN, Bengkulu

_____.2009. *Kajian Berbagai FaktorTentang Rumah Sehat di Kecamatan Embong Uram Kabupaten Lebong,* DinKes Kabupaten Lebong, Bengkulu

Juwariyah, Anik. 2012. Realitas Sosial dan Kultural Langen Tayub Nganjuk Dalam Perspektif Konstruksi Sosial Peter L. Berger dan Thomas Luckmann, (Disertasi). Program Pascasarjan Fisip Unair, Surabaya.

Kusumawati, Yuli *et.al,.*2008 *Hubungan antara Pendidikan dan Pengetahuan Kepala Keluarga tentang Kesehatan Lingkungan dengan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).* Jurnal Kesehatan Vol. I, No. 1, Juni, 47-56.

Kresno Sudari, 2005. Aspek sosial Budaya yang bergubungan dengan Perilaku Sehat (dalam Promosi Kesehatan: Teori dan Aplikasi, Notoadmodjo). Jakarta, Rineka Cipta.

Luthviatin, Novia. 2010. *Konstruksi sosial terhadap Realitas Penyakit Kusta (Studi Fenomenologi di Desa Jenggawah Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember* (Thesis), Program studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, UNAIR, Surabaya.

Loundon, J.B. 1976. *Sosial, Anthropology, and Medicine*. London: Academic Pries.

Lynch, R. L. 2004. *The Cross-Cultural Approach to Health Behavior*. Rutherford: Fairleigh Dickinson University Press

Mariati, U: dkk. 2011. *Studi Kematian Ibu dan kematian Bayi di Provinsi Sumatra Barat: Faktor Derterminan dan Masalahnya,* Jurnal Kesehatan Masyarakat,5(6): 244 dan 246.

Ma'rufi, Isa *et.al,.*2005. *Faktor Sanitasi Lingkungan yang Berperan terhadap Prevalensi Penyakit Scabies.* Jurnal Kesehatan Lingkungan, Vol. 2. No. 1. Juli. 11-18

Marjorie, A. Koblinsky. 2003. Reducing Maternal Mortality *Learning from Bolivia, China, Egypt, Honduras, Indonesia, Jamaica, and Zimbabwe,* Human Development Network Health, Nutrition, and Population Series Journal, Vol.1;12, April, World bank, USA

Musadad, dkk . 2003. *Decision Making Pattern of Maternal Health Carein East Nusa Tenggara Province,* Jurnal Ekologi Kesehatan , April; 2 (1) : 200-208.

Muhammad, Nurzamman. 2005. *Economic Liberation and Poverty in The Developing Countries*, Journal of Contemporary Asia; 35 University of Alberta-Canada

Michael K. Connors, 2006. Asian State, Beyond the Development Perspective, Journal of Contemporary Asia;36, Australia.

Miles, B Matthew dan Huberman A. Michael. 1992. *Analisis data kualitatif (Buku Sumber Tentang Metode-Metode Baru*). Jakarta: UI Press.

Novriaty, Shanty. 2006. *Pemetaan Pemikiran Dalam Sosiologi Lingkungan*. Jurnal Sosiologi Fisip Universitas Indonesia Volume XIII No.2.Desember

Notoatmodjo, Soekidjo . (2003). *Pendidikan dan ilmu Perilaku Kesehatan*, Jakarta: Rineka Cipta,

_____. (2005). *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.

Oki, Setyandito,Yureana Wijayanti, dan Agung Setyawan, (2006). *Rencana Tindak dan Analisa Penyediaan Air Bersaih di Provinsi Nusa Tenggara Barat.* Jurnal Ekologi Volume 6 No. 2, April; 6 (2): 185-196

Proverawati, Atikah dan Rahmawati Eni. 2012. *Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)*, Yogyakarta: Nuha Medika.

Poloma, M. Margaret. 1979. *Contemporary Sociological Theory*. New York: Mac Millan

Pujileksono, Sugeng. (2012). Total Negotiated Order di Lembaga Pemasyarakatan (Studi Fenomenologi tentang pengalaman petugas dan narapidana dalan negotiated order di Lembaga pemasyarakatan Klas I Lowokwaru Malang), (Disertasi). Program Pascasarjan Fisip Unair, Surabaya.

Rachmawati, Farida Juliantina dan Triyana Shofyatul Yumna Triyana. (2008). *Perbandingan Angka Kuman pada Cuci Tangan dengan Beberapa Bahan sebagai Standarisasi Kerja di Laboratorium Mikrobiologi Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia.* Jurnal Logika Vol. 5, No, 1. Agustus.

Raule, Henry Jean. 2009. *Analisis Berbagai Faktor yang mempengaruhi Pelaksanaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Tatanan Rumah Tangga*, (Thesis) Tidak dipublikasikan.

Ritzer, George. 1985. *Sosiologi; Ilmu Pengetahuan Berparadigma Ganda,* Kencana Prenada Media Grup Jakarta.

_____.2008. *Teori Sosiologi Modern*, edisi ke VI, Jakarta: Kencana Prenada Media Grup.

Saefudin. 2008, *Pengaruh Sosialisasi Agama Dalam Keluarga, Gereja, Sekolah Dan Teman Sebaya Terhadap Religiositas Remaja Studi Kasus Jemaat Gereja Bethel Indonesia dan Gereja Prostestan di Indonesia bagian Barat di DKI Jakarta* (Thesis S2 Sosiologi Fisip Universitas Indonesia), Hal. 18-19

Santjaka, Aris. 2010. *Pemodelan Kausalitas Determinan Malaria Sebagai Altenatif Pemberantasan Malaria di Kabupaten Purworejo 2010* [Desertasi]. Tidak dipublikasikan.

Setiono, Kusdwiratri. 2007. *Manusia, Kesehatan dan Lingkungan Kualitas Hidup dalam Perspektif Perubahan Lingkungan global*. Bandung: Alumni.

Septiadi, Herry Wiriasto. 2007.*Upaya Meningkatkan Kualitas derajad Kesehatan lingkungan Melalui Perubahan Perilaku kesehatan*, Jurnal Ilmu Kesejahteraan Sosial, Universitas Indonesia.; 5 (1): 32-34.

Setyowati, Exsi dan Rahayu Faizah Betty. 2008. *Hubungan Pengetahuan Tenaga Kesehatan Tentang ASI Eksklusif dengan Kemampuan Memberikan Pendidikan Kesehatan ASI Eksklusif pada Ibu Prenatal di Puskesmas II Kartasura,* Jurnal Berita Ilmu Keperawatan Vol.1 No.2, Juni, 51-57

Soeprapto, H.R. Riyadi. 2002. *Interaksionisme Simbolik: Perspektif Sosiologi Modern,* Yogyakarta: Averroes Press dan Pustaka Pelajar.

Schutz, Alfred .1967. "*Phenomenology and the Sosial Sciences*." Pp. 118–39 in Collected Papers, Vol. 1, The Problem of Sosial Reality, edited by Natanson M. The Hague, The Netherlands.

Shiv Visvanathan. 1998. Alternative Science, Theory, Culture & Society Journal 23, (2–3);1998, Dhirubhai Ambani Institute of Information and Communication Technology-India

Spradley, James P. 2007. *Metode Etnografi*. Yogyakarta: Tiara Wacana.

Strauss, Anselm dan Corbin Juliet. 2003. *Dasar-Dasar Penelitian Kualitatif (Tatalangka dan Teknik-Teknik Teoritisasi Data).* Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Sunarto, Kamanto. 2000. *Pengantar Sosiologi*. (Edisi Kedua). Surabaya: Adatya Media Publishing.

Susilo, Dwi Rachmad.(2008). *Sosiologi Lingkungan*. Jakarta: Rajawali Press.

Sunarto, Kamanto. 2009. *Sosiologi Kesehatan*. Jakarta: Universitas terbuka.

Suyanto, Bagong dan Khusna Amakl M. (2010). *Anatomi dan Perkembangan Teori Sosial.*

Sri, Irianti, dkk. 2010. *Evaluasi Pemanfaatan Jamban dari Berbagai Aspek Geohidrologi, Sosial Ekonomidan Sosial Budaya Masyarakat di Beberapa Daerah Perdesaan Indonesia*. PTC.Com.

Ted, Trainer, 2000. *What Does Development Mean? A Rejection of the Unidimensional Conception,* International Journal of Sociology and Sosial Policy Volume 20 Number 5/6, University of NSW, Australia

Ties, Boerma, Collin Matters. 2011. *Level and Trends Child Mortality Report* , Journal Vol. 2 (15) Spring, , WHO, UNICEF,World Bank, NY

Wainwright, David. 2008.. *Illness Behaviour and the Discourse of Health*. LA: Sage Pub.

Weiss, G. L., and Lonnquist, L. E. 1997. *The Sociolgy of Health, Healing, and Illness (second edition)*. New Jersey: Prentice Hall

Wirawan.I.B. 2012. Teori-Teori Sosial Dalam Tiga Paradigma:Fakta Sosial, Difinisi Sosial dan Perikalu Sosial. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.

TENTANG PENULIS

Muria Herlina, lahir di Plaju, 11 Agustus 1961. Sejak SD, SLTP dan SLTA di Plaju (kota Minyak Palembang). Alumni S1 jurusan Ilmu Kesejahteraan Sosial FISIP Universitas Bengkulu (tamat 1988). Magister (S2) dari Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (tamat 2001). Menyelesaikan program Doktoral di Ilmu Sosial Universitas Airlangga (tamat 2013). Dosen dan Ketua Jurusan Ilmu Kesejahteraan Sosial FISIP Universitas Bengkulu (2014-sekarang). Sering melakukan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat dengan tema dan konsentrasi pada sejahteraan social dan kesehatan masyarakat kekhususan dalam kajian Sosiologi kesehatan, baik yang didanai oleh RISTEKDIKTI, Pemertintah Daerah, maupun oleh Universitas Bengkulu. Seperti yang didanai RISTEKDIKTI sejak tahun 2010-2016 yaitu,

program Iptek bagi Wilayah (IbW) dan Iptek bagi Produk Ekspor (IbPE) masing-masing didanai selama tiga tahun. Saat ini diberi kepercayaan sebagai Ketua FlipMas (Forum Layanan iptek bagi Masyarakat). Beberapa kegiatan pengabdian bekerjasama dengan CSR PT. Pertamina (Persero) pusat/Jakarta maupun Regional SumBagSel (tahun 2015-Sekarang) dengan kegiatan khusus pemberdayaan masyarakat tertinggal yang diberi nama Kawasan Ekonomi Masyarakat (KEM) Pertamina *flip*. E-Mail: muriaherlina@yahoo.co.id atau herlinabkl61@gmail.com