

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



Oleh :

MUNTAHA LATEPU
P1805205509

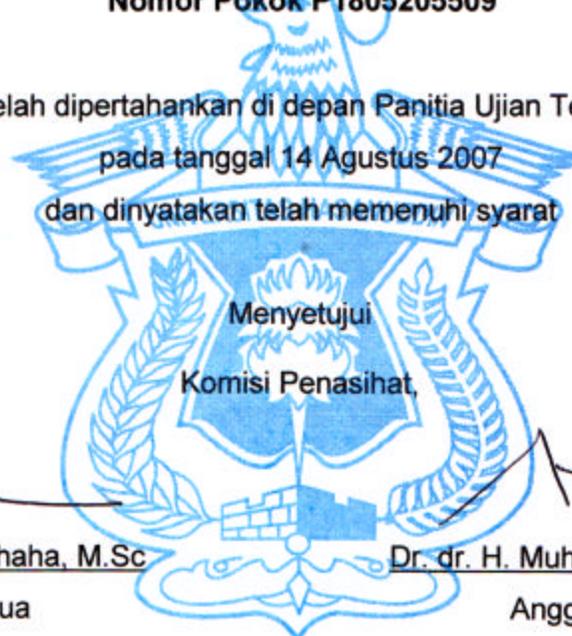
**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2007**

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/menyingskirkan 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 didua 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 ekstrinistik 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,
 - Petekhia, ekimoris, pupura,
 - Pendarahan mukosa, epistaksis, pendarahan gusi,
 - Hematemesis dan melena,
 - Hematuria
 - Pembesaran hati (hepatomegali)
 - Manifestasi syok/renjata.

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 / althosit 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 :

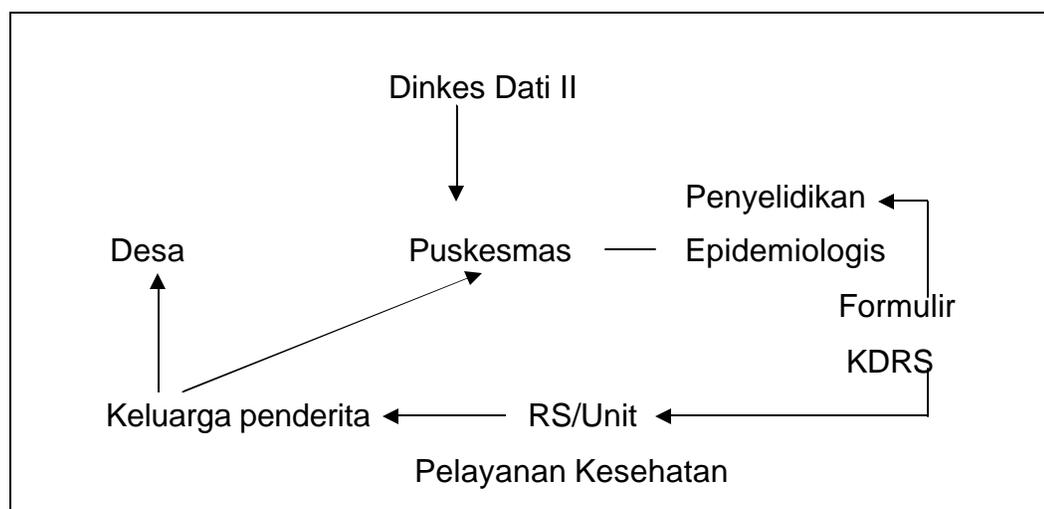
- ? Panas tinggi tanpa sebab jelas (mendadak, terus- menerus),disert
- ? Tanda – tanda perdarahan, sekurang – kurangnya uji Ruple Leede positif dan/atau
 - Trombosit < 100.000/ ul
 - Hematokrit meningkat \geq 20%

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 :

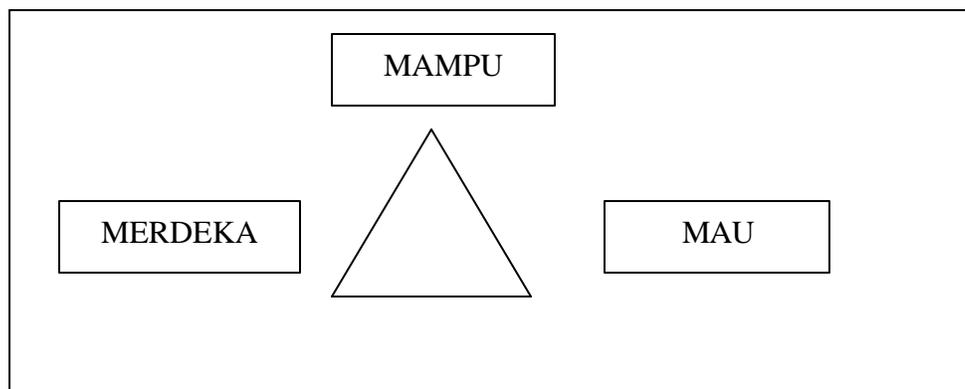
1. Adanya rasa saling percaya antara anggota dalam masyarakat, maupun antara anggota masyarakat dan pihak petugas (pemerintah, pihak luar non – pemerintah). Ketidakpercayaan dan saling curiga dapat merusak semangat untuk berpartisipasi yang mulai tumbuh. Rasa saling percaya diciptakan melalui suatu niat 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

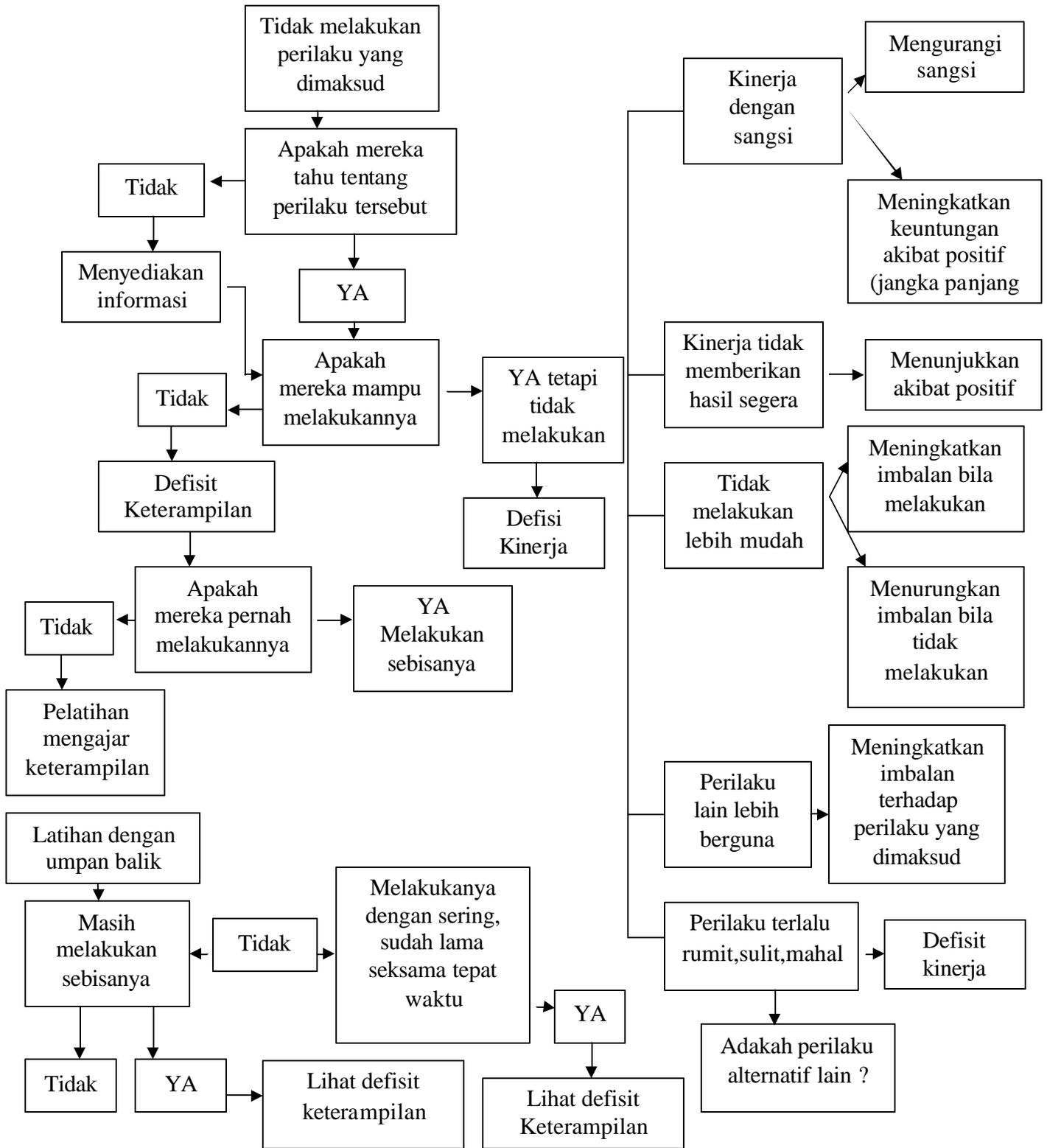
lingkungan pendukung. Penelitian akan diperlukan untuk mengidentifikasi konsekuensi – konsekuensi tidak menyenangkan mana yang menjadi penghalang dari praktek – praktek ini atau, jika ada, apakah praktek tersebut menghasilkan konsekuensi – konsekuensi yang menyenangkan.

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.

BAB III
KERANGKA PIKIR,DEFENISI KONSEP
DAN PROPOSISI PENELITIAN

A. Kerangka Pikir.

Program PSN - 3M dalam pencegahan dan penanggulngn DBD adalah program pembangunan kesehatan Nasional yang dilaksanakan oleh P2PL Dinas Kesehatan Kota Palopo.

Meningkatkan Partisipasi masyarakat dalam PSN – 3M merupakan faktor yang sangat menentukan keberhasilan dalam pelaksanaan program pencegahan dan penanggulangan DBD. Berdasarkan kajian pustaka yang telah di lakukan bahwa 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)

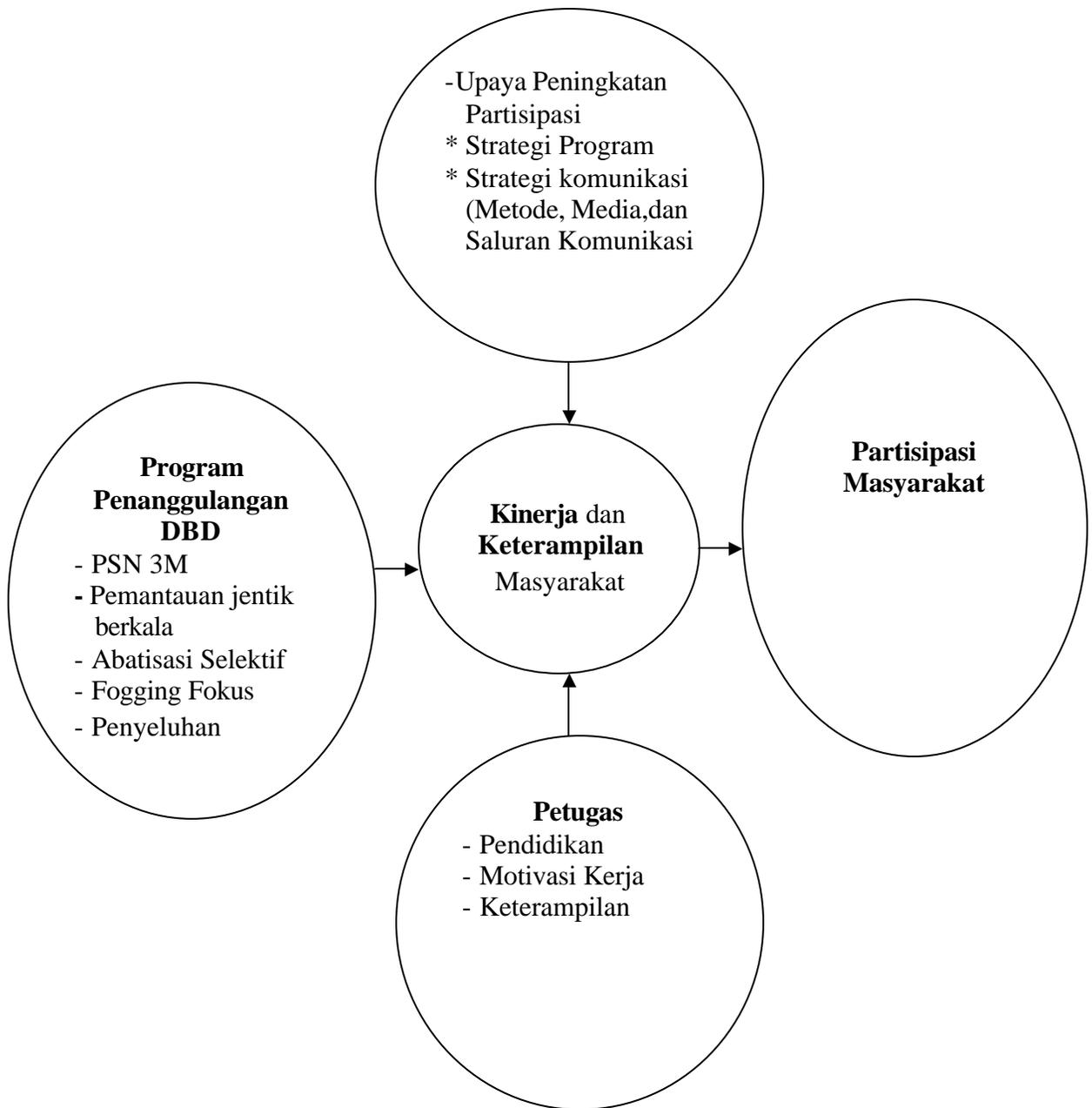
Salah satu upaya untuk mendorong kemampuan masyarakat berpartisipasi adalah memilih strategi komunikasi, komunikator sebaiknya mempertimbangkan apakah kehadiran perilaku atau ketidaktepatan kinerja sebuah perilaku sasaran disebabkan karena kurang keterampilan (defisit keterampilan) atau ketidakhadiran kondisi – kondisi yang memuaskan bagi pelaksana perilaku tersebut(defisit kinerja) Bandura dalam Greef dkk, 1996. Dalam strategi komunikasi memiliki unsure-unsur komunikasi seperti metode, media dan saluran komunikasi.

Dalam hal ini petugas kesehatan diharuskan memiliki kualifikasi pendidikan Ahli Kesehatan Lingkungan (AKL) yang memiliki motivasi kerja yang tinggi dan keterampilan yang dibutuhkan dalam meningkatkan partisipasi masyarakat

Adapun upaya – upaya meningkatkan dan menumbuhkan partisipasi masyarakat dalam pelaksanaan PSN – 3M yaitu terdapat 5 cara : a). terapi pendidikan adalah suatu proses yang dirancang untuk mengembangkan rasa percaya diri dan akhirnya keyakinan bahwa yang bisa menolong adalah dirinya sendiri, b). Strategi perubahan perilaku bertujuan untuk memasukkan perubahan perilaku sebagai perubahan sistem atau sub sistem, c). Penambahan staf, bertujuan untuk menggali kemampuan, ketersediaan waktu, dan keahlian individual guna mencapai tujuan, d). kooptasi adalah upaya menamkan sesuatu yang baru terhadap kepemimpinan atau penentu kebijakan sehingga di anggap sangat penting untuk mendorong peran serta masyarakat. e).strategi kekuatan masyarakat digunakan untuk membangkitkan partisipasi masyarakat dengan cara mengangkat tema – tema yang langsung menyentuh kepentingan dan kebutuhan masyarakat.

Berdasarkan uraian yang telah dikemukakan diatas maka penelitian ini diartikan untuk mengetahui gambaran partisipasi masyarakat dalam program penanggulangan DBD di wilayah kerja Puskesmas Wara; Kelurahan Lagaligo secara sistematis dapat digambarkan dalam kerangka pikir sebagai berikut :

Gambar 1 Kerangka Fikir Penelitian



B. Defenisi Konsep

1. Penyakit Demam Berdarah Dengue

Penyakit demam berdarah dengue (DBD) yaitu penyakit yang disebabkan oleh virus dengue yang dibawa oleh nyamuk *Aedes aegypti* dengan 4 gejala pokok yaitu : 1) Demam tinggi yang mendadak 2-7 hari tanpa sebab yang jelas dan muka kemerahan, 2) Fenomena perdarahan yang terbanyak pada kulit: Uji tourniquet (uji bendung), 3) hematomegali (pembesaran hati) 2-4 cm dibawa lengkung iga kanan, dan perabaan hati terdapat nyeri tekan, 4) kegagalan sirkulasi (syok) ditandai nadi cepat dan lemah, tekanan darah menurun, kulit dingin dan lembab pada ujung jari kaki, sianosis sekitar mulut, gelisah dan mengeluh nyeri perut,

2. Program Penanggulangan DBD

Adalah program P2PL untuk penyakit DBD Dinas Kesehatan Kota Palopo dan dilaksanakan oleh seluruh Puskesmas di Kota Palopo.

3. Partisipasi masyarakat

Adalah masyarakat diberdayakan dan berperang aktif (berpartisipasi), dimana keterlibatan masyarakat yang diwujudkan dalam bentuk menjalin kerjasama dalam mengambil keputusan, merencanakan, implementasi dan evaluasi dalam pengembangan program. Adapun partisipasi yang asli adalah datang dari inisiatif masyarakat sendiri, merupakan tujuan dalam proses demokrasi.

4. Perilaku masyarakat

Adalah perilaku masyarakat dalam bentuk dipahami dan melakukan aktifitas dalam pelaksanaan pemberantasan sarang nyamuk baik secara individu maupun kelompok masyarakat.

5. PSN – 3M

Adalah pemberantasan sarang nyamuk melalui 3M yaitu **menguras** tempat - tempat penampungan air secara teratur sekurang – kurangnya seminggu sekali atau menaburkan bubuk abate kedalamnya. **Menutup** rapat - rapat tempat penampungan air. **Mengubur** atau menyingkirkan kaleng – kaleng bekas, plastik, dan barang bekas lainnya yang dapat menampung air hujan, sehingga tidak menjadi sarang nyamuk *Aedes aegypti*.

6. Defisit Keterampilan

Ketidak mampuan individu atau masyarakat melakukan kegiatan pemberantasan sarang nyamuk berdasarkan strategi 3M.

7. Defisit Kinerja

Ketidak mampuan melakukan PSN – 3M akibat kondisi lingkungan sekitarnya.

C. Proposisi Penelitian

1. Penurunan angka morbiditas dan mortalitas karena penyakit DBD dapat dicapai jika program penanggulangan DBD berjalan secara efektif.
2. Program penanggulangan DBD dapat berhasil jika pemberantasan sarang nyamuk (PSN) dilakukan oleh masyarakat secara optimal.

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif yaitu mendeskripsikan suatu situasi atau area populasi tertentu yang bersipat faktual secara sistematis dan akurat atau dapat pula di artikan sebagai penelitian yang memotret fenomena, situasi atau kelompok tertentu yang terjadi sekarang (Danim, 2002).

B. Lokasi dan waktu Penelitian

1. Lokasi

Lokasi penelitian ini dilakukan diwilayah kerja Puskesmas Wara Kota Palopo pada kelurahan Lagaligo, yang merupakan daerah endemik DBD,

2. Waktu penelitian

Penelitian ini dilakukan selama 2 bulan yaitu dari bulan Mei – Juni 2007.

C. Informan Penelitian

Informan penelitian ini adalah masyarakat yang mewakili informasi antara lain : Keluarga yang pernah menderita DBD, dan keluarga yang dari rumah padat penghuni. Adapun informan pendukung antara lain : Kader, P2M, Toko Masyarakat LPM.

D. Pengumpulan dan analisis data

Pengumpulan data dilakukan malalui unit analisis penelitian yang terdiri tiga unsur :

- a. Partisipasi Masyarakat dalam PSN – 3M untuk pencegahan dan penanggulangan DBD.

b. Gambaran kinerja dan skil (keterampilan dalam pengulangan DBD dilingkungan Rumah Tangga.

c. Pelaksanaan program PSN – 3M oleh pihak P2PLP Dinas Kesehatan.

1. Pengumpulan Data

Metode yang digunakan untuk mendapatkan informasi yang dibutuhkan yaitu :

a. Data primer

Pengumpulan data primer dilakukan dengan wawancara mendalam (*indepth interview*) dengan kelompok diskusi terarah (KDT) dan observasi langsung, dengan maksud memperoleh informasi yang sebanyak – banyaknya terhadap informasi yang dipilih sehingga mampu menjawab tujuan penelitian.

b. Data sekunder

Data sekunder diperoleh melalui :

- 1). Bidang Pemberantasan penyakit dan penyehatan lingkungan (P2PL)
Dinas kesehatan Kota Palopo.
- 2). Puskesmas Wara Kota Palopo maupun instansi yang terkait.

2. Analisis Data

Analisis data dimulai sejak di lapangan pada setiap akhir wawancara dengan maksud untuk menemukan makna yang mendalam dan mengecek kelengkapan informasi yang memperkuat makna dalam menjawab tujuan penelitian.

Analisis pada tahap berikutnya dilakukan setelah kegiatan lapangan. Analisis data dimulai dengan mengumpulkan dan memilah – milah data untuk dikelompokkan / diklasifikasikan dan dianalisis dengan pendekatan *Content Analysis*

3. Alat Pengumpulan Data

Instrumen dalam penelitian ini adalah penelitian sendiri, yang dalam melaksanakan penelitian melengkapi diri dengan :

- a. Tape recorder yang berfungsi merekam proses wawancara mendalam dan kelompok diskusi terarah (KDT).
- b. Pedoman wawancara
- c. Catatan harian yang berfungsi mencatat fakta yang ada.
- d. Matrix wawancara.

E. Keabsahan Data.

Untuk keabsahan informasi yang dikumpulkan akan digunakan teknik *triangulation method*, yaitu dengan cara : data yang dikumpulkan dengan wawancara mendalam, KDT dan observasi Lapangan.

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Lokasi Penelitian

1. Letak Geografis Puskesmas Wara: Kelurahan Lagaligo

Puskesmas Wara; Kelurahan Lagaligo terletak di Kecamatan Wara Kota Palopo dengan luas Wilayah 2,00 KM² terdapat 9 RW dan 27 RT. Pemanfaatan fungsi lahan dan alih fungsi lahan menjadi sedemikian rupa yang akan membawa pengaruh terhadap kondisi dan perkembangan social ekonomi serta kesehatan masyarakat. Lahan yang berbentuk rawa-rawa di beberapa bagian beralih fungsi mejadi pemukiman. Hal seperti ini membawa pengaruh pada Urbanisasi, pola, jenis penyakit dan sebagian dawrahnya tergeanga air pada saat hujan serta kondisi lingkungan pemukiman penduduk masih ada yang kumuh.

Adapun letak atau batas-batas wilayah kerja Puskesmas Wara; Kelurahan Lagaligo adalah sebagai berikut:

- a. Sebelah Utara berbatasan dengan Kelurahan Boting dan Amassangan
- b. Sebelah Timur berbatasan dengan Kelurahan Dangerakko dan Tompotikka
- c. Sebelah Selatan berbatasan dengan Kelurahan Boting dan Pajalesang
- d. Sebelah Barat berbatasan dengan Kelurahan Pajalesang

2. Keadaan Penduduk

Berdasarkan data yang diperoleh tahun 2006 bahwa kepadatan penduduk Kelurahan Lagaligo yaitu: 1.443 jiwa per Km² ; dengan jumlah penduduk secara keseluruhan 2.885 jiwa; laju pertumbuhan penduduknya sekitar 0,25 % pertahun.(Badan Pusat Statistik Kota Palopo, 2006)

B. Karakteristik Informan

Untuk menganalisis dan menilai partisipasi masyarakat di wilayah Kerja Puskesmas Wara; Kelurahan Lagaligo Kota Palopo, terkait pada pencegahan DBD melalui Program PSN-3M, peneliti mewawancarai 12 orang nforman, yang terdiri dari:

Status	Jumlah Orang
Petugas AKL Puskesmas	1
Anggota Masyarakat Biasa	5
Kader	2
Ketua LPMK	1
Ketua RW	1
Ketua RT	1
Imam Kelurahan	1

C. Pencegahan dan Penanggulangan DBD Melalui Program PSN-3M diwilayah Kerja Puskesmas Wara Kelurahan Lagaligo

1. Tujuan

Umum : Membatasi penularan danpenyebaran penyakit DBD

Khusus :

- a. Menurunkan Angka kesakitan menjadi kurang 5/100.000 penduduk dan angka Bebas Jentik (ABJ) lebih dari 95% di Kelurahan Endemik
- b. Menurunkan Angka kematian menjadi kurang dari 2% akibat penyakit DBD
- c. Mencegah dan meneggulangi kejadian Luar Biasa (KLB) atau wabah

2. Sasaran dan Kegiatan

Sasaran dan kegiatan program pencegahan penyakit dibuat dengan table sebagai berikut:

Table I. Sasaran dan kegiatan program penanggulangan penyakit DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Wara; Kelurahan Lagaligo Kota Palopo Tahun 2007

Stratifikasi	Pokok Kegiatan				
	PSN - 3M	Abatisasi Selektif	Pemantau Jentik Berkala	Penyuluhan	Fogging Fokus
Endemic	v	v	v	v	v
Sporadis	v	v	v	v	
Potensial/Bebas	v	v	v	v	

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Palopo

3. Kebijakan

a. Kebijakan Pelaksanaan

1. Peran aktif masyarakat pada pencegahan penyebaran penyakit DBD melalui program pemberantasan sarang nyamuk (PSN-3M)
2. Terpadu
3. Dilaksanakan oleh Puskesmas

b. Kebijakan Operasional meliputi:

1. Penggerakan masyarakat melalui kelompok kerja (pokja) DBD
2. Penyuluhan kepada masyarakat

3. Pembinaan penggerakan PSN oleh Kelompok kerja nasional (pokjana)
4. Deteksi kasus-kasus DBD dengan melibatkan Puskesmas
5. Tindakan penanggulangan focus
6. Pemberantasan vektor intensif (dikelurahan endemis dan sporadis)

4.Strategi terdiri atas:

- a. Penggerakan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN-3M)
- b. Pemberantasan Vektor
- c. Kewaspadaan dini terhadap kejadian luar biasa/wabah
- d. Penyuluhan kepada masyarakat melalui berbagai jalur komunikasi
- e. Pelatihan petugas surveillance

Selanjutnya tindakan kewaspadaan dini terhadap kejadian luar biasa / wabah Demam Berdarah Dengue (DBD) dilakukan dengan tahapan – tahapan sebagai berikut:

1. Penyelidikan epidemiologi (pelacakan kasus KLB) dengan tujuan untuk mengurangi kasus DBD tambahan, luasnya penyebaran lebih lanjut di lokasi tersebut oleh petugas Puskesmas.
2. Penanggulangan focus untuk mencegah terjadinya KLB dengan menutup rantai penularan oleh petugas surveillance.
3. Pemantauan jentik berkala untuk mengetahui tingkat keberhasilan PSN-3M pada Kelurahan endemis dan Sporadik satu bulan setelah abatisasi selektif yang dilakukan secara berjenjang.

4. Abatisasi selektif untuk pemberantasan jentik sehingga populasi nyamuk aedes aegypti menurun pada Kelurahan endemis saat sebelum musim penularan oleh petugas Kota /Kabupaten dan petugas Puskesmas.
5. Mengadakan penyuluhan kepada masyarakat dan pelatihan survey jentik oleh kader Posyandu, Dasawisma, LPMK dan tokoh agama.

D. Upaya Peningkatan Partisipasi Masyarakat Pada Pencegahan DBD Melalui Program PSN-3M.

a. Prinsip Partisipasi dalam Program PSN-3M

Sesuai pembahasan penelitian terdahulu bahwa titik berat program pencegahan DBD adalah program PSN – 3M. Pelaksanaan PSN – 3M sangat diharapkan oleh peran serta masyarakat, karena keberhasilan PSN – 3M juga ditentukan oleh masyarakat karena yang mau melaksanakan juga masyarakat. Adapun indicator keberhasilan PSN – 3M adalah hasil pemantauan jentik berkala oleh Puskesmas. Jika rumah yang diperiksa jentiknya dan tidak ditemukan jentik maka dinyatakan bebas jentik dan begitupun sebaliknya jika ditemukan jentik maka dinyatakan ada jentik serta dipasangkan stiker atau kartu yang diisi oleh petugas Jumantik.

Wawancara mendalam oleh petugas AKL Puskesmas (Yr 35 Th; 14 Mei 07) sebagai berikut:

Perencanaan Program 3M

“Perencanaan dibua oleh Tim kerja yang dibentuk di Puskesmas”

“Tidak ads dasar SK dalam pengangkatan Tim, akan tetapi Tim secara lisan atas dasar Tugas pokok masing-masing yang telah disampaikan oleh Kepala Puskesmas”

“Menggunakan data pada kajian kasus tahun yang lalu”

“Menetapkan prioritas program berdasarkan hasil surveillence banyaknya kejadian kasus pada suatu wilayah erentu”

“Adapun Tim yang terlibat terdiri dari 2 orang petugas AKL, 1 orang petugas Promkes dan para petugas survey lance”

Implementasi Pelaksanaan

“Tim / Pokja DBD di wilayah kerja kami belum berbentuk, sehingga kinerja pokja belum dapat diprediksi”

“Pembentukan pokja DBD tentu terkait dengan dana, sedang alokasi dana untuk itu belum terdedia. Lagipula secara tehnik pembentukan Tim/Pokja DBD belum kami kuasai sehingga menunggu petunjuk dan pihak Dinkes sebagai coordinator dan motivator dalam peningkatan pelayanan kerja di wilayah Puskesmas”

“Jumantik sudah terbentuk dan dikoordinir langsung oleh Dinkes Kota Palopo, khususnya Jumantik diberdayakan di daerah endemic DBD dan melaksanakan tugasnya sekali sebulan dengan mengisi daftar pantauan jentik yang di gantung di rumah warga”

“Penyuluhan dengan memakai mobil Ambulance di lokasi yang rawan DBD dan penyuluhan leqa posyandu tentang program 3M”

“Peran serta masyarakat masih jauh atau belum aepertu yang diharapkan karena buktinya masih sering ditemukan jentik di rumah-rumah warga”

“Sementara ini kami masih pelajari kendala itu, apakah factor metode kami atau factor pengetahuan dan kesadaran masyarakat itu sendiri tentang PSN – 3M sehingga kurang berpartisipasi”

“Faktor ekonomi masyarakat yang sebagian tidak menunjang seperti penggunaan air minum ataupun air biasa, banyak masyarakat yang menyambung air dari tetangga ke tetangga lainnya dan kalau tidak terpaksa mengangkat sendiri air ke rumahnya, akibatnya sisa air pada penampungan air selalu ditambah tanpa membuang sisa airnya atau pengurusan tidak dilakukan sehingga memberikan peluang nyamuk dewasa untuk bertelur dan menjadi jentik”

Evaluasi

*“ Sebagai alat ukur kami yaitu kartu pemantauan jentik secara berkala”
“Belum ada sapen’isi yang dilakukan secara terorganisir karena pokja DBD di wilayah kerja kami belum terbentuk”*

“Setiap kali dilakukan penyuluhan kepada masyarakat disarankan agar cegahlah mewabahnya DBD melalui program PSN – 3M sebab Cuma inilah yang paling efektif dan termurah untuk memutuskan rantai/siklus kehidupan nyamuk, sehingga tidak memberikan kesempatan jentik nyamuk menjadi nyamuk dewasa untuk terbang menggigit . Adapun jika masyarakat hanya mengharapkan fogging berarti membutuhkan biaya yang sangat besar, sedangkan Pemerintah memiliki kemampuan dana yang sangat terbatas”

“Evaluasi yang kami lakukan yaitu evaluasi proses atau mengevaluasi kegiatan keberhasilan program yang sedang kami laksanakan khususnya evaluasi pemantauan jentuk secara berkala”

b. Kegiatan yang telah dilakukan oleh masyarakat

Hasil penelitian kualitatif menunjukkan bahwa semua informan mengaku melakukan 3M, meskipun pada akhirnya dapat disimpulkan bahwa mereka sebenarnya tidak melakukan 3M dengan tepat. Sehingga perlu upaya pemberian pendalaman pengetahuan bahwa 3M terdiri dari 3 (tiga) langkah yang cukup dilakukan sekali dalam seminggu secara rutin dan berkesinambungan, tidak tergantung dan kotor atau tidaknya bak air begitu pula dengan tindakan menutup tempat air dan mengubur barang – barang bekas agar informan jangan sampai alasan lupa. Sehingga menggambarkan masyarakat kurang serius berperan serta dalam melakukan 3M.

Konsep partisipasi dalam gerakan 3M disebutkan langkah – langkah yang seharusnya dilakukan sebagai berikut:

1. Menguras dan pemberian bubuk abate
 - a. Menguras tempat – tempat penampungan air seperti, bak mandi, tempayan, ember, vas bunga, tempat minum burung dan lain – lain, kegiatan ini dilakukan seminggu sekali dan pada musim kemarau menguras terutama dilakukan pada penampungan air yang ada dalam rumah. Sebaliknya pada musim hujan menguras terutama dilakukan pada penampungan air yang ada diluar rumah, untuk daerah sulit air bias memaasukkan ikan kecil/ikan hias kedalam air.
 - b. Pemberian bubuk abate (temephos) atau altosid pada tempat – tempat penampungan air yang sulit dikuras atau di daerah yang sulit air bersih sehingga perlu penampungan air hujan, pemberian bubuk ini 2-3 bulan sekali, dengan tekanan : 1 sendok makan (+10 gram) untuk 100 liter air atau 2,5 gram altosid untuk 100 liter air.
2. Menutup rapat – rapat semua tempat penampungan air seperti : ember, baskom, jergen, gentong dan lainnya.
3. Mengubur semua barang – brang bekas yang ada disekitar / diluar rumah yang dapat menampung air hujan seperti: kaleng – kaleng bekas, botol, ban – ban bekas dan barang bekas lainnya.

Cara melakukan 3M dan frekuensinya

Wawancara mendalam tentang gambaran pengetahuan masyarakat dan observasi /pengamatan lapangan praktek 3M.

Pengetahuan informan tentang pencegahan DBD melalui program PSN-3M yang digambarkan oleh mereka cukup beragam, dan informan menyatakan bahwa pengetahuan itu mereka dengar atau dapatkan melalui TV, surat kabar, penyuluhan tenaga Kesehatan dari Dinkes, Puskesmas dan posyandu bahkan ada yang menyatakan belum pernah mendengar sama sekali meskipun pada akhirnya dapat disimpulkan bahwa tidak semua informan yang mengakui pernah mendengar informasi/pengetahuan tentang 3M tersebut dari berbagai media, ketika dalam wawancara dapat menjawab secara benar begitu pula dalam observasi dan praktek 3M masih ada yang belum tepat.

Berdasarkan pendapat informan tentang pengertian PSN-3M seperti petikan hasil wawancara berikut ini :

“saya pernah dengar melalui iklan TV bahwa 3M adalah menguras, menutup dan yang lainnya saya lupa (JK 27 Th; 15 Mei 07), (TW 64 Th, KM 31 Th; 16 Mei 07)”

“PSN-3M itu, sama sekali kami tidak mengerti dan barusan kami dengar (ND 45 Th; 19 Mei 07), (NP 52 Th, NS 65 Th; 01 Juni 07)”

“3M yaitu membersihkan dan menguras bak air, menutup tempat air dan mengubur/membuang barang-barang bekas seperti: kaleng, botol, dan barang bekas lainnya (FT 73 Th; 15 Mei 07), (PS 66 Th, NR 30 Th; 25 Mei 07, (MS 37 Th, SD 37 Th; 28 Mei 07)”

Berdasarkan pernyataan beberapa informan tersebut di atas menggambarkan bahwa pengetahuan tentang pencegahan DBD melalui program PSN – 3M kepada masyarakat belum tersosialisasi dengan baik yaitu: ada informan menyebutkan 3M baru sampai menguras dan menutup, adapula informan yang sama sekali tidak mengerti dan baru kali ini mereka dengar, namun demikian ada juga informan mengemukakan pendapatnya sudah benar sesuai pengetahuan yang mereka terima

sebelumnya. Oleh karena itu, perluna diberikan penyuluhan pada mereka agar dapat memiliki wawasan dengan baik.

Namun demikian peneliti mengkaji lebih lanjut bagaimana aktifitas pelaksanaan PSN-3M itu yang benar, seperti petikan hasil wawancara berikut ini :

“ Aktifitas 3M tidak dilakukan karena kesibukan pekerjaan untuk kebtuhan keluarga dan kegiatan 3M saya hanya percayakan kepada keluarga di rumah (Jk 27 Th; 15 Mei 07)”

“ Aktifitas 3M kami tidak laksanakan karena belum memahami apa itu 3M (NP 52 Th; 01 Juyli 07)

Interpretasi bahwa informasi tersebut di atas tidak melakukan 3M karena sebelumnya tidak pernah mendapatkan informasi atau pengetahuan tentang 3M. Hasil opserfasi lapangan peneliti menemukan jentik pada kedua rumah informan tersebut wadahnya di bak mandi (NS), gentong dan baskom (NP). Lain halnya dengan para informan lainnya, bahwa mereka sebenarnya mengetahui/memahami P.SN-3M, seperti petikan hasil wawancara berikut ini:

“3M saya sudah laksanakan seperti menguras bak mandi, menutup tempat air dan mengubur/membuang barang-barang bekas (MS 37 Th; 28Mei 07)”

Interpretasi bahwa informan tersebut di atas sudah melaksanakan aktifitas PSN-3M dengan benar karena informan sudah mendapatkan informasi/pengetahuan sebelumnya. Hasil observasi lapangan didalam rumah maupun di luar rumah untuk mengevaluasi 3M yang telah dilaksanakan, ternyata peneliti menemukan jentik pada vax bunga, sehingga peneliti berkesimpulan bahwa informan belum melaksanakan 3M dengan benar.

Namun demikian sesuai pernyataan informan yang lain bahwa mereka sudah melaksanakan aktifitas 3M sesuai informasi/pengetahuan yang mereka yang terima dari berbagai media, seperti petikan hasil wawancara berikut ini:

“Kami melakukan 3M dengan menguras/membersihkan bak air sekali seminggu, menutup tempat air, mengubur/membuang barang/barang bekas seperti kaleng bekas, ban-ban bekas dan lain-lain (FT 73 Tb; 15 Mei 07), (PS 66 Tk, NR 30 Th; 25 Mei 07), (SD 37 Tfc 28 Mei 07)”

Interpretasi bahwa informan tersebut diatas telah melaksanakan aktifitas 3M dengan benar sesuai dengan informasi pengetahuan yang mereka terima sebelumnya. Hasil obsevasi lapangan, penelitian, tidak menemukan jentik. Sehingga penelitian berkesimpulan bahwa pernyataan informan sudah sesuai dengan pengetahuan dan aktifitas pelaksanaan PSN-3M(3M sudah dilaksanakan).

Dengan membandingkan perilaku masyarakat dalam PSN-3M dan konsep Gerakan 3M di aas, maka perilaku masyarakat masih ada yang dikategorikan kurang. Dari hasil observasi lapangan peneliti bahwa untuk langkah **menguras**, masyarakat hanya menguras bak mandi saja, sedangkan ember, baskom, jergen, gentong, vas bunga, dan lain-lain kurang diperhatikan. Untuk langklah **menutup**, masyarakat hanya menutup tempat air minum saja, sedangkan tempat air biasa tidak diperhatikan., dan langkah **mengubur/menyingkirkan** barang-barang bekas seperti kaleng bekas, gelas, botol, ban-ban bekas dan lain-lain, masyarakat pada umumnya membuang/menyingkirkan di tempat sampah yang telah disiapkan oleh pemerintah setempat dan dalam jangka waktu 1-2 hari, sampah mereka sudah diangkut oleh petugas kebersihan Pemerintah Kota Palopo ke lokasi tempat pembuangan akhir (TPA).

Perlunya diberikan pengetahuan masyarakat tentang pentingnya melakukan PSN-3M. menurut **Sukedjo Notoatmojo**, sebelum seseorang mengadopsi perilaku (berperilaku baik), ia harus tahu terlebih dahulu apa arti atau manfaat perilaku tersebut bagi dirinya atau keluarganya. Oleh karena itu pemberian informasi tentang 3M perlu disertai dengan pemahaman tentang tujuan dan manfaat PSN - 3M serta bahaya-bahayanya terhadap kesehatan atau keluarga apabila tidak melakukan PSN-3M tersebut.

Sehubungan dengan pengetahuan informan tentang pengertian DBD xian pencetus yang menyebabkan penyakit DBD -seperti petikan hasil wawancara berikut ini:

“Saya belum paham apa itu DBD (JK27 Th;15Mei 07),(ND45 Th;19 Mei 07), (KM31 Th;16Mei07), (NP52 Th;01 Juni)7)”

Interpretasi sehubungan dengan jawaban beberapa informan tersebut di atas memberikan gambaran bahwa informan belum pernah membaca atau pun mendapatkan informasi/penyuluhan tentang pengertian DBD dan pencetus yang menyebabkan penyakit DBD.

Lain halnya dengan pernyataan informan lainnya sehubungan dengan pertanyaan tersebut di atas dan secara berurutan dapat dituliskan seperti petikan hasil wawancara berikut ini:

“DBD itu disebabkan oleh nyamuk dan bukan sembarang nyamuk (TW 64 Th; 16 Mei07)”

“DBD itu disebabkan oleh nyamuk air bersih (PS 66 Th; 25 Mei)7)”

“DBD disebabkan oleh nyamuk (SD37Th; 25 Mei 07), (NS 65 Th; 01 Mei 07)”

Interpretasi sehubungan dengan jawaban informan tersebut di atas yang tidak beragam dapat memberikan gambaran bahwa informan belum pernah membaca akan tetapi pernah mendengar tentang DBD, sehingga pengetahuan mereka tentang pengertian DBD belum pernah dipahami secara baik.

Berdasarkan jawaban informan yang lain sehubungan dengan pengertian DBD itu sudah ada yang memahami, seperti petikan hasil wawancara berikut ini :

“Penyakit DBD disebabkan oleh virus yang ditularkan melalui nyamuk aedes aegypti dan warnanya bintik-bintik putih (FT73 Th:15 Mei 07), (NR 30 Th; 25 Mei 07), (MS 37 Th;28 Mei 07)”

Interpretasi bahwa informan tersebut di atas sudah mengerti tentang DBD bahwa penyebabnya karena virus, walaupun tidak disebutkan nama virusnya akan tetapi nama nyamuk yang menularkan penyakit DBD sudah benar sehingga informan dapat dikategorikan bahwa mereka sudah cukup memahami pengertian penyakit DBD.

Sehubungan dengan pengetahuan informan, tentang cara pencegahan dan penanggulangan penyakit DBD, seperti petikan hasil wawancara berikut ini:

“Pencegahan DBD melakukan 3M,membakar obat nyamuk dan memakai kelambu dan penanggulangan DBD dengan segera membawa keluarga di Puskesmas/rumah sakit jika panas dan bintik-bintik merah di kulit (JK 27 Th;15 Mei 07),(TW 64 TH, KM 31 Th: 16 Mei 07)”

“Mencegah DBD dengan tidak menggantung pakaian dalam rumah, membersihkan selokan dan tempat genangan air dan cara penanggulangan DBD jika ada keluarga yang panas, ada bintik-bintik merah di kompres dingin dan selanjutnya diantar ke Puskesmas (ND 45 Th; 19 Mei 07),(NP 52 Th,NS 65 Th; 01 Juni 07)”

“mencegah DBD dengan cara melakukan 3M, melakukan kerja bakti, semprot nyamuk, memakai lotion,membakar obat nyamuk dan cara penanggulangannya jika panas lebih dari 2(dua)hari,bawa ke Puskesmas

atau pun Rumah Sakit terdekat (FT 73 Th;15 Mei 07), (PS 66 Th, NR 30 Th;26 Mei 07), (MS 37 Th, SD 37 Th; 28 Mei 07)”

interpretasi tentang pengetahuan informan mengenai cara pencegahan dan penanggulangan penyakit DBD, beberapa informan mengeluarkan pendapatnya yang beragam namun ada yang sama dan beberapa informan di atas belum memahami secara tepat/benar cara pencegahan dan penanggulangan penyakit DBD itu, namun demikian ada beberapa informan mengemukakan pendapatnya yang sudah lebih terarah dan mengetahui cara pencegahan dan penanggulangannya penyakit DBD tersebut.

Kemampuan mengembsngkan potensi hidup sehat secara mandiri dan berkesinambungan oleh masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Wara Kelurahan Lagaligo sudah tercermin pada wawasan pengetahuan yang mereka miliki. Beberapa upaya pencegahan penyakit DBD yang disebutkan informan yaitu (1) Melakukan 3M (menguras bak air, menutup tempat air minum dan membuang barang-barang bekas di tempat sampah yang telah disiapkan oleh pemerintah kota) (2) Menjaga kebersihan rumah, tidak menggantung pakaian dalam rumah (3) Melakukan kerja bakti dan menghindari genangan air (4) Memakai kelambu, membakar obat nyamuk, memakai lotion dan menyemprot nyamuk (5) mengikuti penyuluhan dan sosialisasi pemantauan jentik bagi kader (6) Menggunakan bubuk abate.

Pengetahuan masyarakat yang relative memadai berdampak pada perilaku yang dilakukan jika ada anggota keluarga yang menderita DBD dengan gejala – gejala penderita seperti panas lebih 2 hari, bercak-bercak merah pada kulit, lemah,

mual, dan kadang mimisan, mereka langsung membawa ke Puskesmas atau rumah sakit terdekat.

Sehubungan dengan pengetahuan informan tentang cara penggunaan bubuk abate dimana beberapa informan memberikan keterangan yang beragam namun ada yang sama seperti halnya pendapat informan dari beberapa pertanyaan sebelumnya dan secara berurut pendapat informan dapat dituliskan, seperti petikan hasil wawancara berikut ini:

“Saya belum pernah lihat atau mengenali abate, sehingga tidak mengetahui cara menggunakannya (JK 27 Th, FT 73 Th ; 15 Mei 07). (TW 64 Th; 16 Mei 07), (NP 52 Th, NS 65 Th; 01 Juni 07)”

“Saya pernah dengar ada abate tapi tidak pernah menggunakannya (MS 37 Th, SD 37 Th; 28 Mei 07)”

“Saya pernah diberikan bungkus abate dari petugas kesehatan dan saya menggunakannya dengan cara diletakkan saja di dalam bak air dengan pembungkusnya (ND 45 Th; 19 Mei 07), (PS 66 Th; 25 Mei 07)”

“Bubuk abate kami peroleh dari petugas Puskesmas dan cara menggunakannya yaitu dengan menaburkan ke dalam bak air secara merata yang dimulai dari dinding sampai kepertengahan bak (KM 31 Th;16 Mei 07), (NR 30 Th; 25 Mei 07)”

Berdasarkan pendapat informan mengenai penggunaan bubuk abate, sehingga berapakah jumlah takaran dan waktu pemberian bubuk abate, seperti petikan hasil wawancara berikut ini :

“Saya tidak tahu jumlah takaran yang seharusnya diberikan begitu pula jangka waktu pemberiannya (KM 51 Th;16Mei07), (NR30 Th;25 Mei 07)”

Interpretasi tentang pengetahuan informan mengenai cara penggunaan bubuk abate, masih ada beberapa informan yang belum mengenal bubuk abate apalagi cara menggunakannya, ada juga informan yang mengenalnya akan tetapi cara

menggunakannya tidak tepat yaitu hanya diletakkan di dalam bak air dengan pembungkusnya. Namun sudah ada informan yang memberikan pendapat yang benar tentang cara menggunakan bubuk abate yaitu menaburkan secara merata ke dalam bak air, tetapi takaran dan waktu pemberian bubuk abate belum diketahui.

Adapun hasil pemantauan jentik secara berkala yang telah dilaksanakan oleh petugas jumentik wilayah kerja Puskesmas Wara Kelurahan Lagaligo khususnya daerah endemic DBD pada Bulan Juni 2007, ternyata angka bebas jentik masih tinggi dan dipastikan bahwa pelaksanaan PSN - 3M oleh masyarakat masih rendah. Hasil survey jentik pada Bulan itu dari 281 rumah yang disurvei jentiknya, terdapat 47 rumah yang ditemukan jentik dan 234 rumah yang tidak ditemukan jentik, sehingga dapat dirumuskan bahwa angka jentik (ABJ) – $234/281 \times 100\%$ - 83,3% . Angka bebas Jentik (ABJ) yang diharapkan dapat menekan penyebaran DBD yaitu 95% atau lebih, sehingga memungkinkan sewaktu-waktu dapat terjadi letusan atau kejadian luar biasa penyakit itu. Data ini benar-benar mendorong peneliti untuk mengkaji fenomena yang terjadi pada rendahnya partisipasi masyarakat sebagaimana hasil wawancara dan observasi lapangan yang telah dilakukan oleh peneliti sejak bulan Mei – Juni 2007 kepada informan (petugas dan masyarakat) pada pelaksanaan program PSN-3M di wilayah tersebut.

Kondisi DBD di wilayah kerja Puskesmas Wara Kelurahan Lagaligo Kota Palopo tidak berbeda di daerah lain. DBD telah menjadi salah satu penyakit endemic

yang sewaktu-waktu dapat mewabah. Fenomena ini seharusnya menginspirasi pihak pemerintah melalui dinas kesehatan melibatkan banyak pihak untuk mencegah penyakit DBD melalui program-program kemitraan. Namun hingga saat ini dinas kesehatan Palopo belum melakukan kemitraan khusus secara maksimal. Keterlibatan pihak tertentu dalam upaya pencegahan DBD, karena mereka punya kepedulian seperti LSM, perguruan tinggi dan lainnya. Pelibatan yang utuh mulai dari (1) jalur perencanaan, (2) jalur proses pengambilan keputusan, (3) jalur pelaksanaan pembangunan, (4) jalur pengawasan, (5) jalur pemeliharaan hasil-hasil pembangunan atau mereka akan belajar bagaimana mengidentifikasi masalah, merumuskan rencana, dan membentuk organisasi melalui proses yang demokratis hingga bermuara pada kesuksesan program yang dilakukan secara bersama-sama.

Oleh karena itu, perlu diketahui factor-faktor penghambat dan pendorong pada partisipasi masyarakat agar potensi yang dimilikinya dapat diberdayakan. Salah satu factor penghambat bagi masyarakat untuk berpartisipasi dalam pencegahan DBD adalah masyarakat tidak dilibatkan dalam perencanaan program pembangunan di bidang kesehatan. Sedangkan salah satu factor pendorong masyarakat untuk berpartisipasi adalah masyarakat dilibatkan dalam setiap perencanaan pembangunan bidang kesehatan (Somamore, 2005).

Dalam kenyataannya, program pencegahan DBD melalui pemberdayaan masyarakat telah sukses di praktekkan di kota Purwokerto, Palembang dan Manado. Di Purwokerto bahkan prevalensi DBD dapat ditekan sampai nol dengan angka bebas

jentik 100 persen. Prestasi tersebut idealnya memotivasi kota Palopo untuk melakukan upaya-upaya peningkatan kesehatan (health promotion) secara menyeluruh, termasuk mencegah penyakit DBD. Dalam hal ini tentu dibutuhkan promotor kesehatan yang handal, yang punya kompetensi.

Ada beberapa kompetensi inti yang harus dimiliki promotor kesehatan dalam melakukan promosi kesehatan yaitu, (1) Mengelola, merencanakan dan mengevaluasi, (2) Komunikasi, (3) Menyeluruh, (4) Pemasaran dan Publikasi, (5) Fasilitasi dan Jaringan, (6) Mempengaruhi Kebijakan dan Praktik (Ewles & Simnet, 1994)

Keenam bidang kompetensi di atas, mendasar bagi promotor kesehatan untuk dimiliki. Promotor kesehatan yang ingin memiliki kompetensi lebih bias melakukan peningkatan kapasitas (*capacity building*) melalui banyak cara seperti pelatihan dan lain-lain.

Pentingnya partisipasi masyarakat pada pencegahan penyakit DBD jika dirujuk dengan “DOA” (Ngatimin 2003), yaitu kita harus menjaga tubuh tetap sehat melalui upaya membuat “Agent” (Bibit Penyakit), “Host” (Manusia) serta “Environment” (Lingkungan) berada dalam keseimbangan. Keadaan ini hanya mungkin terjadi bila yang bersangkutan mampu mengamalkan pengalaman perilaku sehat secara berkesinambungan. Dan jika pencegahan penyakit telah dijaga, penyakit terjadi juga, maka berupaya untuk segera berobat secara cepat, tepat, memadai dan terjangkau sehingga tubuh segera kembali sehat dan bugar.

Pencagahan penyakit DBD seperti juga penyakit menular lainnya, didasarkan atas **pemutusan mata rantai penularan**. Komponen penularan terdiri dari virus, *Aedes Aegypti* dan manusia. Karena sampai saat ini belum terdapat vaksin yang efektif terhadap virus tu, maka upaya pemberantasan DBD dititik beratnya pada pemberantasan nyamuk penularnya (*Aedes Aegypti*) disamping kewaspadaan dini terhadap kasus DBD untuk membatasi angka kematian. Pemberantasan nyamuk tersebut dapat dilakukan dengan penyemprotan insektisida, namun selama jentiknya masih dibiarkan hidup maka akan timbul lagi nyamuk yang baru yang selanjutnya dapat menularnya penyakit itu kembali.

Olehnya itu dilakukan pemberantasan vector intensif seperti :

1. Penyuluhan dan pergerakan masyarakat dalam PSN-3M.

Kegiatan PSN-3M dilakukan seminggu sekali secara berkesinambungan. Pergerakan masyarakat dalam PSN-3M dilakukan dengan kerja sama lintas sektoral yang dikoordinasikan oleh Kepala Wilayah/Daerah setempat melalui Pokja DBD.

2. Abatisasi

Dilaksanakan di Desa/Kelurahan endemis terutama di sekolah dan tempat-tempat umum. Semua tempat penampungan air dirumah dan bangunan yang ditemukan jentik aedes aegypti ditaburi bubuk abate sesuai dengan dosis 1 (satu) sendok makan (10 gram) abate untuk 100 liter air. Abatisasi dilakukan 2-3 bulan sekali terutama bak penampungan air yang sulit dikuras.

3. Fogging Fokus.

Penyemprotan insektisida dilakukan jika penyelidikan epidemiologi ditemukan penderita/tersangka penderita DBD lain atau sekurang- kurangnya 3 (tiga) penderita panas tanpa sebab jelas dan jentik aedes aegypti (10-20) dilokasi tersebut. Penyemprtan dilakukan 2 (dua) siklus dengan interval 1 (satu) minggu,fogging fokus dalam radius sekurang-kurangnya 100 m dan pengobatan penderita. Penyemprotan insektisida ini diikuti penyuluhan dan gerakan PSN-3M oleh masyarakat.

Pada tahap ini konsep yang berbasis pada “DOA”(Disability Orientet Approach)dapat dilaksanakan dan diamalkan“3 kiat hidup sehat”(Ngatimin,2003)

1. Mencegah penyakit jauh lebih baik dari mengobatinya.
2. Bila jatuh sakit, segeralah berobat untuk kembali sehat dan bugar
3. Camkanlah bahwa mereka yang hidup sehat dan bugar mereka adalah orang – orang yang dicintai Allah SWT, karena jauh dari derita disability dan ancaman kematian.

Masing – masing wilayah bahkan Negara punya karakteristik geografi maupun demografi yang berbeda satu sama lainnya, sehingga jika di Singapura efektif menanggulangi DBD dengan program 3F(Find,Fogging dan Fined). Hal itu memang sesuai dengan alamnya sebagaia kota dan Negara. Bahkan didua Negara tetangga yaitu Singapura dan Malaysia yang berhasil mencanangkan Negara bebas penyakit DBD. Keberhasilan ini karena pencegahan penyakit DBD mendapat perhatian penuh dari pemerintah bahkan dimaksudkan kedalam peraturan pemerintah

yang berbunyi “Rumah yang terdapat jentik nyamuk akan dikenakan sanksi”,
(tempo interaktif, 2004)

program 3M relative lebih cocok dalam konteks ke Indonesia baik secara geografis maupun demografis. Program **menguras** misalnya merupakan aktivitas yang umum dilakukan masyarakat untuk membersihkan tempat penampungan air, sehingga bukan kegiatan yang asing baginya. Kegiatan **menutup** air ataupun makanan merupakan budaya kita. Walaupun dalam hal ini bukan dalam rangka mencegah penyakit DBD. Masyarakat zaman kerajaan, sangat hati – hati menjaga minuman dan makanannya karena sentiment kekuasaan sangat kuat. Hal ini membentuk budaya menutup dan minuman yang lestari dan memiliki nilai yang tersendiri. Kegiatan **mengubur/ menimbun** juga masih cocok. Luas lahan di Indonesia dipaduh dengan tradisi hidup agraris sangat memungkinkan program mengubur/menimbun.

Perpaduan potensi budaya yang baik dengan kondisi geografis yang memungkinkan menjalankan program 3M tersebut, merupakan modal yang cukup berharga dalam mencegah penyakit DBD melalui program partisipasi masyarakat. Kondisi ini, tinggal cara memotivasi masyarakat dan sekaligus memberikan kesempatan untuk terlibat dalam program pencegahan DBD.

E. Partisipasi

a. Defisit Keterampilan dalam perilaku PSN – 3M

berdasarkan hasil wawancara dengan informan ditemukan kegagalan dalam menjalankan perilaku PSN-3M disebabkan oleh deficit keterampilan. Dengan demikian informan tidak menjalankan perilaku PSN-3M.

ada 2(dua) jenis perilaku dalam deficit keterampilan sebagai berikut:

1. Tidak mengetahui bagaimana cara menjatuhkan perilaku sasaran

Dalam menjalankan perilaku pencegahan dan penanggulangan penyakit DBD melalui program PSN-3M, masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Wara Kelurahan Lagaligo Kota Palopo, beberapa informan tidak mengetahui perilaku PSN-3M disebabkan karena tidak mengetahui bagaimana cara menjalankannya sebagaimana petikan hasil wawancara dan observasi berikut ini:

Aktifitas 3M kami tidak laksanakan karena belum memahami apa itu 3M (NP 52 Th, NS 65 Th;01 Juni 07)”

Interpretasi bahwa informan tersebut di atas tidak melakukan 3M karena sebelumnya tidak pernah mendapatkan informasi atau pengetahuan tentang 3M- Pada observasi lapangan peneliti menemukan jentik pada kedua rumah informan tersebut wadahnya di gentong dan baskom (NP), bak mandi (NS).

Defisit keterampilan yang dimaksud seperti cara menguras bak mandi, menutup tempat air dan mengubur barang-barang bekas begitu pula pemberian bubuk abate sebagian informan tidak mengenali apalagi menggunakannya, begitu pula takatan dan waktu pemberian bubuk abate juga belum diketahui.

2. Menjalankan aproksimasi-aproksimasi perilaku sasaran

Beberapa informan telah menjalankan aproksimasi-aproksimasi perilaku PSN-3M, tetapi tidak dalam frekwensi yang cukup, bentuk yang benar atau saat yang tepat. Dalam hal ini sebagian masyarakat telah memiliki kebiasaan kerja bakti dengan membersihkan rumah, pekarangan, dan selokan. Jadi perilaku tersebut yang telah dilakukan oleh masyarakat mirip dengan perilaku PSN-3M, hanya saja frekwensinya yang belum cukup, bentuknya belum benar dan saatnya belum tepat. Disarankan agar perilaku-perilaku ini dirahkan menjadi perilaku PSN-3M sesuai yang diharapkan. Caranya dengan memberikan perhatian keterampilan dengan cara menguras bak mandi, menutup tempat air dan mengubur/menyingkirkan barang-barang bekas serta pemberian bubuk abate.

Model perilaku pelatihan lebih mengutamakan kepentingan pengembangan keterampilan dan pada perubahan pengetahuan, karena seseorang yang kurang memiliki keterampilan tidak akan mampu mengambil keuntungan dari lingkungan yang paling mendukung sekali pun. Model ini berdasarkan pada teori belajar social (Bandura dalam Graef, dkk. 1997) dan analisis perilaku terapan (Baer dalam Graef, dkk. 1968).

Maka asumsi yang dipakai adalah bahwa untuk praktek seseorang memerlukan keterampilan atau setidaknya perlu mengamati orang lain yang terampil supaya dapat menjalankan sendiri praktek tersebut.

✍ **Strategi Mengatasi Defisit Keterampilan**

- a. Tidak mengetahui bagaimana cara melakukan 3M dan menggunakan bubuk abate. Strategi komunikasinya adalah memberikan pelatihan serta mengajarkan keterampilan yang diperlukan untuk melakukan 3M dan menggunakan bubuk abate.
- b. Menjalankan aproksimasi – aproksimasi pemberantasan sarang nyamuk, kegiatan ini mirip atau hamper sama dengan perilaku PSN – 3M, tetapi tidak dalam frekwensi yang cukup, bentuk yang benar dan saat yang tepat. Strategi komunikasinya adalah dengan memberikan penghargaan bagi kebiasaan hidup bersih msyarakat dan mengajarkan frekewensi,akurasi dan penjadwalan yang benar.

b. Defisit kinerja dalam perilaku PSN-3M

Dalam situasi-situasi tertentu, ada informan yang dapat menunjukkan bagaiman menjalankan perilaku PSN-3M dengan benar tetapi mereka masih belum menjalankannya perilaku tersebut secara rutin dalam kehidupan mereka sehari - hari. Ada informan yang mengetahui cara melakukan PSn-3M tetapi justru mereka tidak mempraktekkannya secara terus – menerus karena kondisi lingkungan social sekitarnya atau tidak mendukung perilaku tersebut.

Beberapa kasus deficit kinerja dibedakan berdasarkan kejadian yang mengikuti sebagai berikut:

1. Kinerja member akibat hukuman seketika
2. Kinerja tidak menciptakan hasil-hasil seketika

3. Kinerja tidak menjalankan perilaku sasaran lebih dihargai dari pada kinerja menjalankan perilaku sasaran
4. Kinerja menjalankan perilaku-perilaku lain lebih dihargai
5. Kinerja menjalankan perilaku sasaran yang kompleks

Jenis deficit kinerja yang ditemukan dalam pelaksanaan perilaku PSN-3M di wilayah kerja Puskesmas Wara Kelurahan lagaligo adalah kinerja tidak menciptakan hasil-hasil seketika dan kinerja menjalankan perilaku-perilaku lain lebih dihargai, sebagaimana petikan hasil wawancara dan observasi berikut ini,

“Aktifitas 3M tidak dilakukan karena kesibukan pekerjaan untuk kebutuhan keluarga di rumah (JK 27 Th; 15 Mei07)”

Interpretasi bahwa informan tersebut di atas tidak melakukan 3M walaupun sebelumnya informan mengetahui pengertian 3M dan hanya mengubur/menyingkirkan barang-barang bekas yang tidak disebutkan. Dari informasi petugas kesehatan puskesmas maupun informasi dari informan ketika wawancara diperoleh keterangan bahwa pada bulan Maret 07 keluarga informan (anak laki-laki umur 4 Th) meninggal dunia karena penyakit DBD.

Dengan kata lain pelaksanaan PSN-3M tidak menciptakan hasil-hasil seketika dan ada perilaku lain selain PSN-3M yang lebih dihargai. Kinerja perilaku 3M tidak dapat langsung dirasakan hasilnya. Terbebasnya keluarga dari penyakit Demama Berdarah tidak bias dicapai seketik itu juga hanya karena keluarga tersebut rajin melakukan 3M dan tidak terdapat jentik di rumahnya, selain itu setelah melakukan 3M tentu saja mereka tidak merasakan sesuatu perubahan atau sesuatu yang memuaskan. Dengan demikian wajar jika kinerja masyarakat mengalami deficit.

Disisi lain penyebab deficit kinerja adalah adanya perilaku lain yang lebih dihargai. Perilaku lain yang dimaksud adalah pengasapan atau fogging. Masyarakat lebih menanti fogging yang dilakukan oleh petugas kesehatan. Menurut mereka pengasapan lebih cepat dirasakan hasilnya dan lebih merata. Mereka menganggap pengasapan mematikan nyamuk sekaligus jentiknya, mereka tidak tahu bahwa fogging hanya memberantas nyamuk dewasa saja, tidak memberantas telur dan jentik nyamuk. Disamping itu biaya operasional fogging juga mahal.

✍ **Strategi Mengatasi deficit kinerja,**

- a. Kinerja dalam pemberantasan sarang nyamuk tidak menghasilkan hasil-hasil seketika

Oleh Karena sifat preventiknya, perilaku pemberantasan sarang nyamuk yang ditujukan pada penggulungan penyakit DBD tidak mempunyai konsekuensi seketika dan menonjol dan dengan mudah dapat dirasakan oleh seseorang yang menjalankan perilaku tersebut. Orang tersebut mungkin tidak mampu melihat bahwa, akibat praktek pemberantasan sarangnyamuk dirumahnya secara rutin, tidak adalagi satupun telur,jentik maupun nyamuk pembawa virus DBD di rumahnya maupun di rumah tetangganya yang bias ditularinya. Strategi komunikasinya adalah dengan memperkenalkan konsekuensi-konsekuensi positif baru bagi perilaku pemberantasan sarang nyanuk. Strategi komunikasi ini dapat memperkenalkan konsekuensi terencana dengan tujuan mendukung perilaku tersebut sampai diterima konsekuensi yang timbul secara alamia, konsekuensi material seperti piagam dan hadiah dapat diberikan kepada rumah tangga yang berhasil menjaga rumahnya tetap bebas jentik. Atau komunikator dapat

memasukkan konsekuensi kedalam strategi yang timbul dengan cara mengubah perilaku orang-orang disekitar informan guna mencipta lingkungan pendukung. Mungkin juga dengan cara mengajarkan kepada individu bagaimana mengenali konsekuensi – konsekuensi baru yang lebih seketika, bagi perilaku mereka tersendiri.

b. Deficit kinerja karena perilaku-perilaku lain dihargai.

Upaya penanggulangan DBD, masyarakat menjalankan perilaku tandingan yang mereka anggap produktif dan efektif sebagai pemberantasan sarang nyamuk. Meskipun bukan masyarakat yang langsung melakukan praktek fogging, tetapi fogging yang dilaksanakan oleh petugas kesehatan sangat dinantikan dan sangat didukung oleh mereka dengan harapan semua vector nyamuk *aedes aegypti* termasuk telur dan jentiknya dapat diberantas tuntas.

Strategi komunikasi untuk kenyataan di atas dengan meningkatkan penghargaan bagi pemberantasan sarang nyamuk dengan 3M atau meningkatkan hubungan bagi perilaku tandingan yakni pengasapan (fogging).

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

a. Kesimpulan

Berdasarkan uraian pada Bab – bab sebelumnya maka di tarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Partisipasi pada pencegahan penyakit DBD melalui program PSN – 3M di wilayah Kerja Puskesmas Wara Kelurahan Lagaligo Kota Palopo, belum mengikut sertakan masyarakat untuk susunan langkah partisipasi, baik dalam : (a), jalur perencanaan (b), jalur proses pengambilan keputusan (c), jalur pelaksanaan pembangunan (d), jalur pengawasan (e), jalur pemeliharaan hasil – hasil pembangunan. Atau mereka akan belajar bagaimana mengidentifikasi masalah, merumuskan rencana dan membentuk organisasi melalui proses yang demokratis.
2. Masih ada informan yang tidak melakukan perilaku PSN-3M akibat kurangnya pengetahuan dan keterampilan mereka miliki. Deficit keampuan dan deficit kinerja.
3. Deficit keterampilan yang dialami informan adalah informan tidak mengetahui PSN-3M disamping itu ada perilaku lain yang mirip perilaku PSN - 3M tetapi tidak dalam bentuk dan frekuensi yang tepat. Perilaku ini adalah kebiasaan membersihkan bak air, selokan, membersihkan rumah dan halaman.
4. Deficit kinerja yang dialami informan adalah bahwa perilaku PSN-3M tidak menciptakan hasil – hasil atau manfaat seketika bahkan keluarga informan pernah menderita DBD, sehingga akan berakibat bagi kesinambungan perilakunya.

Selain itu deficit kinerja terjadi karena ada perilaku yang lain di hargai yakni; pengasapan (fogging).

5. Upaya-upaya yang dapat mempengaruhi partisipasi masyarakat, untuk meningkatkan kuantitas dan kualitas perilaku PSN-3M yaitu peningkatan pengetahuan dan pemberian pelatihan keterampilan perilaku PSN-3M agar dijalankan secara benar dan berkesinambungan.

b. Saran – saran

Sesuai dengan kesimpulan di atas, maka ada beberapa saran yang perlu mendapat perhatian sebagai berikut:

1. Kepada petugas Puskesmas Wara Kelurahan Lagaligo Kota Palopo disarankan agar melaksanakan program PSN-3M melalui tahapan mulai dalam bentuk perencanaan, pengambilan keputusan, pelaksanaan, pengawasan, dan pemeliharaan hasil – hasil pembangunan agar melibatkan masyarakat pada semua tahapan, sehingga lebih awa mereka mengetahui, sekaligus dapat memberikan sumbangsi pemikiran terhadap program PSN-3M tersebut.
2. Masyarakat perl diberikan pengertian bahwa perilak tandingan pada penanggulangan DBD yaitu fogging yang memberantas nyamuk dewasa saja, tidak memberantas sarang, telur dan jentik nyamuk.
3. Bagi masyarakat yang belum mengerti manfaat PSN-3M dan bahayanya apabila tidak melakukan PSN-3M sehingga perlu diberikan informasi yang cukup.

4. Pemberian pelatihan keterampilan perilaku PSN-3M seperti menguras bak air, menutup tempat air dan mengubur/menyingkirkan barang – barang bekas serta menggunakan bubuk abate yang harus dilakukan.
5. Masyarakat tidak merasakan manfaat seketika pada perilaku PSN-3M untuk itu perlu dipertimbangkan pemberian penghargaan baik penghargaan secara social maupun penghargaan berupa materi.

DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI. 2003. Visi Pembangunan Kesehatan Hukum Lingkungan, (online), Vol.2 No.1 (<http://www.kompas.com/>), diakses 02 Juni 2004
- Depkes RI. 2005. Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Daerah
- Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan, 2001. Buku Pedoman Pemberantasan Penyakit *Berbasis Lingkungan* Jakarta : Departemen Kesehatan Republik Indonesia
- Santoso,S.R.A, 1980, *Partisipasi, Komunikasi, persuasi dan Disiplin dalam pembangunan nasional*, Penerbit Almunir, Bandung.
- Hamid, Abu 2001 *Sekke rupa*, Masyarakat dan Kebudayaan Sulawesi Selatan, Makassar, Program Pascasarjana Unhas.
- Mikelsen, Britha 2001 Metode Penelitian Partipatoris dan Upaya-Upaya Pemberdayaan : *Sebuah Buku Pegangan bagi Para Peneliti Lapangan*, Jakarta, Yayasan Obor Indonesia.
- Soetrisno.L, 1995. *Menuju masyarakat Partisipatif*, Penerbit Kanisius, Yogyakarta.
- Cangara, Hafied. 2002. *Pengantar Ilmu Komunikasi*. Rajawali Pers: Jakarta.
- Danim, Sudarwan,2002, *Menjadi Peneliti Kualitatif*, CV Pustaka Setia Bandung
- Graeff, dkk. 1996. *Komunikasi Untuk Kesehatan dan Perubahan Perilaku*. Gadjah Mada University Press : Yogyakarta.
- Laporan Konsultan WHO Project INO CPC 001 September – Desember 2003 (*Rencana Strategis Pencegahan dan Pemberantasan Demam Dengue 2004 – 2008*)
- Lawuyan, Stefanus. 2004 *Pembasmian Penyakit Demam Berdarah Dengue*. (online), Vol.2 No.1 (<http://www.sehat2010>), diakses 09 Januari 2005
- Notoatmojo, Soekidjo. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta Jakarta.
- Notoatmojo Soekidjo, 2005. Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasinya. PT Rineka Cipta, Jakarta.

- Ngatimin,H.M. Rusli.2005.*Disability* Oriented Approach (DOA). Yayasan PK – 3. Makassar.
- Ngatimin, H.M. Rusli, 2005.IlmU Perilaku Kesehatan Yayasan PK -3 Makasaar.
- Ngatimin, H,M. Rusli 2005. Komitmen dokter dan S.K.M. Mewujudkan HIdup Sehat Yayasan PK -3 Makassar
- Seksi P2M Dinas Kesehatan Kota Makassar. 2005. dan 2006 *Laporan Kegiatan Survai demam Berdarah Dengue*. Dinas Kesehatan kota makassar : Makassar
- Tempo Interaktif, 2004, (<http://www.gogk.com>) Akses tanggal.06 Februari 2007.
- Puskesmas wara 2006. Laporan Kegiatan PuskesmasWara 2006 Kota Palopo
- Bidang P2PL Dinas Kesehatan Kota Palopo. 2005 dan 2006. Laporan kegiatan Survey DBD, Akses Kesehatan Kota Palopo.
- Hadinegoro H. Sri Rezeki, Irawan Satari Hendra. 2005,Demam Berdarh Dengue Fakultas kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.
- Soegijanto Soegeng, 2004, Demam Berdarah Dengue, Airlangga University Press, Surabaya.
- Muhadir Noeng, 2002, Metodologi Penelitian Kualitatif, Rake sarasin, Yogyakarta.
- Brannen Julia, 2005, Memadu Metode Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif, Pustaka Pelajar Offset, Yogyakarta.
- Mikkelsen Britha, 2003, Metode Penelitian Partisipatoris dan Upaya – Upaya Pemberdayaan, Yayasan Obor Indonesia, Jakarta.
- Hamid Abu, 2001 Sekke Rupa, Masyarakat dan Kebudayaan Sulawesi Selatan Makassar, ProgramPascasarjana Unhas.
- Mikkelsen, Britha, 2001, Metode Penelitian Partisipatoris danUpaya-Upaya Pemberdayaan : Sebuah Buku Pegangan Bagi Peneliti Lapangan, Jakarta Yayasan Indonesia.
- Badan Perencanaan Daerah Kota Palopo, Kecamatan Wara dalam angka tahun 2005, Badan Pusat Staistik Kota Palopo.

Lampiran 1.

PEDOMAN WAWANCARA

A. Pedoman Wawancara dalam Pelaksanaan Program (petugas)

1. Perencanaan Program 3 M

- Apakah rencana dibuat oleh Tim?
- Rencana itu menggunakan jenis data apa?
- Bagaimanakah menetapkan prioritas rencana program?
- Siapa saja yang terlibat dalam Tim kerja ?

2. Implementasi/Pelaksanaan

- Bagaimanakah kinerja Pokja DBD di wilayah kerja anda?
- Bagaimanakah kinerja JUMANTIK (Juru Pemantau Jentik) di wilayah kerja anda?
- Bagaimanakah strategi dalam melibatkan komponen masyarakat?
- Bagaimanakah peran serta masyarakat dalam melaksanakan program 3 M?
- Apakah ada kendala dalam melibatkan masyarakat?

3. Evaluasi

- Apakah ada alat ukur untuk keberhasilan program.
- Apakah ada supervisi dalam pelaksanaan Tim kerja (POKJA DBD).
- Apakah ada saran atau solusi yang diberikan oleh masyarakat
- Apakah ada tahap evaluasi dalam Program kerja PSN-3 M

B. Pedoman wawancara tentang gambaran pengetahuan (Masyarakat).

1. Identifikasi dan gali informasi tentang pengertian PSN-3 M?
2. Identifikasi dan gali informasi tentang aktivitas pelaksanaan PSN-3 M
3. Identifikasi dan gali informasi tentang pengertian DBD?
4. Apakah faktor pencetus yang menyebabkan penyakit DBD?
5. Bagaimanakah cara pencegahan penyakit DBD?
6. Bagaimanakah cara penanggulangan penyakit DBD?
7. Identifikasi dan gali informasi tentang penggunaan bubuk Abate

Lampiran 2.

OBSERVASI/PENGAMATAN LAPANGAN

Praktek 3M (Menguras, Menutup dan Mengubur)

1. Menguras

- Mengamati cara Menguras tempat-tempat penampungan air seperti : Menguras alas bak dan dinding bak.
- Mengamati bekas pembuangan air dan dikuras, tidak tergenang atau tertampung
- Apakah pengurasan dilakukan secara teratur setiap minggunya
- Bagaimanakah cara menggunakan bubuk Abate.

2. Menutup.

- Mengamati apakah tempat-tempat penampungan air ditutup dengan rapat-rapat seperti ; tempat air minum, bak mandi, bak WC dll.

3. Mengubur

- Mengamati cara mengubur atau menyingkirkan barang-barang bekas seperti : kaleng bekas, botol, kantong plastic dan barang bekas lainnya yang dapat menampung air hujan.

Lampiran 3

Table Distribusi Informan Penelitian

No	Kode Informan	Umur (Tahun)	Pendidikan	Pekerjaan
1	Yr	35	AKL	Petugas Puskesmas
2	Jk	27	SMA	Swasta
3	Ft	73	SMA	Pensiunan ABRI
4	Nd	45	PGA	Jualan
5	Tw	64	SD	Jualan
6	Ps	66	SLTA	Pensiunan (LPMK)
7	Km	31	SMA	Kader Posyandu
8	Nr	30	PGSD	Kader Posyandu
9	Mp	52	SD	Buruh
10	Ms	37	SMA	Ketua RT
11	Sd	37	SMA	Ketua RW
12	Ns	65	PGA	Imam Kelurahan

Lampiran. 4

Matriks hasil wawancara mendalam dengan

informan

a. Hasil wawancara mendalam dengan informan (petugas AKL Puskesmas)

No	Hasil wawancara
1.	<p data-bbox="740 495 1068 527">Perencanaan program 3M</p> <p data-bbox="467 567 1344 598">Perencanaan dibuat oleh tim kerja yang dibentuk di Puskesmas.</p> <p data-bbox="472 638 1336 743">Tidak ada dasar SK dalam pengangkatan Tim, akan tetapi Tim secara lisan atas dasar tugas pokok masing-masing yang telah disampaikan oleh Kepala Puskesmas.</p> <p data-bbox="532 785 1276 816">Menggunakan data pada kajian kasus tahun yang lalu.</p> <p data-bbox="480 858 1330 926">Menetapkan prioritas program berdasarkan hasil surveylance banyaknya kejadian kasus pada suatu wilayah tertentu.</p> <p data-bbox="456 968 1354 1035">Adapun Tim yang terlibat terdiri dari 2(dua) orang petugas AKL, 1(satu) orang petugas promkes dan para petugas surveylance.</p>
2.	<p data-bbox="732 1043 1076 1075">Implementasi/pelaksanaan.</p> <p data-bbox="477 1115 1333 1182">Tim/pokja DBD wilayah kerja kami belum terbentuk, sehingga kinerja pokja belum dapat diprediksi.</p> <p data-bbox="440 1224 1370 1367">JUMANTIK sudah terbentuk dan dikoordinir langsung oleh Dinkes Kota Palopo, khususnya Jumantik diberdayakan di daerah endemik DBD dan melaksanakan tugasnya sekali sebulan dengan mengisi daftar pantauan jentik yang digantung di rumah warga.</p> <p data-bbox="435 1409 1375 1476">Penyuluhan dengan memakai mobil Ambulance di lokasi yang rawan DBD dan penyuluhan lewat Posyandu tentang program 3M.</p> <p data-bbox="461 1518 1347 1623">Peranserta masyarakat masih jauh atau seperti yang diharapkan karena buktinya masih sering ditemukan jentik dirumah-rumah warga.</p> <p data-bbox="431 1665 1382 1770">Sementara ini kami masih pelajari kendala itu, apakah faktor metode kami atau faktor pengetahuan dan kesadaran masyarakat itu sendiri tentang PSN-3M sehingga kurang berpartisipasi.</p>
3.	<p data-bbox="850 1778 964 1810">Evaluasi</p> <p data-bbox="488 1852 1325 1883">Sebagai alat ukur kami yaitu kartu pemantauan jentik secara</p>

berkala.
<p>Belum ada supervisi yang dilakukan secara terorganisir karena pokja DBD diwilayah kerja kami belum terbentuk.</p> <p>Setiap kali dilakukan penyuluhan kepada masyarakat disarankan agar mencegah mewabahnya DBD melalui program PSN-3M sebab cara inilah yang paling efektif dan termurah untuk memutuskan rantai/siklus kehidupan nyamuk, sehingga tidak memberikan kesempatan jentik nyamuk menjadi nyamuk dewasa untuk terbang menggigit. Adapun jika masyarakat hanya mengharapkan fogging berarti membutuhkan biaya yang sangat besar sedangkan Pemerintah memiliki kemampuan dana yang sangat terbatas.</p> <p>Evaluasi yang kami lakukan yaitu evaluasi proses atau mengevaluasi kegiatan keberhasilan program yang sedang kami laksanakan khususnya evaluasi pemantauan jentik secara berkala.</p>

b. Informasi yang dikumpulkan melalui wawancara.

No.	Kode informan	Hasil wawancara	Interpretasi	Kategorisasi
1.	Jk,Tw,Km	Apakah Bapak/Ibu tahu tentang pengertian PSN-3M?	Yang diketahui baru 2M	Pengetahuan kurang
	Nd,Np,Ns	“Saya pernah dengar melalui TV bahwa 3M itu adalah Menguras, Menutup dan yang lainnya saya lupa”	Tidak pernah mendapatkan informasi 3M	Pengetahuan kurang
	Ft,Ps,Nr,Ms,Sd	“PSN-3M itu sama sekali saya tidak mengerti dan barusan saya dengar”	Informasi 3M sudah pernah didapatkan	Pengetahuan cukup
		“3M yaitu Membersihkan dan menguras bak air, Menutupi tempat air dan Mengubur/membuang barang-barang bekas seperti kaleng, botol dan barang bekas lainnya.		

2.	<p>Jk</p> <p>Np, Ns</p> <p>Ms,Tw,Km,Nd</p> <p>Ft,Ps,Nr,Sd</p>	<p>Bagaimanakah aktifitas pelaksanaan PSN-3M itu?</p> <p>“Aktifitas 3M tidak dilakukan karena kesibukan pekerjaan untuk kebutuhan hidup keluarga dirumah”</p> <p>“Aktifitas 3M kami tidak laksanakan karena begini memahami apa itu 3M”</p> <p>“3M kami sudah laksanakan seperti Menguras bak mandi, Menutup tempat air dan Mengubur/membuang barang-barang bekas”</p> <p>“Kami melakukan 3M dengan Menguras/membersihkan bak air sekali seminggu, menutup tempat air, Mengubur/membuang barang-barang bekas seperti kaleng bekas gelas, ban-ban bekas dan lain-lain.</p>	<p>Dia tahu tetapi tidak melakukannya (covert behavior)</p> <p>Tidak melakukan karena informasi 3M belum didapatkan</p> <p>3M sudah dia laksanakan</p> <p>3M sudah dia tahu dengan jelas dan dilaksanakan</p>	<p>Devisit kinerja</p> <p>Devisit keterampilan</p> <p>Sudah berperan aktif</p> <p>Berperan sangat aktif</p>
3.	<p>Jk,Nd,Km,Np</p> <p>Tw</p>	<p>Apa pengertian DBD dan pencetus yang menyebabkan penyakit DBD?</p> <p>“Saya belum paham apa itu DBD akan tetapi saya dengar pencetusnya</p>	<p>Yang baru dia pahami DBD pencetusnya nyamuk</p>	<p>Pengetahuan kurang</p>

	<p>Ps</p> <p>Sd, Ns</p> <p>Ft,Nr,Ms</p>	<p>adalah nyamuk”</p> <p>“DBD itu disebabkan oleh nyamuk dan bukan sembarang nyamuk”</p> <p>“DBD itu disebabkan oleh nyamuk air bersih”</p> <p>“DBD disebabkan oleh yamuk”</p> <p>“Penyakit DBD disebabkan oleh virus yang ditularkan melalui nyamuk aedes aegypti dan warnanya bintik-bintik putih”</p>	<p>Yang baru dia pahami DBD pencetusnya nyamuk</p> <p>Yang baru dia pahami DBD pencetusnya nyamuk</p> <p>Yang baru dia pahami DBD pencetusnya nyamuk</p> <p>Informasi penyakit DBD sudah pernah didapatkan</p>	<p>Pengetahuan kurang</p> <p>Pengetahuan kurang</p> <p>Pengetahuan kurang</p> <p>Pengetahuan cukup</p>
4.	<p>Jk,Tw,Km</p> <p>Nd,Np,Ns</p> <p>Ft,Ps,Nr,Ms,Sd</p>	<p>Bagaimanakah cara pencegahan dan penanggulangan penyakit DBD?</p> <p>“Pencegahan DBD melakukan 3M, membakar obat nyamuk dan memakai kelambu dan penanggulangan DBD dengan segera membawa keluarga di Puskesmas/Rumah sakit jika panas dan bintik-bintik merah di kulit”</p> <p>“Mencegah DBD dengan tidak menggantung pakaian dalam rumah, membersihkan selokan</p>	<p>Informasi pencegahan DBD dan penanggulangannya sudah pernah didapatkan</p> <p>Pencegahan belum dipahami secara benar</p>	<p>Pengetahuan cukup</p> <p>Pengetahuan kurang kurang</p> <p>Pengetahuan cukup</p>

		<p>dan tempat genangan air dan cara penanggulangan DBD jika ada keluarga yang panas ada bintik-bintik merah dikompres dingin dan selanjutnya diantar ke Puskesmas”</p> <p>“Mencegah DBD dengan cara melakukan 3M, kerja bakti, semprot nyamuk, memakai lation, membakar obat nyamuk dan cara penanggulangnya jika lebih 2(dua) hari di bawa ke Puskesmas ataupun rumah sakit terdekat”</p>	<p>Informasi pencegahan dan penanggulangan DBD sudah pernah didapatkan</p>	
5.	<p>Jk,Ft,Tw,Np,Ns</p> <p>Ms, Sd</p> <p>Nd,Ps</p> <p>Km, Nr</p>	<p>Bagaimana cara menggunakan bubuk abate?</p> <p>“Saya belum pernah lihat atau mengenali abate, sehingga tidak mengetahui cara menggunakannya”</p> <p>“Saya pernah dengar ada abate tapi tidak pernah menggunakannya”</p> <p>“Saya pernah diberikan bungkusan abate dari petugas kesehatan dan saya menggunakannya dengan cara diletakkan saja didalam bak air dengan pembungkusnya”</p>	<p>Informasi abate belum didapatkan</p> <p>Pernah dia mendapatkan informasi tapi tidak pernah melihat dan menggunakannya</p> <p>Dia mengenal bubuk abate tetapi cara menggunakannya tidak tepat</p> <p>Informasi bubuk abate sudah didapatkan dan mengerti cara penggunaannya</p>	<p>Pengetahuan kurang</p> <p>Pengetahuan kurang</p> <p>Pengetahuan kurang</p> <p>Pengetahuan kurang</p>

		<p>“Bubuk abate kami peroleh dari petugas Puskesmas dan cara menggunakannya yaitu dengan menaburkan ke dalam bak air secara merata yang dimulali dari dinding sampai keoertengahan bak”</p>		
--	--	--	--	--

Lampiran 5
Observasi/pengamatan lapangan praktek 3M

Informan	Menguras	Menutup	Mengubur
Jk	2 hari yang lalu bak air sudah dikuras, Nampak air bersih dan ada ikan 2 ekor	Menutup tempat air minum	Membuang bar. barang bekas dit sampah
Ft	Satu hari yang lalu bak air dikuras, Nampak bak air bersih	Menutup tempat air minum	Membuang bar. barang bekas dit sampah
Nd	Tempat mandi dan mencuci pakai ember dan sementara kosong	Menutup tempat air minum	Membuang bar. barang bekas dit sampah
Tw	1(satu) hari yang lalu bak air dikuras, Nampak bak dan air bersih	Menutup tempay aiorminum	Membuang bar. barang bekas dit sampah
Ps	5 hari yang lalu bak air dikuras, Nampak alas bak mulali kotor dan air sedikit keruh	Menutup tempat air minum	Membuang bar. barang bekas dit sampah
Km	Melakukan praktek menguras, manyikat lebih banyak pada alas dibandingkan dinding bak	Menutup tempat air minum	Membuang bar. barang bekas dit

	bak, Air bekas dikeluarkan, bak dibilas air bersih. Dan di buang kembali, setelah bersih di isi kembali air.		sampah
Np	Menguras tidak dilakukan, hanya membuang air jika kotor, Nampak air keruh dan banyak kotoran	Tidak menutup gentong dan baskom tempat penampungan air kebutuhan sehari-hari. Yang dia tutup hanya tempat air minum	Membuang barang bekas ditampas
Ms	3 hari yang lalu menguras bak dan Nampak air masih jernih	Menutup tempat air minum	Membuang barang bekas ditampas
Sd	Membersihkan ember penampungan air jika kotor dan Nampak air jernih	Menutup tempat air kebutuhan sehari-hari	Membuang barang bekas ditampas
Ns	Membersihkan bak air jika kotor. Ada 2 bak air mandi dan yang satunya sisa sedikit airnya dan kelihatan kotor	Menutup tempat air minum	Membuang barang bekas