

Pemahaman Buruh Wanita dan Ibu Rumah Tangga tentang Program Kesehatan dan Implikasinya terhadap Kebijakan Pendidikan

H. M. Saleh Marzuki

Abstract: This descriptive study was designed to compare the knowledge of Indonesian factory workers and house-wives on health programs. Data were collected by using interviews in Karangploso, Malang, and were then analyzed statistically by t-test and ANOVA. The results indicated that house wives had better understanding of health programs so far implemented, compared to female factory workers. Among the reasons of this situation were differences in the degrees of exposure to communication media and the influences of informal leaders. Housewives seemed to have been able to take more advantage in these matters, than female factory workers.

Kata kunci: buruh wanita, ibu rumah tangga, program kesehatan, karakteristik sosiologis.

Peran kaum wanita dalam pembangunan, khususnya pada program kesehatan sangat besar. Sebagian besar program-program pembangunan di desa-desa diurus dan ditujukan kepada kaum wanita. Dalam kaitan ini kaum wanita diposisikan sebagai sasaran strategis pembangunan. Dengan menempatkan wanita sebagai sasaran strategis diharapkan program pembangunan yang dijalankan menghasilkan pengaruh ganda (*multiplier effect*)

H. M. Saleh Marzuki adalah dosen Jurusan Pendidikan Luar Sekolah (PLS) Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Malang.

pada bidang-bidang lain, dibandingkan bila program pembangunan itu ditujukan kepada atau melalui kaum pria. "Mendidik seorang pria berarti mendidik seorang manusia, tetapi mendidik seorang wanita berarti mendidik satu generasi", demikian metafora yang pernah dinyatakan oleh Wardiman (1995). Untuk program pembangunan kesehatan, secara umum masalah kesehatan di Indonesia ada dua, yakni: (1) terbatasnya wawasan, pengetahuan, dan komunikasi anggota masyarakat terutama wanita di bidang kesehatan, dan (2) upaya intervensi perilaku masyarakat dengan meningkatkan pengetahuan dan pemahaman tentang program kesehatan belum menyentuh semua karakteristik penduduk khususnya wanita. Anand (1993) menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan perilaku hidup sehat. Lingkungan sosial mempunyai andil besar terhadap status kesehatan keluarga. Membelajarkan wanita di bidang kesehatan di luar sistem persekolahan membutuhkan metode-metode pembelajaran yang unik dan inovatif sesuai dengan kebutuhan sasaran belajar. Pendidikan Luar Sekolah (PLS) dengan segala macam variasi bentuknya memungkinkan wanita belajar sepanjang hayat dalam konteks kehidupannya. Hal ini memungkinkan wanita menjadi *life long learners* dalam kehidupannya, utamanya yang berhubungan dengan kesehatan keluarga.

Selanjutnya menarik untuk dikaji wanita kelompok manakah yang lebih baik menjadi sasaran strategi program kesehatan, serta dicari strategi pembelajaran bagaimanakah yang sekiranya tepat dikembangkan bagi kelompok-kelompok wanita itu. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dan mendeskripsikan perbedaan pemahaman antara buruh wanita dan ibu rumah tangga yang tidak bekerja di luar rumah tentang program kesehatan. Selanjutnya juga ingin diketahui pula perbedaan pemahaman kaum wanita itu tentang program kesehatan berdasarkan karakteristik sosiologis individual dan lingkungan sosial mereka. Yang tercakup dalam variabel karakteristik individual adalah: tingkat pendidikan, usia, dan jumlah tanggungan keluarga. Sedangkan variabel lingkungan sosialnya meliputi sub-sub variabel: intensitas ibu di rumah, terpaa media massa, dorongan pemimpin formal, pemimpin informal, dan dukungan keluarga, serta aspirasi wanita terhadap pola hidup sehat.

METODE

Penelitian menggunakan rancangan penelitian deskriptif. Model penelitian deskriptif yang dipilih lebih bersifat survei (*status descriptive survey*),

yaitu penelitian deskriptif yang tidak mencari latar belakang dan berbagai faktor yang mempengaruhi keadaan atau tidak menghubungkan dengan variabel-variabel lainnya (Baily, 1992). Dengan rancangan penelitian ini peneliti berupaya menggambarkan tingkat pemahaman tentang program-program kesehatan di kalangan buruh wanita dan ibu rumah tangga dilihat dari karakteristik sosiologis individu dan lingkungan sosial, yang selanjutnya akan dilihat perbedaan berdasarkan beberapa variabel bebas yang dipilih.

Berdasarkan tujuan dan hipotesis yang diajukan peneliti, dapat diemukakan beberapa hal penting, yakni: (1) penelitian ini terdiri atas 10 variabel yakni tingkat pendidikan, usia, jumlah tanggungan keluarga, intensitas waktu di rumah, terpaa media massa, dorongan pemimpin formal, dorongan pemimpin informal, dorongan keluarga, dan aspirasi wanita terhadap kesehatan keluarga, serta pemahaman terhadap program-program kesehatan keluarga; (2) dalam penelitian ini tidak ada kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol; (3) peneliti tidak memanipulasi variabel tertentu; (4) penelitian ini menyangkut peristiwa yang sudah terjadi yang berhubungan dengan kondisi sekarang; dan (5) peneliti mencari perbedaan pemahaman antara buruh wanita dan ibu rumah tangga.

Penelitian mengambil lokasi di wilayah Kecamatan Karangploso Kabupaten Malang, yakni di desa-desa Ngenep, Girimoyo, dan Kepuharjo, penelitian dilaksanakan dari bulan Mei sampai dengan Oktober 1998. Untuk memperoleh data digunakan teknik wawancara bebas terpimpin dan dokumentasi. Sumber datanya adalah buruh wanita (buruh pabrik) dan ibu rumah tangga. Penelitian ini mengambil 120 orang responden yang ditarik berdasarkan teknik *quota purposive sampling* yaitu pengambilan sampel berdasarkan tujuan yang bersyarat. Syarat yang ditentukan peneliti itu adalah responden yang berkarakteristik sebagai ibu rumah tangga (*house wife*) atau ibu rumah tangga yang bekerja di luar rumah sebagai buruh perusahaan. Instrumen penggali data telah terjamin validitas isi dan validitas konstruksinya melalui serangkaian uji coba dan validitas. Data-data yang terkumpul dianalisis secara kuantitatif dengan tes statistik t-test dan ANOVA dua jalan.

HASIL

Penelitian mencakup 120 orang responden sebagai kasus jalan; yang terdiri dari kelompok ibu rumah tangga murni sebanyak 60 orang, se-

dangkan yang berstatus ibu rumah tangga buruh perusahaan sebanyak 60 orang. Dilihat dari rerata skor pemahaman tentang program kesehatan mereka, tampak bahwa ibu rumah tangga mencapai skor 14,96 dan ibu buruh perusahaan mencapai skor 11,12.

Selanjutnya apabila data penelitian dianalisis silang dengan melibatkan beberapa variabel karakteristik sosiologis dan lingkungan sosial didapatkan deskripsi sebaran data dan rerata skor pemahaman tentang program kesehatan sebagaimana tergambar pada Tabel 1 berikut ini.

Tabel 1 Deskripsi Rerata Skor Pemahaman Program Kesehatan Wanita Ditinjau dari Status Pekerjaan, Karakteristik Sosiologis

Variabel Bebas	Klasifikasi	Ibu Rumah Tangga N=60 (Rerata Skor)	Ibu Buruh Perusahaan N=60 (Rerata Skor)
Pendidikan	< SD Kelas 4	19 (12,68)	28 (8,29)
	Klas 5 SD s.d. 2 SLP	31 (14,55)	22 (12,45)
	> 2 SLP	10 (20,50)	10 (16,10)
Jumlah Tunjangan Keluarga	1 s.d. 2 orang	32 (14,66)	34 (10,35)
	3 orang	17 (15,47)	15 (12,27)
	> 3 orang	11 (15,00)	11 (11,82)
Usia	25 s.d. 30 tahun	28 (15,29)	41 (10,83)
	31 s.d. 36 tahun	17 (14,55)	14 (13,29)
	> 36 tahun	15 (20,50)	5 (7,40)
Intensitas Waktu di Rumah	16 s.d. 21 poin	5 (17,20)	57 (11,04)
	22 s.d. 27 poin	23 (15,78)	3 (12,67)
	> 27 poin	0	32 (14,00)
Terpaan Media	< 4 kali	12 (13,67)	35 (9,77)
	5 s.d. 8 kali	14 (14,00)	19 (11,58)
	> 8 kali	34 (15,38)	6 (17,50)

Variabel Bebas	Klasifikasi	Ibu Rumah Tangga N=60 (Rerata Skor)	Ibu Buruh Perusahaan N=60 (Rerata Skor)
Dorongan Pemimpin Formal	< 9 poin	17 (13,53)	46 (11,17)
	9 s.d. 11 poin	17 (13,12)	14 (10,93)
	> 11 poin	26 (17,08)	0
Dorongan Pemimpin Informal	< 8 poin	6 (17,50)	25 (9,76)
	8 s.d. 9 poin	29 (14,45)	23 (12,57)
	> 9 poin	25 (14,92)	12 (11,17)
	< 8 poin	36 (15,75)	27 (10,56)
Dorongan Keluarga	8 s.d. 10 poin	23 (13,65)	31 (11,65)
	> 10 poin	1 (16,00)	2 (10,50)
Aspirasi terhadap Kesehatan Keluarga	< 2 poin	21 (15,52)	22 (11,09)
	2 s.d. 3 poin	27 (14,44)	25 (11,00)
	> 3 poin	12 (15,08)	13 (11,38)

Berdasarkan deskripsi data yang ditunjukkan melalui Tabel 1 secara umum dapat diketahui adanya perbedaan skor pemahaman responden terhadap program kesehatan berdasarkan variabel kelompok ibu rumah tangga dan kelompok buruh perusahaan. Sedangkan berdasarkan tabel 2 secara umum dapat diketahui ada tidaknya perbedaan skor pemahaman responden terhadap program kesehatan berdasarkan interaksi variabel kelompok ibu rumah tangga dan kelompok buruh dengan variabel kelompok karakteristik sosiologis atau variabel lingkungan sosial.

Untuk mengetahui perbedaan pemahaman kedua kelompok ibu-ibu (rumah tangga atau buruh perusahaan) yang lebih eksak selanjutnya dilakukan uji statistik, uji-t dan analisis varian. Dari data yang terkumpul serta hasil uji hipotesis, secara umum dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara buruh wanita dan ibu rumah tangga dalam memahami program kesehatan, dimana harga t empirik yang terdapat adalah 4,94 dengan db 118 dan koefisien proporsi inferensi sebesar 0,000. Berdasarkan harga rerata kelompok yang ada, tertera bahwa skor kelompok ibu rumah tangga lebih tinggi dibanding ibu buruh perusahaan (14,95: 11,12). Dengan demikian dapat diambil kesimpulan bahwa tingkat pe-

mahaman ibu rumah tangga tentang program kesehatan dalam paras nyata lebih baik dibanding ibu buruh perusahaan.

Untuk interaksi antara karakteristik sosiologis individu lingkungan sosial dengan status pekerjaan wanita dalam memahami program-program kesehatan diperoleh kesimpulan bahwa hanya variabel terpaan media dan variabel dukungan pemimpin formal yang memiliki interaksi signifikan dengan status pekerjaan (ibu rumah tangga atau buruh perusahaan) dan memiliki kontribusi signifikan terhadap tingkat pemahaman ibu rumah tangga tentang program kesehatan. Dengan kata lain dapat dikatakan bahwa (1) variabel terpaan media dan status pekerjaan ibu rumah tangga (bekerja atau tidak bekerja di luar rumah) memiliki pengaruh yang konsisten terhadap tingkat pemahaman terhadap program kesehatan; dan (2) variabel dukungan tokoh informal dan status pekerjaan ibu rumah tangga (bekerja atau tidak bekerja di luar rumah) memiliki pengaruh yang konsisten terhadap tingkat pemahaman terhadap program kesehatan. Sedangkan variabel yang lain yaitu tingkat pendidikan, usia, jumlah tanggungan keluarga, intensitas waktu di rumah, dorongan pemimpin formal, dorongan keluarga, dan aspirasi terhadap kesehatan keluarga tidak terinteraksi dan tidak berpengaruh secara konsisten dengan status pekerjaan dan terhadap pemahaman mereka tentang program-program kesehatan.

Secara rinci temuan-temuan uji hipotesis minor dapat diuraikan sebagai berikut. (1) Tidak terdapat perbedaan pemahaman tentang program kesehatan yang signifikan ditinjau dari tingkat pendidikan. Interaksi antara tingkat pendidikan dan status pekerjaan wanita tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan. (2) Tidak terdapat perbedaan pemahaman tentang program kesehatan yang signifikan ditinjau dari jumlah tanggungan keluarga. Interaksi antara jumlah tanggungan keluarga dan status pekerjaan wanita tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan. (3) Tidak terdapat perbedaan pemahaman tentang program kesehatan yang signifikan ditinjau dari usia. Interaksi antara usia dan status pekerjaan wanita tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan. (4) Tidak terdapat perbedaan pemahaman tentang program kesehatan yang signifikan ditinjau dari intensitas tinggal di rumah. Interaksi antara intensitas ibu di rumah dan status pekerjaan wanita tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan. (5) Terdapat perbedaan pemahaman tentang program kesehatan yang signifikan ditinjau dari terpaan media massa. Interaksi antara terpaan media massa dengan status pekerjaan wanita menunjukkan perbedaan yang signifikan. (6) Tidak terdapat perbedaan pemahaman tentang program kesehatan yang signifikan

ditinjau dari dukungan pemimpin formal. Interaksi antara dukungan pemimpin formal dan status pekerjaan wanita tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan. (7) Terdapat perbedaan pemahaman tentang program kesehatan yang signifikan ditinjau dari dukungan pemimpin informal. Interaksi antara dukungan pemimpin informal dan status pekerjaan wanita menunjukkan perbedaan yang signifikan ditinjau dari dukungan pemimpin informal. Interaksi antara dukungan pemimpin informal dan status pekerjaan wanita menunjukkan perbedaan yang signifikan. (8) Tidak terdapat perbedaan pemahaman tentang program kesehatan yang signifikan ditinjau dari dukungan keluarga. Interaksi antara hubungan keluarga dan status pekerjaan pemahaman wanita tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan. (9) Tidak terdapat perbedaan pemahaman tentang program kesehatan yang signifikan ditinjau dari dukungan keluarga. Interaksi antara dukungan keluarga dan status pekerjaan wanita tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan.

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil analisis baik melalui uji-t maupun uji varian dua jalan ditemukan beberapa hal menarik yang patut mendapat perhatian. *Pertama*, terbukti secara umum terdapat perbedaan pemahaman program-program kesehatan antara ibu berstatus ibu rumah tangga. *Kedua*, dua faktor atau variabel lingkungan sosial merupakan prediktor signifikan terhadap pemahaman wanita terhadap program-program kesehatan, yaitu terpapar media massa dan dukungan tokoh informal. *Ketiga*, ibu rumah tangga mempunyai skor pemahaman program kesehatan lebih tinggi dibandingkan dengan ibu buruh wanita. Berkaitan dengan perbedaan skor tersebut minimal dapat ditafsirkan menjadi tiga hal, yakni (1) ibu rumah tangga mempunyai waktu yang lebih longgar untuk mempelajari dan memahami program-program kesehatan, dilain pihak waktu buruh wanita sangat terbatas; (2) tingginya tingkat pemahaman ibu rumah tangga terhadap program-program kesehatan salah satunya disebabkan karena dukungan pemimpin formal; dan (3) ibu rumah tangga mempunyai intensitas lebih tinggi dalam menerima stimulus dari luar rumah dibandingkan dengan ibu buruh perusahaan.

Pendidikan Kesehatan Keluarga memiliki keunikan tersendiri karena setiap keluarga mempunyai kemampuan yang tidak sama. Kemampuan

tersebut sangat terikat kepada sumber-sumber material dan nonmaterial yang ada di dalam keluarga maupun yang mungkin digali oleh keluarga itu. Sedangkan kemampuan dan sumber keluarga juga sangat terikat kepada anggota keluarga yang hidup dalam keluarga itu. Dengan demikian pengelolaan kesehatan keluarga harus melibatkan seluruh anggota keluarga, terutama ibu sebagai ujung tombaknya.

Memahami keberagaman karakteristik keluarga di Indonesia diperlukan suatu pendekatan pembelajaran yang benar-benar bisa memahami kebutuhan belajar masyarakat (wanita) tanpa adanya unsur keterpaksaan atau ketidakacuhan dari sasaran program belajar, dalam hal ini adalah wanita. Adiwikarta (1993) menyatakan bahwa meskipun bagi masing-masing keluarga keadaan kesehatannya berbeda, akan tetapi dengan tata laksana dan intervensi pendidikan yang tepat, hasilnya akan optimal menuju keluarga sejahtera. Oleh karena itu setiap wanita hendaknya memiliki pengetahuan, keterampilan dan sikap yang positif dalam belajar. Apakah itu yang berhubungan dengan tata laksana rumah tangga, perawatan di bidang kesehatan atau lainnya.

Temuan penelitian ini ternyata konsisten dengan pendapat Bates (1983) yang menyatakan bahwa pemahaman wanita terhadap program-program kesehatan berbeda antara yang bekerja di luar rumah dibandingkan dengan ibu rumah tangga biasa (*home maker*). Analisis yang dilakukannya menghasilkan hipotesis lanjutan bahwa dengan bekerjanya ibu rumah tangga di luar rumah, tidak berarti budaya hidup sehat di lingkungan keluarga dapat dilakukan sekenanya (asal-asalan), akan tetapi tergantung pada kemampuan dan kecakapan mereka dalam mengelola keluarga tersebut. Beban berat yang disandang buruh wanita setelah bekerja mencari nafkah di luar rumah dan masih mengerjakan pekerjaan domestik hendaknya dipahami oleh ahli dan praktisi pendidikan luar sekolah dan pendidikan keluarga. Tidak mungkin menyuruh buruh wanita belajar dalam kelompok belajar, menghadiri penyuluhan-penyuluhan atau sejenisnya jika dilihat sempitnya waktu mereka. Pendidikan luar sekolah dengan segala macam variasi bentuknya bisa didayagunakan untuk membelajarkan buruh wanita dan ibu rumah tangga dengan beragam strategi yang dimiliki.

Dalam kaitan tersebut Acker (1994) menyatakan bahwa hal yang sukar bagi ibu yang bekerja di luar rumah dalam tugas sebagai pengurus rumah tangga adalah kemampuan membagi waktu dan tenaga antara berbagai jenis pekerjaan rumah tangga; menjaga ketertiban dan keberhasilan

rumah tangga; mengurus makanan dan pakaian; membukukan berbagai penggunaan uang (masuk dan keluar); membagi-bagikan pekerjaan di antara penghuni rumah dan sebagainya. Berdasarkan uraian di atas, buruh wanita perlu dibekali dengan pengetahuan tentang program kesehatan sesuai dengan kondisi spesifik mereka. Dengan cara demikian bisa diharapkan buruh wanita juga dapat optimal menjalankan fungsinya sebagai pendidik. Beberapa pendekatan Pendidikan Luar Sekolah bisa digunakan untuk "membelajarkan" buruh, antara lain melalui berbagai cara. Cara pertama adalah dengan membentuk Kelompok Belajar. Pada saat jam kerja dengan buruh tetap menerima upah tetapi diberi waktu untuk belajar atau diberi jeda waktu khusus pada jam kerja untuk belajar. Cara kedua adalah: pada saat buruh bekerja diputarkan kaset yang berisi program-program kesehatan. Prinsip itu mengacu pada pendekatan *learning by doing*. Buruh tetap bekerja tetapi juga sambil belajar. Dan cara ketiga adalah dengan pemberian *booklet*, *leaflet*, pemasyarakatan poster-poster kesehatan dan yang sejenisnya. Melihat kondisi saat ini alternatif kedua nampaknya lebih mungkin dilakukan.

Selanjutnya jika dilihat pada masing-masing variabel diperoleh gambaran sebagai berikut. Terdapat perbedaan pemahaman program-program kesehatan buruh wanita dan ibu rumah tangga berdasarkan tingkat pendidikan. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa variabel tingkat pendidikan berpengaruh terhadap tinggi rendah pemahaman wanita terhadap program kesehatan. Dengan kata lain, semakin tinggi tingkat pendidikan wanita semakin mudah mempelajari program-program kesehatan. Hal ini dapat ditafsirkan bahwa dengan tingkat pendidikan yang tinggi wanita dapat berpikir secara rasional, kritis, dan logis. Dengan pola berpikir seperti ini wanita dapat bertindak sesuai dengan konteks permasalahan yang dihadapi. World Annual Report (1991) menyatakan bahwa seseorang yang berpendidikan tinggi dapat berpikir secara divergen dan konvergen sekaligus, artinya seseorang dapat bertindak secara tepat dan cepat sesuai dengan situasi yang dihadapi dan yang semestinya. Berkaitan dengan program kesehatan adalah sulit jika menggiring ibu rumah tangga atau buruh wanita bersekolah kembali (*schooling*). Untuk ini diperlukan pemikiran mendalam tentang bagaimana pendekatan, metode, dan teknik Pendidikan Luar Sekolah yang dapat mengatasi permasalahan-permasalahan tersebut.

Tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara buruh dan ibu rumah tangga dalam memahami program kesehatan ditinjau dari usia. Artinya,

usia bukan variabel penentu tingginya pemahaman terhadap program kesehatan. Sebagaimana dinyatakan Adiwikarta (1993) bahwa wanita yang sudah berumah tangga lebih lama tidak menjamin dia lebih paham terhadap program kesehatan dibandingkan dengan yang baru menikah. Sejalan dengan pendapat Adiwikarta itu adalah teori kontinum belajar orang dewasa, dimana belajar orang dewasa merangkak naik sampai optimal (usia 40 tahun) kemudian menurun sejalan dengan gangguan fisiologis, psikologis, dan sosiologis.

Sinyalemen yang menyatakan bahwa semakin banyak anak semakin wanita terbiasa dengan program kesehatan ternyata tidak terbukti. Dalam penelitian ini ditunjukkan bahwa semakin banyak jumlah tanggungan keluarga tidak selalu diikuti dengan semakin pahamnya wanita terhadap program kesehatan, fenomena seperti itu terjadi baik di kalangan ibu rumah tangga maupun buruh wanita. Dengan batas maksimal anak tiga orang, pemahaman wanita akan program kesehatan juga semakin menurun.

Teori *over-learning* yang dikemukakan oleh Gagne di bidang kesehatan hanya berlaku untuk kegiatan-kegiatan yang rutin saja. Ibu rumah tangga dan buruh wanita memang cekatan untuk mengerjakan pekerjaan-pekerjaan yang menurut mereka "berpola hidup sehat" secara turun temurun dan sampai anak berjumlah tiga orang. Tidak dilihat perkembangan yang senantiasa perlu digali dan dirumuskan kembali untuk mengikuti perkembangan kemajuan bidang kesehatan. Dapat dicontohkan di sini kasus pemberian makanan lunak pada bayi usia 1 minggu, di mana masih banyak dijumpai di masyarakat Indonesia (khususnya suku Jawa dan Madura) memberi bayi makanan nasi dicampur pisang. Dengan demikian semakin banyak anak, tidak selalu menjamin tingginya pemahaman wanita terhadap program kesehatan.

Intensitas waktu ibu-ibu di rumah ternyata tidak menjamin semakin paham terhadap program kesehatan. Disinyalir oleh Wijaya (1997), dalam penelitiannya tentang wanita di pedesaan, pinggiran, dan perkotaan yang menyatakan bahwa intensitas wanita di rumah tidak banyak yang dimanfaatkan untuk hal-hal yang positif. Kebiasaan "ngrumpi" masih menjadi hal yang menyenangkan dibandingkan dengan kegiatan lain yang lebih bermanfaat. Dari penelitian ini juga terlihat bahwa meskipun ibu rumah tangga berada di rumah lebih banyak dibandingkan dengan buruh yang waktunya habis untuk di luar rumah, meskipun skor ibu rumah tangga dalam tes program kesehatan memang lebih tinggi daripada wanita yang berstatus buruh pabrik.

Variabel terpaan media massa membedakan pemahaman terhadap program kesehatan antara ibu rumah tangga dan buruh wanita. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu rumah tangga yang skor terpaan media massa lebih tinggi ternyata diikuti dengan semakin pahamnya tentang program kesehatan. Hal ini berarti wanita yang mengalami terpaan media massa tinggi memiliki tingkat pemahaman kesehatan yang tinggi pula. Hal ini sejalan dengan istilah *shadow school system* yang menyatakan bahwa wanita dewasa lebih mudah mempelajari sesuatu jika memanfaatkan multimedia yang ada dengan dilandasi unsur *interest* (ketertarikan).

Dukungan pemimpin formal terhadap ibu rumah tangga dalam mempelajari program kesehatan terbukti secara signifikan berbeda dengan dukungan terhadap buruh wanita. Selama ini di masyarakat memang lebih banyak ibu rumah tangga yang diikutsertakan dalam pemasyarakatan program-program kesehatan atas suruhan pemimpin formal. Model pembelajaran atas dasar "penunjukan" pemimpin formal ternyata membuat ibu rumah tangga mempunyai pemahaman lebih tinggi pada program kesehatan. Pada sisi lain, dukungan pemimpin informal belum menampakkan hasil yang nyata baik bagi ibu rumah tangga maupun buruh. Fenomena ini diduga disebabkan karena program-program kesehatan selama ini belum banyak menyentuh pemimpin informal. Berbeda dengan program-program keagamaan di mana pemimpin informal sangat dominan.

Dukungan keluarga buruh wanita lebih tinggi dibandingkan ibu rumah tangga dalam mempelajari program-program kesehatan. Hal ini mungkin keluarga buruh merasa minimnya pengetahuan buruh terhadap program kesehatan sedikit banyak akan mempengaruhi kinerja buruh itu dalam rumah tangga. Meskipun interaksi antara dukungan keluarga dengan status pekerjaan wanita tidak menunjukkan hasil yang signifikan, hal ini tidak berarti dukungan keluarga bukan hal yang dominan dalam mempelajari program kesehatan. Justru dukungan keluarga sangat dibutuhkan bagi wanita untuk mempelajari program kesehatan. Dinyatakan oleh Notoatmodjo (1995) bahwa perilaku hidup sehat sangat tergantung pada lingkungan sosial, pembiasaan hidup sehat dan keturunan. Aspirasi wanita terhadap kesehatan tidak memiliki daya berbeda yang signifikan antara buruh wanita dan ibu rumah tangga terhadap program kesehatan. Hal ini dapat diartikan bahwa aspirasi ibu rumah tangga dan buruh wanita terhadap program kesehatan belum menampakkan perbedaan skor yang berarti. Pola hidup sehat belum menjadi kebutuhan mereka. Kebiasaan hidup sehat belum

menjadi hal yang penting untuk dipikirkan, ditingkatkan, dan dikembangkan dalam kehidupan sehari-hari.

Implikasi terhadap Kebijakan Pendidikan

Kebijakan pendidikan merupakan keputusan yang perlu diambil oleh Lembaga Pendidikan atau lembaga terkait dengan perencanaan dan pelaksanaan pendidikan dalam arti luas. Penelitian ini berada pada kawasan pendidikan luar sekolah berupa tambahan informasi dan pengetahuan yang diperoleh sebagai penyempurna dan pelengkap dari yang pernah sekolah atau sebagai pengganti bagi yang belum pernah sekolah. Kebijakan yang baik di samping berdasarkan pada sistem nilai juga hendaknya berdasarkan analisis situasi dan temuan-temuan ilmiah (De La Cruz, 1992).

Ada beberapa alasan mengapa kebijakan pendidikan harus dilakukan bagi pendidikan wanita antara lain adalah sebagai berikut. Kebijakan pemerintah seharusnya di negara-negara berkembang dapat sangat mempengaruhi keadilan gender. Di Cina dan India misalnya dapat mengurangi kendala-kendala budaya yang menghambat laju perubahan persamaan gender (Das Gupta, 2000). Ada kelebihan pada wanita yang dianggap lebih responsif terhadap perubahan. Penelitian Ilahi menunjukkan bahwa wanita lebih cepat merespon terhadap perubahan dalam upaya-upaya kesejahteraan keluarga dibandingkan pria, meskipun tingkat pendidikannya sama (Ilahi, 2001). Dari segi investasi pendidikan wanita menghasilkan nilai balik yang tertinggi dibandingkan semua investasi (World Bank, November 2000). Ini barangkali terkait dengan besarnya pemahaman wanita bagi kesejahteraan keluarga, karena hampir seluruh negara di dunia peranan wanita memang berkisar pada pekerjaan rumah tangga seperti mengurus rumah, mengasuh anak, disamping mencari nafkah.

Di samping itu nilai balik investasi pendidikan wanita amat tinggi, karena: (a) dapat meningkatkan partisipasi dalam dunia kerja dan pendapatan; (b) mengurangi tingkat kelahiran; (c) mengurangi kematian bayi dan anak; (d) mendorong manfaat pendidikan antar generasi; dan (e) menghasilkan lingkungan yang bermanfaat.

Kebijakan pendidikan jangan juga melupakan upaya pendidikan bagi tuna aksara, karena keberadaan anggota keluarga yang dapat baca tulis, atau jika dalam satu keluarga banyak yang *melek* huruf khususnya wanita, akan sangat besar pengaruhnya bagi kesejahteraan keluarga (Basu & Foster,

1998). Hasil penelitian lalu menyebutkan bahwa keaksaraan terutama untuk anak-anak putri, berpengaruh terhadap pendapatan (Hugo & Verner, 2000).

Di era reformasi ini sebenarnya peran pemerintah daerah kota maupun kabupaten sangat besar dalam menetapkan berbagai kebijakan di segala bidang. Khusus dalam kaitan penelitian, ini kebijakan yang harus diambil antara lain sebagai berikut.

Terhadap Wanita Buruh. Pemerintah hendaknya merancang kebijakan yang melindungi hak pribadi termasuk hak wanita untuk memperoleh pendidikan (World Bank, Development Report, 1999). Mendorong pemerintah untuk bekerja sama yang baik dengan perusahaan-perusahaan terutama yang mempekerjakan wanita terbanyak seperti: pabrik rokok untuk melakukan upaya pendidikan. Depdiknas kota atau kabupaten perlu kerjasama dengan dinas kesehatan dan rumah sakit mempersiapkan materi atau bahan ajar tentang kesehatan. Demikian juga perlu bekerja sama dengan pimpinan perusahaan untuk memperoleh persetujuan tentang program pendidikan kesehatan melalui kaset untuk mereka dengar sambil bekerja tanpa harus mengganggu pekerjaan. Dinas Pendidikan juga hendaknya bekerjasama dengan organisasi buruh perusahaan untuk memperoleh dukungan dan melibatkan mereka dalam perencanaan dan pelaksanaan sehingga program pendidikan kesehatan kepada buruh wanita terlaksana dengan baik. Pemberdayaan organisasi buruh untuk mendidiknya sendiri menjadi sangat penting.

Untuk menghasilkan media dan bahan ajar yang baik perlu bekerja sama dengan pusat-pusat sumber belajar yang berada di Lembaga-Lembaga Pendidikan Tenaga Kependidikan atau LPTK yakni mantan IKIP yang sekarang jadi universitas.

Mengingat terpaan media massa berpengaruh terhadap tingkat pemahaman kesehatan maka perlu diusahakan adanya pusat pengembangan media pendidikan kesehatan yang dapat digunakan oleh perusahaan untuk memberi kemungkinan kepada kaum buruh wanita untuk mengaksesnya.

Media pandang dengar baik berupa kaset vidio maupun VCD untuk disajikan pada saat istirahat maupun bekerja. Majalah dinding yang memuat program dan masalah kesehatan perlu diupayakan agar para buruh dapat memahaminya.

Terhadap Wanita Ibu Rumah Tangga. Pada era reformasi sekarang ini program-program yang pada masa orde baru sangat aktif, sedikit mengalami penurunan. Karena itu program-program pendidikan yang sifatnya

developmental seperti Posyandu, Karang Taruna, Dasa Wisma, Pembinaan Kesejahteraan Keluarga (PKK) harus tetap diaktifkan karena ternyata sangat bermanfaat. Kegiatan tersebut sebagai program pendidikan orang dewasa menurut pengalaman di Pakistan dan Peru sangat berperan dalam meningkatkan kesejahteraan wanita dan anak-anak (Ray, 1999).

Terhadap Pimpinan Informal. Pendidikan kader desa yang biasanya melibatkan para pimpinan informal masih tetap penting dan perlu ditingkatkan. Muatan pelajaran kesehatan bagi para tokoh masyarakat dalam kurikulum penyuluhan sangat penting dilaksanakan.

Terhadap Pimpinan Perusahaan, perlu dikeluarkan peraturan yang memberikan tekanan lebih kuat untuk memberi kesempatan pada buruh wanita memperoleh informasi baru dibidang kesehatan dan berbagai format. Format yang dimaksud antara lain, media cetak, media pandang maupun dengan media kelompok.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Dari data yang terkumpul serta hasil uji hipotesis, secara umum dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara buruh wanita dan ibu rumah tangga dalam memahami program kesehatan, di mana dilihat dari rerata skor kelompok ibu rumah tangga lebih tinggi dibanding kelompok ibu buruh perusahaan. Dengan demikian berarti tingkat pemahaman ibu rumah tangga tentang program kesehatan dalam taraf nyata lebih baik dibanding ibu buruh perusahaan.

Untuk interaksi antara karakteristik sosiologis individu dan lingkungan sosial dengan status pekerjaan wanita dalam memahami program-program kesehatan diperoleh kesimpulan bahwa hanya variabel terpaan media dan variabel dukungan pemimpin formal yang memiliki interaksi signifikan dengan status pekerjaan (ibu rumah tangga atau buruh perusahaan) dan memiliki kontribusi signifikan terhadap tingkat pemahaman ibu rumah tangga tentang program kesehatan. Sedangkan variabel yang lain, yaitu tingkat pendidikan, usia, jumlah tanggungan keluarga, intensitas waktu di rumah, dorongan pemimpin formal, dorongan keluarga, dan aspirasi terhadap kesehatan keluarga tidak berinteraksi dan tidak berpengaruh secara konsisten dengan status pekerjaan dan terhadap pemahaman mereka tentang program-program kesehatan.

Saran-saran

Berdasarkan temuan dan kesimpulan penelitian dikemukakan beberapa saran. Peneliti perlu meneliti lebih lanjut perihal faktor-faktor yang mempengaruhi pemahaman wanita akan program-program kesehatan dengan variabel dan lokasi serta pendekatan penelitian yang berbeda (studi kasus atau *grounded research*). Beberapa hal yang menarik diteliti lebih lanjut adalah mengapa aspirasi wanita terhadap pola hidup sehat rendah atau bagaimana persepsi keluarga terhadap pola hidup sehat yang diterapkan wanita dan sebagainya. Kaum wanita senantiasa perlu meningkatkan pengetahuan dan pemahamannya akan program-program kesehatan. Perlu diupayakan bagi kaum wanita semaksimal mungkin.

Hasil penelitian menunjukkan perbedaan yang signifikan antara wanita terdidik dan yang tidak terdidik dalam memahami dan mengaplikasikan program kesehatan. Wanita perlu senantiasa belajar melalui jalur-jalur pendidikan luar sekolah (terutama bagi yang berusia dewasa) atau media massa yang ada. Media massa perlu mengemas program-program kesehatan dengan paket-paket menarik dan melibatkan figur yang diidolakan masyarakat.

Peneliti dan praktisi pendidikan luar sekolah perlu senantiasa mengembangkan metode dan media pembelajaran orang dewasa yang tidak mempunyai waktu khusus untuk belajar. Perlu dirancang suatu pendekatan pembelajaran yang memungkinkan wanita (ibu rumah tangga atau buruh) dapat belajar sesuai dengan kebutuhan dan waktu mereka. Khusus bagi buruh wanita produksi kaset yang berisi pesan-pesan program kesehatan yang diperdengarkan saat buruh bekerja sangat dibutuhkan. Mengingat keterbatasan-keterbatasan buruh wanita dalam mengikuti kegiatan di masyarakat dan dari intervensi pendidikan.

Pemerintah perlu senantiasa memperhatikan peranan tokoh formal atau informal dalam memasyarakatkan konsep hidup sehat. Di samping memberikan pelatihan dan atau penyuluhan tentang perlunya dukungan keluarga agar wanita bisa meningkatkan pengetahuannya akan program kesehatan. Memberikan kesadaran dari keluarga buruh untuk memberikan akses bagi buruh wanita berkegiatan di masyarakat. Bagi pemilik pabrik perlu melengkapi ruangan kerja buruh dengan alat bantu dengar. Kegiatan ini sangat dianjurkan untuk memenuhi hak buruh wanita mendapatkan pendidikan dan melaksanakan kesepakatan dunia tentang EFA (*Education for All*).

DAFTAR RUJUKAN

- Acker, S. 1994. *Women and Education*. New York: Nichols Publishing Company.
- Adiwikarta, S. 1993. *Sosiologi Pendidikan: Isyu dan Hipotesis tentang Hubungan Pendidikan dengan Masyarakat*. Jakarta: P2LPTK Dirjen Dikti.
- Anand, A. 1993. *Rethinking Women and Development*. Geneva: ISIS Women Development, A Resource Guide for Organization and Action.
- Baily, K. 1982. *Methods of Social Research*. 2nd edition. London: The Free Press.
- Basu, K. & Foster, J.E. 1998. *On Measuring Literacy*. World Bank Research Working Paper, October 1998.
- Bates, U.U. 1983. *Women's Realities, Women's Choices: An Introduction to Women's Studies*. Oxford: Oxford University Press.
- Das Gupta, M. 2000. *State Policies and Women's Autonomy in China, India and Republic of Korea*. World Bank Research Working Papers, November 2000.
- De La Cruz, L. 1992. *Research in Basic Education and Literacy*. World Bank Research Working Paper, November 1992.
- Hugo, B.N. & Verner, D. 2000. *Is Functional Literacy a Prerequisite for Entering the Labor Market*. World Bank Research, November 2000.
- Ilahi, N. 2001. *Children Work and Schooling. Does Gender Matter?: Evidence from the Peru KSMS*. World Bank Research, December 2001.
- Notoatmodjo, S. 1995. *Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Ray, R. 1999. *How Child Labor and Child Schooling Interact with Adult Labor*. World Bank Research Working Papers, September 1999.
- Wardiman, A. 1995. *Peranan Wanita dalam Pembangunan Bangsa*. Bali: Toya-bunga.
- Wijaya, H.R. 1991. *Konsepsi Kemandirian: Konsekwensi Perempuan sebagai Kelompok Heterogen*. Malang: Universitas Brawijaya.
- World Annual Report. 1991. *The World Bank Annual Report, section three*. Fiscal Year 1991.
- World Bank Development Report 1999/2000. 1999. *Entering the 21st Century: the Changing Development Landscape*. New York: Oxford University Press.
- World Bank Research Working Papers. 2000. *Girls Education and Economic and Social Development: Barriers to Girls Education*. November 2000.