

**PARTISIPASI MASYARAKAT PADA PENCEGAHAN DEMAM BERDARAH  
DENGUE (DBD) MELALUI PROGRAM PSN-3M DIWILAYAH KERJA  
PUSKESMAS WARA KOTA PALOPO**



Oleh :

**MUNTAHA LATEPU**  
P1805205509

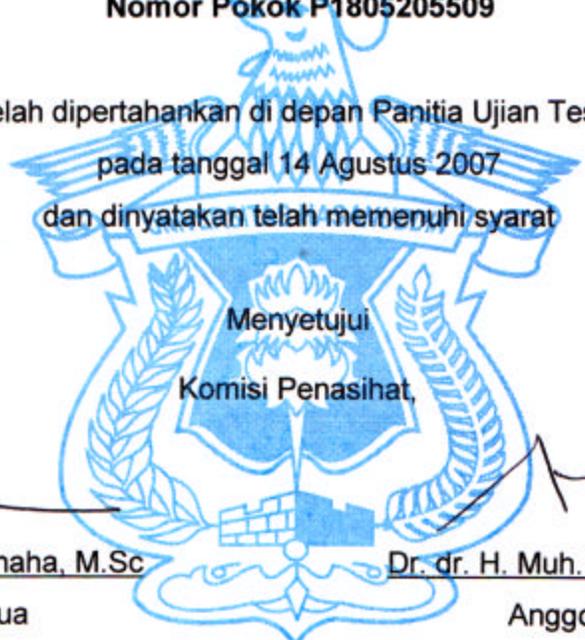
**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2007**

**TESIS**  
**PARTISIPASI MASYARAKAT PADA PENCEGAHAN**  
**DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD) MELALUI PROGRAM**  
**PSN-3M**  
**DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS WARU KOTA PALOPO**

Disusun dan diajukan oleh

**MUNTAHA LATEPU**  
**Nomor Pokok P1805205509**

telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis  
pada tanggal 14 Agustus 2007  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat



Dr. Ridwan M. Thaha, M.Sc

Ketua

Dr. dr. H. Muh. Syafar, MS

Anggota

Ketua Program Studi  
Ilmu Kesehatan Masyarakat

Dr. drg. A. Zulkifli Abdullah, M. Kes

Direktur Program Pascasarjana  
Universitas Hasanuddin



Prof. Dr. dr. A. Razak Thaha, M.Sc.

## KATA PENGANTAR

Puji Syukur Penulis Panjatkan Kehadirat Allah SWT, atas limpahan Rahmat dan hidayahnya sehingga penyusunan tesis ini dapat diselesaikan. Penulis mengucapkan terima kasih sedalam - dalamnya kepada semua pihak dengan ikhlas dan ketulusan hati telah banyak memberikan bantuan dan dukungan terutama ucapan terima kasih kepada:

1. Dr. Ridwan M. Thaha, M. Sc, selaku ketua penasehat dan Dr. dr. H. Muh. Syafar, MS, selaku anggota penasehat. Ketulusan dan kerendahan hati beliau walaupun diselah kesibukan yang sangat tinggi tetap sabar membimbing dan memotivasi penulis dalam menyelesaikan tesis ini.
2. Prof. Dr. dr. H. M. Rusli Ngatimin, MPH, dan Dr. dr. Burhanuddin Bahar, MS, serta dr. Hasanuddin Ishak, M. Sc, Ph. D, selaku tim penguji yang telah memberikan masukan, kritikan dan saran untuk sempurnanya tesis ini.
3. Direktur Program Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin Makassar, Prof. Dr. dr. A. Razak Thaha. M. Sc, atas bantuan dan fasilitas selama penulis mengikuti pendidikan di Universitas Hasanuddin.
4. Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat pps Unhas, Dr. drg.A. Zulikifli Abdullah M.Kes, dengan kesediaan dan ketulusan, mengarahkan penulis hingga selesai studi.
5. Para pengajar Program Pasca Sarjan Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin mulai pelaksanaan hingga berakhirnya perkuliahan, kepakaran dan wawasan ilmunya untuk memotivasi dan membimbing dalam meletakkan dasar-dasar teoritis kepada penulis

6. Bapak Wali Kota Palopo, Drs. H.P.A. Tenriadjeng, MSi dan segenap jajarannya, atas kebijakannya telah mengutus penulis sebagai mahasiswa tugas belajar program pascasarjana dengan konsentrasi promosi kesehatan di Universitas Hasanuddin dan telah memberikan bantuan biaya pendidikan hingga penulis menyelesaikan program studi.
7. Bapak dr. Thamrin Jufri, M. Kes, selaku kepala Dinas Kesehatan Kota Palopo yang telah memberikan kesempatan belajar dan motivasi untuk terus mengembangkan diri.
8. Kepala Puskesmas Wara Kota Palopo dan staf serta teman – teman sejawat di Dinas Kesehatan Kota Palopo, atas kesempatan yang diberikan kepada penulis untuk memperoleh data penelitian, sekaligus memberikan dorongan dan semangat untuk menyelesaikan pendidikan dengan tepat waktu.
9. Ayahanda Latepu (Alm) dan Ibunda Hj. Siderah (Alm), yang tercinta telah membimbing dan membesarkan penulis serta banyak mengorbankan jiwa dan raganya untuk menjadikan penulis sebagai manusia yang memiliki pendidikan dan berguna bagi Agama dan masyarakat. Begitu pula saudara – saudara saya yang telah memberikan dorongan, semangat dan do'a terhadap penulis.
10. Istri Bungajia dan Ananda Nursayyidah Amaliah, Abdul Qalam dan Nuristiqamah yang tercinta telah memberikan motivasi, semangat dan do'anya serta menghibur penulis.
11. Sahabat – sahabatku semua mahasiswa angkatan 2005 program studi Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Universitas Hasanuddin, atas kebersamaan dan seperjuangan selama ini.

12. Semua pihak yang tidak sempat penulis sebutkan satu – persatu yang telah Ikhlas memberikan bantuan moril, tenaga dan materi serta mendo'akan keberhasilan penulis. Semoga Allah SWT memberikan balasan budi baiknya semua.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa penyusunan tesis ini masih banyak kekurangan sehingga saran -- saran yang konstruktif dari segenap pembaca penulis harap masukannya dengan senang hati, semoga kita bisa secara bersama – sama mencapai derajat kesehatan yang optimal dan dapat terpelihara secara berkesinambungan.

Makassar Aguatus 2007

Penulis

## ABSTRACT

**MUNTAHA LATEPU. Public participation in Dengue Fever prevention Through PSN-3M Program in Wara Public Health Center, Palopo Town (Supervised by Ridwan M. Thaha and H. Muh. Syafar).**

The aim of the study was to analyze qualitatively about the program implementation and participation to the prevention of dengue fever and develop ways to improve the public behavior.

The results of the study indicate that: (1) participation to the prevention of dengue fever through PSN-3M program in Wara Public Health Center has not fully involved the community in planning, decision making, implementation of development, and maintenance of development results.; (2) there are some informants who do not participate in the PSN-3M program due to lack of knowledge, skill, and performance; (3) in relation to the lack of skill, the informants do not know the PSN-3M behavior, others are in that kind of behavior but not in an appropriate form and frequency such as a habit to clean water tank, ditch, house, and yard; (4) in relation to the lack of performance, the PSN-3M does not have immediate benefit. This occurs due to another appreciated behavior that is fogging; (5) in order to encourage participation in improving the quantity and quality of the PSN-3M behavior, improvement of knowledge and skill is necessary to implement the PSN-3M behavior accordingly.

It is recommended that the health workers in the Wara Public Health Center, Lagaligo village, Palopo town implement the PSN-3M program Through planning, decision making, implementation, supervision, and maintenance of development results by involving the community in the improvement of the PSN-3M program. The community should know that fogging can only eradicate adult mosquitoes, whereas the larvae can become new mosquitoes that can spread dengue fever if they are not eradicated. The community who is still ignorant about the benefit of PSN-3M and the danger when it is not carried out should be given sufficient information. Training is necessary to improve the skill of PSN-3M behavior such as cleaning the water tank, cover the water reservoir, bury used goods, and use abate powder. The community does not feel the immediate benefit of the PSN-3M behavior

**Key words: Participation, dengue fever prevention**

## ABSTRAK

**MUNTAHA LATEPU. *Partisipasi Masyarakat pada pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) Melalui Program PSN-3M di Wilayah Kerja Puskesmas Wara Kota Palopo* (Dibimbing oleh .Ridwan.M.Thaha, dan H.Muh.Syafar).**

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis secara kualitatif mengenai pelaksanaan program dan partisipasi pada penanggulangan penyakit DBD dan mengembangkan upaya – upaya untuk meningkatkan perilaku masyarakat.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa : (1), partisipasi pada pencegahan penyakit DBD melalui program PSN-3M di wilayah kerja Puskesmas Wara Kota Palopo belum mengikutsertakan masyarakat untuk susunan langkah partisipasi yaitu : a. jalur perencanaan, b. jalur proses pengambilan keputusan, c. jalur pelaksanaan pembangunan, d. jalur pemeliharaan hasil pembangunan. (2). Masih ada informan tidak melakukan perilaku PSN-3M, akibat kurangnya pengetahuan, deficit keterampilan dan deficit kinerja. (3). Deficit keterampilan yakni informan tidak mengetahui perilaku PSN-3M. Disamping ada perilaku lain mirip perilaku PSN-3M tetapi tidak dalam bentuk dan frekuensi yang tepat. Seperti kebiasaan membersihkan bak air, selokan, membersihkan rumah dan halaman. (4). Deficit kinerja yakni perilaku PSN-3M tidak menciptakan manfaat seketika. Selain itu deficit kinerja terjadi karena ada perilaku lain dihargai yaitu fogging. (5). Upaya yang dapat mempengaruhi partisipasi dalam meningkatkan kuantitas dan kualitas perilaku PSN-3M yaitu peningkatan pengetahuan dan pelatihan keterampilan agar perilaku PSN-3M dijalankan secara benar. Direkomendasikan pada: (1). Petugas Puskesmas Wara Kelurahan Lagaligo Kota Palopo agar melaksanakan program PSN-3M melalui tahapan perencanaan, pengambilan keputusan, pelaksanaan, pengawasan dan pemeliharaan hasil pembangunan agar melibatkan masyarakat pada semua tahapan, sehingga lebih awal mereka mengetahui, sekaligus dapat memberikan sumbangsi pemikiran terhadap program PSN-3M tersebut. (2). Masyarakat perlu diberikan pengertian bahwa perilaku tandingan yaitu fogging hanya memberantas nyamuk dewasa saja, selama sarang dan jentiknya dibiarkan maka timbul lagi nyamuk baru yang dapat menularkan DBD (3). Masyarakat yang belum mengerti manfaat PSN-3M dan bahayanya apabila tidak melakukan, maka perlu diberikan informasi yang cukup. (4). Pemberian pelatihan keterampilan perilaku PSN-3M seperti mengurus bak air, menutup tempat air dan mengubur/menyinkingirkan barang bekas serta menggunakan bubuk abata. (5). Masyarakat tidak merasakan manfaat seketika pada perilaku PSN-3M. Peril dipertimbangkan pemberian penghargaan baik berupa materi maupun social.

**Kata kunci : partisipasi-pencegahan DBD.**

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PENGESAHAN .....	ii
KATA PENGANTAR .....	iii
ABSTRAK .....	iv
DAFTAR ISI .....	v
DAFTAR GAMBAR .....	vi
BAB I PENDAHULUAN .....	vii
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah.....	9
C. Pertanyaan Penelitian .....	9
D. Tujuan Penelitian .....	10
E. Manfaat Penelitian .....	11
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Demam Berdarah Dengue .....	12
B. Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit DBD .....	18
C. Tinjauan Umum Pemberdayaan Masyarakat .....	27
D. Partisipasi Masyarakat .....	30
E. Perilaku Kesehatan .....	36
F. Tinjauan Umum Tentang Defisit Keterampilan Dan Kinerja.....	39
BAB III. KARANGKA PIKIR, DEFINISI KONSEP DAN PROPOSISI PENELITIAN	
A. Kerangka pikir.....	45
B. Definisi Konsep .....	48
C. Proposisi Penelitian.....	50
BAB IV METODE PENELITIAN	
A. Jenis Penelitian .....	51
B. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	51
C. Informan Penelitian .....	51
D. Pengumpulan dan analisis Data/ .....	51
E. Keabsahan Data .....	53
BAB V. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.	
A. Dekripsi Lokasi Penelitian .....	54
B. Karakteristi Informan .....	55
C. Pencegahan Dan Penanggulangan DBD Melalui Program PSN-2M Di Wilayah Kerja Puskesmas Wara Kelurahan Lagaligo .....	55
D. Upaya Peningkatan Partisipasi Masyarakat Pada Pencegahan DBD Melalui Program PSN-3M .....	58
E. Partisipasi .....	75
BAB VI. KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan .....	81
B. Saran - Saran .....	82
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN – LAMPIRAN	

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan salah satu penyakit yang mengancam penduduk dunia sejak pertama kali ditemukan pada tahun 1954 di Filipina, hingga sekarang ini. Epidemik Dengue ( Nama Virus Demam Berdarah ) terjadi disepanjang abad ke 19 hingga awal abad ke-20 di Amerika, Eropa Selatan, Afrika Utara, Mediterania India, Pasifik, Asia dan Australia, dan pada beberapa pulau di samudra India, Pasifik selatan dan Tengah serta Karibia. Dalam kurang waktu tersebut ( ± 40 tahun ), dilaporkan kira – kira 800.000.000 kasus, diantaranya kira – kira 24.000.000 orang yang meninggal dunia ( WHO, 1997 ).

Kantor Regional Organisasi Kesehatan dunia ( WHO ) di Asia Tenggara memperkirakan bahwa setiap tahun terdapat sekitar 50-100 juta kasus Demam Dengue (DD) dan tidak kurang dari 500.000 kasus DBD memerlukan perawatan di Rumah Sakit. Dalam kurun waktu 10- 25 tahun ini, DBD merupakan penyebab utama kesakitan dan kematian anak di Asia Tenggara ( Lawuyan, 2004).

Dalam catatan sejarah, epidemik dengue umumnya menyerang negara – negara yang beriklim tropis. Indonesia sebagai salah satu negara yang beriklim tropis, merupakan salah satu sasaran penularan penyakit Demam Berdarah dengue.

Kasus Demam Berdarah Dengue di Indonesia pada tahun 1998 yaitu, 71,776 orang dengan kematian 2.441 jiwa ( CFR = 3,4 % ). Sementara itu, jumlah korban penderita DBD 1999 sebanyak 21.134 orang, 2000 ( 33.443 ), 2001 ( 45.904 ), 2002 ( 40.337 ), dan 2003 (50.131 ). Dengan melihat angka penderita dan kematian yang diakibatkan oleh DBD 2004 signifikan dan bermakna. Dari 30 propinsi di Indonesia, 12 Propinsi yang dinyatakan KLB DBD termasuk salah satunya adalah Sulawesi Selatan. ( Tempointeraktif, 2004).

Laporan yang ada sampai saat ini menyebutkan bahwa penyakit demam berdarah dengue sudah menjadi masalah yang endemis pada 122 daerah tingkat Kabupaten / Kota, 605 daerah kecamatan dan 1800 desa/kelurahan di Indonesia ( Darmowandowo, 2004 ).

Sulawesi Selatan sebagai salah satu propinsi di Indonesia yang penduduknya sekitar 70 % mendiami daerah pesisir dengan kondisi geografis rata dan cekung serta kesadaran masyarakatnya belum memadai terhadap pentingnya hidup sehat, memberi peluang mewabahnya penyakit Demam Berdarah. Beberapa ledakan Demam Berdarah terjadi hampir setiap tahun, baik di kota maupun di pedesaan. Pada tahun 2005, ditemukan kasus 3,164 orang, dengan kematian 59 orang ( CFR, 1,86 ) sementara jumlah kasus di tahun 2006 ditemukan kasus 2,622 orang, dengan kematian 21 orang ( CFR, 0,80 ) kasus DBD di Propinsi Sulawesi Selatan Jumlah kasus tersebut, tidak termasuk yang tidak terdeteksi karena penderita tidak melapor atau tidak

menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah ( Laporan P2M Dinas Kesehatan propinsi sulawesi selatan, 2005 dan 2006 ).

Data – data tersebut menunjukkan bahwa di Sulawesi Selatan dalam beberapa tahun terakhir ini kejadian DBD yang terjadi setiap tahun tetap tinggi. wabah ini menyebar terutama pada musim hujan. Data kasus DBD tersebut, termasuk di Kota Palopo tahun 2005 ditemukan kasus 112 orang dengan kematian, 3 orang. Sementara jumlah kasus di tahun 2006 di temukan 109 orang dengan kematian 6 orang. Adapun salah satu daerah Endemik DBD di kota palopo adalah wilayah kerja Puskesmas Wara yaitu kelurahan Lagaligo dimana pada tahun 2006 ditemukan kasus 16 orang ( Laporan P2PL Dinas Kesehatan Kota Palopo 2006 ).

Mengingat obat dan vaksin pencegah penyakit DBD hingga dewasa ini belum tersedia, maka upaya pemberantasan penyakit DBD dititikberatkan pada pemberantasan nyamuk penular nya (*Aedes aegypti* ) di samping kewaspadaan dini terhadap kasus DBD untuk membatasi angka kematian. Pemberantasan nyamuk tersebut dapat dilakukan dengan menyemprotkan insektisida. Namun selama jentiknya masih dibiarkan hidup, maka akan timbul lagi nyamuk yang baru yang selanjutnya dapat menularkan penyakit ini kembali. Oleh karena itu dalam program P2DBD penyemprotan insektisida dan penularan penyakit DBD, terbatas di lokasi yang mempunyai potensi berjangkit kejadian luar biasa atau wabah.

Atas dasar itu maka dalam pemberantasan penyakit DBD ini yang paling penting adalah Upaya membasmi jentik nyamuk penularannya di tempat

perindukannya dengan melakukan "3M" yaitu (1) Menguras tempat-tempat penampungan air secara teratur sekurang-kurangnya seminggu sekali atau menabur abate kedalamnya, (2) Menutup rapat-rapat tempat penampungan air dan (3) Mengubur/menyingkirkan barang-barang bekas yang dapat menampung air hujan seperti : kaleng-kaleng bekas, plastik ,dll. Jika kegiatan "3M" yang dikenal dengan istilah Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) ini dapat dilakukan secara teratur oleh keluarga di Rumah dan lingkungannya masing-masing maka, penyakit ini akan dapat diberantas.

Strategi program DBD, meliputi : (1) Kewaspadaan dini penyakit DBD, guna mencegah dan membatasi terjadinya KLB/wabah penyakit dengan kegiatan bulan bakti gerakan 3M (penyuluhan intensif, kerja bakti, kunjungan rumah pemantauan jentik), (2) Pemberantasan vektor :a), penyemprotan (*fogging*) fokus pada lokasi ditemui kasus b), penyuluhan gerakan masyarakat dalam PSN DBD melalui penyuluhan dengan memanfaatkan berbagai jalur komunikasi dan informasi yang ada, melalui kerjasama lintas program dan sektor serta dikoordinasikan oleh Kepala Daerah/Wilayah, c), abatisasi selektif (*sweeping* jentik) di seluruh wilayah/kota dan d), kerja bakti melakukan kegiatan 3M.

Adapun Kebijakan Dasar Pencegahan dan Penanggulangan Demam Berdarah Dengue (DBD) melalui Program PSN-3M adalah Kep Menkes No.581 / 1992 tentang pemberantasan penyakit Demam Berdarah dengue dan surat edaran Dirjen PUOD No.443/3185/PUOD, 25 September 1992, Dirjen Bangdes No.443.42/115/Bangdes, 4 Februari 1993 dan Dirjen Bangsa

No.912/351/Bangda, 12 Februari 1993 telah dibentuk kelompok kerja pemberantasan penyakit DBD (Pokja DBD) ditingkat Kelurahan yang merupakan forum koordinasi dalam wadah lembaga ketahanan Masyarakat desa (LKMD). Belum optimalnya kegiatan Daerah dalam melembagakan wadah untuk penggerakan masyarakat dalam pemberantasan sarang nyamuk di Wilayah Tanah Air, dapat dilihat pada hasil pemantauan jentik yang dilaporkan dari berbagai daerah menunjukkan bahwa rata – rata angka bebas jentik (yaitu prosentase rumah atau bangunan yang tidak didapati jentik nyamuk *Aedes aegypti*) meningkat dari 76% pada tahun 1996 menjadi 79,15% pada tahun 1997. (Hadinegoro H.Sri Rezeki dkk,2005).

Meskipun prosentase rumah dan bangunan yang ada jentik semakin banyak, namun angka itu masih dibawa angka yang diharapkan dapat membatasi penularan Demam Berdarah yaitu 95 % atau lebih. Keadaan tersebut mengakibatkan banyak wilayah sewaktu waktu dapat terjadi letusan atau kejadian luar biasa penyakit itu.

Lain halnya di dua Negara tetangga yaitu Singapura dan Malaysia yang berhasil mencanangkan Negara bebas Demam Berdarah Dengue (DBD) keberhasilan ini karena pencegahan penyakit DBD dapat perhatian penuh dari Pemerintah bahkan dimasukkan kedalam Peraturan Pemerintah yang berbunyi "Rumah yang terdapat jentik nyamuk akan dikenakan sanksi" (Tempo Interaktif,2004).

Dalam laporan konsultan WHO Project INO CPC 001 September – Desember 2003 ( Rencana Strategis Pencegahan dalam ringkasannya : "Berhasil tidaknya pemberantasan DBD adalah dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu manajemen pemberantasan oleh pemerintah, kondisi lingkungan, serta peran serta masyarakat".

Menurut Victor Fuchs dalam Juasap Dimamora 2005, bahwa dengan memperbaiki institusi – institusi kesehatan dan dengan mengadakan program – program baru. Dapat memberikan pelayanan kesehatan lebih merata dan efisien. Tetapi potensi terbesar untuk memperbaiki derajat kesehatan masyarakat terletak pada yang diperbuat oleh masyarakat itu sendiri sehubungan dengan kesehatan.

Peran serta atau partisipasi masyarakat dikatakan dapat menjadi kunci keberhasilan pembangunan sampai pada tingkat bawah, karena merupakan cara yang efektif untuk membangun kemampuan masyarakat dalam pengelolaan program pembangunan (Rukmana, 1995 :29).

Dilihat dari konteks pembangunan kesehatan, partisipasi adalah keterlibatan masyarakat yang diwujudkan dalam bentuk menjalin kemitraan diantara masyarakat dan berbagai aktivitas program kesehatan, mulai dari pendidikan kesehatan, sampai dengan mengontrol perilaku masyarakat dalam menanggapi teknologi dan infrastruktur kesehatan.

Sehingga keterlibatan masyarakat secara aktif dan sadar, sangat diharapkan sebab keberhasilan pemberantasan DBD melalui pelaksanaan

Program PSN-3M tergantung oleh masyarakat karena pelaksanaannya juga masyarakat.

Namun, melihat dampak morbiditas dan mortalitas DBD yang telah dikemukakan sebelumnya, tampaknya PSN belum memberikan kontribusi yang berarti bagi keberhasilan program.

Berdasarkan hasil Survey jentik yang dilaksanakan oleh Petugas Ahli Kesehatan Lingkungan (AKL) di wilayah Puskesmas Wara, Kelurahan Lagaligo, menunjukkan bahwa rata-rata angka bebas jentik (Didalam rumah dan diluar rumah) setiap bulannya yaitu dari Bulan Nopember 2006 (76,6 %), Desember 2006 (84,6 %), Januari 2007 (74,77 %), Pebruari 2007 (84,38 %), Maret 2007 (88,24 %). (Laporan petugas AKL Puskesmas Wara, 2007). Dari hasil survey jentik tersebut di atas, masih dibawah angka bebas jentik (ABJ) yang diharapkan angka menekan penyebaran penyakit DBD yaitu 95 % atau lebih, sehingga memungkinkan sewaktu-waktu dapat terjadi letusan atau kejadian luar biasa penyakit itu.

Pemberantasan jentik DBD melalui program PSN-3M di Wilayah kerja Puskesmas Wara Kelurahan Lagaligo belum optimal karena disebabkan oleh beberapa hal : (1). Terbatasnya kemampuan petugas AKL, karena luasnya jangkauan pemantauan yakni satu petugas AKL memantau 7(tujuh) wilayah Kelurahan. (2). Belum dibentuknya kelompok kerja Pemberantasan DBD (Pokja DBD) di tingkat Kelurahan. (3). Belum adanya pemberdayaan kader maupun toko masyarakat LPM. (4). Belum dilakukannya penyuluhan "Bulan

Gerakan PSN-3M” secara terus menerus setiap Tahunnya kepada Masyarakat melalui media, yang diharapkan 3M menjadi kegiatan yang selalu dikerjakan oleh Masyarakat.

Rendahnya pelaksanaan PSN – 3M baik kualitas maupun kuantitas dapat di analisis dari perilaku yang telah ada dan sedang dijalankan oleh masyarakat. Perilaku di analisis untuk merancang strategi – strategi guna memperkuat, mengganti, mengajukan atau memelihara perilaku – perilaku menjadi perilaku PSN-3M yang diharapkan.

Ketidak hadirannya dan ketidak tepatan pelaksanaan perilaku PSN-3M dapat ditinjau dari dua hal yakni defisit keterampilan dan defisit kinerja. Defisit keterampilan adalah ketidaktepatan pelaksanaan sebuah perilaku sasaran akibat kurangnya keterampilan sedangkan defisit kinerja adalah ketidaktepatan pelaksanaan sebuah perilaku sasaran akibat tidak adanya kondisi – kondisi yang memuaskan bagi pelaksanaan perilaku tersebut.

Penelitian ini dilakukan untuk menganalisis pelaksanaan program dan partisipasi masyarakat untuk mengembangkan upaya – upaya dalam meningkatkan perilaku PSN – 3M di wilayah kerja Puskesmas Wara di Kota Palopo.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah dikemukakan sebelumnya, bahwa keberhasilan program penanggulangan DBD dapat diukur dari partisipasi masyarakat melalui pemberantasan sarang nyamuk oleh masyarakat, dan dugaan penulis bahwa perilaku pemberantasan sarang nyamuk oleh masyarakat masih rendah di wilayah kerja Puskesmas wara maka fokus kajian dalam penelitian ini adalah menganalisis pelaksanaan program dan partisipasi masyarakat dalam penanggulangan DBD di wilayah kerja Puskesmas wara.

## **C. Pertanyaan penelitian.**

Berdasarkan rumusan masalah diatas maka dapat dikembangkan pertanyaan penelitian sebagai berikut: Untuk lebih mengarahkan penelitian ini maka fokus kajian dirumuskan dalam bentuk pertanyaan sebagai berikut :

1. Bagaimana pelaksanaan program PSN – 3M oleh Petugas dalam pemberantasan sarang nyamuk di wilayah kerja Puskesmas Wara Kota Palopo.
2. Bagaimana gambaran kinerja dan keterampilan Masyarakat dalam penanggulangan DBD dilingkungan Rumah Tangga.
3. Bagaimana partisipasi masyarakat dalam PSN – 3M untuk penanggulangan DBD. Di Wilayah Kerja Puskesmas Wara Kota Palopo.
4. Faktor apa saja yang mempengaruhi partisipasi Masyarakat.

## **D. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Untuk menganalisis secara kualitatif mengenai pelaksanaan program dan partisipasi masyarakat dalam penanggulangan DBD di wilayah kerja Puskesmas Wara dan mengembangkan upaya - upaya untuk meningkatkan perilaku masyarakat.

### **2. Tujuan Khusus**

1. Menganalisis pelaksanaan program PSN – 3 M oleh petugas dalam pemberantasan sarang nyamuk di wilayah kerja Puskesmas Wara Kota Palopo.
2. Mengetahui gambaran kinerja dan keterampilan Masyarakat dalam penanggulangan DBD dilingkungan Rumah Tangga.
- 3 Menganalisis partisipasi masyarakat dalam PSN – 3M untuk penanggulangan DBD di wilayah kerja Puskesmas Wara Kota Palopo.
3. Mengetahui apa saja yang mempengaruhi partisipasi Masyarakat.

## **E. Manfaat Penelitian**

### **1. Manfaat Praktis / Bagi Program kesehatan**

Membantu mengembangkan kebijakan Departemen teknis atau Instansi terkait dalam rangka menganalisis pelaksanaan program dan partisipasi Masyarakat dalam pencegahan Demam Berdarah Dengue di wilayah kerja Puskesmas Wara Kota Palopo.

### **2. Manfaat bagi Ilmu Pengetahuan**

Diharapkan hasil penelitian ini dapat memperkaya kepustakaan ilmu kesehatan masyarakat khususnya bidang promosi kesehatan dan merupakan bahan rujukan atau bacaan bagi peneliti selanjutnya.

### **3. Manfaat bagi Peneliti**

Memberikan pengalaman yang sangat berharga bagi peneliti dalam mengembangkan pengetahuan tentang perilaku masyarakat dalam program penanggulangan DBD di wilayah kerja Puskesmas Wara.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Demam Berdarah Dengue

##### 1. Defenisi

Demam berdarah merupakan suatu penyakit yang di sebabkan oleh virus dengue, sehingga sering disebut " Demam Berdarah Dengue " yang dalam istilah bahasa asing ( inggris ) disebut *Dengue Haemmaghic Feter ( DHF )*. Pembawa atau penyebar DBD yang paling spesifik adalah nyamuk *Aedes Aegypti* sehingga nyamuk itu pun di kenal sebagai nyamuk demam berdarah. DBD atau DHF adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh virus dengue. termasuk dalam sub grub *Togaviridae* dari grup B arborvirus ( *Arthropodabome Virus* ) famili *flaviridae* dengan genusnya adalah *flavivirus* ( Ester dan Asih, 1999 ).

##### 2. Cara Penularan

Penyakit DBD oleh nyamuk *Aedes aegypti* betina setelah menggigit atau menghisap darah orang yang sakit DBD atau orang yang tidak sakit tetapi dalam darahnya terdapat virus dengue.

Virus dengue yang terhisap akan berkembang biak dengan menyebar ke seluruh tubuh nyamuk termasuk air liurnya dan apabila menggigit orang lain akan di pindahkan bersama air liurnya, dan jika orang yang di tulari tidak memiliki kekebalan tubuh, maka virus akan menyerang sel pembekuan darah

dan merusak dinding pembuluh darah kecil yang akan berakibat pendarahan dan kekurangan cairan yang ada dalam pembuluh darah ( Depkes RI, 1997 ).

### **3. Anthrope Ekosistem**

Untuk memahami kejadian penyakit yang di tularkan oleh vector dan untuk penanggulangan penyakit melalui pengendalian vektornya perlu memahami penyakit sebagai bagian dari ekosistem alam, yaitu anthrope ekosistem. Subsistem yang terkait dalam ekosistem ini adalah virus, nyamuk *Aedes aegypti* ( *vector* ), manusia ( *host* ), lingkungan ( *environment* ) fisik dan biologi.

Virus dengue termasuk dalam *fiavivirus* grup dari famili Toga virus, yang terdiri dari empat terectype. Yaitu, Den -1, Den -2, Den - 3, dan Den - 4. yang paling banyak menyebabkan kasus – kasus berat adalah Den – 3.

Virus dengue berbentuk batang terdiri dari rantai RNA, mempunyai amplop lipid yang menyebabkan virus tersebut aktif pada pemberian zat – zat pelarut lemak, akan rusak pada pemanasan ringan ( 37 – 56 C ) dan stabil pada suhu minus 70 C.

Virus dengue terdapat di dalam diri penderita 1 – 2 hari sebelum demam. Virus tersebut berada dalam darah penderita selama 4 – 7 hari. Pada suhu 39 C, dalam tubuh vector memerlukan waktu 8 – 10 hari untuk menyelesaikan masa inkubasi ekstrinisik dari lambung sampai kelenjar ludah nyamuk.

#### 4. Tanda – tanda DBD.

Tanda – tanda DBD mulai terlihat jika seseorang terserang demam tinggi selama 2 – 7 hari. Diagnosis DBD ditegakkan berdasarkan kriteria klinis dan laboratories. Penggunaan kriteria ini dimaksudkan untuk mengurangi diagnosis yang berlebihan ( overdiagnosis ).

##### a. Kriteria Klinis.

- 1) Demam tinggi mendadak, tanpa sebab jelas, berlangsung terus menerus selama 2 – 7 hari.
- 2) Terdapat manifestasi pendarahan yang ditandai dengan :
  - Uji tourniquet positif,
  - Petechiae, ekimosis, purpura,
  - Pendarahan mukosa, epistaksis, pendarahan gusi,
  - Hematemesis dan melena,
  - Hematuria
  - Pembesaran hati ( hepatomegali )
  - Manifestasi syok/renjatan.

##### b. Kriteria laboratories.

- 1) Trombositopeni ( trombosit  $< 100.000/ml$  ),
- 2) Hemokonsentrasi ( kenaikan hematokrit  $> 20\%$  )

Manifestasi klinik DBD bervariasi, WHO ( 1997 ) membagi menjadi 4 derajat, yaitu :

- 1) Demam disertai gejala – gejala umum yang tidak khas dan manifestasi perdarahan spontan satu – satunya adalah uji Tourniquet positif.

- 2) Gejala – gejala derajat 1, disertai gejala – gejala perdarahan lebih spontan atau manifestasi perdarahan yang lebih berat.
- 3) Didapatkan kegagalan sirkulasi, yaitu nadi cepat dan lemah,tekanan nadi menyempit (  $< 20$  mmHg ),Hipertensi, Sianosis di sekitar mulut,kulit dingin dan lembab serta gelisah.
- 4) Syok berat ( profound shock ), nadi tidak dapat diraba dan tekanan darah tidak teratur.

## 5. Epidemioigi Penyakit DBD

Penyakit DBD telah di ketahui sebagai salah satu penyakit menular dengan komponen epidemiologi terdiri dari virus sebagai penyebab ( *agent* ) penyakit, nyamuk *Aedes aegypti* yang bertindak sebagai perantara penyakit ( *vector* ) dan manusia sebagai penjamu ( *host* ).

Penyakit DBD endemis di daerah – daerah Asia dan Fasifik, Karibia, negara – negara Amerika Tengah dan Amerika Selatan. DBD sering menimbulkan endemik di Asia Tenggara terutama di Indonesia, Thailand dan Filipina. Di Indonesia, penderita DBD pertama kali ditemukan di Surabaya pada tahun 1968,kemudian menyebar ke seluruh indonesia, sehingga sampai tahun 1980 hanya Propinsi Timur – Timur yang belum terjangkit penyakit ini. ( Renata 1998).

Selain dari faktor nyamuk, ulah manusia ikut menambah subur populasi nyamuk ini. Kebanyakan kota – kota besar di indonesia seperti halnya kota – kota di negara berkembang lainnya, telah berkembang pesat dengan segala implikasinya,seperti tumbuhnya daerah kumuh karena urbanisasi,

terbatasnya pasokan air bersih, manajemen pengelolaan kota yang tidak sempurna, dan manajemen lingkungan yang tidak professional. Semua itu menimbulkan bertambahnya tempat – tempat yang dapat di pakai berserang dan berkembangnya nyamuk *Aedes Aegypti*.

## **6. Vektor Penyakit DBD.**

Nyamuk *Aedes aegypti* ( vector DBD ) menyebarkan virus dengue dari penderita ke orang sehat melalui gigitannya. Di indonesia, ada tiga spesies *Aedes spp* yang biasa menularkan virus dengue, yaitu *Aedes aegypti*, *Aedes albopictus*, dan *Aedes secutellaris*. Dari ketiga species tersebut, yang paling besar perannya adalah *Aedes Aegypti*. Nyamuk ini banyak ditemukan di dalam rumah atau bangunan bengkel. Di daerah pedesaan ( *rural* ) ketiga vector tersebut mempunyai pengaruh yang sama, namun di perkotaan ( *urban* ). *Aedes aegypti* mempunyai peran yang lebih besar dari pada yang lainnya.

Nyamuk *Aedes aegypti* berkembangbiak pada genangan air bersih yang terdapat pada bejana yang terdapat di dalam rumah maupun di luar rumah, di lubang – lubang pohon, di dalam potongan bambu, di lipatan daun dan genangan air bersih lainnya. Nyamuk betina lebih menyukai menhisap darah korbannya pada siang hari, terutama pada pagi dan sore hari. ( Soedarto, 1996 ).

Adapun bionomiknya yaitu :

a. Tempat perindukan

Tempat perindukan *Aedes aegypti* berupa air yang tidak beralaskan tanah dan berada dalam wadah, baik di dalam maupun di luar rumah, tempayan, kaleng bekas, lubang pohon, pelepah daun, dan tempurung kelapa. Selain itu nyamuk ini lebih menyukai kontainer yang berwarna gelap dan terlindung dari sinar matahari.

b. Kebiasaan menggigit.

Waktu menggigit lebih banyak pada siang hari dari pada malam hari antara 03.00 – 12. 00 dan 15 .30 – 17.00, serta lebih banyak menggigit beberapa orang secara bergantian dalam waktu yang singkat ( *multiple biter* ). Hal ini akan sangat membantu dalam memindahkan virus dengue ke beberapa orang sekaligus. ( Poerwosudarmo S. Sunaryo, 1990 ).

c. Kebiasaan beristirahat

Selama menggigit dan selama menunggu pematangan telur, nyamuk *Aedes aegypti* beristirahat di tempat gelap, lembab, dan sedikit angin.

d. Jangkauan terbang

Penyebaran nyamuk *Aedes aegypti* betina demam dipengaruhi oleh sejumlah faktor, termasuk keberadaan tempat bertelur dan darah sebagai makanan, namun kelihatannya terbatas pada wilayah 100 meter dari nyamuk menjadi dewasa. Walaupun demikian, penelitian terbaru di Puerto Rico menunjukkan bahwa nyamuk betina dewasa menyebar lebih dari 100 meter

untuk mencari tempat bertelur. Penyebaran pasif nyamuk dewasa dapat terjadi melalui telur dan jentik dalam wadah.

e. Siklus hidup *Aedes aegypti*

Nyamuk *Aedes aegypti* dalam siklus hidupnya mengalami metamorfosis sempurna dengan empat stadium, yaitu telur, menetas menjadi larva, berubah menjadi pupa dan selanjutnya menjadi dewasa. Tiga stadium pertama hidup di dalam air dan stadium dewasa beraksi terbang. Nyamuk betina menhisap darah sedangkan yang jantan menghisap sari tumbuhan. Pada keadaan yang optimal keadaan siklus hidup nyamuk dibutuhkan waktu selama  $\pm$  16 hari. Masing – masing stadium membutuhkan waktu sebagai : stadium telur 2-3 hari, stadium larya 5-6 dan dewasa 6-7 hari, kemudian nyamuk betina dewasa kembali siap bertelur.

**B. Program Pencegahan dan Penanggulangan Demam Berdarah Dengue ( DBD ) Melalui PSN 3M.**

Beberapa kegiatan pokok dalam program pencegahan dan penanggulangan DBD sebagai berikut :

**a. Upaya pencegahan penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD)**

**oleh Masyarakat :**

Cara yang tepat guna dalam pemberantasan penyakit DBD adalah melaksanakan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) yaitu kegiatan yang dilakukan oleh Masyarakat dalam membasmi jentik nyamuk penular demam berdarah dengan cara "3M" yaitu : 1) Menguras secara teratur seminggu sekali atau menaburkan abate / althiosit ditempat penampungan air bersih

(TPA), 2) Menutup rapat-rapat TPA, dan 3) Mengubur atau menyingkirkan kaleng-kaleng bekas, plastik dan barang bekas lainnya yang dapat menampung air hujan, sehingga tidak menjadi sarang nyamuk *Aedes aegypti*

Untuk meningkatkan upaya pemberantasan penyakit Demam Berdarah di Indonesia mulai tahun 1998 ini diselenggarakan penggerakan Masyarakat dalam "Bulan Gerakan 3M" yang dilakukan secara serentak di Tanah air. Kegiatan operasionalnya adalah dalam bentuk kampanye dan gerakan pemberantasan sarang nyamuk penular demam berdarah selama 1 bulan, sebelum perkiraan kemungkinan musim penularan penyakit yaitu sebelum mulai terjadinya peningkatan jumlah kasus demam berdarah, yang dikoordinasikan oleh Kepala Wilayah setempat "Gerakan 3M" ini sesuai dengan petunjuk Bapak Presiden kepada Menteri Kesehatan pada hari Jum'at, tanggal 24 April 1998 agar 3M itu dimasyarakatkan dalam rangka penanggulangan penyakit demam berdarah. Setiap daerah mempunyai grafik dan gambaran dari keadaan penyakit demam berdarah dengue di wilayahnya masing – masing dari tahun – tahun sebelumnya, yang perlu dan dapat digunakan untuk memantapkan kegiatan PSN pada tahun berikutnya.

Pokok – pokok "Gerakan 3M" ini meliputi :

- 1). Penyuluhan intensif melalui berbagai media seperti TV, radio, surat kabar, dan lain – lain, penyuluhan kelompok maupun penyuluhan tetap muka oleh kader – kader di desa termasuk kader desawisma, tokoh – tokoh masyarakat dan agama.

- 2). Kerjabakti secara serentak untuk membersihkan lingkungan termasuk tempat – tempat penampungan air untuk keperluan sehari – hari, setiap minggu, baik di rumah, sekolah maupun tempat – tempat umum lainnya.
- 3). Kunjungan dari rumah ke rumah untuk memeriksa jentik di tempat – tempat yang dapat menjadi perindukan nyamuk oleh tenaga terlatih dan menaburkan bubuk abate apabila masih ditemukan jentik nyamuk.

Penyuluhan kesehatan adalah merupakan gabungan dari berbagai kesempatan dan kegiatan yang berdasarkan prinsip – prinsip belajar untuk mencapai keadaan dimana individu, keluarga ingin hidup sehat, tahu bagaimana caranya dan melaksanakan apa yang bisa mereka kerjakan. Baik secara individu maupun kelompok, serta mencari pertolongan bila perlu ( Mantra 1990 ).

#### 1. Tujuan Umum

Menurunnya angka kejadian penyakit DBD dan meningkatnya presentasi rumah yang tidak di temukan jentik *aedes aegypti*.

#### 2. Tujuan Khusus.

- a. Meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang pencegahan dan pemberantasan penyakit DBD.
- b. Meningkatkan peran serta masyarakat dalam upaya pemberantasan sarang nyamuk ( PSN ) dengan kegiatan 3M

Dengan "Bulan Gerakan 3M " yang dilakukan setiap tahun itu dan penyuluhan kepada masyarakat secara terus menerus melalui berbagai media diharapkan 3M menjadi kegiatan yang selalu dikerjakan masyarakat.

Kegiatan – kegiatan dalam rangka bulan Gerakan 3M yang akan dikerjakan setiap tahun ini merupakan salah satu perwujudan dari gerakan Jum'at Bersih dan perwujudan dari aspek budaya bersih dari gerakan disiplin nasional. Untuk itu diperlukan ” Gerakan 3M secara nasional yang pendanaannya bersumber dari APBN / APBD I/II maupun sumbangan donasi yang tidak meningkat.

#### **b. Upaya Penanggulangan Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD)**

##### ***Penemuan dan pelaporan penderita.***

Pada umumnya diagnosis DBD sulit ditegaskan pada awal perjalanan penyakitnya, karena tanda dan gejalanya yang tidak spesifik, sehingga sering kali sulit dibedakan dengan penyakit infeksi virus influenza, campak atau demam tifoid. Pada hari ke 3 atau bahkan pada hari ke 5 sakit, tanda dan gejalanya biasanya menjadi lebih nyata dengan munculnya tanda – tanda perdarahan, hepatomegali dan trombositopeni. Mengingat penyakit DBD ini timbulnya akut dan dalam waktu singkat keadaan dapat memburuk dan fatal, maka diagnosis (sementara) penderita DBD. Tersangka DBD ditegaskan dengan kriteria yang longgar yaitu :

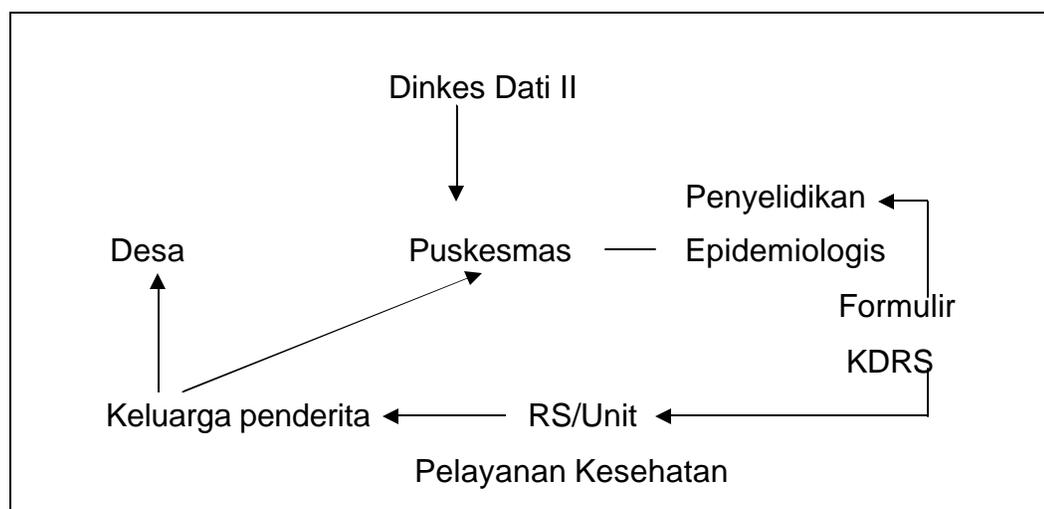
- ? Panas tinggi tanpa sebab jelas (mendadak, terus- menerus),disert
- ? Tanda – tanda perdarahan, sekurang – kurangnya uji Ruple Leede positif dan/atau
  - Trombosit < 100.000/ ul
  - Hematokrit meningkat  $\geq$  20%

Dengan adanya kriteria penegakan diagnosis yang longgar tersebut, maka dokter praktek, Puskesmas dan Poliklinik dapat melaporkan

kasus DBD dengan cepat kepada Puskesmas tempat domisili kasus DBD, hanya dengan panas tinggi tanpa sebab jelas, dan uji Ruple Leede positif (jumlah petekie 20 atau lebih dalam radius 2,8 cm). Penegakan diagnosis yang longgar ini bukan saja diperlukan untuk menetapkan tindakan pengobatan guna mencegah keadaan yang lebih buruk, tetapi juga diperlukan untuk membatasi penularan di lapangan.

### 1. Surveilans kasus DBD

Petugas kesehatan di unit – unit pelayanan kesehatan yang menemukan penderita DBD/ penderita tersangka DBD perlu segera melaporkan ke Puskesmas setempat dengan menggunakan surat pengantar yang di sampaikan /melalui kepala keluarga penderita. Rumah Sakit tempat penderita itu dirawat perlu menyampaikan laporan Puskesmas melalui Dinkes Dati II setempat dengan menggunakan formulir KDRS. Laporan ini perlu disampaikan dalam tempo 24 jam, agar Puskesmas segera melakukan Penyelidikan Epidemiologi di lokasi penderita dan rumah sekitarnya untuk mengetahui kemungkinan adanya penularan lebih lanjut. Pelaporan ini merupakan adanya penularan lebih lanjut. Pelaporan ini merupakan " laporan kewaspadaan ". Alur pelaporan kasus DBD dari unit pelayanan kesehatan /RS ke Puskesmas sebagai berikut :



**Bagan alur pelaporan kasus DBD**

## 2. Analisis data kasus DBD tahun sebelumnya

Untuk memantapkan upaya penanggulangan penyakit DBD tahun yang akan datang, pengelola DBD di Puskesmas, Dati II dan Propensi perlu menganalisis data kasus DBD tahun – tahun sebelumnya. Berdasarkan data kasus DBD 3 atau 5 tahun terakhir akan dapat diperoleh informasi kapan kasus DBD di suatu wilayah akan mulai meningkat dan kapan puncak kasus terjadi sehingga upaya – upaya penanggulangan sebelum musim penularan dapat dilakukan dengan sebaik- baiknya.

### ***Penanggulangan Fokus***

- ? Semua kasus DBD ditindaklanjuti dengan penyelidikan epidemiologis, yaitu kunjungan dirumah kasus DBD dan rumah sekitarnya dalam radius sekurang – kurangnya 100 meter, serta di sekolah jika kasus DBD adalah anak sekolah.
- ? Kegiatan penyelidikan epidemiologis dilakukan oleh Puskesmas, dan kegiatan meliputi : pencarian kasus/tersangka DBD lainnya dan pemeriksaan jentik *Aedes aegypti* yang menjurus kepada KLB DBD, penyelidikan epidemiologis ini dimaksudkan pula untuk mengetahui adanya kemungkinan terjadinya penularan lebih lanjut sehingga perlu dilakukan penyemprotan insektisida.
- ? Penyemprotan insektisida dilakukan jika ditemukan penderita / tersangka penderita DBD lain atau sekurang – kurangnya 3 penderita panas tanpa sebab jelas dan jentik *Aedes aegypti* di lokasi tersebut Penyemprotan

dilakukan 2 siklus dengan interval 1 minggu. Penyemprotan insektisida ini diikuti penyuluhan dan gerakan PSN DBD oleh masyarakat.

### ***Pemberantasan vektor intensif***

#### 1. Fogging fokus

Dalam keadaan krisis ekonomi sekarang ini, dana terbatas maka kegiatan fogging hanya dilakukan bila hasil penyelidikan epidemiologis betul – betul memenuhi kriteria.

#### 2. Abatisasi.

Dilaksanakan di desa/kelurahan endemis terutama di sekolah dan tempat – tempat umum. Semua tempat penampungan air di rumah dan bangunan yang ditemukan jentik *Aedes aegypti* ditaburi bubuk abate sesuai dengan dosis 1 sendok makan peres (10 gram) abate untuk 100 liter air.

#### 3. Penyuluhan dan penggerakan masyarakat dalam PSN DBD (Gerakan 3M).

Penggerakan masyarakat dalam PSN DBD dilakukan dengan kerja sama lintas sektor yang di koordinasikan oleh kepala Wilayah/Daerah setempat melalui wabah Pokjanal/Pokja DBD. Kegiatan ini dilakukan selama 1 bulan, pada saat sebelum perkiraan peningkatan jumlah kasus yang ditentukan berdasarkan data kasus bulanan DBD dalam 3 – 5 tahun yang terakhir.

### ***Penyuluhan kepada masyarakat***

Penyuluhan tentang penyakit demam berdarah dan pencegahannya melalui media massa, sekolah, tempat ibadah, kader/PKK dan kelompok masyarakat lainnya. Kegiatan ini dilakukan setiap saat pada beberapa kesempatan.

### ***Pemantauan jentik berkala (PJB)***

Pemantauan jentik berkala dilakukan setiap 3 (tiga) bulan di rumah dan tempat – tempat umum. Untuk pemantauan jentik berkala di rumah dilakukan pemeriksaan sebanyak 100 rumah sampel untuk setiap desa/kelurahan. Hasil PJB ini diinformasikan pihak kesehatan kepada Kepala Wilayah/Daerah setempat sebagai evaluasi dan dasar penggerakan masyarakat dalam PSN DBD. Diharapkan angka bebas jentik (ABJ) setiap kelurahan/desa dapat mencapai lebih dari 95% akan dapat menekan penyebaran penyakit DBD. Selain itu juga dilakukan pemeriksaan jentik pada semua rumah sakit dan puskesmas. Sedangkan untuk sekolah dan tempat umum lainnya dilakukan secara sampling bila tidak dapat diperiksa seluruhnya.

### ***Pertolongan Pertama dan Pelaporan.***

#### **a. Pertolongan Pertama**

Apabila menemukan seseorang diduga menderita sakit DBD, maka berilah petunjuk sebagai berikut :

- 1) Beri minuman sebanyak – banyaknya dengan air yang sudah dimasak atau susu, dan teh atau air minum lainnya.
- 2) Berikan kompres air dingin atau air es.
- 3) Berikan obat penurun panas.

4) Bila terdapat tanda – tanda positif DBD segera bawa ke puskesmas atau yangkes lainnya.

b. Pelaporan

Bila hasil pemeriksaan ternyata ditemukan penderita / tersangka DBD maka perlu dilakukan adalah :

- 1) Melapor langsung ke Puskesmas bahwa di tempat tinggalnya ada penderita /tersangka DBD.
- 2) Melapor kepada desa atau POKJA DBD di desanya bahwa ada penderita DBD yang perlu segera ditanggulangi lebih lanjut
- 3) Menemui ketua RT/RW/Dusun/Lingkungan untuk dapat dilakukan tindakan pencegahan agar tidak meluas.
- 4) Mengajak kader dan Toma untuk membicarakan bahwa di daerahnya ada penyakit DBD yang memerlukan tindakan masyarakat.

***Perilaku Masyarakat***

Adapun perilaku Masyarakat lainnya yang turut mendukung penanggulangan penyakit demam berdarah dengue ( DBD ) adalah :

1. Mendukung fogging
2. Menggunakan kelambu
3. Menggunakan lotion
4. Menggunakan obat anti nyamuk
5. Makan makanan bergizi
6. Memakai pakaian yang tertutup

7. Pencahayaan yang cukup
8. Tidak menggantung pakaian.

### **C. Tinjauan Umum Pemberdayaan Masyarakat.**

Istilah Pemberdayaan masyarakat tidak menganut pendekatan mobilisasi tetapi partisipatif. Pada pendekatan partisipatif ini, perencana, agents dan masyarakat yang dijadikan sasaran pembangunan bersama – sama merancang dan memikirkan pembangunan yang diperlukan oleh masyarakat (sairin, 2002)

Pemberdayaan masyarakat (*community empowerment*) kini telah dijadikan sebuah strategi dalam membawa masyarakat pada kehidupan sejahtera secara adil dan merata. Strategi ini cukup efektif memandirikan masyarakat pada berbagai bidang, sehingga dibutuhkan perhatian yang memadai.

Pemberdayaan masyarakat secara umum lebih efektif jika dilakukan melalui program pendampingan masyarakat (*community organizing and development*), karena pelibatan masyarakat sejak perencanaan (*planning*), pengorganisasian (*Organizing*), pelaksanaan (*organizing*) hingga evaluasi atau pengawasan (*Controlling*) program dapat dilakukan secara maksimal. Upaya ini merupakan inti dari pelaksanaan pemberdayaan masyarakat (Halim, 2000).

Dalam bidang kesehatan, pelaksanaan Pemberdayaan masyarakat merupakan suatu upaya meningkatkan kemampuan masyarakat guna mengangkat harkat hidup, martabat dan derajat kesehatannya, dan

meningkatkan kemampuan dan kemandirian masyarakat agar dapat mengembangkan diri dan memperkuat sumber daya yang dimiliki untuk mencapai kemajuan ( Leksono, 2004 ).

Dalam pelaksanaan program – program pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan, perlu memperhatikan karakteristik masyarakat setempat yang dapat dikelompokkan sebagai berikut :

a. Masyarakat Pembina ( *Caring community* )

Yaitu, masyarakat yang peduli kesehatan, misalnya ; LSM kesehatan, Organisasi Profesi yang bergerak di bidang kesehatan.

b. Masyarakat Setara ( *Coping Community* )

yaitu masyarakat yang karena kondisinya kurang memadai sehingga tidak dapat memelihara kesehatannya. Misalnya seorang ibu sadar akan pentingnya pemeriksaan diri, tetapi karena keterbatasan ekonomi dan tidak adanya transportasi sehingga si ibu tidak pergi ke sarana pelayanan kesehatan.

c. Masyarakat Pemula ( *Crisis response Community* ).

Yaitu masyarakat yang tidak tahu akan pentingnya kesehatan dan belum didukung oleh fasilitas yang tersedia. Misalnya, masyarakat yang berdomisili di lingkungan kumuh dan daerah terpencil ( Soekanto, 2002 ).

Program pemberdayaan masyarakat pada bidang kesehatan kini telah banyak dikembangkan, baik oleh pemerintah maupun swasta terutama oleh LSM ( Lembaga Swadaya Masyarakat ). Pengembangan program mengacu

pada konsep pembangunan Indonesia Sehat 2010, yakni pengutamakan upaya – upaya promotif dan preventif. Pendekatan promosi kesehatan inovatif, berbasis trias epidemiologi dan proses psikologis komunikatif guna menyadarkan dan memotivasi masyarakat untuk mampu hidup sehat dan menghindari derita disability serta ancaman kematian ( ngatimin, 2003 ),

Dalam pembangunan kesehatan, ditemukan masalah – masalah yang cukup kompleks yang kadang sulit ditembus dengan format program yang disiapkan. Hal ini menuntut kemampuan berpikir dan bertindak yang inovatif . sebuah kemampuan yang harus dimiliki oleh promotor kesehatan ( Ewles & Simentt 1992 ).

Pelaksanaan program pemberdayaan masyarakat, tokoh masyarakat dan kader sangat dekat dengan masyarakatnya sehingga perlu diberdayakan terutama dalam menyampaikan informasi upaya pemberantasan penyakit DBD. Langkah yang dilakukan adalah :

1. Kunjungan rumah untuk penyuluhan keluarga
2. Penyuluhan perorangan
4. Penyuluhan di Posyandu
5. Penyuluhan pada kelompok pengajian, arisan dan lain – lain.
6. Penyuluhan melalui media seperti poster, spanduk, leaflet.

Untuk teroganisasinya pemberdayaan masyarakat dapat di bentuk kelompok kerja ( POKJA ) atau mengaktifkan wadah masyarakat yang sudah ada. Kelompok 3M sebaiknya dibentuk oleh masyarakat dan kader yang didampingi petugas Puskesmas seperti kelompok 3M ibu – ibu PKK,

kelompok 3M Remaja Masjid, dan kelompok 3M RT/RW/ Desa / Kelurahan / Kecamatan.

Kelompok masyarakat yang sudah terbentuk harus mempunyai jadwal kegiatan peran serta masyarakat ( PSN – DBD ) minimal sekali seminggu.

Misalnya gerakan jumat bersih atau sabtu bersih.

#### **D Partisipasi Masyarakat.**

Partisipasi adalah peran serta aktif anggota masyarakat dalam berbagai jenjang kegiatan. Dilihat dari konteks pembangunan kesehatan, partisipasi adalah keterlibatan masyarakat yang diwujudkan dalam bentuk manjalin kemitraan di antara masyarakat dan berbagai aktivitas program kesehatan, mulai dari pendidikan kesehatan, pengembangan program kemandirian dalam pendidikan kesehatan, sampai dengan mengontrol perilaku masyarakat dalam menanggapi teknologi dan infrastruktur kesehatan.

Defenisi lain partisipasi adalah kerja sama antara rakyat dan pemerintah dalam merencanakan, melaksanakan, melestarikan dan mengembangkan hasil pembangunan. Dimana kemauan rakyat untuk mendukung secara mutlak program – program pemerintah yang dirancang dan ditentukan tujuannya oleh pemerintah ( **Suetrisno 1995** ).

**Marjono ( 1985 )** Menyatakan bahwa partisipasi adalah keterlibatan dan keikutsertaan masyarakat secara aktif dalam suatu proses pencapaian tujuan yang dilakukan oleh pribadi / individu atau kelompok yang diorganisasikan serta berlandaskan kemampuan dan kemauan yang memadai, turut serta

memutuskan tujuan dengan penuh rasa tanggung jawab yang dijiwai oleh rasa turut memiliki.

Dengan demikian dapat dirumuskan adanya tiga dimensi partisipasi, yaitu:

- a. Keterlibatan semua unsur atau keterwakilan kelompok ( *group representation* ) dalam proses pengambilan keputusan. Namun mengingat sulitnya membuat peta pengelompokan masyarakat, maka cara paling mudah pada tahap ini adalah mengajak semua anggota masyarakat untuk mengikuti tahap ini.
- b. Kontribusi massa sebagai pelaksana / implementor dari keputusan yang diambil. Setelah keputusan diambil, ada tiga kemungkinan reaksi masyarakat yang muncul, yaitu : 1. secara terbuka menerima keputusan dan bersedia melaksanakannya. 2. secara terbuka menolaknya. 3. tidak secara terbuka menolak , namun menunggu perkembangan yang terjadi. Meskipun demikian, pengambil keputusan harus terus menerus mendorong agar semua pihak bersikap realistis, menerima keputusan secara bertanggung jawab, serta secara bersama – sama menanggung risiko dari keputusan tersebut. Hal ini harus disadari, karena program – program yang diputuskan adalah program yang ditujukan untuk masyarakat, oleh karenanya pelaksananya juga masyarakat.
- c. Anggota masyarakat secara bersama – sama menikmati hasil dari program yang dilaksanakan. Bagian ini penting, sebab sering terjadi karena merasa paling berjasa, ada pihak tertentu menurut bagian manfaat yang

paling besar. Oleh karenanya, pada tahap ini perlu ada keselarasan antara asas pemerataan dan asas keadilan.

Partisipasi dapat terwujud apabila syarat – syarat berikut terpenuhi :

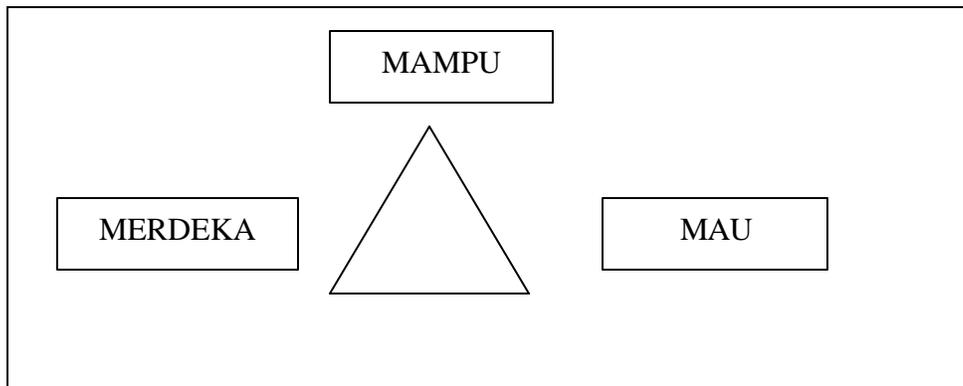
1. Adanya rasa saling percaya antara anggota dalam masyarakat, maupun antara anggota masyarakat dan pihak petugas ( pemerintah, pihak luar non – pemerintah ). Ketidakpercayaan dan saling curiga dapat merusak semangat untuk berpartisipasi yang mulai tumbuh. Rasa saling percaya diciptakan melalui suatu niat baik untuk melakukan sesuatu demi kesejahteraan masyarakat.
2. Adanya ajakan dan kesempatan bagi anggota masyarakat untuk berperan serta dalam kegiatan atau program. Sering terjadi masyarakat bersikap masa bodoh terhadap program – program apapun yang berlangsung di wilayah tempat tinggalnya. Pada hal sebenarnya masyarakat mempunyai potensi yang besar dan beragam untuk bisa berpartisipasi.
3. Adanya manfaat yang dapat dan segera dapat dirasakan oleh masyarakat. Konsep ini penting karena masyarakat biasanya bersikap praktis. Kalau bisa manfaat dari program segera dapat dinikmati.
4. Adanya contoh dan keteladanan dari para tokoh dan pemimpin masyarakat, terutama pada masyarakat yang bercorak paternalistik.

Cary ( 1970 ) mengatakan, bahwa partisipasi dapat tumbuh jika tiga kondisi berikut terpenuhi :

- a. Merdeka untuk berpartisipasi, berarti adanya kondisi yang memungkinkan anggota – anggota masyarakat untuk berpartisipasi.

- b. mampu untuk berpartisipasi, adanya kapasitas dan kompetensi anggota masyarakat sehingga mampu untuk memberikan sumbang saran yang konstruktif untuk program.
- c. Mau berpartisipasi, kemauan atau kesediaan anggota masyarakat untuk berpartisipasi dalam program.

Ketiga kondisi itu harus hadir secara bersama – sama. Apa bila orang mau dan mampu tetapi tidak merdeka untuk berpartisipasi, maka orang tidak akan berpartisipasi. Demikian juga untuk dua kondisi yang lain. Apabila digambarkan maka kondisi terbentuknya partisipasi adalah :



Menurut Chapin (1939 ), partisipasi dapat diukur dari yang terendah sampai yang tertinggi, yaitu :

1. Kehadiran individu dalam pertemuan – pertemuan.
2. Memberikan bantuan dan sumbangan keuangan.
3. Keanggotaan dalam kepanitian kegiatan.
4. Posisi kepemimpinan.

Berdasarkan teori Chapin, maka partisipasi yang tertinggi dilakukan oleh pemimpin. Meskipun terlihat agak kontroversial namun bisa dipahami, karena

dalam konteks kepemimpinan, walaupun jumlahnya paling sedikit, pemimpin menentukan keberhasilan organisasi.

Apabila dilihat dari subjek partisipasi, Sandres ( 1958 ) membedakannya menjadi :

- a. Pemimpin – pemimpin lokal, adalah tokoh masyarakat dan pemimpin formal dan non – formal yang mempunyai pengaruh besar dalam mengambil keputusan dan mendorong anggota masyarakat untuk melaksanakannya.
- b. Penduduk yang profesional, adalah penduduk setempat yang mempunyai kemampuan tertentu yang dapat dimanfaatkan untuk menunjang pelaksanaan kegiatan.
- c. Pihak luar yang profesional, adalah pihak – pihak diluar kelompok masyarakat, yang diminta maupun tidak, memberikan bantuan untuk kelancaran kegiatan program.
- d. Pekerja serbaguna pengembangan masyarakat, adalah sebagai anggota masyarakat yang mempunyai komitmen kuat atas kemajuan masyarakat, serta senantiasa membantu dan melaksanakan berbagai program yang ada.

Pada bagian ini, Sanders ingin menunjukkan, bahwa dalam rangka pemberdayaan, seringkali suatu kelompok masyarakat merasa mengalami kesulitan yang tidak terpecahkan. Oleh karenanya, membuka diri terhadap bantuan pihak lain, sepanjang hal tersebut tidak menimbulkan ketergantungan, bukanlah hal yang sepatutnya ditolak.

Keterbukaan ( *inclusive* ) akan sangat membantu terutama dalam konteks keterbatasan diri, maupun implementasi kemitraan ( *partnership* ).

Menumbuhkan partisipasi sebagai unsur dasar dalam pemberdayaan, maka partisipasi harus, ditumbuhkan. Terdapat 5 cara menumbuhkan partisipasi masyarakat, yaitu : a) terapi pendidikan, b) perubahan perilaku, c) menambah staf, d) kooptasi dan, e) kekuatan masyarakat.

- a. Terapi pendidikan, adalah suatu proses yang dirancang untuk mengembangkan rasa percaya diri dan akhirnya keyakinan bahwa yang bisa menolong adalah dirinya sendiri. Dalam terapi pendidikan dilakukan upaya – upaya memberikan pelatihan di mana anggota masyarakat saling bekerja sama untuk memecahkan masalah – masalah yang ada pada mereka, serta merasakan manfaat bekerja sama, dan memetik nilai – nilai tertentu dalam kerja sama tersebut.
- b. Strategi perubahan perilaku bertujuan untuk memasukkan perubahan perilaku sebagai perubahan sistem atau sub sistem. Pada strategi ini, terdapat dua premis yaitu : a) perubahan perilaku yang terjadi pada anggota suatu kelompok masyarakat yang menjadi sasaran perubahan, relatif lebih mudah daripada mengubah individu yang merasa bukan anggota kelompok sasaran, b) individu – individu dan kelompok akan menolak keputusan yang bisa menjatuhkan ( tidak menguntungkan ) mereka. Agar strategi ini efektif, maka : 1). Anggota – anggota masyarakat ( yang akan berpartisipasi ) harus memiliki perasaan mengidentifikasikan dengan kelompok yang kuat, 2) kesadaran akan

- kebutuhan tentang perubahan yang harus datang dari kelompok, 3) saluran komunikasi harus bersifat terbuka dan tidak terganggu.
- c. Penambahan staf, bertujuan untuk menggali kemampuan, ketersediaan waktu, dan keahlian individual guna mencapai tujuan. Untuk strategi ini bisa dilakukan dengan cara : a) menggali potensi yang berasal dari dalam masyarakat tersebut, b) mengidentifikasi dan memanfaatkan kemampuan pihak luar.
  - d. Kooptasi, adalah upaya menanamkan sesuatu yang baru terhadap kepemimpinan atau penentu kebijakan sehingga dianggap sangat penting untuk mendorong peran serta segenap anggota masyarakat.
  - e. Strategi kekuatan masyarakat. Kekuatan diantaranya dapat didefinisikan sebagai kemampuan untuk melawan pihak lain. Strategi ini dapat digunakan untuk membangkitkan partisipasi masyarakat dengan cara mengangkat tema – tema yang langsung menyentuh kepentingan dan kebutuhan masyarakat. Berbagai bentuk aksi sosial dapat dilakukan, misalnya dengan unjuk rasa, memboikot, dan pemogokan.

### **E Perilaku Kesehatan.**

Perilaku kesehatan adalah respon manusia terhadap stimulus dengan sakit, dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan serta lingkungan. Perilaku seseorang terhadap sakit dan penyakit baik secara pasif ( mengetahui, bersikap dan memprediksi) tentang rasa sakit yang ada pada dirinya dan diluar dirinya, maupun aktif ( tindakan ) yang dilakukan sehubungan dengan penyakit dan sakit.

Perilaku kesehatan jika disesuaikan dengan tingkat – tingkat pencegahan:

1. Perilaku sehubungan dengan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan ( *health promotion behavior*).
2. Perilaku pencegahan penyakit ( *health promotion behavior* )
3. perilaku sehubungan dengan pencarian pengobatan ( *health seeking behavior* )
4. Perilaku sehubungan dengan pemulihan kesehatan ( *health rehabilitation behavior* ) yaitu perilaku yang berhubungan dengan usaha – usaha pemulihan kesehatan.

Diantara berbagai teori dan model perilaku kesehatan, beberapa yang menonjol dalam bidang promosi kesehatan antara lain :

1. Model kepercayaan kesehatan ( *health belief model* )

Model ini menganggap bahwa perilaku kesehatan merupakan fungsi dari pengetahuan dan sikap. Secara khusus model ini menegaskan bahwa persepsi seseorang tentang kemujabaran obat dapat mempengaruhi keputusan seseorang dalam perilaku – perilaku mengenai kesehatannya. Namun model ini memiliki beberapa kelemahan yaitu : kepercayaan – kepercayaan kesehatan bersaing dengan kepercayaan – kepercayaan lain yang tentunya juga mempengaruhi perilaku orang tersebut.

2. Model komunikasi ( *communication / persuasion model* )

Model ini menegaskan bahwa komunikasi dapat dipergunakan untuk mengubah sikap dan perilaku kesehatan yang secara langsung terikat dalam

rantai kausal yang sama. Perubahan pengetahuan dan sikap merupakan prakondisi bagi perubahan perilaku kesehatan dan perilaku – perilaku lainnya.

### 3. Precede.

Model ini dikembangkan oleh Lawrence Green dan rekan – rekannya. Model ini mengarah pada upaya – upaya pragmatik mengubah perilaku kesehatan dari pada sekedar upaya mengembangkan teori. Green dan rekan – rekannya, menganalisis kebutuhan kesehatan komunitas dengan cara menerapkan lima ” diagnosis ” yang berbeda yaitu : diagnosis pendidikan dan diagnosis administrasi.

### 4. Teori pemahaman sosial ( *social learning teori* )

Teori ini menekankan pada hubungan segitiga antara orang perilaku dan lingkungan dalam suatu proses ” deterministik resiprokal ” atau kausal resiprokal. Belajar menyelami pengalaman orang lain merupakan tema sentral teori pemahaman sosial. Sehingga kelemahan teori ini, jika pengalaman orang diobservasi adalah pengalaman yang negatif, maka individu tidak akan mengadopsi perilaku yang dipaparkan.

### 5. Analisis perilaku terapan.

Perilaku terapan lebih menekankan hubungan antara perilaku dan konsekuensi yang terobservasi, sedangkan teori – teori lain lebih mengarah pada aspek kognisi dan hubungan anteseden – perilaku.

## **F. Tinjauan Umum Tentang Defisit Keterampilan Dan Kinerja.**

### **1. Pengertian Defisit Keterampilan dan Kinerja.**

Dalam memilih strategi komunikasi, komunikator sebaiknya mempertimbangkan apakah ketidakhadiran perilaku atau ketidaktepatan kinerja sebuah perilaku sasaran disebabkan karena kurang keterampilan ( defisit keterampilan ) atau ketidakhadiran kondisi – kondisi yang memuaskan bagi pelaksanaa perialaku tersebut ( defisit kinerja ) Bandura dalam Greef dkk, 1996. Bila seseorang mempunyai defisit keterampilan, komunikator akan memilih strategi untuk memperkenalkan dan mengajarkan keterampilan ini. Bila audiens telah menjalankan aproksimasi – aproksimasi perilaku sasaran, maka strategi komunikasinya adalah memberikan pengharagaan terhadap aproksimasi – aproksimasi tersebut dan mengajarkan keterampilan yang diperlukan untuk membentuk aproksimasi – aproksimasi itu menjadi perilaku – perilaku sasaran.

Dalam situasi yang lain, orang - orang telah memiliki pengetahuan dan keterampilan yang berarti, namun masih tetap belum menjalankan perilaku dengan benar atau tidak menjalankannya sama sekali. Salah satu alasannya adalah mungkin pelaksanaan perilaku tersebut tidak langsung menghasilkan konsekuens – konsekuens yang tidak menyenangkan. Dalam kasus ini strategi komunikasi yang dipakai akan kurang memusatkan diri pada pengajaran keterampilan dan pembentukan perilaku namun lebih mengarah kepada pengembangan lingkungan pendukung bagi kesinambungan kinerja

perilaku sasaran. Sebagai contoh, sukarelawan kesehatan komunitas yang merupakan saluran vital komunikasi untuk ibu – ibu dan pengasuh – pengasuh lain, umumnya telah memperoleh beberapa latihan dan pada awalnya mereka telah memiliki tingkat keterampilan yang dapat di terima guna memberikan pelayanan kesehatan dasar serta informasi pada tingkat komunitas. Selain awal yang bagus ini, jumlah sukarelawan semacam ini didunia berkembang menurun dengan tajam, sehingga dampak potensial mereka sebagai penyalur informasi kesehatan, keterampilan dan penguat – penguat bagi komunitas sebageian besar telah lenyap. Sering perencana program menyimpulkan bahwa petugas kesehatan komunitas memerlukan lebih banyak pelatihan untuk ” menjaga mereka tetap termotivasi ”. Namun demikian masalahnya disini adalah lebih dari sekedar defisit keterampilan.

Analisis situasi menurut perspektif upaya melatih ulang dan membangun keterampilan tetapi lebih menyenangkan dan mengurangi konsekuensi yang tidak menyenangkan dalam pekerjaan sukarelawan. Penelitian sebaiknya dilakukan untuk menentukan konsekuensi – konsekuensi mana yang paling cenderung meningkatkan perilaku yang diinginkan dan konsekuensi tak menyenangkan mana yang bisa dikurangi informasi ini dapat dipakai saat merancang sistem pendukung guna membantu agar petugas tetap menjadi sukarelawan yang aktif dan efektif.

Defisit kinerja juga merupakan masalah yang umum ketika ibu – ibu gagal menjalankan perilaku – perilaku sasaran dengan benar. Sekali lagi, strategi komunikasinya akan kurang mengarah kepada upaya penciptaan sebuah

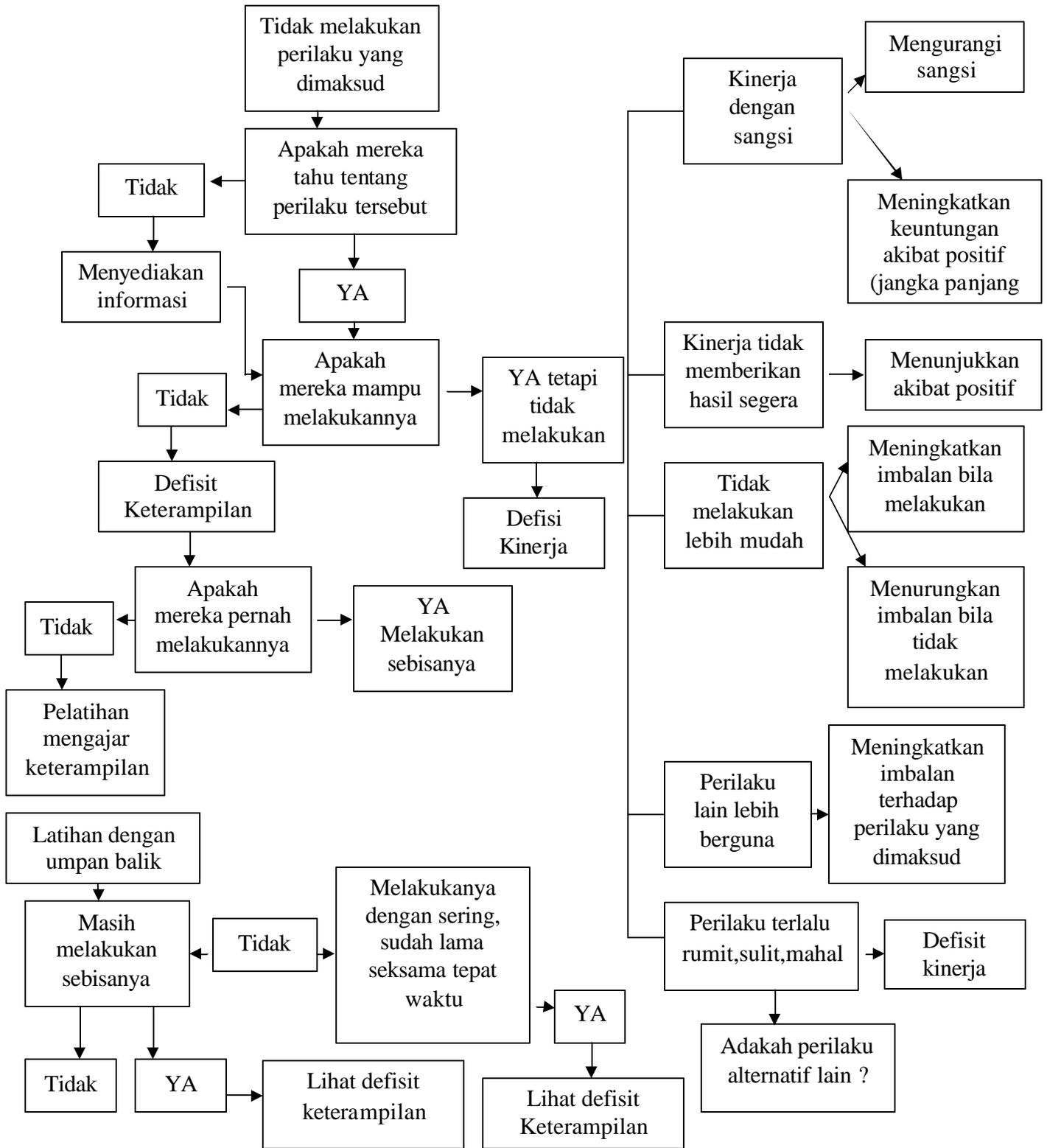
lingkungan pendukung. Penelitian akan diperlukan untuk mengidentifikasi konsekuensi – konsekuensi tidak menyenangkan mana yang menjadi penghalang dari praktek – praktek ini atau, jika ada, apakah praktek tersebut menghasilkan konsekuensi – konsekuensi yang menyenangkan.

Sebagai contoh, banyak yang yakin bahwa pemberian ASI merupakan pilihan terbaik bagi bayi mereka dan mereka telah diajar bagaimana cara memberikan ASI di rumah sakit. Meskipun demikian, saat memberikan ASI ibu dapat benar – benar merasakan sakit, terutama pada beberapa minggu pertama. Ibu – ibu yang baru pertama kali memberikan ASI, walaupun mempunyai minat dan keterampilan yang baik, mungkin saja merasa kelabakan dan frustrasi akibat rasa sakit yang mereka alami. Dalam hal ini strateginya komunikasinya dapat diarahkan kepada upaya meningkatkan dukungan sosial selama bulan pertama pemberian ASI.

## **2. Keputusan Pemilihan Strategi**

Diagram air yang ditunjukkan pada gambar 2 adalah sebuah pohon keputusan ( *decision tree* ) yang dapat membimbing komunikator dalam memilih strategi – strategi komunikasi. Pohon keputusan tersebut dibagi menjadi dua bagian umum defisit keterampilan ( disebelah kiri ) dan defisit kinerja ( disebelah kanan ). Untuk menggunakan diagram air ini komunikator mula – mula mempertimbangkan apakah orang – orang mengetahui perilaku sasaran. Jika mereka tidak mengetahui, maka komunikator umumnya akan memilih strategi anteseden untuk memperkenalkan sebuah perilaku menyediakan informasi, dan menciptakan kesadaran dan kebutuhan terhadap teknologi dan perilaku kesehatan yang baru.

Gambar 2 Memilih strategi komunikasi, Pohon Keputusan



Sebagai contoh, pada hari – hari permulaan kontrol penyakit diare, kebanyakan strategi komunikasi ORT pertama kali mengarah kepada upaya memperkenalkan konsep dehidrasi dan kebutuhan terhadap ORS untuk mencegah kematian akibat dehidrasi.

Jika orang – orang tidak sadar dalam hal perilaku ini, maka komunikator akan mempertimbangkan apakah “orang – orang mampu menjalankan perilaku itu bila mereka diminta melakukannya “. Bila jawabannya adalah tidak, maka mereka mengalami defisit keterampilan, dan komunikator akan memilih strategi – strategi untuk melatih dan mengajarkan keterampilan dan membentuk aproksimasi – aproksimasi. Sebaliknya, apabila orang – orang tahu akan perilaku tersebut dan tahu bagaimana melakukannya dengan benar, tetapi masih tetap tidak menjalankannya, maka mereka mengalami defisit kinerja. Dalam kasus ini, komunikator akan mempertimbangkan diagram alir pada bagian sebelah kanan, yang lebih mengarah secara eksplisit kepada bagaimana konsekuensi- konsekuensi perilaku sasaran berfungsi dalam mendukung atau menghalangi perilaku – perilaku sasaran selama ini. Dalam kasus ini, komunikator menganalisis konsekuensi – konsekuensi perilaku dan memilih strategi komunikasi guna mempengaruhi konsekuensi – konsekuensi itu, bukan hanya perilakunya saja.

Meskipun diagram alir ini mempresentasikan defisit keterampilan dan kinerja dalam susunannya sendiri – sendiri, komunikator akan sering menemukan bahwa ketidakhadiran perilaku sasaran disebabkan oleh kedua jenis defisit ini. Mereka mungkin perlu mengembangkan sebuah strategi

komunikasi yang mengarah kepada baik defisit keterampilan maupun defisit kinerja dengan cara yang terpadu. Tetapi komunikator tidak dapat melakukan semuanya sekaligus. Mereka sebaiknya memberikan prioritas pada defisit keterampilan sebelum mengembangkan strategi lebih komprehensif yang mengarah kepada defisit kinerja.

Meskipun mengarah kepada defisit keterampilan, komunikator perlu mempertimbangkan konsekuensi – konsekuensi bagi pelaksanaan keterampilan tersebut. Diagram alir ini hanyalah merupakan cara mengorganisasikan topik diskusi oleh tim perencanaan dan membantu agar suatu diskusi mempertimbangkan konsekuensi – konsekuensi perilaku dengan cara yang lebih sistematis pada saat memilih strategi komunikasi.