

ESTIMASI PARAMETER PENDIDIKAN KESEHATAN MASYARAKAT HASIL INTERVENSI *COOPERATIVE SELF HELP* DI PROVINSI DIY

Lucky Herawati

Jurusan Kesehatan Lingkungan POLTEKES DIY

e-mail: dok031204@yahoo.co.id

Abstract

Pre-post test with control group experimental research design, applied on 30 dasa wisma groups in 3 public health center work areas of Bantul regency, with main purpose to find out the estimation number of parameter of public health education as a result of cooperative self help intervention and to construct the model which suitable for dasa wisma woman, resulting: a) Action aspect shows the highest estimation number is 0,73, and b) Model of cooperative self-help approach is suitable to be applied on dasa wisma.

Key words: public health education, cooperative self help, dasa wisma

Pendahuluan

Sehat adalah salah satu kebutuhan dasar manusia, yang bersama-sama dengan faktor pendidikan dan ekonomi menjadi ukuran untuk menentukan indeks pengembangan sumber daya manusia (UNDP, 1977). Menurut Moeloek (Departemen Kesehatan RI, 2000), derajat kesehatan masyarakat Indonesia telah meningkat dari tahun ke tahun sebagai hasil dari pembangunan di bidang kesehatan. Meskipun demikian, hasil pembangunan tersebut belum dapat dinikmati secara merata oleh seluruh penduduk Indonesia dan hasil yang dicapai masih belum seluruhnya memuaskan. Dibandingkan dengan kondisi kesehatan masyarakat negara-negara ASEAN, kondisi kesehatan masyarakat Indonesia masih berada pada posisi bawah.

Untuk memperbaiki kondisi kesehatan masyarakat Indonesia, Pemerintah Republik Indonesia, melalui Departemen Kesehatan mengubah paradigma di

bidang kesehatan dari paradigma sakit ke paradigma sehat untuk mencapai visi “Indonesia Sehat 2010”.

Untuk mencapai visi tersebut, Pemerintah Provinsi DIY menggunakan strategi yang salah satunya adalah mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat, antara lain melalui posyandu. Posyandu di Provinsi DIY tidak saja dikelola oleh Departemen Kesehatan tetapi juga dikelola oleh instansi di luar Departemen Kesehatan, antara lain BKKBN dan Departemen Agama. Bahkan, pernah ada gagasan untuk menyelenggarakan posyandu plus. Posyandu plus adalah posyandu yang mempunyai kegiatan tidak hanya berorientasi pada peningkatan kesehatan masyarakat, tetapi juga peningkatan pendidikan masyarakat, antara lain pelayanan perpustakaan bagi anak dan remaja, tempat bermain anak, dan peningkatan pendapatan keluarga.

Pada tahun 2001 di Provinsi DIY terdapat 4.508 posyandu atau terjadi penurunan 14% dari tahun 1999 (Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial DIY, 2001). Operasionalisasi Kegiatan posyandu, baik yang berada di bawah bimbingan instansi kesehatan maupun yang berada di bawah instansi di luar instansi kesehatan dilaksanakan oleh ibu-ibu. Beberapa penelitian menyatakan bahwa tidak berfungsinya posyandu karena kurangnya partisipasi masyarakat.

Kegiatan posyandu yang dilakukan oleh instansi pemerintah di bidang kesehatan dan instansi-instansi lain di luar instansi kesehatan dapat dikategorikan dalam pendekatan terpadu dan pendidikan nonformal di pedesaan (Coombs & Ahmed, 1978). Pendekatan terpadu ini masih terkesan instruktif dan tidak ada kebebasan masyarakat dalam menyuarakan kebutuhan dan aspirasinya. Pendekatan ini juga masih memerlukan keterlibatan pihak yang lebih tinggi untuk mendapatkan kesepakatan dari berbagai instansi yang kegiatannya dipadukan. Pendekatan ini masih cenderung datangnya dari “atas”.

Sementara itu, menurut Coombs dan Ahmed (1978), terdapat suatu pendekatan yang lebih memperhatikan kepentingan masyarakat bawah dibandingkan dengan pendekatan terpadu, yaitu pendekatan *cooperative self help*. Pendekatan ini merupakan pendekatan nonformal di pedesaan yang lebih mengutamakan kerja sama dalam masyarakat secara suka rela, saling membantu untuk mengatasi masalahnya sendiri, dan memanfaatkan kelompok-kelompok

masyarakat setempat sebagai wahana kegiatannya. Menurut Cox, et al (1985), pendekatan *cooperatif self help* ini termasuk upaya pengembangan masyarakat yang dirancang untuk menciptakan kondisi ekonomi dan sosial masyarakat dengan partisipasi aktif dan kepercayaan sepenuhnya pada inisiatif masyarakat.

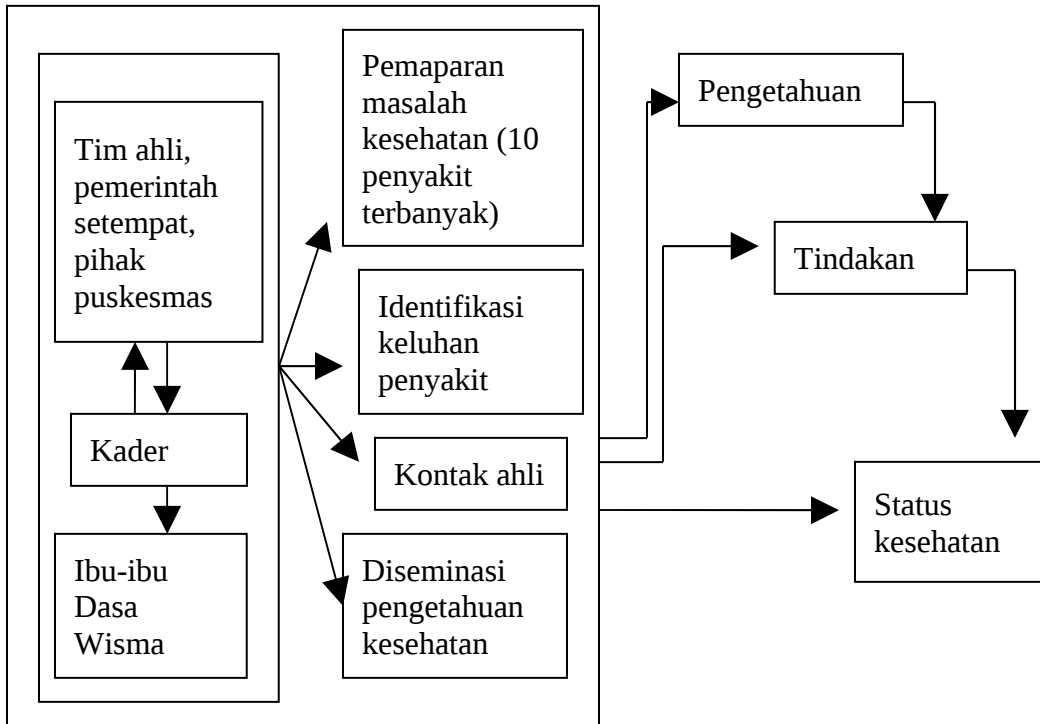
Berdasarkan kenyataan bahwa salah satu upaya Departemen Kesehatan untuk mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat melalui kegiatan posyandu ternyata mengalami penurunan yang disebabkan oleh kurangnya partisipasi masyarakat. Di sisi lain dipertimbangkan pula adanya konsep *cooperative self help* yang lebih mawadahi aspirasi masyarakat dengan menggunakan kelompok-kelompok lokal. Oleh karena itu, dikembangkan suatu konsep alternatif agar tujuan kemandirian masyarakat untuk hidup sehat dapat dicapai.

Penelitian ini mempunyai beberapa tujuan, yakni mengetahui: 1) bentuk operasional *cooperatif self help* di bidang pendidikan kesehatan masyarakat khususnya pada ibu-ibu dasa wisma di pedesaan, 2) besarnya estimasi parameter pendidikan kesehatan masyarakat (aspek pengetahuan, aspek tindakan, dan aspek status kesehatan) hasil intervensi *cooperatif self help* pada ibu-ibu dasa wisma, 3) apakah intervensi *cooperatif self help* internal lebih baik dibandingkan dengan intervensi eksternal dan tanpa intervensi (kegiatan rutin), dan 4) apakah intervensi *cooperatif self help* eksternal lebih baik dibandingkan dengan tanpa intervensi. Penelitian ini juga dimaksudkan untuk mendapatkan model (model struktural dan model pengukuran) yang cocok bagi ibu-ibu dasa wisma, serta mendapatkan model peran petugas dan peran kader dalam intervensi *cooperatif self help*.

Kajian dilakukan terhadap hakikat *cooperative self help* (Coombs dan Ahmed, 1978), pengembangan masyarakat (Cox, et al,1985), dan penerapan pendekatan *cooperative self help* di bidang pertanian di Bangladesh. Adapun bentuk operasional dari pendekatan *cooperative self help*, yaitu ada 4 (empat) langkah yang dilaksanakan secara berurutan. Selanjutnya, bentuk operasional dari pendekatan *cooperative self help* tersebut dipadukan dengan konsep pendidikan kesehatan (WHO, 1992), konsep tentang faktor-faktor yang memengaruhi status kesehatan dan perilaku sehat (Green, 1980), dan berbagai hasil penelitian yang terkait dengan pengaruh pendidikan kesehatan masyarakat terhadap perubahan

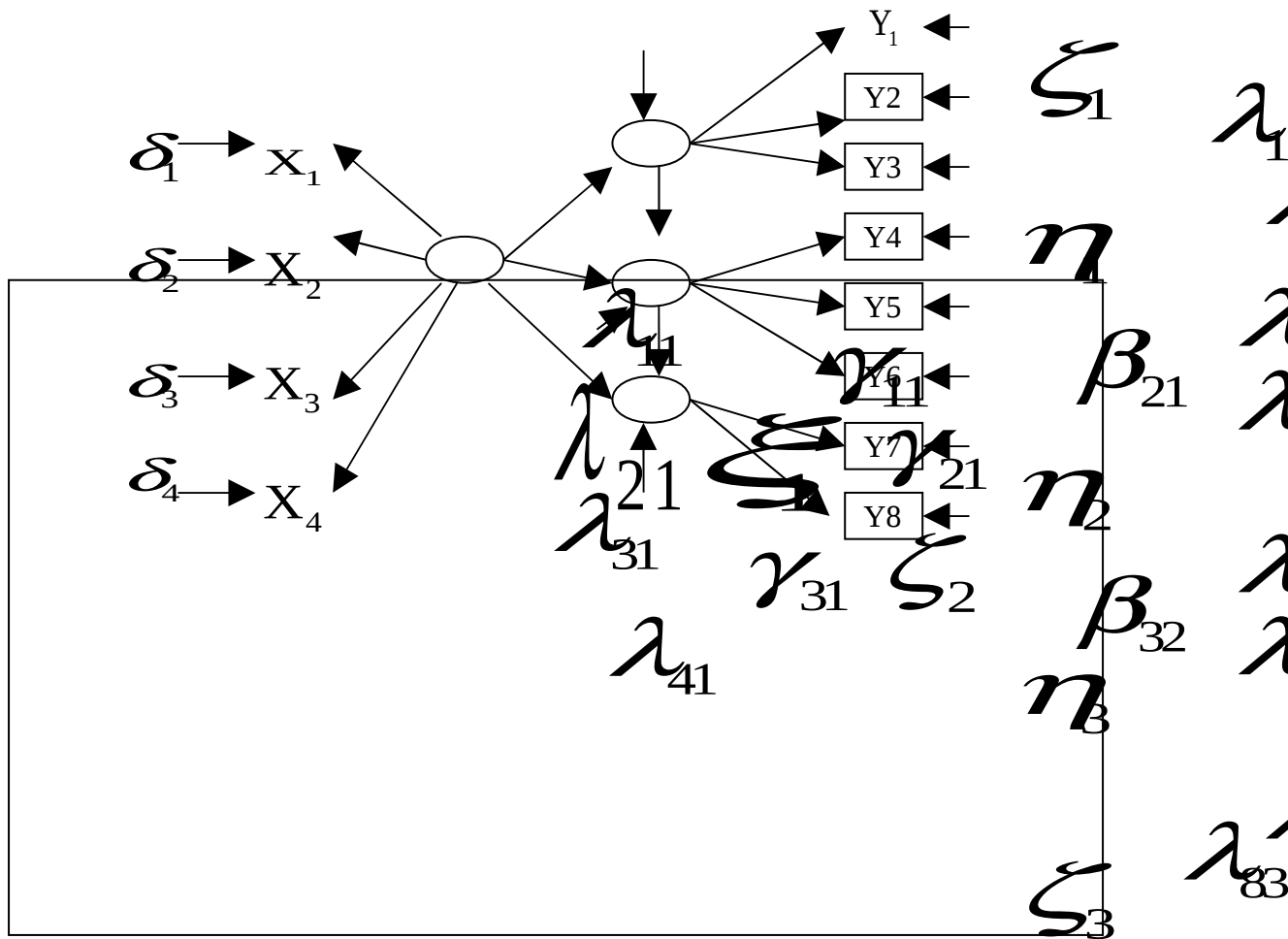
perilaku. Akhirnya, dihasilkan suatu kerangka pikir pendekatan *cooperative self help* sebagai berikut.

Cooperative Self-Help



Gambar 1:
Kerangka Pikir *Cooperative self-help*

Atas dasar kerangka pikir tersebut, disusun suatu model hipotetis yang memosisikan pendekatan *cooperative self-help* sebagai variabel laten eksogenous dan pengetahuan, tindakan, dan status kesehatan sebagai variabel-variabel laten endogenous (model struktural). Selain itu, model juga menggambarkan pengukuran variabel-variabel laten melalui variabel-variabel tampak. Model tersebut diwujudkan dalam bentuk diagram jalur, disajikan pada Gambar 2.



Gambar 2
Model Cooperative Self-Help

Keterangan:

- | | |
|--|--------------------------------------|
| X_1 : paparan masalah kesehatan | Y_3 : pengetahuan gosok gigi (PGG) |
| X_2 : identifikasi keluhan penyakit | Y_4 : tindakan pola makan (TPM) |
| X_3 : kontak tim ahli | Y_5 : tindakan fluoridasi (TF) |
| X_4 : diseminasi pengetahuan kesehatan | Y_6 : tindakan gosok gigi (TGG) |
| Y_1 : pengetahuan pola makan (PPM) | Y_7 : <i>debris index</i> (DI) |
| Y_2 : pengetahuan fluoridasi (PF) | Y_8 : <i>calculus index</i> (CI) |

Berdasarkan kerangka pikir dan model hipotetis *cooperatif self help* disusunlah dua hipotesis utama dan tiga hipotesis minor.

Cara Penelitian

Dalam penelitian ini dipilih kelompok dasa wisma sebagai subyek penelitian. Penelitian ini merupakan penelitian eksperimen semu yaitu *pre-post with control design* (Gay 1981 dan Posavac & Carey, 1985), dengan menggunakan dua kelompok perlakuan (pendekatan *cooperatif self help* internal dan *cooperatif self help* eksternal) dan satu kelompok tanpa intervensi (hanya kegiatan rutin dasa wisma).

Populasi penelitian adalah 16.443 kelompok dasa wisma yang ada di 23 wilayah kerja puskesmas dengan kriteria pedesaan di Kabupaten Bantul. Kriteria puskesmas pedesaan dalam penelitian ini adalah puskesmas di Kabupaten Bantul yang lokasinya tidak di perbatasan dengan Kota Yogyakarta. Responden penelitian ini adalah 303 ibu-ibu yang tergabung ke dalam 30 kelompok dasa wisma, terdistribusi pada tiga dusun, di tiga wilayah kerja puskesmas, atau 10 dasa wisma/dusun/ wilayah kerja puskesmas

Unit analisis penelitian ini adalah kelompok dasa wisma. Ada 30 dasa wisma yang terdistribusi dengan jumlah yang sama ke dalam dua kelompok eksperimen dan satu kelompok kontrol secara acak.

Penentuan 10 dasa wisma/kelompok perlakuan dengan mempertimbangkan ketentuan kluster minimal untuk penelitian di bidang kesehatan masyarakat, yaitu minimal enam kluster perkelompok perlakuan (Ukoumunne, *et al*:1999). Dalam penelitian ini, digunakan 10 kelompok dasa wisma perkelompok perlakuan mengingat banyaknya dasa wisma di masing-masing dusun masih memungkinkan untuk diambil 10 kelompok perdusun.

Cooperative self help internal (eksperimen tipe 1) adalah serangkaian kegiatan yang muatan intervensinya merupakan masalah kesehatan yang dirasakan oleh ibu-ibu (150 orang) dari 10 dasa wisma di dusun Lemahdadi, kelurahan Bangunjiwo, wilayah kerja Puskesmas Kasihan I. *Cooperative self help* eksternal (eksperimen tipe 2) adalah serangkaian kegiatan yang muatan intervensinya "bukan" masalah kesehatan yang dirasakan oleh ibu-ibu (79 orang) dari 10 dasa wisma di dusun Gaduh, kelurahan Patalan, wilayah kerja Puskesmas Jetis. Ibu-ibu (74 orang) dari 10 kelompok dasa wisma yang ada di dusun kontrol, yaitu dusun Benyo, kelurahan Sedangsari, wilayah kerja Puskesmas Pajangan, tetap melakukan kegiatan rutin.

Muatan intervensi penelitian ini adalah penyakit gigi yang meliputi karies gigi dan radang gusi. Penyakit gigi merupakan masalah kesehatan urutan kedua yang dirasakan oleh ibu-ibu dasa wisma di dusun perlakuan tipe 1 (dusun Lemahdadi) setelah penyakit reumatik sebagai urutan pertama. Penyakit gigi dipilih sebagai muatan intervensi *cooperative self help* karena timbulnya penyakit tersebut lebih disebabkan karena perilaku individu yang tidak sehat, dan penyakit reumatik merupakan penyakit degeneratif.

Data yang dianalisis adalah data rata-rata pengetahuan, tindakan, dan status kesehatan per kelompok dasa wisma. Aspek pengetahuan pencegahan penyakit gigi diukur dengan menggunakan tes, aspek tindakan pencegahan penyakit gigi diukur menggunakan kuesioner, dan aspek status kesehatan gigi diukur dengan melakukan pemeriksaan kesehatan gigi. Alat ukur (tes dan kuesioner) telah diujicobakan dan dianalisis untuk mengetahui kelayakan butir, pengelompokan butir, dan reliabilitas alat ukur. Reliabilitas alat ukur dinyatakan dengan Cronbach's Alpha yang besarnya berkisar antara 0,620-0,766. Analisis data yang digunakan adalah *multivariate analysis of variance* dilanjutkan dengan *post hoc mutiple comparisions* metode Scheffe, dan *analisis linear structural relationship* (Lisrel).

Hasil Penelitian dan Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa intervensi *cooperative self-help* secara bermakna menghasilkan estimasi parameter pendidikan kesehatan masyarakat, yaitu aspek pengetahuan, tindakan, dan status kesehatan ibu-ibu dasa wisma ($p < 0,001$).

Adapun bentuk operasional *cooperative self-help* pada ibu-ibu dasa wisma adalah empat langkah/kegiatan yang dilaksanakan secara berurutan, yang meliputi: a) kegiatan pemaparan masalah kesehatan, b) kegiatan identifikasi keluhan penyakit, c) kegiatan kontak tim ahli, dan d) diseminasi pengetahuan kesehatan melalui pertemuan dasa wisma.

Kebermaknaan hasil tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut. Pendekatan *cooperative self-help* pada dasarnya mempunyai beberapa kesamaan dengan konsep pendidikan kesehatan masyarakat. Beberapa penelitian tentang intervensi pendidikan kesehatan dengan berbagai substansi antara lain substansi penyakit *Toxoplasma* bawaan di Polandia (Pawlowski, Gromadecka-Sutkiewicz & Skommer, 2001), substansi pencegahan penyakit kronis pada anak-anak di Bronx, New York (Walter, Hofman & Connelly, 1985), substansi aktivitas fisik pada ibu-ibu di Sydney, Australia (Wen & Bauman, 2002), dan substansi buang air besar pada anak-anak usia 1-3 tahun di Shanty, Lima, Peru (Yeager & Lanata, 2002), mempunyai pengaruh terhadap perubahan parameter pengetahuan dan perilaku (tindakan). Dengan demikian, hasil penelitian intervensi pendekatan *cooperative self-help* terhadap parameter pengetahuan, tindakan, dan status kesehatan gigi pada ibu-ibu dasa wisma sejalan dan melengkapi hasil-hasil penelitian yang telah ada.

Hasil intervensi *cooperative self-help* menunjukkan bahwa parameter kesehatan masyarakat yaitu aspek tindakan mempunyai nilai estimasi yang paling tinggi (0,73), diikuti oleh aspek pengetahuan (0,38), dan terakhir aspek status kesehatan gigi (0,06). Keadaan ini dapat dijelaskan sebagai berikut.

Salah satu bentuk operasional *cooperative self-help* adalah kontak ahli yang meliputi pelatihan dan konsultasi ahli. Pelatihan dilaksanakan dengan demonstrasi dan menggunakan alat peraga antara lain, cara menyikat gigi yang benar dengan menggunakan gigi dan sikat “raksasa”. Dengan demikian, ibu-ibu lebih trampil melaksanakan dari pada memahami materi yang diberikan oleh ahli.

Hal lain yang dapat dikemukakan adalah pada konsep pendidikan kesehatan masyarakat, status kesehatan merupakan parameter/aspek yang tidak langsung dipengaruhi oleh intervensi pendidikan kesehatan masyarakat (Green, 1980). Mengingat konsep *cooperative self-help* mempunyai kesamaan dengan konsep pendidikan kesehatan dari Green (1980), wajar kalau parameter status kesehatan

(gigi) mempunyai nilai estimasi yang rendah dibandingkan dengan dua parameter yang lain.

Intervensi *cooperative self-help* internal lebih baik secara bermakna dibanding dengan *cooperative self-help* eksternal (Hipotesis Minor 1a). Pada aspek tindakan, intervensi *cooperative self-help* internal lebih baik secara bermakna dibanding dengan tanpa intervensi (hipotesis minor 1b) pada aspek tindakan, dan aspek status kesehatan gigi. Intervensi *cooperative self-help* eksternal lebih baik secara bermakna dibanding dengan tanpa intervensi (hipotesis minor 1c) pada aspek pengetahuan dan aspek tindakan. Selengkapnya dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1
Nilai p Hasil Pengujian Hipotesis Minor 1a, 1b, dan 1c
(Status Kesehatan Gigi Dinyatakan dengan *Oral Hygiene Index*)

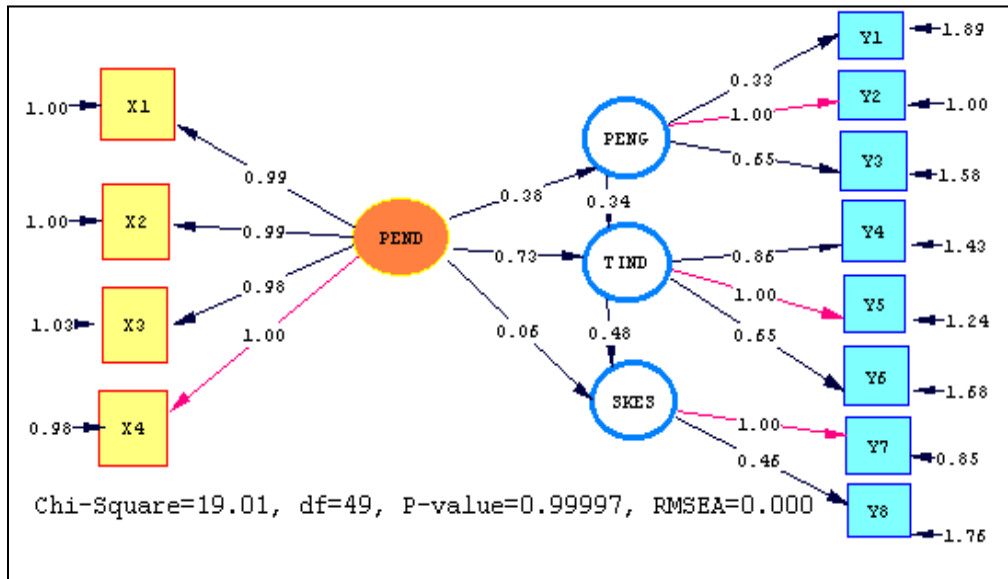
No	Hipotesis	Nilai p Hasil Uji <i>Post Hoc Test (Multiple Comparisons)</i> dengan <i>Metode Scheffe</i>		
		Pengetahuan	Tindakan	Status Kes Gigi (OHI)
1	Minor 1a: tipe 1>tipe 2	0,269	0,032	0,913
2	Minor 1b: tipe 1>kontrol	0,155	0,000	0,562
3	Minor 1c: tipe 2>kontrol	0,004	0,004	0,807

Tabel 1 menunjukkan bahwa aspek yang lebih mudah berubah atau dipengaruhi oleh pendekatan *cooperative self-help* baik internal maupun eksternal adalah aspek tindakan. Hal ini terbukti dari ketiga perbandingan tersebut aspek tindakan selalu menunjukkan hasil yang bermakna. Hal ini sejalan dengan beberapa hasil penelitian antara lain hasil penelitian Wen dan Bauman (2002) di Sydney Australia bahwa intervensi promosi pada ibu-ibu mendapatkan hasil yang bermakna terhadap perubahan aktivitas fisik (tindakan) ibu-ibu.

Model *cooperative self-help* (model struktural dan model pengukuran) cocok diterapkan pada ibu-ibu dasa wisma. Estimasi parameter keluaran *Lisrel* dapat dilihat pada model *cooperative self-help* dapat dilihat pada Gambar 3. Hasil analisis *Lisrel* menunjukkan bahwa: a) *p-value* sebesar $0.99997 > 0.05$, b) *goodness*

of fit statistics (GFI) sebesar 0.90 atau mendekati 1, c) *square root of the average residual* (RMR) =0,16 terletak antara 0-1, dan d) indeks stabilitas yang ditunjukkan oleh *largest eigenvalue of B*B'* sebesar 0,229 atau kurang dari 1.

Kondisi ini dapat dijelaskan sebagai berikut. Model pendekatan *cooperative self-help* menstimuli keinginan warga untuk menyelesaikan masalahnya sendiri dengan bantuan dari pihak luar sebatas yang diperlukan mereka. Adanya diseminasi pengetahuan antarwarga memberi kemudahan untuk diseminasi pengetahuan dibandingkan dengan diseminasi dilakukan oleh pihak luar (petugas puskesmas). Konsep yang sama juga dilakukan di beberapa negara antara lain di Bangladesh. Namun, berbeda dalam bentuk operasionalisasinya.



Gambar 3
Estimasi Parameter Model Pendekatan *Cooperative Self-Help*

Kebermaknaan pendekatan *cooperative self-help* yang bentuk operasionalnya secara berurutan terhadap parameter pendidikan kesehatan melibatkan petugas kesehatan dan kader. Peran petugas kesehatan pada tahapan operasional *cooperative self help* terutama sebagai komunikator, motivator,

fasilitator dan konsultan, sedangkan peran kader pada tahapan operasional *cooperative self help* terutama sebagai koordinator, mediator, dan penyuluh kesehatan.

Kesimpulan

1. Intervensi pendekatan *cooperative self-help*, yang terdiri atas empat langkah dan dilaksanakan secara berurutan, mampu menunjukkan secara bermakna nilai estimasi terhadap parameter aspek pengetahuan, tindakan, dan status kesehatan (gigi) ibu-ibu dasa wisma di pedesaan ($p < 0,001$)
2. Nilai estimasi parameter tindakan menunjukkan nilai tertinggi dibanding dengan dua nilai estimasi pada aspek pengetahuan dan aspek status kesehatan (gigi) pada ibu-ibu dasa wisma di pedesaan. Dengan demikian, aspek tindakan sebagai aspek strategis dalam intervensi perilaku.
3. Perbandingan antara bentuk intervensi *cooperative self-help* (internal, eksternal, tanpa intervensi) selalu menunjukkan perbedaan hasil yang bermakna pada aspek tindakan.
4. Model *cooperative self-help* yang memposisikan intervensi *cooperative self-help* sebagai variabel laten eksogenous dan memposisikan variabel-variabel hasil intervensi, yakni pengetahuan, tindakan, dan status kesehatan gigi sebagai variabel laten endogenous, cocok diterapkan pada ibu-ibu dasa wisma di pedesaan. Sistem pada model tersebut dinyatakan stabil.
5. Peran kader pada intervensi *cooperative self-help* sebagai penggerak, mediator, dan penyuluh kesehatan. Peran petugas kesehatan pada intervensi *cooperative self-help* sebagai komunikator, motivator, fasilitator, dan konsultan.

Daftar Pustaka

- Coombs, P. H., & Ahmed, M. (1978). *Attacking rural poverty: How nonformal education can help: A research report for the world bank*. Baltimore and London: The John Hopkins University
- Cox, F. M., et al. (1985). *Strategies of communities organization*. Illinois: F. E. Peacock Publisher, Inc
- Departemen Kesehatan RI. (2000). *Indonesia Sehat 2010: Visi baru, kebijakan dan strategi pembangunan kesehatan*. Jakarta : Departemen Kesehatan RI
- Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Provinsi DIY. (2001). *Profil kesehatan Provinsi DIY*. Yogyakarta: Tim Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Provinsi DIY
- Gay, L.R. (1981). *Educational research: Competencies for analysis & application*. (2nd ed).Columbus.OH: Charles E Merrill Publishing Company
- Green, L.W. (1980). *Health education planning: A diagnosis approach*. The John Hopkins University, Mayfill Publishing Co
- Pawlowski, Z.S., Gromadecka-Sutkiewicz.,& Skommer, M. (2001). Impact of health education on knowledge and prevention behaviour for congenital toxoplasmosis: The experience in Posnan, Poland. *Health Education Research*, 4, 493-502
- Posavac, E. J., & Carey, R. G. (1985). *Program evaluation, methods and case studies*. New Jersey, Englewood Cliffs: Prentice-Hall
- Ukoununne, et al. (1999). Methods in health service research evaluation. Diambil pada tanggal 18 Oktober 2002 dari <http://bmj.bmjournals.com/cgi/reprint/319/7208/508.pdf>
- Walter, H. H., Hofman, A., & Connelly, P. A. (1985). Primary prevention of chronic disease in childhold: Change risk factor after 1 year intervention. Diambil pada tanggal 20 Oktober 2002 dari <http://aje.oupjournals.org/cgi/content/abstract/122/5/772>
- Wen, L. M., & Bauman, A. (2002). Promoting physical activity in woman: Evaluation of a 2 year communication-based intervention in Sidney, Australia. *Health Promotion International*, 2, 127-137
- WHO. (1992). *Pendidikan kesehatan*. (Terjemahan Ida Bagus Tjitarsa). Bandung: Penerbit ITB dan penerbit Universitas Udayana. (buku asli diterbitkan tahun 1988)
- Yeager, B. A. C.,& Lanata, C. F. (2002). An intervention for the promotion of hygiene feces disposal behaviour in a Shanty town, Lima, Peru. *Health Education Research*, 6, 761-773

