BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Analisis Bivariat

6.1.1 Hubungan Antara Karakteristik dengan Kepercayaan Kesehatan Responden Terhadap Penyakit DBD.

Karakteristik responden disini meliputi umur, pendidikan, pekerjaan, jumlah anggota keluarga, dan pendapatan.

Berdasarkan perhitungan statistik didapatkan hasil bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara karakteristik dengan kepercayaan kesehatan responden.

Hasil yang didapatkan masih bertolak belakang dengan teori *Health Belief Models (HBM)* yang menyebutkan bahwa perbedaan demografis (umur, jenis kelamin, etnis), psikososial (kelas sosial, *peer & reference groups*, pengalaman sebelumnya) dan variabel struktural (pengetahuan tentang penyakit, kontak pertama dengan penyakit, akses ke pelayanan kesehatan) memberikan pengaruh dalam persepsi individu (persepsi kepercayaan kesehatan) dan secara langsung mempengaruhi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan (Glanz, 1990; Weiss, 1997). Teori HBM lebih menekankan pada beberapa komponen yang secara bersama-sama mempengaruhi kepercayaan kesehatan. Disamping komponen-komponen diatas, masih ada komponen pendorong untuk bertindak (cetusan peristiwa dan *self efficacy*), seperti kampanye media massa, nasehat dari orang lain, dan sebagainya. Ini sesuai dengan sejarah munculnya teori ini adalah sebagai usaha untuk mencegah kegagalan partisipasi masyarakat dalam pencegahan penyakit dan mendeteksi secara dini suatu penyakit, baik dari komponen kesehatan

maupun non kesehatan, sehingga antar komponen saling berhubungan untuk mempengaruhi suatu kepercayaan kesehatan. Disamping itu ada beberapa kelemahan-kelemahan dalam teori HBM (Glanz, 2000; Weiss, 1997; Smet 1994), yaitu *Pertama,* bahwa usaha secara langsung untuk memodifikasi kepercayaan sering gagal dan membutuhkan beberapa alternatif pendekatan. *Kedua,* penganut HBM mengambil gagasan akan pentingnya menggunakan keseluruhan faktor (intrapersonal, interpersonal, kelembagaan, kemasyarakatan, kebijakan publik) dalam usaha untuk mempromosikan kesehatan. Padahal harus diingat bahwa HBM merupakan suatu model pendekatan psikososial, yang sedemikian rupa dibatasi pada melihat sebanyak mungkin perbedaan didalam perilaku yang terkait dengan kesehatan individu, seperti yang diperlihatkan oleh kepercayaan dan sikap mereka. *Ketiga,* ketika faktor lingkungan mempunyai peran penting, mestinya tidak meninggalkan perhatian pada peran faktor interpersonalitik, dimana perubahan masyarakat tetap menjadi fokus pada faktor kepercayaan dan motivasi individu.

Akan tetapi, hasil ini sesuai dengan yang diungkapkan **Graeff** (1993) yang menyebutkan bahwa eksistensi tingkat-tingkat akal budi *(inner states)*, seperti kepercayaan dan pengetahuan, hanya dapat ditafsirkan berdasarkan observasi-observasi berkenaan dengan apa yang orang-orang lakukan atau dengan apa yang orang-orang katakan sehubungan dengan hal-hal yang mereka lakukan. Hal senada diungkapkan oleh tim ahli WHO (Sarwono, 1985) bahwa kepercayaan sering diturunkan atau diperoleh dari orangtua, atau dari orang yang dipercaya . Seseorang menerima kepercayaan itu berdasarkan keyakinannya, tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu. Karakteristik (umur, pendidikan, pekerjaan, jumlah anggota keluarga dan pendapatan) dalam hal ini

tidak mempengaruhi seseorang dalam menerima suatu kepercayaan kesehatan, karena kepercayaan seseorang lebih ditentukan pada pengalaman hidup, observasi sehari-hari dan pengaruh orang sekitarnya.

Menurut **Budioro** (1998) yang mengatakan bahwa perilaku disebabkan oleh proses pendewasaan *(maturation)*, yaitu semakin dewasa seseorang maka ia akan cepat beradaptasi dengan lingkungannya. Lingkungan dapat berarti lingkungan tempat tinggal dimana seseorang beradaptasi dengan inovasi, dapat mempertimbangkan keuntungan dan kerugian suatu inovasi.

Asumsi peneliti adalah dalam kaitannya dengan kepercayaan kesehatan mengenai Penyakit DBD, variabel karakteristik responden tidak berhubungan dengan kepercayaan kesehatan, karena kepercayaan kesehatan lebih didasari pada lingkungan dan kebudayaan setempat dalam memandang Penyakit DBD. Sedangkan **Roger** dan **Shoemaker** (1983) mengemukakan bahwa unsur-unsur kebudayaan baru itu mudah diterima apabila unsur-unsur kebudayaan baru tersebut secara relatif lebih menguntungan, sesuai dengan kebudayaan yang telah ada, mudah digunakan, dapat dicoba dan dapat diamati. Jadi variabel karakteristik tidak mempunyai pengaruh dengan kepercayaan kesehatan responden terhadap Penyakit DBD.

6.1.2 Hubungan antara faktor psikososial dengan kepercayaan kesehatan Responden Terhadap Penyakit DBD.

Faktor psikososial adalah *peer & reference groups* dan pengalaman sebelumnya mengenai Penyakit DBD.

Berdasarkan perhitungan statistik didapatkan hasil bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara faktor psikososial dengan kepercayaan kesehatan responden.

Hasil yang didapatkan berlawanan dengan teori *Health Belief Models (HBM)* yang menyebutkan bahwa perbedaan demografis (umur, jenis kelamin, etnis), psikososial (kelas sosial, *peer & reference groups*, pengalaman sebelumnya) dan variabel struktural (pengetahuan tentang penyakit, kontak pertama dengan penyakit, akses ke pelayanan kesehatan) memberikan pengaruh dalam persepsi individu (persepsi kepercayaan kesehatan) dan secara langsung mempengaruhi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan (Glanz, 1990; Weiss, 1997). Ada kemungkinan hal ini terjadi karena *peer & reference groups* dan pengalaman sebelumnya mengenai demam berdarah lebih berhubungan dengan praktik pencegahan, karena perilaku individu biasanya dipengaruhi oleh orang sekitarnya dan pengalaman yang pernah terjadi. Disamping itu, **Sarwono** (1993) mengatakan bahwa kepercayaan kesehatan untuk dapat didorong menjadi suatu perilaku, memerlukan faktor pencetus *(cues to action)* yang dapat datang dari dalam diri individu (munculnya gejala-gejala penyakit tersebut) ataupun dari luar (nasihat orang lain, kampanye kesehatan, terserangnya seorang teman atau anggota keluarga oleh penyakit yang sama, dan sebagainya). Lebih lanjut **Sarwono** mengungkapkan bahwa bagi mereka yang memiliki motivasi yang rendah untuk bertindak (misalnya orang tersebut tidak percaya bahwa dirinya akan terserang penyakit itu, yang menganggap remeh akibat dari penyakit penyakit tersebut atau yang takut menerima pengobatan) diperlukan rangsangan yang lebih intensif untuk mencetus respon yang diinginkan, sedangkan bagi mereka yang sudah termotivasi untuk bertindak, maka rangsangan sedikit saja cukup untuk menimbulkan respon tersebut.

Hasil penelitian ini juga berlawanan dengan pendapat **Mantra** (1994) yang mengungkapkan bahwa manusia merupakan makhluk sosial, maka ada motivasi lain yang

kadang-kadang lebih berpengaruh, yaitu motivasi sosial, seperti harga diri, rasa ingin diakui oleh kelompoknya, dan sebagainya. Dengan perkataan lain, kelompok orang-orang disekeliling yang bersangkutan cukup besar pengaruhnya. Kelompok ini bisa kelompok keluarga maupun kelompok diluar keluarga seperti *peer & reference groups* dan *primary group.* Pernyataan **Mantra** ini menekankan bahwa faktor psikososial seharusnya mempunyai pengaruh terhadap kepercayaan kesehatan reseponden mengenai DBD.

Hasil penelitian ini sesuai dengan yang diungkapkan **Graeff** (1993) yang mengatakan bahwa Eksistensi tingkat-tingkat akal budi *(inner states)*, seperti kepercayaan dan pengetahuan, hanya dapat ditafsirkan berdasarkan observasi-observasi berkenaan dengan apa yang orang-orang lakukan atau dengan apa yang orang-orang katakan sehubungan dengan hal-hal yang mereka lakukan.

6.1.3 Hubungan Antara Pengetahuan dengan Kepercayaan Responden Terhadap Penyakit DBD.

Berdasarkan perhitungan statistik didapatkan hasil bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan kepercayaan kesehatan responden (perasaan keseriusan yang dirasakan dan aspek-aspek penghalang yang dirasakan terhadap pencegahan Penyakit DBD).

Berdasarkan perhitungan statistik didapatkan hasil bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara faktor psikososial responden dengan kepercayaan kesehatan (persepsi kerentanan yang dirasakan dan kepercayaan mengenai manfaat yang dirasakan terhadap pencegahan penyakit DBD).

Berdasarkan teori *Health Belief Models (HBM)* yang menyebutkan bahwa variabel struktural (pengetahuan tentang penyakit, kontak pertama dengan penyakit,

akses ke pelayanan kesehatan) memberikan pengaruh dalam persepsi individu (persepsi kepercayaan kesehatan) dan secara langsung mempengaruhi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan (Glanz, 1990; Weiss, 1997). Ada kemungkinan hasil penelitian ini sebagian tidak sesuai dengan teori HBM karena variabel pengetahuan lebih menekankan pada aspek perasaan keseriusan yang dirasakan terhadap Penyakit DBD menurut pengetahuan responden. Akan tetapi karena responden berada dilingkungan perumahan yang relatif terjaga kebersihannya, mempunyai pendapatan tinggi, dan berpendidikan tinggi, maka aspek persepsi kerentanan yang dirasakan terhadap Penyakit DBD rendah, sehingga tidak berpengaruh terhadap kepercayaan kesehatan responden. Misalnya dapat digambarkan bahwa responden menganggap Penyakit DBD berbahaya, tetapi mereka berkeyakinan tidak mungkin terkena Penyakit DBD. Kemudian karena pengetahuan mereka mengatakan bahwa Penyakit DBD berbahaya, maka responden lebih terfokus pada aspek-aspek negatif yang potensial dalam suatu tindakan kesehatan/penghalang yang dirasakan dan mungkin berperan sebagai halangan merekomendasikan suatu perilaku. Berdasarkan pengetahun responden, maka ia tidak terlalu memikirkan bagaimana efektifitas dari berbagai tindakan yang ada untuk mengurangi ancaman penyakit, atau tidak telalu memikirkan keuntungan-keuntungan yang dirasakan dalam mengambil tindakan.

Kosa dan **Robertson** (Notoatmodjo, 2003) mengatakan bahwa perilaku kesehatan individu cenderung dipengaruhi oleh kepercayaan orang yang bersangkutan terhadap kondisi kesehatan yang diinginkan, dan kurang berdasarkan pada pengetahuan. Setiap individu mempunyai cara yang berbeda, meskipun memiliki gangguan kesehatan yang sama. Pada umumnya, kepercayaan seseorang dipengaruhi oleh penilaian individu

sendiri atau dipengaruhi oleh orang lain. Penilaian semacam ini menunjukkan bahwa gangguan yang dirasakan individu menstimulasikan dimulainya suatu proses sosial psikologis.

Analisis peneliti bahwa pada hal yang berkaitan dengan kepercayaan kesehatan mengenai penyakit DBD, pengetahuan responden tentang Penyakit DBD dapat mempengaruhi kepercayaan kesehatan, tergantung pada kondisi karakteristik dan lingkungan masyarakat yang ada. Pada masyarakat perumahan , ada kemungkinan tidak ada pengaruh pengetahuan dengan kepercayaan kesehatan secara keseluruhan (kerentanan, keseriusan, keuntungan dan penghalang), namun pada masyarakat perkampungan yang relatif heterogen, kemungkinan ada pengaruh pengetahuan terhadap kepercayaan kesehatan secara keseluruhan. Hal ini didukung dari hasil penelitian dan observasi, bahwa meskipun sebagian besar responden berpengetahuan baik (59%), mempunyai tingkat kepercayaan yang tinggi (≥ 60%), mempunyai TPA yang bersih dan bebas jentik (≥ 80%), namun mereka semua tidak mempunyai kelambu (100%), hanya mempunyai 1 jenis obat nyamuk (60%), dan terdapat pakaian yang digantung dalam keadaan kotor (≥ 60%). Seperti hasil diskusi kelompok terarah, berikut ini :

"... tidak, karena itu yang menyebabkan sarang nyamuk artinya kita sering cuci baju itu..."
"... iya kadang-kadang gantungnya tidak lama..."
"... tergantung lama gantungnya ya, nyamuk kelurnya malam, kalo bersih ndak ada nyamuk, jadi nyamuk cari tempat gantungan yang gelap-gelap.."
"... enak kan, efektif praktis, tapi tempat yang terbuka sinarnya cukup..."
"... iya karena banyak kegiatan, kalo udah ada yang bersihkan jadi nunggu banyak dulu..."

6.2 Analisis Multivariat

6.2.1 Pembahasan Hasil Analisis Multivariat

Berdasarkan perhitungan statistik didapatkan hasil bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara karakteristik responden, faktor psikososial dan kepercayaan kesehatan dengan praktik pencegahan Penyakit DBD. Hasil analisis regresi logistik ganda yang menunjukkan hasil signifikan adalah 3 variabel yang kemungkinan secara bersama-sama mempengaruhi praktik pencegahan Penyakit DBD, yaitu pengetahuan *(p-value = 0.023)*, persepsi kerentanan yang dirasakan *(p-value = 0.005)*, dan perasaan keseriusan yang dirasakan *(p-value = 0.010)*. Variabel yang sangat dominan untuk terjadinya praktik pencegahan Penyakit DBD, yaitu variabel persepsi kerentanan yang dirasakan (*(p-value = 0.005)*, baik secara sendiri maupun bersama variabel yang lain. Tidak masuknya variabel lain dalam persamaan regresi logistik disebabkan masing-masing variabel secara otomatis telah melakukan penyesuaian *(adjusted)* dalam analisis multivariat.

Peluang untuk terjadinya praktik pencegahan Penyakit DBD bila secara bersama-sama 3 variabel, yaitu pengetahuan baik, persepsi kerentanan yang dirasakan tinggi, dan persepsi keseriusan yang tinggi maka diperoleh kemungkinan praktik pencegahan Penyakit DBD sebesar 91.21%.

Apabila variabel pengetahuan tidak dijadikan sebagai prediktor yang menentukan praktik, maka kedua variabel yang lain (persepsi kerentanan dan perasaan keseriusan) akan memberikan kontribusi sebesar 64.73% terhadap praktik pencegahan Penyakit DBD

Apabila variabel persepsi kerentanan secara mandiri akan memberikan kontribusi sebesar 33.94% terhadap praktik pencegahan Penyakit DBD.

Foster dan **Anderson** (1986) dalam buku Antropologi Kesehatan mengatakan bahwa tingkah laku sakit, peranan sakit dan peranan pasien sangat dipengaruhi oleh faktor-faktor, seperti kelas sosial, perbedaan suku bangsa, kepercayaan dan budaya. **Glanz** (1990) mengatakan bahwa secara umum, individu akan mengambil tindakan untuk menghindari penyakit dan mengontrol kondisi kesehatannya, jika mereka menghargai diri mereka ketika rentan terhadap suatu penyakit, jika mereka percaya mempunyai potensi dengan konsekuensi yang serius, jika mereka percaya bahwa suatu tindakan akan lebih menguntungkan bagi kesehatan dirinya, dan jika mereka percaya bahwa penghalang yang diantisipasi dalam mengambil tindakan ternyata lebih bermanfaat. Disamping itu **Glanz** mengatakan bahwa variabel struktural (pengetahuan tentang penyakit, kontak pertama dengan penyakit, akses ke pelayanan kesehatan) memberikan pengaruh dalam persepsi individu (persepsi kepercayaan kesehatan) dan secara langsung mempengaruhi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan.

6.2.2 Analisis hubungan Antara Karakteristik, Faktor Psikososial, Pengetahuan, Kepercayaan Kesehatan dengan Praktik Responden dalam Upaya Pencegahan Penyakit DBD.

Karakteristik responden disini meliputi umur, pendidikan, pekerjaan, jumlah anggota keluarga, dan pendapatan. Faktor psikososial yang dimaksud disini adalah *peer & reference groups* dan pengalaman responden sebelumnya mengenai Penyakit DBD. Kepercayaan kesehatan mencakup persepsi kerentanan yang dirasakan, keseriusan yang dirasakan, keuntungan yang dirasakan dan penghalang yang dirasakan terhadap pencegahan Penyakit DBD.

Berdasarkan perhitungan statistik didapatkan hasil bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara karakteristik responden, faktor psikososial dan kepercayaan kesehatan dengan praktik pencegahan Penyakit DBD

Hasil yang didapatkan, sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh **Agustiansyah** (2003) mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku masyarakat dalam pemeliharaan ikan cupang untuk PSN DBD. Dia menemukan bahwa pada masyarakat yang sudah maju, umur bukan merupakan standar untuk menentukan tingkah laku, terutama pada kelompok umur sesudah remaja. Fenomena "*social clock*" belum seluruhnya hilang, dimana masyarakat yang sesuai untuk umur-umur tertentu. Pengharapan masyarakat ini diinternalisasikan oleh individu, dengan demikian maka seseorang yang diharapkan melakukan tugas tertentu pada umur tertentu dapat merasakan apakah ia telah melakukannya pada waktu yang tepat atau waktu yang kurang tepat. Namun, hasil yang didapatkan masih berlawanan dengan teori *HBM* yang menyebutkan bahwa perbedaan demografis (umur, jenis kelamin, etnis), memberikan pengaruh dalam persepsi individu (persepsi kepercayaan kesehatan) dan secara langsung mempengaruhi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan (Glanz, 1990; Weiss, 1997). Hal ini disebabkan HBM merupakan model psikososial yang dibatasi pada melihat sebanyak mungkin perbedaan didalam perilaku yang terkait dengan kesehatan individu, seperti yang diperlihatkan oleh kepercayaan dan sikap mereka. Jadi, umur bukanlah satu-satunya atau bahkan kurang mempengaruhi perilaku kesehatan individu, jika tanpa dipengaruhi oleh faktor-faktor lainnya.

Hubungan yang tidak bermakna antara pendidikan dengan praktik, sesuai dengan hasil penelitian dari **Hasyimi** (1997) yang mengatakan bahwa lama pendidikan tidak berpengaruh secara bermakna terhadap partisipasi dalam kegiatan PSN DBD. Ia menemukan bahwa pengetahuan dan sikap penduduk telah menunjukan hasil yang positif terhadap nyamuk penular DBD dan sebagian besar respondennya adalah ibu-ibu rumah tangga dengan pendidikan rendah, yaitu SD dan SMP. Pendapat ini diperkuat oleh **Sarwono** (1985) yang mengatakan bahwa pendidikan bukanlah satu-satunya cara untuk mengubah perilaku. Hasil ini didukung oleh data kualitatif yang mengatakan bahwa pendidikan bukan jaminan untuk terciptanya pengetahuan dan praktik pencegahan Penyakit DBD.

"...Saya kira pendidikan pun tidak menjamin ,justru kadang-kadang kepala kelurahan,camat, ya... bukannya kenal dia sendiri belum bisa menerima PSN, 3M jadi dia mintanya semprot... aja..." (WM : petugas kesehatan)

Namun hasil ini bertentangan dengan pendapat **Budioro** (1989) yang mengatakan bahwa tingkat pendidikan individu merupakan faktor penting yang mempengaruhi praktik individu untuk hidup sehat. Asumsi peneliti bahwa pendidikan memang bukan satu-satunya faktor penentu perilaku, tetapi mempunyai peran penting dalam proses perubahan perilaku secara bertahap.

Hubungan yang tidak bermakna antara pekerjaan dengan praktik, karena jumlah responden yang bekerja dan yang tidak bekerja adalah sama (50%), sehingga dalam pandangan mereka pekerjaan bukan merupakan faktor yang akan mempengaruhi mereka untuk melakukan sesuatu. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian **Achmad** (1997) yang mengatakan bahwa jenis pekerjaan tidak berpengaruh secara bermakna terhadap partisipasi ibu rumah tangga dalam kegiatan PSN DBD. Berbeda dengan **Green** (2000)

dalam kerangka kerja *Precede – Proceed* yang mengatakan bahwa teman sejawat/rekan kerja merupakan faktor penguat *(reinforcing)* bagi seseorang untuk melakukan / berperilaku tertentu. Pernyataan **Green** mengisyaratkan bahwa pekerjaan menentukan siapa yang menjadi rekan/teman sejawat seseorang, sehingga ia turut menentukan perilaku seseorang secara individual. Pendapat **Green** didukung oleh **Anderson** (Notoatmodjo, 2003) yang mengatakan bahwa latar belakang struktur sosial (pendidikan, pekerjaan, suku, ras) merupakan pertimbangan setiap individu yang mempunyai kecenderungan menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda. Jika dibuat asumsi bahwa orang yang tidak bekerja seharusnya lebih mempunyai waktu luang dari pada yang tidak bekerja, maka orang yang tidak bekerja seharusnya mempunyai kecenderungan untuk melakukan praktik dalam pencegahan Penyakit DBD.

Hubungan yang tidak bermakna antara jumlah anggota keluarga dengan praktik, dikarenakan karakteristik daerah perumahan yang rata-rata mempunyai anggota keluarga kecil, yaitu ≤ 4 orang (64%). Hal ini tentunya mengakibatkan jumlah anggota keluarga tidak berpengaruh terhadap perilaku pencegahan penyakit DBD. Hal berbeda didapatkan dari hasil penelitian **Agustiansyah** (2003) yang menemukan hubungan yang bermakna antara besar anggota keluarga dengan perilaku memelihara ikan cupang. Penelitian **Agustiansyah** dikarenakan mengambil lokasi di daerah yang karakteristiknya kekurangan / sulit air (Kota Pontianak), sehingga besar anggota keluarga akan menentukan volume air yang digunakan untuk kebutuhan sehari-hari, termasuk untuk memelihara ikan cupang. Disisi lain, kesulitan air membawa konsekuensi untuk menyediakan Tempat Penampungan Air (TPA) dalam jumlah yang banyak, sehingga berakibat tempat perindukan nyamuk *(breeding place)* bertambah banyak.

Sukana (1993) menambahkan bahwa di Indonesia diperkirakan setiap rumah memiliki TPA antara 5-6 buah. Sama dengan **Green** (2000) dalam kerangka kerja *Precede – Proceed* yang mengatakan bahwa keluarga merupakan faktor penguat bagi individu, yang ikut menentukan seseorang dalam mengambil keputusan untuk melakukan suatu kegiatan. Disini jelas bahwa **Green** memprediksi bahwa keluarga (dalam hal ini juga jumlah anggota keluarga) akan berpengaruh bagi terciptanya suatu perilaku khusus individu, termasuk dalam pencegahan Penyakit DBD.

Hubungan yang tidak bermakna antara pendapatan dengan praktik, juga karena faktor ketersediaan air yang cukup dan karakteristik kehidupan perumahan yang sebagian besar berpenghasilan tinggi, yaitu ≥ Rp. 1.000.000,- (64%), sehingga pendapatan tidak berpengaruh terhadap praktik pencegahan Penyakit DBD. Hal ini didukung hasil penelitian yang dilakukan oleh **Achmad** (1997) yang mengatakan bahwa besar pengeluaran tidak berpengaruh secara signifikan terhadap partisipasi dalam kegiatan PSN DBD. Berbeda dengan **Anderson** (Notoatmodjo,2003) yang menyatakan bahwa penggunaan pelayanan kesehatan/perilaku pencarian kesehatan *(Health Seeking Behavior)* bergantung pada kemampuan konsumen untuk membayar. Pendapat ini didukung oleh **Arsin Arsunan** (2004) dalam penelitiannya mengenai faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kejadian DBD di Kota Makassar, yang mengatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pendapatan dengan kejadian DBD. Pendapat peneliti adalah bahwa pendapatan akan mempengaruhi praktik pencegahan Penyakit DBD pada kondisi-kondisi tertentu, misalnya apabila anggota keluarga pernah mempunyai pengalaman menderita DBD, pada lingkungan/masyarakat dengan pendapatan rendah, pada kondisi dimana kebutuhan pokok belum terpenuhi, dan pada daerah-daerah yang

secara demografi kesulitan dan atau kekurangan air bersih. Hal tersebut sesuai dengan hasil wawancara mendalam dengan petugas kesehatan dan tokoh masyarakat.

"... Ya mungkin dari faktor pekerjaan bisa penghasilan ya, karena dilihat dari penghasilan minim ya! Penghasilan cuman sedikit istilahnya cukup makan saja kurang ya, gimana orang itu mau memanfaatkan sarana kesehatan yan ada disini..."

"... Makanan orang begini makan seadanya...jadi jarang makan ikan saya jadi kurang mencukupi penghasilannya, iya kurang setuju kalo itu bisa kulino ya baik, baiknya gitu tapi kalo kita terbiasa ndak teratur makannya...

Hubungan yang tidak bermakna antara *peer & reference groups* dengan praktik, mungkin dikarenakan lingkungan perumahan yang cenderung eksklusif dengan tetangganya dan kebanyakan berpendidikan tinggi, sehingga perilaku sehari-hari lebih banyak didasarkan pada pertimbangan logika, sesuai dengan pengetahuannya sendiri dan pertimbangan suami/istri. Hal ini didukung dari hasil distribusi frekuensi orang/kelompok rujukan responden yang mengatakan bahwa sebagian besar orang/kelompok rujukan yang dimiliki adalah suami/istri responden (59%). Hasil ini bertentangan dengan teori HBM yang menyebutkan bahwa perbedaan demografis (umur, jenis kelamin, etnis), psikososial (kelas sosial, *peer & reference groups*, pengalaman sebelumnya) dan variabel struktural (pengetahuan tentang penyakit, kontak pertama dengan penyakit, akses ke pelayanan kesehatan) memberikan pengaruh dalam persepsi individu (persepsi kepercayaan kesehatan) dan secara langsung mempengaruhi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan (Glanz, 1990; Weiss, 1997). Hal senada diungkapkan **Mantra** (1994) yang mengatakan bahwa manusia merupakan makhluk sosial, maka ada motivasi lain yang kadang-kadang lebih berpengaruh, yaitu motivasi sosial, seperti harga diri, rasa ingin diakui oleh kelompoknya, dan sebagainya. Dengan perkataan lain, kelompok orang-orang disekeliling yang bersangkutan cukup besar

pengaruhnya. Kelompok ini bisa kelompok keluarga maupun kelompok diluar keluarga seperti *peer & reference groups* dan *primary group.* Meskipun dari uji statistik mengatakan tidak ada hubungan yang bermakna antara *peer & reference groups* dengan praktik, namun dari distribusi frekuensi diketahui bahwa sebagian besar responden mengikuti kegiatan-kegiatan sosial yang ada dilingkungannya, seperti PKK, pengajian, dasawisma, ronda, olahraga, dan lain-lain, serta sebagaian besar sering mengikuti pengajian (44%). Hasil ini didukung oleh data kualitatif yang mengatakan bahwa masyarakat memiliki beberapa kegiatan-kegiatan, seperti pengajian (rutin mingguan, rutin bulanan, berbagai jenis), arisan PKK, ronda/siskamling, dan sebagainya. Kegiatan-kegiatan tersebut berpotensi untuk diarahkan menuju kegiatan yang berguna dalam pencegahan Penyakit DBD, seperti : pemantauan jentik berkala (PJB), pemberantasan sarang nyamuk (PSN) melalui 3M, kerja bakti massal mingguan, gerakan jumat bersih, foging massal/serentak, dan sebagainya. Jadi, peneliti berasumsi bahwa meskipun tidak ada hubungan, tetapi orang/kelompok rujukan tetap mempunyai potensi yang besar dalam memutuskan rantai penularan Penyakit DBD.

Hubungan yang tidak bermakna antara pengalaman sebelumnya dengan praktik, mungkin dikarenakan lingkungan perumahan yang cenderung realistis dan kebanyakan belum pernah menderita DBD (89%), sehingga pengambilan keputusan untuk bertindak tidak selalu didasari oleh pengalaman sebelumnya, khususnya dalam kaitannya dengan pencegahan Penyakit DBD. Hasil ini bertentangan dengan yang diungkapkan oleh **Graeff** (1993) yang mengatakan bahwa kebanyakan perilaku dipelajari dalam konteks kultural, sosioekonomik dan individual, sehingga perilaku tersebut dapat dipelajari kembali, tidak dipelajari atau diperkenalkan perilaku-perilaku baru. Individu-individu dapat belajar

mengadopsi praktik-praktik kesehatan baru dan menjadikan perilaku-perilaku yang telah mereka miliki menjadi lebih efektif. Perilaku, termasuk yang berkaitan dengan kesehatan, dibentuk oleh peristiwa-peristiwa dan reaksi-reaksi dalam lingkungan sosial maupun lingkungan fisik. Bila kondisi berubah, maka perilaku seseorang juga cenderung berubah. Hal senada diungkapkan **WHO** (Notoatmodjo, 2003) yang mengatakan bahwa konsep sehat-sakit berakar pada tumbuh kembangnya sistem sosial budaya masyarakat yang bersangkutan disamping pengalaman masa lalu seseorang, sehingga dapat dipastikan bahwa konsep tersebut dipersepsikan secara beragam di masyarakat. Persepsi ini bisa bersifat obyektif dan lebih sering bersifat subyektif. Hal inilah yang sering berbenturan dengan konsep yang dibawa oleh petugas kesehatan. Analisis peneliti adalah bahwa pengalaman masa lalu akan menjadi pelajaran bagi perilaku dimasa depan, jika pengalaman tersebut memiliki nilai yang penting dalam kehidupan individu, terutama pengalaman yang tidak menyenangkan, seperti terserang Penyakit DBD. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh teori HBM bahwa cetusan peristiwa (terutama pengalaman pribadi atau keluarga) yang secara kebetulan terjadi pada saat yang bersamaan dan yang ada kaitannya dengan tindakan *(health action)* yang diharapkan, akan menimbulkan suatu perubahan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan.

Berdasarkan perhitungan statistik didapatkan hasil bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan responden dengan praktik pencegahan Penyakit DBD.

Hasil yang didapat dari analisis statistik tersebut diatas, bahwa kategori pengetahuan yang baik merupakan faktor prediksi perilaku responden. Menurut penelitian tentang pengetahuan sebagai faktor prediksi perilaku yang dilakukan **Benyamin Lumenta** dan **Reflinar Rosfein** (2003) didapatkan hasil bahwa terdapat

korelasi antara pengetahuan dan pendidikan formal dengan perilakunya. Dari hasil ini, apabila dilihat hubungan antara pengetahuan tentang Penyakit DBD dan praktik pencegahan Penyakit DBD, maka pendapat diatas telah sesuai. Namun, hubungan antara pendidikan responden dengan praktik pencegahan Penyakit DBD belum terbukti.

Hasil yang didapatkan sesuai dengan teori *Health Belief Models (HBM)* yang menyebutkan bahwa perbedaan variabel struktural (pengetahuan tentang penyakit, kontak pertama dengan penyakit, akses ke pelayanan kesehatan) memberikan pengaruh dalam persepsi individu (persepsi kepercayaan kesehatan) dan secara langsung mempengaruhi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan (Glanz, 1990; Weiss, 1997). Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan Kwick (Notoatmodjo, 2003) bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi terbentuknya perilaku dibedakan menjadi dua, yakni faktor intern (pengetahuan, kecerdasan, emosi, persepsi, motivasi dan sebagainya) dan faktor ekstern (lingkungan disekitarnya, sosial ekonomi, kebudayaan, dan sebagainya).

Hasil lain didapatkan dari penelitian **Udiyono** (2002) dan **Wuryanto** (2002) bahwa tingginya pengetahuan dan pendidikan responden atau masyarakat secara umum, belum memberikan jaminan keberhasilan untuk mengatasi masalah DBD. Hal ini berkaitan dengan partisipasi masyarakat yang masih rendah dalam kegiatan pemberantasan sarang nyamuk, karena juga dipengaruhi oleh keinginan (motivasi) dan persepsi pribadi terhadap kegiatan tersebut.

Hal berbeda juga diungkapkan oleh **Green** (2000) dalam kerangka kerja *Precede - Proceed* yang mengatakan bahwa peningkatan pengetahuan tidak selalu menyebabkan perubahan perilaku, namun kedua komponen tersebut mempunyai hubungan yang positif. Pengetahuan tertentu tentang kesehatan mungkin penting

sebelum suatu tindakan kesehatan pribadi terjadi, tetapi tindakan kesehatan yang diharapkan mungkin tidak akan terjadi kecuali apabila seseorang mendapat isyarat yang cukup kuat untuk memotivasinya bertindak atas dasar pengetahuan yang dimilikinya.

Berdasarkan analisis peneliti dan mengutip hasil penelitian **Sukana** (1993) dapat disimpulkan bahwa untuk peningkatan pengetahuan masyarakat adalah dengan memberikan penyuluhan pada masyarakat secara intensif. Pokok-pokok pesan meliputi pengenalan penyakit DBD, tanda-tanda, gejala-gejala, pencegahan penularan dirumah dan dilingkungan masing-masing disesuaikan dengan pendidikan masyarakat. Sarana yang digunakan melalui pengajian dan pertemuan warga, sedangkan penyuluhan massal dapat dilakukan melalui media massa. Hal-hal ini jika dapat dilakukan secara kontinyu dan berkesinambungan, maka perilaku pencegahan penyakit DBD akan menjadi suatu kebiasaan yang ada dalam kehidupan sehari-hari.

Berdasarkan perhitungan statistik didapatkan hasil bahwa ada hubungan yang signifikan antara persepsi kerentanan yang dirasakan dan keseriusan yang dirasakan dengan praktik pencegahan Penyakit DBD. Disamping itu, berdasarkan perhitungan statistik didapatkan hasil bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara kepercayaan keuntungan yang dirasakan dan aspek-aspek penghalang yang dirasakan dengan praktik pencegahan Penyakit DBD

Hasil yang didapat sesuai dengan teori HBM yang dikemukakan oleh **Glanz** (1990) mengatakan bahwa secara umum, individu akan mengambil tindakan untuk menghindari penyakit dan mengontrol kondisi kesehatannya, jika mereka menghargai diri mereka ketika rentan terhadap suatu penyakit dan jika mereka percaya mempunyai potensi dengan konsekuensi yang serius. Namun hasil tersebut tidak sesuai dengan

pernyataan **Glanz** selanjut yaitu bahwa secara umum, individu akan mengambil tindakan untuk menghindari penyakit dan mengontrol kondisi kesehatannya, jika mereka percaya bahwa suatu tindakan akan lebih menguntungkan bagi kesehatan dirinya, dan jika mereka percaya bahwa penghalang yang diantisipasi dalam mengambil tindakan ternyata lebih bermanfaat.

Hal tersebut diatas dapat dimaklumi, karena ada beberapa kelemahan yang berhubungan dengan teori HBM (Glanz, 2000; Weiss, 1997; Smet 1994), yaitu *Pertama*, bahwa hubungan antara kepercayaan dengan perilaku belum pernah diakui selaras. Adalah suatu kebenaran bahwa perilaku tidak selalu menjadi acuan bagi suatu keyakinan/kepercayaan, tetapi juga benar bahwa kayakinan/kepercayaan sering menjadi acuan dalam berperilaku, dan ada banyak contoh signifikan yang memprediksi perilaku dari kepercayaan (Janz & Becker, 1984). *Kedua*, bahwa usaha secara langsung untuk memodifikasi kepercayaan sering gagal dan membutuhkan beberapa alternatif pendekatan. Hal ini disebabkan HBM hanya memperhatikan keyakinan kesehatan, sehingga hal ini sering menyesatkan. Sebagai contoh, seseorang dapat bergabung dengan kelompok olahraga , karena kontak sosial atau karena jatuh cinta dengan seseorang dalam kelompok tersebut. *Ketiga*, penganut HBM mengambil gagasan akan pentingnya menggunakan keseluruhan faktor (intrapersonal, interpersonal, kelembagaan, kemasyarakatan, kebijakan publik) dalam usaha untuk mempromosikan kesehatan. Padahal harus diingat bahwa HBM merupakan suatu model pendekatan psikososial, yang sedemikian rupa dibatasi pada melihat sebanyak mungkin perbedaan didalam perilaku yang terkait dengan kesehatan individu, seperti yang diperlihatkan oleh kepercayaan dan sikap mereka.

Sarwono (1985) mengatakan bahwa untuk mengubah atau memotivasikan seseorang agar mau menerima sebuah sikap atau perilaku baru bukanlah hal yang mudah, sebab didalamnya menyangkut proses intra personal yaitu apa keuntungan yang diperoleh dengan mengubah pendapatnya, dan proses inter personal yaitu apakah dengan menerima gagasan yang baru itu ia tidak tersisih dari kelompoknya. Hal sependapat diungkapkan oleh **Green** (2000) bahwa kepercayaan merupakan faktor predisposisi yang secara langsung mempengaruhi perilaku. Green juga mengatakan bahwa berkaitan dengan teori HBM, pendiikan kesehatan dapat memberikan isyarat untuk bertindak jika faktor predisposisi yang ditunjukkan oleh kepercayaan kesehatan didiagnosa dengan benar. Dengan kata lain bahwa nilai-nilai perseorangan tidak dapat dipisahkan dari pilihan perilaku.

Jadi, analisis peneliti bahwa pada dasarnya dalam kaitannya dengan praktik pencegahan Penyakit DBD, persepsi kerentanan dan keseriusan mempunyai pengaruh dengan praktik. Hal ini disebabkan persepsi kerentanan mempunyai keeratan hubungan dalam hal ancaman *(perceived threat)* yang dirasakan dengan adanya Penyakit DBD, sehingga individu merasa bahwa ancaman tersebut harus segera ditanggulangi dan mendorong untuk menghasilkan suatu kekuatan yang mendukung kearah bentuk melakukan praktik pencegahan Penyakit DBD. Berbeda dengan persepsi kerentanan dan keseriusan, kepercayaan terhadap manfaat yang dirasakan lebih berhubungan pada efektifitas dari berbagai tindakan yang tersedia (PSN, PJB, 3M, foging, dan sebagainya) dalam mengurangi ancaman penyakit, atau keuntungan-keuntungan yang dirasakan apabila mengambil tindakan kesehatan (cocok/manjur). Aspek-aspek penghalang lebih berhubungan pada aspek-aspek negatif yang potensial ada dalam suatu tindakan

kesehatan, atau penghalang yang dirasakan untuk merekomendasikan suatu perilaku. Oleh karena itu, manfaat dan penghalang yang dirasakan terpengaruh oleh faktor eksternal, seperti kemampuan program pemberantasan DBD, efektifitas program pengendalian nyamuk, ada/tidaknya hambatan dari lingkungan sekitar dan dukungan sumberdaya dari orang sekitarnya.

6.3 Analisis Kualitatif

6.3.1 Faktor Kepercayaan

Informasi yang didapatkan dari hasil wawancara mendalam (WM) dengan tokoh masyarakat/tokoh agama (toma/toga) adalah mereka percaya bahwa Penyakit DBD merupakan penyakit menular. Jika nyamuk yang sudah menggigit penderita kemudian menggigit orang yang mempunyai golongan darah sama dan kondisi badan dalam keadaan lemah. Meskipun demikian, gigitan nyamuk tersebut tidak akan berpengaruh apa-apa, jika kondisi badan dalam keadaan sehat/fit.

Mereka juga percaya bahwa mengkonsumsi jambu biji untuk upaya pencegahan Penyakit DBD, karena sudah pernah ada yang mencobanya dan berhasil, tetapi apabila kondisi penderita belum parah, jika sudah parah agak berat hal itu bisa menyembuhkan. Kepercayaan ini belum pasti, karena responden belum pernah menelitinya, bahkan mungkin disisi lain jambu biji dapat berbahaya bagi usus (masuk ke usus buntu).

Kepercayaan yang ada dimasyarakat selain itu adalah bahwa olahraga dan makan teratur dapat mencegah Penyakit DBD, dengan syarat lingkungan disekitarnya tetap terpelihara kebersihannya. Disamping itu, pendapat lain mengatakan bahwa kalau sering berolahraga memang menyebabkan jarang terkena penyakit, namun makan yang teratur belum tentu mencegah penyakit, karena hal itu tergantung kebiasaan makan yang ada

dimasyarakat dan kemampuan pemenuhan kebutuhan keluarga. Ada kebiasaan pola makan tertentu dimasyarakat, seperti tidak sarapan karena menyebabkan mengantuk/malas, membawa jajan dari rumah, minum teh/kopi dipagi hari. Jika kebiasaan itu dikaitkan dengan risiko terkena DBD, maka mereka tidak setuju. Disamping itu, mereka sepakat bahwa dengan menjaga kebersihan lingkungan, maka membantu orang lain untuk tidak terkena DBD.

Hubungan antara pencegahan Penyakit DBD dengan ajaran agama (berdoa supaya tidak sakit, mematuhi nasehat ustad/kyai, dan sebagainya), merupakan kepercayaan yang ada dimasyarakat. Menurut mereka, Agama Islam mengajarkan untuk selalu menjaga kebersihan, berdoa supaya terhindar dari penyakit dan tidak tidur pada jam-jam bekerja. Contohnya, wudhu dan membersihkan pakaian kalau mau ibadah sangat berkaitan dengan kebersihan diri, berdoa sebagai sarana kepasrahan terhadap sang pencipta, dan tidak tidur pada pagi dan siang hari merupakan perilaku yang dapat mengurangi kasus DBD. Biasanya selalu ada nasehat-nasehat tersebut dari ustad/kyai, sehingga mereka patuh. Menurut mereka, akan lebih baik lagi jika ustad/kyai memberikan penyuluhan tentang DBD. Apabila ustad/kyai memberi nasehat sesuai syariat harus dipatuhi. Kemudian mereka mengatakan bahwa kondisi daerah yang aman dari Penyakit DBD tetap perlu diwaspadai, meskipun Penyakit DBD belum terlalu berbahaya bagi individu dan masyarakat. Pada lokasi penelitian ini, kehidupan beragama sangat kental, sehingga toga/ustadz/kyai mempunyai peran yang penting dan strategis dalam pengambilan keputusan dimasyarakat. Bukti lain adalah bahwa disetiap blok bahkan disetiap RW selalu terdapat musholla/masjid yang sebagian besar mempunyai Taman Pendidikan Al-Quran (TPQ). Kehadiran tempat ibadah (masjid/musholla) ini mempunyai tempat yang

strategis, karena biasanya digunakan untuk "mengobrol" disela-sela menunggu waktu sholat tiba atau bahkan sehabis sholat, diskusi, melepas lelah, latihan seni islami (rebana/nasyid/seni islami lainnya), rapat-rapat ta'mir (pengurus musholla), dan sebagainya. Dari pantauan peneliti selama ini bahwa untuk kegiatan keagamaan masyarakat cenderung mendukung secara penuh kegiatan tersebut, apalagi jika sudah diberi/diumumkan oleh ustadz/kyai.

6.3.2 Faktor Sikap

Hasil penelitian yang didapatkan dari diskusi kelompok terarah (DKT) dengan istri/suami responden didapatkan hasil bahwa sebagian besar peserta diskusi tidak sependapat bahwa makan makanan bergizi dan pemeriksaan kesehatan secara rutin dapat mencegah Penyakit DBD. Hal ini dikarenakan sikap mereka terhadap pencegahan Penyakit DBD lebih terpaku pada kegiatan PSN melalui 3M untuk memberantas vektor / *agent* penyakit dan lingkungan, sehingga mereka "melupakan" pengaruhnya terhadap *host* atau konsep peningkatan ketahanan diri.

Selain itu, sikap yang ada didalam masyarakat sehubungan dengan pencegahan Penyakit DBD adalah bahwa Penyakit DBD merupakan penyakit yang berbahaya, tetapi *nongkrong cangkrukan* disore hari menurut mereka tidak berbahaya dan merupakan kegiatan yang menyenangkan, serta tidak berisiko tergigit nyamuk Aedes Agypty. Mereka juga mempunyai sikap bahwa dekat/bergaul dengan orang yang terkena DBD, tidak akan berisiko terkena DBD. Hal ini didasari oleh pengetahuan mereka tentang habitat nyamuk aedes Agypty hanya ada didalam rumah, tidak tahu nyamuk jenis apa yang menggigit mereka, sikap bahwa daerah mereka aman dari penyebaran DBD di sore hari termasuk tidak mungkin menular/tidak berisiko walaupun bergaul dengan orang

yang terkena DBD. Hal-hal tersebut diats didasari oleh pengalaman mereka yang hanya menjumpai nyamuk aedes Agypty ketika didalam rumah dan jarang mereka temui disore hari ketika diluar rumah. Apalagi sebagian besar informan selalu melakukan kegiatan kemasyarakatan/keagamaan pada sore hari. Disamping itu, pengalaman mereka selalu berdekatan dengan penderita DBD (anak, anggota keluarga lain, tetangga) tidak berakibat mereka terkena Penyakit DBD.

Hasil DKT juga menyatakan bahwa Semua peserta menyatakan tidak keberatan untuk menolong apabila ada tetangga yang sakit DBD. Mereka juga prihatin jika melihat ada tetangga yang sering terkena DBD. Sebagian besar informan tidak keberatan untuk melakukan kerja bakti supaya bebas dari sarang nyamuk. Semua peserta bisa berpartisipasi dalam pemberantasan Penyakit DBD, tanpa dihalangi oleh keluarganya. Disini dapat dilihat, bahwa meskipun hidup dilingkungan perumahan, kultur masyarakat perkampungan/tradisional juga masih melekat pada diri mereka, karena kultur tradisional masih dianggap berguna/tetap dilestarikan dalam kehidupan sehari hari.

Hasil lain didapatkan bahwa semua informan setuju bahwa agama menganjurkan hidup bersih dan sehat, tetapi informan tidak pernah membersihkan TPQ (Tempat Pendidikan Al-Qur'an) dan masjid/musholla, karena sudah ada petugasnya. Sebagian besar informan percaya adanya takdir, tapi harus ada usaha terlebih dahulu dalam hal Pencegahan Penyakit DBD. Hal ini didasari pemahaman informan yang cukup mengenai ilmu agama, sehingga merekapun berpendapat bahwa pemberantasan DBD merupakan tugas bersama,sehingga harus tetap diusahakan untuk memberantasnya dengan semaksimal mungkin. Tetapi, jika hal tersebut tetap gagal, maka baru mereka

menyatakan bahwa itu takdir. Disinilah peran toga/ustadz/kyai sangat menentukan untuk menggerakkan masyarakat dalam upaya pencegahan Penyakit DBD.

6.3.3 Potensi Masyarakat

Informasi yang didapatkan dari hasil wawancara mendalam (WM) dengan petugas kesehatan adalah bahwa secara umum karakteristik masyarakat masih berbudaya paternalistik dan tradisional. Perilaku masyarakat yang berkaitan dengan kesehatan masih kurang baik. Namun, budaya kekerabatan/kekeluargaan dan kebersamaan masih tinggi. Hal ini didukung adanya sikap positif masyarakat terhadap lingkungan kemasyarakatan dan keagamaan, sehingga merupakan modal yang besar dalam program pencegahan Penyakit DBD.

Hasil penelitian ini juga menyebutkan bahwa pandangan petugas kesehatan terhadap Penyakit DBD adalah masih menjadi penyakit yang berbahaya, apalagi dengan adanya resistensi terhadap obat pembasmi serangga (insektisida), perubahan gejala-gejala dan kejadian-kejadian khas lainnya, seperti kebanyakan diagnosa awal penderita keliru/samar dengan tipus, penderita yang masuk tempat pelayanan kesehatan sudah stadium darurat, dan sebagainya. Partisipasi masyarakat dalam pencegahan Penyakit DBD masih kecil/kurang, sehingga perlu trobosan-trobosan kegiatan lain, seperti pemeriksaan jentik berkala (PJB) anak sekolah, dasawisma, dan pengangkatan petugas khusus PJB (TPJ/Tugas pemantau jentik), program "resik-resik kutho", penggerakan kembali kelompok kerja (pokja) DBD, program pemberantasan sarang nyamuk (PSN) dan pemberdayaan *fogging* swasta melalui iuran warga. Potensi yang ada cukup besar untuk dikembangkan, namun butuh dukungan secara luas dari masyarakat dan khususnya pemerintah kota. Namun kendala-kendala yang ada juga membutuhkan penyelesaian

secara tuntas. Perlu terobosan-terobosan kegiatan yang aplikatif di tingkat masyarakat, serta dituntut menciptakan strategi dan kebijakan cerdik yang sesuai dengan situasi-kondisi yang ada. Contohnya, dengan menjalin kerjasama antara Dinas Kesehatan Kota Semarang dengan beberapa pihak terkait, seperti dasa wisma (Dawis), LSM-LSM, sekolah-sekolah, dinas-dinas atau instansi terkait lainnya. Penggalangan bantuan melalui Dawis dan sekolah-sekolah sudah dijalankan, tetapi belum menunjukan hasil yang optimal. Penggalangan bantuan ke LSM-LSM baru pada tahap persiapan, sedangkan pengembangan PJB melalui pegawai pemerintah Kota Semarang tidak/belum mendapat persetujuan.

Hasil WM juga menunjukkan bahwa beberapa kendala yang terjadi juga ternyata karena berhubungan dengan sumber daya manusia, yang masih kekurangan dalam banyak hal (kualitas dan kuantitas). Disamping itu, kendala yang berhubungan dengan *stake holder* dan *decision makers* atau *policy makers* yang lebih tinggi juga memegang peranan kunci dalam upaya pencegahan Penyakit DBD. Perlu adanya pengembangan organisasi untuk meningkatkan mutu dan kinerja petugas kesehatan, disamping pendekatan personal dan pemberian *reward & punishment* juga sangat diperlukan. Beberapa kendala lain yang masih ada adalah dana program pemberantasan DBD yang terbatas, kurangnya partisipasi masyarakat secara menyeluruh, kurang berminatnya pihak LSM-LSM dalam pemberantasan DBD, belum adanya program pemberantasan yang komprehensif dan berkelanjutan karena kurangnya dukungan pemerintah kota, merupakan masalah-masalah yang harus segera dicari solusinya.

6.4 MODEL STRATEGI PROMOSI KESEHATAN

Dari hasil penelitian tersebut diatas, peneliti mencoba menganalisis untuk keperluan penentuan strategi promosi kesehatan bahwa kandala-kendala yang ada harus dapat ditangani semaksimal mungkin dengan memanfaatkan dan mengembangkan potensi-potensi yang ada.

Dari beberapa potensi yang ada, peneliti melihat bahwa kegiatan pemantauan jentik berkala (PJB) yang dilakukan oleh dasawisma (Dawis) merupakan potensi yang besar untuk dikembangkan, khususnya dilokasi penelitian. Hanya saja diperlukan beberapa modifikasi untuk disesuaikan dengan situasi dan kondisi yang ada. Oleh karena itu peneliti mencoba mengembangkan model strategi promosi kesehatan dalam upaya pencegahan Penyakit DBD yang disebut dengan **Model *Three In One* Berbasis Agama** atau disingkat dengan **Model TIOBA.**

Model Pemberdayaan TIOBA ini sebenarnya berlandaskan 3 strategi promosi kesehatan yang dikembangkan oleh WHO, yaitu advokasi, dukungan sosial dan pemberdayaan. Namun, ketiga strategi ini berbasis agama, artinya bahwa menggunakan potensi nilai-nilai agama/religiusitas semaksimal mungkin untuk membantu memecahkan masalah kesehatan, dalam hal ini adalah upaya pencegahan Penyakit DBD.

Adapun aplikasi dari model/pendekatan ini adalah :

1. *Advokasi ke pemegang kekuasaan.*

Advokasi dilakukan terutama oleh petugas kesehatan (petugas operasional) baik ditingkat puskesmas maupun dinas kesehatan kota kepada Pemerintah Kota (Pemkot) , Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) Tingkat II dan Majelis Ulama Indonesia (MUI) Kota Semarang.. Jika sudah melakukan kerja sama dengan LSM-LSM atau

ADLN - Perpustakaan Universitas Airlangga

organisasi lainnya, maka advokasi dapat pula dilakukan oleh LSM-LSM /organisasi-organisasi tersebut. Advokasi dilakukan dengan pendekatan *(lobying)*, mengadakan seminar/presentasi tentang DBD, membuat media advokasi DBD, membuat asosiasi peminat DBD, yang dilakukan sedemikian rupa (ada nilai *credible, feasible, relevant, urgent, high priority*) agar mereka mau menerima dan *commited*, sehingga mereka bersedia mengeluarkan kebijakan / keputusan-keputusan untuk mendukung program pencegahan Penyakit DBD. Tujuan advokasi ini adalah untuk memperoleh komitmen politik, dukungan kebijakan, diterima secara sosial (masyarakat), dan dukungan sistem dalam upaya pencegahan Penyakit DBD. Selain itu, hal ini juga akan berimbas setidaknya pada peningkatan/penambahan prosentase dana APBD (anggaran pendapatan daerah) untuk program pencegahan Penyakit DBD dan menetapkan kebijakan pembangunan berwawasan kesehatan. Advokasi ini dapat dilakukan dengan ikut dalam perumusan program "resik-resik kutho" untuk dapat membantu program pencegahan Penyakit DBD. Adapun peran MUI berkaitan dengan pemberian fatwa-fatwa yang berkaitan dengan kesehatan, khususnya mengenai pencegahan Penyakit DBD.

2. *Dukungan Sosial*

Dukungan sosial dilakukan oleh tokoh agama melalui forum-forum pengajian, khotbah jumat, forum-forum ta'mir, dan sebagainya, dengan cara memasukkan materi-materi mengenai Penyakit DBD dan memberikan dorongan/nasehat agar masyarakat mau melakukan kegiatan pencegahan Penyakit DBD, dalam kegiatan-kegiatan tersebut diatas. Para tokoh agama ini, dapat mengkaitkan/menghubungkan upaya pencegahan Penyakit DBD dengan ajaran agama islam, sesuai dengan *nash-nash* (dalil-dalil) yang ada dalam Al-Qur'an dan Al-Hadist. Oleh karena itu perlu pendekatan-pendekatan kepada tokoh

agama (toga) dengan cara yang *ma'ruf* (baik), supaya mendapat dukungan sepenuhnya. Pendekatan tersebut dapat dilakukan dengan cara berkunjung (*silaturahmi)* ke tokoh agama atau hadir dalam kegiatan-kegiatan tersebut diatas. Apabila sudah mendapat dukungan dari toga, maka perlu adanya pelatihan khusus toga tentang Penyakit DBD. Pelatihan ini dapat dilakukan dengan metode pendidikan orang dewasa, dengan pemanfaatan waktu yang efektif (jangan terlalu lama dan saat yang tepat) dan materi yang praktis. Jika tersedia dana, pelatihan ini bisa diberikan insentif dan *give* berupa buku agama (Al-Qur'an) yang didalamnya terdapat pesan mengenai pencegahan DBD.

Mengingat karakteristik lokasi penelitian yang agamis dan mempunyai daya dukung keagamaan seperti TPQ-TPQ, maka pendekatan lain adalah dengan penggerakkan santriawan dan santriawati anak-anak untuk ikut dalam program pencegahan penyakit DBD. Keberadaan mereka yang hampir ada disetiap blok/RW dan pada setiap masjid/musholla, merupakan tenaga potensial dalam mendukung program pencegahan Penyakit DBD. Hal ini tentunya harus memperhatikan kemampuan mereka, karena rata-rata mereka masih anak sekolah dasar (SD). Peranan mereka dalam program ini adalah mengingatkan ibu-ibu mereka yang biasanya tergabung dalam dasa wisma (Dawis) atau bapak-bapak mereka, untuk melakukan PJB (3M). Untuk mengingatkan anak-anak akan "tugasnya", maka jika memungkinkan atau tersedia dana yang cukup, dapat diciptakan mainan anak-anak yang dapat mengingatkan "tugas"mereka, seperti Bola yang bertuliskan "Awas Demam Berdarah", stiker sepeda yang bertuliskan "aku bangga, brantas DBD", buku tulis bergambar siklus nyamuk, buku komik tentang DBD, dan sebagainya. Disini diperlukan juga pendekatan kepada guru mengaji para santriawan dan santriawati, untuk mendukung program pencegahan Penyakit DBD.

3. *Pemberdayaan Masyarakat*

Pemberdayaan masyarakat dilakukan dengan mengembangkan kegiatan yang sudah ada, yaitu pemantuan jentik berkala oleh dasa wisma (PJB Dawis). Langkah awal adalah dengan mengaktifkan kembali PJB Dawis yang sudah terbentuk dan membentuk PJB Dawis baru. Kegiatan ini memerlukan sedikit pengembangan yaitu pada mekanisme kontrol/monitoring (seminggu sekali/pada saat dilakukan PJB oleh anggota Dawis), pemberian *reward* terhadap prestasi yang ada dan melibatkan forum-forum keagamaan.

Mekanisme kontrol/monitoring dapat dilakukan oleh tenaga-tenaga PJB yang ada (terutama tenaga PJB bayaran), dengan cakupan wilayah tertentu. Ada suatu cara yang strategis yaitu mengadakan kerjasama dengan perguruan tinggi yang ada FKM-nya di Kota Semarang (ada 4 perguruan tinggi) untuk kegiatan monitoring PJB Dawis. Caranya, dengan mengajak mahasiswa tingkat akhir (minimal semester 7) atau SKM-SKM yang belum bekerja untuk ikut dalam kegiatan monitoring. Tenaga yang ada dapat diberi insentif (berupa uang transport) atau apabila masih mahasiswa dapat digunakan sebagai tempat magang atau tempat tugas akhir, dan sebagainya. Tugas mereka hanya seminggu sekali mengontrol apakah ibu-ibu dawis sudah melakukan PJB, kemudian setiap bulan mengadakan penyuluhan dan membuat laporan PJB Dawis untuk dikirimkan ke Dinkes Kota Semarang, sesuai dengan wilayah kerjanya. Puskesmas akan mendapat laporan dari Dinkes Kota.

Adapun mekanisme pemberian *reward* terhadap prestasi yang ada dengan cara memberikan penghargaan dan hadiah bagi setiap Dawis yang mampu melakukan PJB minimal 6 bulan secara rutin dan benar. Mekanisme pemberian penghargaan seperti pemberian penghargaan bagi peserta donor darah, dengan jarak waktu 6 bulanan. Cara

ADLN - Perpustakaan Universitas Airlangga

yang kedua adalah dengan mengadakan lomba PJB Dawis Teladan. Perlombaan ini menggunakan kriteria pemenang lomba, seperti rutin melakukan PJB minimal 6 bulan secara benar, tidak ada anggota yang *droup-out*, dan adanya penurunan angka bebas jentik. Perlombaan ini diselenggarakan secara otomatis, artinya seluruh PJB Dawis yang ada menjadi peserta lomba. Adapun forum-forum keagamaan yang ada dapat dijadikan sebagai alat kontrol sosial dan juri bagi prestasi maupun perlombaan.

Demikian ide strategi promosi kesehatan yang peneliti tawarkan. Tingkat keberhasilan Model TIOBA ini cukup tinggi, jika seluruh strategi dilaksanakan secara bersama-sama dan berkesinambungan. Hal ini tentunya membutuhkan dukungan sumber daya yang ada baik materi maupun non materi. Oleh karena itu, Model TIOBA mensyaratkan adanya suatu kepengurusan/kepanitiaan dalam pelaksanaan model ini, sehingga dapat dilakukan pengelolaan organisasi/model secara tepat dan benar.

BAB 7

PENUTUP

7.1. Kesimpulan

a. Sebagian besar responden berumur < 40 tahun, mempunyai tingkat pendidikan lanjutan, memiliki penghasilan ≥ Rp.1.000.000,- dan mempunyai jumlah anggota keluarga ≤ 4 orang,

b. Sebagian besar responden mempunyai *peer & reference groups*, dan tidak pernah mempunyai pengalaman sebelumnya menderita Penyakit DBD.

c. Sebagian besar responden mempunyai tingkat kepercayaan kesehatan yang tinggi terhadap Penyakit DBD.

d. Sebagian besar responden mempunyai pengetahuan yang baik mengenai Penyakit DBD.

e. Sebagian besar responden melakukan praktik pencegahan Penyakit DBD.

f. Tidak ada hubungan yang signifikan antara :

- Karakteristik dan faktor psikososial dengan kepercayaan kesehatan responden terhadap Penyakit DBD (kecuali pendidikan dengan penghalang yang dirasakan).
- Pengetahuan mengenai Penyakit DBD dengan kepercayaan kesehatan responden terhadap Penyakit DBD (kecuali pengetahuan dengan keseriusan dan penghalang yang dirasakan).

g. Ada hubungan yang signifikan antara :

- Pendidikan dengan penghalang yang dirasakan terhadap Penyakit DBD.
- Pengetahuan mengenai Penyakit DBD dengan keseriusan dan penghalang yang dirasakan terhadap Penyakit DBD
- Pengetahuan mengenai Penyakit DBD, variabel kerentanan yang dirasakan, dan variabel keseriusan yang dirasakan terhadap Penyakit DBD dengan praktik pencegahan Penyakit DBD

h. Adanya kepercayaan bahwa :

- Penyakit DBD merupakan penyakit yang menular melalui gigitan nyamuk.
- Mengkonsumsi jambu biji, makan dan olah raga secara teratur dapat mencegah terkena Penyakit DBD.
- Ajaran agama berhubungan dengan pencegahan Penyakit DBD.

i. Adanya sikap bahwa :

- Makan makanan bergizi dan pemeriksaan kesehatan secara rutin tidak dapat mencegah Penyakit DBD.
- Penyakit DBD merupakan penyakit berbahaya, tetapi tidak berrisiko terjadi penularan ketika bergaul/dekat dengan penderita DBD dan tidak berrisiko terjadi penularan ketika *nongkrong/cangkrukan* disore hari bersama-sama.
- Tidak keberatan untuk menolong apabila ada tetangga yang sakit DBD dan mereka juga prihatin jika melihat ada tetangga yang sering terkena DBD.

- Tidak keberatan untuk melakukan kerja bakti supaya bebas dari sarang nyamuk dan mau berpartisipasi dalam pemberantasan Penyakit DBD, tanpa dihalangi oleh keluarganya.
- Agama menganjurkan hidup sehat dan bersih.

j. Adanya potensi masyarakat sebagai berikut :

- Karakteristik masyarakat masih berbudaya paternalistik dan tradisional. Namun, budaya kekerabatan/kekeluargaan dan kebersamaan masih tinggi.
- Nilai-nilai religius masih dipegang teguh oleh masyarakat.
- Adanya terobosan-terobosan kegiatan lain dalam pencegahan Penyakit DBD, seperti pemeriksaan jentik berkala (PJB) anak sekolah, dasawisma, program "resik-resik kutho", dan sebagainya.
- Adanya kerjasama antara Dinas Kesehatan Kota Semarang dengan beberapa, pihak terkait, seperti dasa wisma (Dawis), LSM-LSM, sekolah-sekolah, dinas-dinas atau instansi terkait lainnya.

ADLN - Perpustakaan Universitas Airlangga

7.2. Saran

a. Dengan hasil penelitian di atas kepada pihak Puskesmas Rowosari dan Dinas Kesehatan Kota Semarang diharapkan mampu menerapkan strategi pemberantasan Penyakit DBD berbasis keagamaan melalui pendekatan promosi kesehatan **(Model TIOBA)**, seperti PJB dasawisma dengan pemantauan dan dukungan dari petugas kesehatan dan tokoh agama, kerjasama dengan perguruan tinggi, kerjasama dengan tokoh agama, guru TPQ dan santri-santri TPQ, menggunakan alat peraga promosi kesehatan yang menarik, dan adanya *reward* yang pengaturannya disesuaikan ketersediaan dana dan merata, serta advokasi ke pemerintah kota, DPRD, dan MUI untuk penggalangan dukungan.

b. Sesuai dengan hasil penelitian, dalam menyusun strategi pencegahan Penyakit DBD diharapkan Puskesmas Rowosari dan Dinas Kesehatan Kota memberi perhatian khusus pada faktor pengetahuan masyarakat mengenai Penyakit DBD dan faktor kepercayaan kesehatan terhadap Penyakit DBD.

c. Bagi peneliti lain yang berminat pada penelitian hubungan perilaku dengan pencegahan Penyakit DBD disarankan menggunakan model pendekatan perilaku lain, sehingga didapatkan hasil penelitian yang lebih lengkap lagi.