



Model Pemberdayaan Masyarakat Dalam Kemampuan Mengidentifikasi Masalah Kesehatan: Studi Pada Program Desa Siaga

Community Empowerment Model in the Ability to Identify Health Problem: A Study on the Village Preparedness Program

Endang Sutisna Sulaeman, Ravik Karsid, Bhisma Murti, Drajat Tri Kartono, Rifai Hartanto

Department of Public Health, Faculty of Medicine, Sebelas Maret State University Surakarta, Indonesia

KATA KUNCI Model pemberdayaan masyarakat; identifikasi masalah kesehatan; keberdayaan masyarakat

KEYWORDS Community empowerment model; health problem identification; community forcefulness

ABSTRAK Masalah pemberdayaan masyarakat adalah lemahnya kemampuan mengidentifikasi masalah kesehatan. Tujuan penelitian adalah mengkaji dan menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan pemberdayaan masyarakat dalam kemampuan mengidentifikasi masalah kesehatan, dan merumuskan model pemberdayaan masyarakat dalam kemampuan mengidentifikasi masalah kesehatan. Penelitian ini menggunakan metode gabungan antara kuantitatif dan kualitatif. Penelitian kuantitatif berupa penelitian survei dengan analisis jalur, sedangkan penelitian kualitatif menggunakan studi kasus. Sasaran penelitian adalah Bidan Pos Kesehatan Desa dan Forum Kesehatan Desa di 30 Desa Siaga. Hasil penelitian: (1) Faktor-faktor yang berhubungan dengan pemberdayaan masyarakat dalam kemampuan mengidentifikasi masalah kesehatan meliputi: tingkat pendidikan, pengetahuan, kesadaran, kepedulian, kebiasaan, kepemimpinan, modal sosial, Survei Mawas Diri, akses informasi kesehatan, peran petugas kesehatan, dan peran fasilitator kesehatan; (2) Model pemberdayaan masyarakat dalam kemampuan mengidentifikasi masalah kesehatan terdiri dari unsur-unsur masukan, proses, dan keluaran. Unsur masukan terdiri dari faktor internal dan faktor eksternal komunitas. Faktor internal meliputi: tingkat pendidikan, pengetahuan, kesadaran, kepedulian, kebiasaan, kepemimpinan, modal sosial, serta Survei Mawas Diri. Sedangkan faktor eksternal meliputi: akses informasi kesehatan, peran petugas kesehatan, dan peran fasilitator. Sementara itu proses pemberdayaan masyarakat meliputi proses pendayagunaan dan pemanfaatan sumber daya di dalam masyarakat serta proses fasilitasi dan dukungan sumber daya dari luar masyarakat. Keluaran pemberdayaan masyarakat berupa keberdayaan masyarakat dalam kemampuan mengidentifikasi masalah kesehatan.

ABSTRACT The weak ability to identify health problem is a problem in community empowerment. The objective of this research is to study and analyze factors related to community empowerment in the ability to identify health problem,

and formulating the community empowerment model in health problem identification ability. The research method used was a combination of quantitative and qualitative methods. The quantitative research is a survey with path analysis, while the qualitative research a case study was used. The target of research was the Midwife of Village Health Post and Village Health Forum in 30 Preparedness Village. The result of research showed (1) factors related to the community empowerment in the ability to identify health problem were education level, knowledge, awareness, caring, habit, leadership, social capital, Community Self Survey (CSS), access to health information, health personnel role, and health facilitator role; (2) the community empowerment model in the health problem identification ability consisted of input, process and output elements. Input element consisted of internal and external community factors. The internal factor consisted of education level, knowledge, awareness, caring, habit, leadership, social capital, and Community Self Survey (CSS). Meanwhile the external factor consisted of access to health information, health personnel role, and facilitator role. On the other hand, the community empowerment process encompassed the efficiently resource use and utilization within the community, and facilitation process and resource support from outside community. The output of community empowerment constituted the community forcefulness in the ability of identifying health problems.

Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan mengemuka sejak dideklarasikannya Piagam Ottawa (WHO, 1986), yang menyatakan perlunya (a) menciptakan lingkungan yang mendukung (*create supportive environments*), (b) memungkinkan partisipasi masyarakat (*enable community participation*), (c) mengembangkan kemampuan perorangan dalam kesehatan (*develop personal skills for health*), (d) menata kembali pelayanan kesehatan ke arah pencegahan dan promosi kesehatan (*reorient health services toward prevention and health promotion*), dan (e) memperkuat gerakan masyarakat (*strengthen community action*). Selanjutnya Konferensi Internasional Promosi Kesehatan ke-7 di Nairobi, Kenya (WHO, 2009) menegaskan kembali pentingnya pemberdayaan masyarakat, dengan menegaskan perlunya: (a) membangun kapasitas promosi kesehatan, (b) penguatan sistem kesehatan, (c) kemitraan dan kerjasama lintas sektor, (d) pemberdayaan masyarakat, serta (e) sadar sehat dan perilaku sehat.

WHO (2008) melakukan reformasi pelayanan kesehatan dasar, meliputi (a) reformasi cakupan universal (*universal coverage reforms*): menjamin sistem kesehatan berkontribusi pada keadilan kesehatan, kadilan sosial dan pengeluaran, (b) reformasi pemberian pelayanan (*service delivery reforms*): mereorganisasi pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan dan harapan rakyat, (c) reformasi kebijakan publik (*public policy reforms*): menjamin kesehatan komunitas, melalui aksi kesehatan publik yang terintegrasi dengan pelayanan kesehatan dasar, menerapkan kerjasama lintas sektor dan memperkuat intervensi kesehatan nasional dan transnasional, serta (d) reformasi kepemimpinan (*leadership reforms*): menempatkan kembali ketidaksepa-

Correspondence:

Dr. H. Endang Sutisna Sulaeman., dr. M.Kes. Department of Public Health, Faculty of Medicine, Sebelas Maret State University Jalan Ir Sutami No. 16 A Ketingan Surakarta 57126
Telephone/Facsimile: 0271634004 E-mail: sutisnaend_dr@yahoo.com

dan kepercayaan pada komando dan kontrol pada satu tangan, "cuel" (*laisser-faire*). dan melepaskan pada Negara, melalui kepemimpinan terbuka, partisipatif, negosiasi berdasarkan pada kepemimpinan yang menunjukkan kompleksitas sistem kesehatan kontemporer. Sementara itu, Sistem Kesehatan Nasional (Departemen Kesehatan, 2009) disusun dengan memperhatikan pendekatan revitalisasi pelayanan kesehatan dasar, meliputi: (a) cakupan pelayanan kesehatan yang adil dan merata, (b) pemberian pelayanan kesehatan yang berpihak kepada rakyat, (c) kebijakan pembangunan nasional, dan (d) kepemimpinan kesehatan.

Masalah pemberdayaan masyarakat adalah lemahnya kemampuan mengidentifikasi masalah kesehatan, yang tercermin antara lain terjadi keterlambatan dalam mengenal tanda penyakit dan tanda bahaya penyakit yang berakibat pada keterlambatan dalam mengambil keputusan (*decision making*) untuk berobat dan/atau merujuk ke fasilitas kesehatan (Puskesmas dan Rumah Sakit Kabupaten/Kota).

Masih tingginya angka kematian ibu (AKI) menurut hasil penelitian Thaddeus dan Maine (1992 *cit.* Nelwan, 1998) adalah adanya tiga keterlambatan, diawali dari keterlambatan mengidentifikasi tanda bahaya dan mengambil keputusan (*decision making*) untuk merujuk ke fasilitas pelayanan rujukan, keterlambatan mencapai fasilitas pelayanan rujukan dan keterlambatan memperoleh pertolongan yang memadai di fasilitas pelayanan rujukan. Sementara itu terdapat budaya masyarakat untuk meminta nasihat kepada anggota keluarga yang dituakan atau tokoh masyarakat yang dipandang sebagai sumber rujukan nasihat dan pandangan kehidupan. Namun karena keterbatasan pengetahuan yang dituakan dan tokoh masyarakat tersebut, maka keputusan berobat dan/atau merujuk terlambat diambil.

Masih sangat banyak penyakit menular yang merupakan masalah kesehatan masyarakat dengan cakupan program yang masih rendah, seperti cakupan angka penemuan pasien baru TB BTA positif (*case detection rate/CDR*) masih belum mencapai target CDR paling sedikit 70% dari perkiraan dan menyembuhkan 85% dari semua pasien tersebut serta mempertahankannya (Departemen Kesehatan RI, 2007). Demikian pula masih rendahnya cakupan penemuan penderita baru penderita Kusta, Frambusia, dan lain-lain, disebabkan karena lemahnya kemampuan mengidentifikasi masalah kesehatan, sehingga terjadi keterlambatan dalam upaya pengobatan yang berakibat pada keparahan penyakit yang berakibat fatal yang mengancam jiwa penderita.

Berdasarkan latar belakang tersebut, penelitian ini dilakukan untuk mengkaji faktor-faktor yang berhubungan dengan pemberdayaan masyarakat dalam kemampuan mengidentifikasi masalah kesehatan. Secara lebih spesifik penelitian ini akan mengkaji dan menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan pemberdayaan masyarakat dalam kemampuan mengidentifikasi masalah kesehatan, dan merumuskan model pemberdayaan masyarakat dalam kemampuan mengidentifikasi masalah kesehatan.

BAHAN DAN CARA KERJA

Desain penelitian yang digunakan adalah potong-lintang (*cross sectional*). Penelitian ini bersifat *explanatory study* yaitu berusaha menjelaskan hubungan antarvariabel berdasarkan kenyataan empiris dan diberikan penjelasan analisis kualitatif (Fraenkel & Wallen, 1993). Metode penelitian ini menggunakan pendekatan metode gabungan (*mixed methods*) yaitu memadukan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Pendekatan kuantitatif sebagai penelitian yang

utama, sedangkan pendekatan kualitatif sebagai penunjang (*dominant quantitative less qualitative*) (Brannen, 2005; Padgett, 2012). Tiga alasan menggunakan metode gabungan, yaitu triangulasi, komplementer, dan ekspansi (Caracelli *et al.*, 1997 *cit.* Padgett, 2012). Penelitian kuantitatif dilakukan melalui penelitian survei, sedangkan penelitian kualitatif dilakukan dengan studi kasus sebagai studi kasus terpancang (*embedded research*) yaitu penelitian studi kasus yang sudah menentukan fokus penelitian berupa variabel utama yang akan dikaji (Yin, 2003).

Populasi penelitian kuantitatif adalah desa/kelurahan berjumlah 177 desa/ kelurahan di Kabupaten Karanganyar Provinsi Jawa Tengah. Teknik pengambilan sampel dilakukan secara *disproportionate stratified random sampling* dengan mengambil sebanyak 30 desa/kelurahan. Populasi penelitian kualitatif menurut Spradley (*cit.* Sutopo, 2002) menggunakan istilah "*social situation*" (situasi sosial) yang terdiri atas tiga elemen yaitu tempat, pelaku, dan aktivitas yang berinteraksi secara sinergis dalam pengembangan program pelayanan kesehatan dasar. Teknik pengambilan sampel menggunakan pengambilan sampel secara *purposive* dan *snowball sampling* (Patton, 1987 *cit.* Alsa, 2007).

Data primer diperoleh dari Bidan desa Poskesdes, kader/fasilitator kesehatan, Forum Kesehatan Desa/Kelurahan, serta Tim Pembina program Desa Siaga tingkat Kecamatan dan Dinas Kesehatan Kabupaten. Data sekunder diperoleh melalui penelusuran hasil-hasil penelitian yang sudah ada, kajian pustaka yang relevan, serta pencatatan data yang telah dikumpulkan oleh dinas kesehatan kabupaten, Puskesmas, Posyandu, dan Poskesdes.

Teknik pengumpulan data primer pada penelitian kuantitatif dilakukan dengan menggunakan kuesioner tertutup, dengan

responden Bidan Poskesdes dan Forum Kesehatan Desa/Kelurahan. Pengumpulan data pada penelitian studi kasus dilakukan melalui wawancara mendalam, observasi partisipasi, dan kajian dokumen (Patton, 1987 *cit.* Alsa, 2007). Wawancara mendalam dilakukan terhadap 107 informan (n = 107) terdiri dari informan masyarakat : 78 orang (n = 78) dan informan petugas kesehatan: 29 orang (n = 29). Observasi partisipatif dilakukan di dua Poskesdes, yaitu Poskesdes desa Jatiroyo kecamatan Jatipuro dan kelurahan Gayamdompo kecamatan Karanganyar. Kajian dokumen dilakukan terhadap pedoman, kebijakan, dan hasil kegiatan program pelayanan kesehatan dasar. Analisis data kuantitatif terdiri atas analisis univariat, bivariat, dan multivariat. Analisis penelitian studi kasus dilakukan melalui analisis holistik dan analisis khusus (Yin, 2003).

HASIL

1. Hasil penelitian kuantitatif

a. Analisis univariat: distribusi frekuensi variabel

Persepsi responden menunjukkan bahwa kemampuan mengidentifikasi masalah kesehatan adalah sebesar 72,67% (baik), akses informasi kesehatan sebesar 82,92% (baik), kepemimpinan sebesar 67,5 % (cukup), dan Survei Mawas Diri sebesar 67,22% (cukup).

b. Hasil analisis jalur

Hasil analisis korelasi antara keempat variabel eksogen menunjukkan adanya satu variabel yang tidak signifikan yaitu tingkat pendidikan. Selanjutnya dilakukan pengujian hipotesis dengan analisis jalur, hasilnya seperti disajikan dalam Tabel 1.

Tabel 1. Rekapitulasi Hasil Analisis Jalur Antara Tingkat Pendidikan, Akses Informasi Kesehatan, Kepemimpinan, dan SMD dengan Pemberdayaan Masyarakat dalam Kemampuan Mengidentifikasi Masalah Kesehatan Lokal

Varibel bebas	Varibel terikat: Pemberdayaan masyarakat dalam kemampuan mengidentifikasi masalah kesehatan pada	
	β	nilai p
Tingkat Pendidikan	0,02	0,838
Akses Informasi Kesehatan	0,23	0,049*
Kepemimpinan	0,33	0,013*
Survei Mawas Diri	0,32	0,017*

Keterangan: nilai β (nilai koefisien jalur/koefisiensi regresi yang distandarisasikan); nilai p = signifikansi. *) Berhubungan secara signifikan

Hasil perhitungan analisis jalur adalah sebagai berikut:

- 1) Besarnya kontribusi akses informasi kesehatan secara langsung berhubungan dengan pemberdayaan masyarakat dalam kemampuan mengidentifikasi masalah kesehatan adalah 29,48%, secara tidak langsung melalui kepemimpinan adalah 10,75%, secara tidak langsung melalui SMD adalah 10,24%, dan kontribusi hubungan totalnya sebesar 50,47%.
- 2) Besarnya kontribusi kepemimpinan secara langsung berhubungan dengan pemberdayaan masyarakat dalam kemampuan mengidentifikasi masalah kesehatan adalah 41,86%, secara tidak langsung melalui akses informasi kesehatan adalah 7,56%, secara tidak langsung melalui SMD adalah 17,39%, dan kontribusi hubungan totalnya sebesar 66,81%.
- 3) Besarnya kontribusi Survei Mawas Diri (SMD) secara langsung berhubungan dengan pemberdayaan masyarakat dalam kemampuan mengidentifikasi masalah kesehatan

an adalah 40,07%, secara tidak langsung melalui akses informasi kesehatan adalah 7,29%, secara tidak langsung melalui kepemimpinan adalah 17,64%, dan kontribusi hubungan totalnya sebesar 65%.

- 4) Besarnya kontribusi akses informasi kesehatan, kepemimpinan, dan Survei Mawas Diri (SMD) secara simultan langsung berhubungan dengan pemberdayaan masyarakat dalam kemampuan mengidentifikasi masalah kesehatan adalah 53,2%. Sisanya (46,8%) berhubungan dengan faktor-faktor lain, yaitu tingkat pendidikan, pengetahuan, kesadaran, kepedulian, kebiasaan, kepemimpinan, modal sosial, peran petugas kesehatan, dan peran fasilitator kesehatan.

2. Hasil penelitian studi kasus

Faktor-faktor yang berhubungan dengan pemberdayaan masyarakat dalam kemampuan mengidentifikasi masalah kesehatan berdasarkan studi kasus meliputi tingkat pendidikan, pengetahuan, kesadaran, kepedulian, kebiasaan, akses

informasi kesehatan, kepemimpinan, modal sosial, SMD, peran petugas kesehatan, dan peran fasilitator kesehatan. Berikut kutipan hasil wawancara dengan beberapa informan:

“.....Tingkat pendidikan berhubungan dengan kemampuan mengidentifikasi masalah kesehatan. Warga masyarakat yang berpendidikan tinggi akan mengenal adanya masalah kesehatan.....” (Informan 3 Puskesmas Karanganyar).

“.....Pengetahuan dukun bayi dalam menolong persalinan, menjadikan ia dapat membantu menolong persalinan.....” (Informan 4 Desa Jatiroyo).

“.....Adanya kesadaran masyarakat yang dipicu oleh penyuluhan petugas kesehatan, berhubungan dengan kemampuan mengidentifikasi masalah kesehatan.....” (Informan 1 Puskesmas Jatipuro).

“.....Masyarakat yang mempunyai kepedulian terhadap kesehatan, akan mampu mengidentifikasi masalah kesehatan.....” (Informan 5 Puskesmas Karanganyar).

“.....Terdapat kebiasaan warga masyarakat desa menjenguk orang sakit. Dengan tradisi menengok orang sakit ini, warga masyarakat mengenal penyakit dan masalah kesehatan yang diderita oleh orang sakit tersebut....” (Informan 6 Desa Jatiroyo).

“.....Akses informasi kesehatan berhubungan dengan kemampuan mengidentifikasi masalah kesehatan. Kalau ada warga masyarakat mengalami kejadian seperti di TV, misalnya ada unggas mati, masyarakat mampu mengidentifikasi masalah kesehatan, langsung melaporkan ke Bidan Poskesdes....” (Informan 5 Puskesmas Jatipuro).

“.....Kemampuan mengidentifikasi masalah kesehatan lokal pada program Desa Siaga diperoleh dari pendampingan oleh petugas kesehatan pada saat kunjungan ke desa....” (Informan 3 Puskesmas Jatipuro).

“.....Fasilitator program Desa Siaga berperan sebagai pendamping yaitu mendampingi proses mengidentifikasi masalah kesehatan ... (Informan 9 Desa Siaga/ DS3 desa Jatipuro).

.....Pemimpin harus bermasyarakat, memberikan contoh keteladanan dan turut serta dalam mengidentifikasi masalah kesehatan. Kepemimpinan Pak Lurah dan aparatur desa sangat berpengaruh terhadap kemampuan mengidentifikasi masalah kesehatan....” (Informan 7 kelurahan Gayamdompo).

“.....Adanya kekerabatan, kedekatan, dan saling mengenal antar warga masyarakat berhubungan dengan kemampuan mengidentifikasi masalah kesehatan. Tetangga memberikan saran, nasihat atau informasi masalah kesehatan atau penyakit yang diderita oleh tetangganya.....” (Informan 6 Puskesmas Jatipuro).

“...Manfaat melakukan SMD adalah meningkatkan kemampuan masyarakat dalam mengidentifikasi masalah. Dengan SMD masyarakat dapat menyampaikan masalah kesehatan dan mengenal masalah kesehatan....” (Informan 1 Desa Jatipuro).

PEMBAHASAN

Pemberdayaan didefinisikan oleh WHO (*cit. Natbeam et al., 1991*) sebagai suatu proses membuat orang mampu meningkatkan kontrol lebih besar atas keputusan dan tindakan yang mempengaruhi kesehatan masyarakat, bertujuan untuk memobilisasi individu dan kelompok rentan dengan memperkuat keterampilan dasar hidup mereka dan meningkatkan pengaruh mereka pada hal-hal yang mendasari kondisi sosial dan ekonomi. Sementara itu, pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan menurut Pemerintah RI dan UNICEF (1999) adalah segala upaya fasilitasi yang bersifat

non instruktif untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat agar mampu mengidentifikasi masalah, merencanakan, dan melakukan pemecahannya dengan memanfaatkan potensi setempat dan fasilitas yang ada, baik dari instansi lintas sektor maupun LSM dan tokoh masyarakat.

Sementara itu masalah pemberdayaan masyarakat menurut Geno (2009) adalah sebagai berikut: (1) Paradigma sehat sebagai paradigma pembangunan kesehatan yang menjadi landasan berpikir dan bertindak telah dirumuskan, namun belum dipahami dan aplikasikan semua pihak. (2) Pada Era Otonomi Daerah, pemerintah daerah kabupaten/kota memegang kewenangan penuh terhadap bidang kesehatan, sehingga dukungan dan peran pemerintah daerah sangat dominan terhadap jalan tidaknya program pelayanan kesehatan dasar. (3) Ditentukan oleh pelayanan kesehatan dasar seperti Puskesmas, Posyandu, dan Poskesdes. Revitalisasi Puskesmas, Posyandu dan Poskesdes hanya diartikan dengan pemenuhan fasilitas sarana. Seharusnya revitalisasi diarahkan pada bagaimana fungsi pelayanan kesehatan dasar berjalan optimal. (4) Peran dinas kesehatan kabupaten/kota, rujukan ke dan dari dinas kesehatan kabupaten/kota kurang berjalan, dan dinas kesehatan kabupaten/kota lebih banyak melakukan tugas-tugas administratif, yang seharusnya bertanggung jawab penuh terhadap keberhasilan pembangunan kesehatan secara menyeluruh di wilayah kab./kota. (5) Keterlibatan *stakeholders* dan masyarakat secara luas. Selama ini keterlibatan masyarakat bersifat semu yang lebih berkonotasi kepatuhan daripada partisipasi spontan dan bukan pemberdayaan masyarakat.

Dari semua informasi yang diperoleh hampir semua informan sepakat bahwa tingkat pendidikan berhubungan dengan kemampuan mengidentifikasi masalah kesehatan. Informan menyampaikan bahwa

semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin mampu mengidentifikasi masalah kesehatan. Sebaliknya, tingkat pendidikan rendah, kurang mampu mengidentifikasi masalah kesehatan. Hasil penelitian ini sejalan dengan kesimpulan *WHO Commission on Social Determinants of Health* (2005 *cit.* Keleher & MacDougall, 2009) bahwa pendidikan dan melek huruf mempengaruhi kesehatan. Arnoux *et al.*, (1991 *cit.* Collins, 2003) menetapkan tingkat pendidikan sebagai determinan lingkungan kesehatan. Demikian pula penelitian Gallaway & Bernasek (2004) menyimpulkan bahwa pendidikan memberi orang keterampilan hidup dan membuka peluang untuk berpikir dan berkomunikasi dalam mengidentifikasi masalah kesehatan. Blau *et al.*, *cit.* House & Williams (2002) menyatakan, bahwa kesehatan seseorang secara individual pertama-tama dipengaruhi oleh tingkat dan jenis pendidikan. Selanjutnya pendidikan menjadi pintu masuk untuk memperoleh pekerjaan, kemudian menghasilkan pendapatan, akhirnya dapat mengumpulkan kekayaan yang secara tidak langsung mempengaruhi kesehatan.

Sebagian besar informan sepakat bahwa pengetahuan berhubungan dengan kemampuan mengidentifikasi masalah kesehatan. Semakin tinggi pengetahuan, semakin tinggi kesadaran akan kesehatan. Salah satu prinsip dalam pemberdayaan masyarakat adalah menghargai pengetahuan lokal (*valuing local knowledge*), artinya pengetahuan dan keahlian lokal menjadi paling bernilai dalam memberikan informasi tentang pemberdayaan masyarakat, serta pengetahuan dan keahlian lokal perlu diidentifikasi dan diakui, bukan ditempatkan lebih rendah dari pengetahuan dari luar. Ife (2002) menegaskan bahwa proses pemberdayaan masyarakat adalah mengidentifikasi pengetahuan lokal dan menakar tingkat keahlian lokal.

Sanders (1958 *cit.* Wass, 1997) berpendapat bahwa pemberdayaan masyarakat dapat dilihat sebagai proses, metode, program, dan gerakan. Pemberdayaan masyarakat sebagai proses yaitu serangkaian langkah-langkah di luar kebiasaan yang dilakukan dalam membangun pemberdayaan masyarakat. Langkah-langkah pemberdayaan masyarakat terdiri dari: menentukan kebutuhan yang dirasakan, menggunakan kepemimpinan lokal, menumbuhkan kemampuan menolong diri sendiri, dan menindak lanjuti dengan sebuah lembaga/organisasi untuk meneruskan pencapaian tujuan pemberdayaan masyarakat. Pemberdayaan masyarakat sebagai metode yaitu cara yang digunakan untuk meningkatkan otonomi dan kemampuan masyarakat, melalui keikut-sertaannya dalam proses pengambilan keputusan dan pemecahan masalah. Pemberdayaan masyarakat sebagai program yaitu program-program yang dalam pelaksanaannya menggunakan metode dan proses pemberdayaan masyarakat. Sementara itu, pemberdayaan masyarakat sebagai gerakan yaitu landasan kebersamaan dan pemberdayaan dalam pengembangan masyarakat melalui pendekatan filosofi tertentu yang sejalan dengan pelayanan kesehatan dasar.

Taruna (2010) menyebutkan lima faktor yang menentukan keberhasilan pemberdayaan masyarakat. Salah satunya adalah transfer pengetahuan dan informasi, selain mekanisme berkeputusan bersama, institusi yang semakin kuat, kepemimpinan dan fasilitasi, serta mekanisme pendanaan. Transfer pengetahuan dan informasi artinya memberi pemahaman melalui penjabaran dan penjelasan pengetahuan dan informasi kepada masyarakat dengan tanpa mengesampingkan budaya setempat. Goodman *et al.*, (1998 *cit.* Rehn *et al.*, 2006) memasukkan faktor pengetahuan masyarakat dalam pemberdayaan masyarakat, disamping faktor partisipasi, kepemimpinan, keterampilan,

sumber daya, nilai-nilai, sejarah, dan jaringan. Holland *et al.*, (1989 *cit.* Ife, 2002) berargumentasi, masyarakat lokal memiliki pengetahuan, kearifan dan keahlian.

Kesadaran juga berhubungan dengan kemampuan mengidentifikasi masalah kesehatan. Kesadaran memunculkan kepedulian. Masyarakat menyadari bahwa sehat itu penting, karena kalau sakit tidak bisa bekerja. Kesadaran muncul dari seringnya diadakan sosialisasi program kesehatan oleh petugas kesehatan. Mardikanto (2010) menegaskan bahwa upaya pemeliharaan kesehatan perlu dilakukan melalui penumbuhan kesadaran, disamping peningkatan pengetahuan dan keterampilan. Suhendra (2006) berpendapat bahwa kesadaran (*awareness*) termasuk dalam aspek pemberdayaan masyarakat.

Kesadaran merupakan unsur dalam manusia dalam memahami realitas dan bagaimana cara bertindak atau menyikapi terhadap realitas. Manusia memiliki kesadaran akan dirinya sebagai entitas yang tak terpisahkan dari komunitas sosialnya. Hal ini menuntut seseorang untuk peduli terhadap orang lain, untuk siap menolong penderitaan orang lain. Peningkatan kesadaran (*consciousness raising*) menurut Ife *et al.*, (2002) merupakan bagian inti dari pemberdayaan masyarakat dan merupakan salah satu prinsip dalam pemberdayaan masyarakat. Masyarakat yang sadar menemukan peluang-peluang dan memanfaatkannya, menemukan sumber-sumber daya yang ada, menjadi semakin tajam dalam mengetahui apa yang sedang terjadi baik di dalam maupun di luar masyarakatnya, serta mampu merumuskan kebutuhan-kebutuhan dan aspirasinya.

Demikian pula kepedulian, masyarakat yang mempunyai kepedulian akan mempunyai kemampuan mengidentifikasi masalah kesehatan lokal. Dengan adanya kepedulian masyarakat terhadap program pelayanan kesehatan dasar, maka tanggung jawab program kesehatan tidak hanya di-

bebaskan kepada pengurus program pelayanan kesehatan dasar, aparat pemerintahan desa/kelurahan, dan petugas kesehatan, tetapi juga menjadi tanggung jawab masyarakat, karena program kesehatan itu untuk masyarakat. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian disertasi Pramudho (2009) dengan judul "Pengembangan Instrumen Pengukuran Kemitraan Desa Siaga di Kabupaten Subang Jawa Barat". Variabel kemitraan Desa Siaga mengelompok ke dalam empat faktor, antara lain faktor manfaat, dengan tujuh variabel, antara lain: meningkatkan kepedulian masyarakat terhadap masalah kesehatan. Kepedulian adalah emosi manusia yang muncul akibat penderitaan orang lain. Lebih kuat daripada empati, perasaan ini biasanya memunculkan usaha mengurangi penderitaan orang lain (Wikipedia, 2012).

Selanjutnya adanya kebiasaan masyarakat berhubungan dengan kemampuan mengidentifikasi masalah kesehatan. Seperti adanya kebiasaan warga masyarakat mengunjungi orang sakit, menjadikan warga masyarakat mengenal penyakit dan masalah kesehatan yang diderita oleh orang sakit tersebut. Kebiasaan atau tradisi (Bahasa Latin: *traditio*, "diteruskan"), dalam pengertian yang paling sederhana adalah sesuatu yang telah dilakukan untuk sejak lama dan menjadi bagian dari kehidupan suatu kelompok masyarakat. Kebiasaan (*folkways*) merupakan suatu bentuk perbuatan berulang-ulang dengan bentuk yang sama yang dilakukan secara sadar dan mempunyai tujuan-tujuan jelas dan dianggap baik dan benar (Wikipedia, 2012). Selanjutnya kebiasaan itu mengkristal menjadi norma sosial yaitu kebiasaan umum yang menjadi patokan perilaku dalam suatu masyarakat dan batasan wilayah tertentu.

Adanya informasi kesehatan berhubungan dengan kemampuan mengidentifikasi masalah kesehatan. Akses informasi

kesehatan berhubungan dengan sosialisasi, media massa elektronik (televisi), koran daerah, radio daerah, dan selebaran, rapat koordinasi kecamatan, dan surveilans berbasis masyarakat. Sejalan dengan itu, Rootman *et al.*, (2002) *cit.* Keleher & MacDougall (2009) berpendapat bahwa akses informasi kesehatan meliputi pengetahuan tentang kesehatan dan perawatan kesehatan, kemampuan untuk menemukan, memahami, menginterpretasikan, dan mengkomunikasikan informasi kesehatan, kemampuan untuk meminta perawatan kesehatan yang tepat dan membuat keputusan kesehatan secara kritis.

Kepemimpinan berhubungan dengan kemampuan mengidentifikasi masalah kesehatan. Peran kepemimpinan dalam mengidentifikasi masalah kesehatan adalah (1) menggugah kesadaran dan semangat masyarakat dalam mengidentifikasi masalah kesehatan, (2) memberikan arahan, dorongan dan bimbingan dalam mengidentifikasi masalah kesehatan, (3) menyebarkan informasi kesehatan terkait identifikasi masalah kesehatan lokal, dengan terjun langsung ke setiap RT, (4) mengatasi hambatan-hambatan, memberikan jalan keluar, serta memfasilitasi dan memberi stimulan dana ke setiap dusun dalam mengidentifikasi masalah kesehatan, (5) berperan sebagai mediator dan katalisator dalam menjalin kerjasama dengan pihak terkait dalam mengidentifikasi masalah kesehatan, serta (6) pelopor dan teladan dalam mengidentifikasi masalah kesehatan.

Brecker (1997) menyimpulkan bahwa kepemimpinan bidang pemberdayaan masyarakat pada abad 21 mensyaratkan perlunya memfokuskan padaantisipasi perubahan dan mengelolanya secara efektif, serta menerapkan kewirausahaan. Selanjutnya Lasse *et al.*, (1976) menegaskan bahwa, untuk meningkatkan kompetensi kepemimpinan komunitas, harus difokuskan pada hal-hal berikut: (a) pengambilan keputusan di-

lakukan secara partisipatif, (b) melakukan perencanaan perubahan sosial, mencakup memperluas partisipasi publik, (c) proses perubahan yang direncanakan harus dimengerti dan bisa dilaksanakan secara luas oleh masyarakat, serta (d) potensi kemampuan kepemimpinan diperluas pada populasi melalui kecakapan pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman kepemimpinan.

Mar'at (1982) berpandangan bahwa kepemimpinan adalah salah satu kunci keberhasilan pemberdayaan masyarakat. Bila kepemimpinan itu peduli (*care*), jujur dan tulus hati (*honest*), bertanggungjawab (*accountable*), amanah (*trusteeship*), dan tanggap (*responsible*), maka program pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan akan berhasil. Hasil penelitian Sumardjo (2003) menemukan fakta bahwa kepemimpinan lokal yang efektif mengembangkan kelompok masyarakat setidaknya apabila memiliki empat prasyarat yaitu terpercaya, kompeten, komunikatif, dan memiliki komitmen kerjasama yang tinggi dalam pengembangan kelompok untuk memenuhi kebutuhan dan kepentingan anggotanya secara berkeadilan. Selanjutnya Sumardjo (2003) berpendapat bahwa figur pemimpin yang efektif adalah apabila mempunyai prasyarat berikut yaitu (a) memiliki pemahaman yang baik tentang potensi, kebutuhan dan minat masyarakat, (b) memiliki keberpihakan pada masyarakat dan berorientasi pada keadilan, (c) memiliki energi yang cukup untuk mewujudkan upaya pemenuhan kebutuhan masyarakat.

Sementara itu ciri kepemimpinan yang efektif menurut Kartono (2005) adalah (a) memiliki kejujuran, berhasil meraih kepercayaan masyarakat, (b) memiliki keteladanan yang nyata, (c) menerapkan gaya kepemimpinan sesuai situasi masyarakat, (d) memiliki visi tentang kondisi lingkungan sosialnya, yang sangat diyakininya dan didukung dengan karakter perilaku nyata

yang bermanfaat bagi pemenuhan kebutuhan masyarakat, dan (e) memiliki kemampuan berkomunikasi secara efektif dengan masyarakat dan lingkungan sosialnya.

Berdasarkan studi kasus terungkap bahwa modal sosial meliputi dimensi kognitif, relasional, dan struktural. Dimensi kognitif meliputi kepercayaan, norma sosial timbal balik, dan merasa memiliki satu sama lain. Adanya kepercayaan antar anggota keluarga, tetangga, teman kerja, dan warga masyarakat, serta kepercayaan warga terhadap petugas kesehatan dan sarana pelayanan kesehatan dasar yang ada di desa berdampak pada pemanfaatan pelayanan kesehatan dasar.

Dimensi relasional modal sosial berada dalam kehidupan sehari-hari masyarakat, seperti saling berkunjung, simpati dan saling berhubungan antara individu, keluarga, tetangga, dan kelompok sehingga terakumulasi menjadi modal sosial yang dapat memenuhi kebutuhan sosial dan berpotensi untuk meningkatkan kemampuan mengidentifikasi masalah kesehatan. Budaya tolong menolong terlihat sangat kuat seperti tampak pada upaya meringankan tetangga dan warga yang kurang mampu ketika menderita sakit. Landasan norma atau nilai sosial yang utama adalah ajaran Agama Islam dan budaya. Adanya kekerabatan, kedekatan, dan saling mengenal antar warga masyarakat berhubungan dengan kemampuan mengidentifikasi masalah kesehatan. Teman dekat dan tetangga sering memberitahukan masalah kesehatan atau penyakit yang diderita teman dekatnya atau tetangganya.

Dimensi struktural yaitu adanya persekutuan dan perkumpulan dalam masyarakat, meliputi (1) kepengurusan program Desa Siaga, secara formal sudah dibentuk, termasuk uraian tugas pokok dan fungsi, (2) organisasi PKK (Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga) sebagai organisasi semi-

formal yang bertujuan mengaktifkan peran perempuan dalam proses pemberdayaan keluarga. Keberadaan PKK sebagai jejaring masyarakat telah berperan dalam mengidentifikasi masalah kesehatan. PKK memiliki struktur berjenjang mulai tingkat RT, tingkat RW/Lingkungan, dan desa/kelurahan, (3) paguyuban Rukun Tetangga-Rukun Warga, dibentuk untuk melakukan komunikasi antara warga, dengan mengadakan pertemuan rutin untuk mengidentifikasi masalah kemasyarakatan, termasuk masalah kesehatan. Setiap keputusan termasuk kesehatan diambil melalui musyawarah mufakat, (4) Lembaga Swadaya Masyarakat, melakukan penggalangan sumber daya masyarakat. Dana yang terkumpul digunakan untuk kegiatan pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan.

Menurut Hawe & Shiell (2000) modal sosial berhubungan dengan kemampuan mengidentifikasi masalah kesehatan, antara lain: adanya pertukaran informasi (*exchange information*), yaitu tetangga kadang-kadang memberikan saran satu sama lain, memberikan tip (nasihat) atau informasi lain yang lebih berharga untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Kawachi *et al.*, (1997) menegaskan bahwa modal sosial dapat mempengaruhi kesehatan seperti halnya determinan sosial dan lingkungan. Penelitian Hawe & Shiell (2000) dan Yuasa *et al.*, (2007) membuktikan bahwa adanya modal sosial melalui jaringan sosial dan komunitas berdampak pada kualitas perlindungan kesehatan. Kawachi *et al.* (1997) *cit.* Sampson & Morenoff (2000) melaporkan bahwa tingkat ketidakpercayaan menunjukkan hubungan yang kuat dengan angka kematian sesuai umur ($r = 0,79, p < 0,001$). Tingkat kepercayaan yang rendah berhubungan dengan angka tertinggi dari sebagian terbesar penyebab kematian utama, termasuk penyakit jantung koroner dan stroke.

Manfaat SMD terungkap dalam studi kasus sebagai berikut yaitu (1) masyarakat dapat menyampaikan masalah kesehatan, (2) masyarakat dapat mengenal masalah kesehatan dan mempunyai keberanian untuk menyampaikan masalah kesehatan, (3) dapat mengidentifikasi masalah kesehatan di setiap dusun, (4) masyarakat menjadi mengetahui harus berbuat apa, (5) masyarakat mampu mengidentifikasi kebutuhan kesehatan. Pelaksanaan SMD bisa diintegrasikan dengan Musyawarah Perencanaan Pembangunan (Musrenbang) yang dilaksanakan setiap tahun secara berjenjang dari tingkat dusun, desa/kelurahan sampai ke tingkat kabupaten. Dalam Masyarakat Perencanaan Pembangunan (Musrenbang) juga dilakukan identifikasi masalah. Terdapat dua model SMD yaitu model kuesioner dan model simulasi dan pada umumnya masyarakat memilih menggunakan model simulasi.

SMD sebagai metode yang digunakan untuk evaluasi internal dan mawas diri adalah cara yang tampak sederhana namun bermanfaat untuk mengikutsertakan warga masyarakat dan menangkap ide-ide yang berbeda dalam kelompok masyarakat. Menurut Stanfield (2002) *cit.* Kasmel & Andersen (2011) metode membangun konsensus seperti SMD meningkatkan kepedulian, tekad warga masyarakat untuk melakukan transformasi, memungkinkan warga untuk menghormati dan memahami sudut pandang dan pengalaman setiap warga masyarakat. Selain itu, metode SMD sebagai lokakarya konsensus sangat transparan, melayani, melindungi kepentingan dan mengungkap keprihatinan warga masyarakat. Inklusifitas SMD memungkinkan warga masyarakat dan kelompok untuk memiliki tingkat kesadaran yang tinggi dalam kaitannya dengan keputusan yang diambil dalam mengidentifikasi masalah kesehatan.

Terungkap melalui studi kasus adanya peranan petugas kesehatan, mulai dari kepala dinas kesehatan kabupaten/kota, kepala Puskesmas dan staf Puskesmas serta bidan Poskesdes dalam kemampuan mengidentifikasi masalah kesehatan. Adapun peran petugas kesehatan dalam meningkatkan kemampuan mengidentifikasi masalah kesehatan adalah melakukan pendekatan kepada pemangku kepentingan dan masyarakat agar mereka menjadi sadar akan permasalahan yang dihadapi di desanya, serta bangkit niat dan tekad untuk mencari solusinya. Disamping itu juga memantau dan membina pelaksanaan SMD sebagai wahana untuk mengidentifikasi masalah kesehatan, serta melakukan pendampingan yang berperan sebagai fasilitator.

Sementara itu peran fasilitator menurut sebagian besar informan diakui sangat menentukan dalam proses pemberdayaan masyarakat. Peran fasilitator adalah menciptakan suasana dialogis dengan masyarakat untuk menumbuhkembangkan, menggerakkan, serta memelihara partisipasi masyarakat. Hal tersebut sejalan dengan pendapat Rogers (1995) yang menyatakan bahwa kunci keberhasilan fasilitator adalah: (a) kemauan dan kemampuan untuk menjalin hubungan secara langsung maupun tidak langsung dengan penerima manfaat, (b) kemauan dan kemampuan fasilitator untuk menjadi perantara antara sumber-sumber inovasi (lembaga keilmuan, penelitian) dengan pemerintah, lembaga pengembangan pembangunan dan masyarakat, serta (c) kemauan dan kemampuan fasilitator untuk menyesuaikan kegiatan yang dilakukan dengan kebutuhan yang dirasakan masyarakat.

Menurut Lippit *et al.*, (1958) dalam Mardikanto (2009) peran fasilitator adalah untuk mempengaruhi proses pengambilan keputusan yang dilakukan oleh masyarakat untuk mengadopsi inovasi. Selanjutnya Mardikanto (2009) berpendapat bahwa peran

fasilitator dalam proses pemberdayaan masyarakat adalah untuk meningkatkan kapasitas individu, entitas, dan jejaring, terhimpun dalam satu kata "*edfikasi*", merupakan akronim edukasi, diseminasi informasi/inovasi, fasilitasi, konsultasi, supervisi, pemantauan, dan evaluasi. Disamping itu pula, perlu menerapkan prinsip "berbagi pengetahuan", fasilitator membawa pengetahuan dan kearifan tertentu.

Hasanuddin (2010) memaparkan peranan fasilitator sebagai (1) katalis yaitu mendorong timbulnya perasaan tidak puas di masyarakat mengenai hasil pembangunan (kesehatan) yang sudah ada; (2) penemu solusi yaitu memberikan kejelasan gagasan pembangunan yang diajukan kepada sasaran perubahan; (3) pendamping yaitu mendampingi proses penentuan solusi permasalahan sebagai aplikasi inovasi pembangunan; (4) perantara yaitu mempersatukan antara dua kepentingan (pembuat kebijakan dan sasaran pembangunan) dengan membuat keputusan terbaik; (5) motivator yaitu memberikan dorongan; dan (5) memfasilitasi proses pemberdayaan masyarakat.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil analisis data dan pembahasan dapat disimpulkan sebagai berikut: (1) Faktor-faktor yang berhubungan dengan pemberdayaan masyarakat dalam kemampuan mengidentifikasi masalah kesehatan adalah meliputi tingkat pendidikan, pengetahuan, kesadaran, kepedulian, kebiasaan, kepemimpinan, modal sosial, SMD, akses informasi kesehatan, peran petugas kesehatan, dan peran fasilitator kesehatan; (2) Model pemberdayaan masyarakat dalam kemampuan mengidentifikasi masalah kesehatan terdiri dari unsur-unsur masukan, proses, dan keluaran. Unsur masukan terdiri dari faktor internal dan faktor eksternal komunitas. Faktor internal meliputi tingkat

pendidikan, pengetahuan, kesadaran, kepedulian, kebiasaan, kepemimpinan, modal sosial, serta SMD, sedangkan faktor eksternal meliputi akses informasi kesehatan, peran petugas kesehatan, dan peran fasilitator. Proses pemberdayaan masyarakat meliputi proses pendayagunaan dan pemanfaatan sumber daya di dalam masyarakat serta proses fasilitasi dan dukungan sumber daya dari luar masyarakat. Keluaran pemberdayaan masyarakat berupa keberdayaan masyarakat dalam kemampuan mengidentifikasi masalah kesehatan.

SARAN

Berdasarkan hasil penelitian, maka disarankan *Pertama*, untuk program pelayanan kesehatan dasar yaitu (a) Pengembangan program pelayanan kesehatan dasar seyogyanya dilakukan dengan pendekatan sistem meliputi unsur-unsur masukan, proses, dan keluaran; (b) Perlu mengubah paradigma pengelolaan program pelayanan kesehatan dasar dari “pendekatan *top-down*” menjadi pendekatan *bottom up*”.

Kedua, untuk Kementerian Kesehatan yaitu (a) Upaya pemberdayaan masyarakat seyogyanya menjadi bagian integral dari pembangunan daerah dan dilaksanakan secara terpadu oleh pemerintahan desa dan kelurahan; (b) Kebijakan yang terkait dengan pemberdayaan masyarakat perlu diintegrasikan dan dikoordinasikan dengan kementerian terkait di tingkat pusat dalam kerangka mengembangkan dan memperkuat otonomi daerah dan memperkuat kapasitas pemerintahan desa/kelurahan; (c) Perlunya melakukan sosialisasi dari setiap kebijakan baru kepada instansi tingkat pusat yang terkait dan pemerintah daerah; (c) Perlunya memperkuat fungsi puskesmas sebagai pusat pemberdayaan masyarakat dengan memperjelas fungsi pembinaan puskesmas yang tercantum dalam struktur organisasi Kemenkes.

Ketiga, untuk Pemerintah Daerah yaitu (a) Pemerintah daerah kabupaten/kota perlu memberikan dukungan kebijakan, sarana dan dana untuk pengembangan program pelayanan kesehatan dasar; (b) Perlu adanya upaya memperkuat peranan pemerintah daerah dan jajarannya hingga kepala desa/lurah, ketua RW dan RT dalam pengembangan program pelayanan kesehatan dasar; (c) Perlunya menerbitkan Peraturan Daerah (Perda) tentang program pelayanan kesehatan dasar.

Keempat, untuk Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yaitu (a) Perlunya meningkatkan kemampuan manajerial program pelayanan kesehatan dasar, serta mereorganisasi dan merevitalisasi Tim Pembina program pelayanan kesehatan dasar; (b) Perlunya merekrut dan melatih fasilitator program kesehatan, serta melakukan pelatihan program pelayanan kesehatan dasar bagi petugas puskesmas dan kader; (c) Perlunya menyediakan anggaran dan sumber daya bagi pengembangan dan pelestarian program pelayanan kesehatan dasar; (d) Perlunya menyusun SOP pelayanan kesehatan dasar; dan (e) Perlunya melakukan pembinaan fungsi puskesmas sebagai pusat pemberdayaan masyarakat.

Kelima, untuk Puskesmas yaitu (a) Perlunya memperkuat fungsi puskesmas sebagai pusat pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan, dan mengarusutamakan program pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan pada upaya kesehatan wajib puskesmas; (b) Perlunya menumbuhkan-kembangkan komitmen dan kerjasama tim di tingkat Puskesmas, kecamatan dan desa dalam program pelayanan kesehatan dasar; (c) Perlunya melakukan penyegaran program pelayanan kesehatan dasar kepada petugas Puskesmas dan Forum Fasilitator Desa/Kelurahan; (d) Perlunya menyusun rencana program pelayanan kesehatan dasar secara lintas program dan lintas sektor; (e) Perlunya

meningkatkan kemampuan manajerial program pelayanan kesehatan dasar, serta mereorganisasi dan merevitalisasi Tim Pembina program pelayanan kesehatan dasar kecamatan dan Puskesmas; (f) Perlunya melakukan pemantauan, penilaian dan pembimbingan program pelayanan kesehatan dasar secara teratur dan lestari serta diumpun balikkan; dan (g) Perlunya mengintensifkan sosialisasi program pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat.

Keenam, untuk pemerintahan desa/kelurahan yaitu (a) Perlunya memperkuat keberadaan dan fungsi pelayanan kesehatan dasar di kantor desa/kelurahan, dengan menjadikan pelayanan kesehatan dasar sebagai UKBM dan bukan perpanjangan Puskesmas, serta menerbitkan Peraturan Desa (Perdes) tentang program pelayanan kesehatan dasar; (b) Perlunya mengalokasikan belanja desa dari Anggaran Dana Desa (ADD) untuk mendanai kegiatan dan program pelayanan kesehatan dasar; (c) Perlunya mengkoordinasikan pendayagunaan dan pemanfaatan sumber daya di dalam masyarakat dan dari luar masyarakat untuk pengembangan program pelayanan kesehatan dasar; (d) Perlunya mengkoordinasikan gerakan masyarakat untuk berpartisipasi dalam pengembangan program pelayanan kesehatan dasar.

Ketujuh, untuk peneliti lain (a) Melakukan penelitian tentang metode bagaimana menumbuhkan kemampuan mengidentifikasi masalah kesehatan; (b) Melakukan penelitian untuk mengkaji pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan pada lingkup yang lebih spesifik seperti keluarga dan perorangan serta untuk program kesehatan tertentu; (c) Melakukan penelitian tentang pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan dengan mengukur unsur-unsur masukan, proses, dan keluaran dalam kerangka pendekatan sistem.

Ucapan terimakasih

Kami mengucapkan terima kasih kepada Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat serta Direktur Pascasarjana Universitas Sebelas Maret yang telah mendanai penelitian Hibah Pascasarjana serta kepada dr. Cucuk Heru Kusumo, M. Kes, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Karanganyar Provinsi Jawa Tengah yang telah memberikan kesempatan sehingga penelitian ini dapat terlaksana.

KEPUSTAKAAN

- Alsa A 2007. Pendekatan Kualitatif dan Kuantitatif Serta Kombinasinya Dalam Penelitian Psikologi Satu Uraian Singkat dan Contoh Berbagai Tipe Penelitian. Cetakan III. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Brannen Y 2005. Memadu Metode Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif. Cetakan VI. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Brecker DJ 1997. Managing Health Promotion Programs Leadership Skills for the 21 st Century. United State of America: Aspen Publishers
- Collins T 2003. Models of Health: pervasive, persuasive and politically charged, pp.62-68 dalam Sidell M, Jones L, Katz J, Paberdy A and Douglas J (Eds.). *Debate and Dilemmas in Promoting*. Second Edition. Palgrave MacMillan. New York
- Departemen Kesehatan RI 2009. Sistem Kesehatan Nasional. Jakarta.
- _____ 2002. Paradigma Sehat Menuju Indonesia Sehat, Jakarta.
- _____ 2007. Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis. Edisi 2 Cetakan pertama. Jakarta.
- Fraenkel JR and Wallen NE 1993. How To Design And Evaluate Research in Education. Second Edition. New York. McGraw-Hill Inc.
- Galloway JH and Bernasek A 2004. Literacy and women's empowerment in Indonesia: implications for policy. *Journal of Economic Issues*/June. Diunduh 7 Agustus 2010.
- Geno RP 2009. Faktor Sukses Menuju Desa Siaga. Diunduh 3 Maret 2010.
- Hawe P and Shiell A 2000. Social Capital and Health Promotion, pp. 40-47. Dalam Sidell, M, Jones, L, Katz, J, Peberdy, A and Douglas, J, (Eds.) *Debates and Dilemmas in Promoting Health*. Second Edition. The Open University. Palgrave Mac Millan.

- Hasanuddin TB 2010. Dasar-dasar Penyuluhan Pembangunan. Parcasarjana Universitas Sebelas Maret.
- House JS and Williams DR 2002. Understanding and Reducing Socioeconomic and Racial/Ethnic Disparities in Health. Pp 81-116. dalam Syme, S.L and L.G. Reeder (Eds.) *Promoting Health Intervention Strategies From Social and Behavioral Research*. Third Printing, National Academy Press. Washington, DC United State of America.
- Ife J 2002. Community Development: Community-Based Alternatives in on Age of Globalisation. Australia : Pearson Education Australia.
- Kasmel A and Andersen PT 2011. Measurement of Community Empowerment in Three Community Programs in Rapla (Estonia). *International Journal of Environmental Research and Public Health* 8, 799-817. Diunduh 7 Agustus 2010.
- Kartono K 2005. Pemimpin dan Kepemimpinan, Apakah Kepemimpinan Abnormal itu?. Cetakan Ketigabelas. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K *et al* 1997. Social Capital, Income Inequality and Mortality. *American Journal of Public Health*; 87:1491-98. Diunduh 7 Agustus 2010.
- Keleher H dan MacDougall C 2009. Understanding Health A Determinants Approach. 2nd Edition. Australia dan New Zealand: Oxford University Press.
- Lassey WR dan Fernandez RR 1976. Leadership and Community Development. Pp. 346-347. dalam *Leadership and Social Change*. California. University Associate, Inc.
- Mar'at 1982. Pemimpin dan Kepemimpinan. Cetakan Pertama. Jakarta. Ghalia Indonesia
- Mardikanto T 2009. Sistem Penyuluhan Pertanian. Cetakan Pertama. Surakarta: UNS Press.
- _____ 2010. Model-Model Pemberdayaan Masyarakat. Cetakan I. Surakarta: Kerjasama Fakultas Pertanian UNS dengan UPT Penerbitan dan Percetakan UNS (UNS Press).
- Natbeam D, Haglund B, Farley P *et al* 1991. *Youth Health Promotion*. London: Forbes Publication Lts.
- Nelwan I 1998. Kerangka Pikir Untuk Upaya Mempercepat Penurunan Angka Kematian Ibu di Jawa Barat. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat.
- Padgett DK 2012. Qualitative and Mixed Methods in Public Health. London: Sage Publication Asia Pacific Pte. Ltd.
- Pemerintah RI dan UNICEF 1999. Panduan Umum Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan Ibu dan Anak. Jakarta.
- Pramudho PAK 2009. Pengembangan Instrumen Pengukuran Kemitraan Desa Siaga di Kabupaten Subang Jawa Barat. Jakarta: Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia. Depok.
- Rehn NS, Øvretveit J, Laamanen R *et al* 2006. Determinants of health promotion action: comparative analysis of local voluntary associations in four municipalities in Finland. *Health Promotion International*, Vol. 21 No. 4. Diunduh 6 Nopember 2011.
- Rogers EM 1999. Diffusion of Innovations. Third Edition. The Free Press. London: Collier Macmillan Publishers.
- Sampson RJ dan Morenoff JD 2000. Public Health and Safety in Context: Lesson from Community-Level Theory on Social Capital. Pp 366-385. dalam Syme, S.L and L.G. Reeder (eds.) *Promoting Health Intervention Strategies From Social and Behavioral Research*. Third Printing. Washington, DC United State of America: National Academy Press.
- Sutopo HS 2002. Metodologi Penelitian Kualitatif Dasar teori dan terapannya dalam penelitian. Surakarta: UNS Press.
- Suhendra K 2006. Peranan Birokrasi dalam Pemberdayaan Masyarakat. Cetakan kesatu. Bandung: Alfabeta.
- Sumardjo 2003. Kepemimpinan dan Pengembangan Kelembagaan Pedesaan: Kasus Kelembagaan Ketahanan Pangan hal 151-169 dalam Yustina, I dan Sudradjat, A (Eds). *Membentuk Pola Perilaku Manusia Pembangunan*. Bogor: IPB Press.
- Taruna T 2010. Designs of Community Development Planning. Surakarta: Parcasarjana Universitas Sebelas Maret.
- Wass A 1997. Promoting Health The Primary Health Care Approach. Sydney: Harcourt Brace & Company.
- Wikipedia www.id..wikipedia.org. Diunduh 5 Desember 2012.
- WHO 1986. The Ottawa Charter for Health Promotion. World Health Organization. Genewa.
- _____ 2008. Primary Health Care Now More Than Ever. The World Health Report .
- Yin RK 2003. Case Study Research: Design and Methods. Third Edition. London: Sage Publication.
- Yuasa M, De Sa RF, Pincovsky S *et al* 2007. Emergence Model of Social and Human Capital and Its Application to the Healthy Municipalities Project in Northeast Brazil. *Health Promotion International*. Vol. 22 No. 4. Diunduh Agustus 2011.