

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

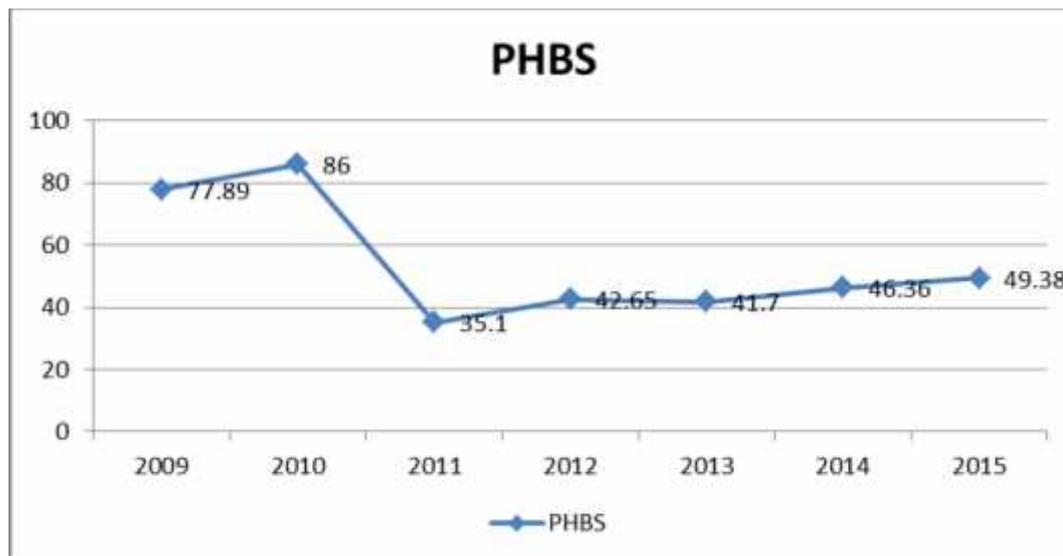
A. Gambaran Umum Kabupaten Bantul

Kabupaten Bantul merupakan salah satu dari lima Kabupaten yang ada di Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, dengan luas wilayah seluruhnya mencapai 506,9 Km² dan merupakan 15,91% dari seluruh luas wilayah Propinsi DIY.

Kabupaten Bantul terletak di bagian Selatan Wilayah Propinsi DIY, yaitu antara 07° 44' 04" – 08° 00' 27" LS dan 110° 12' 34" – 110° 31' 08" BT. Kontur geografis meliputi dataran rendah pada bagian tengah, perbukitan pada bagian Timur dan Barat, dengan bentang alam relatif membujur dari Utara ke Selatan. Tata guna lahan yaitu Pekarangan 36,16 %, Sawah 33,19 %, Tegalan 14,90 % dan Tanah Hutan 3,35 %. Kabupaten Bantul tergolong wilayah yang rawan bencana alam, seperti gempa bumi, tanah longsor, banjir, tsunami dan bencana akibat dampak dari letusan gunung merapi.

Kabupaten Bantul beriklim Tropis, yang mempunyai dua musim yaitu musim kemarau dan musim hujan, dengan Temperatur rata-rata 22°C - 36°C. Secara administratif Kabupaten Bantul terdiri atas 17 kecamatan, yang terdiri dari 75 desa dan 933 dusun. Kecamatan yang paling jauh adalah Kecamatan Dlingo dengan jarak sekitar 30 Km dari Ibukota Kabupaten, yang wilayahnya merupakan perbukitan dan berbatasan dengan Kabupaten Gunung kidul. Data Badan Pusat Statistik Kabupaten Bantul melaporkan bahwa jumlah penduduk Kabupaten Bantul pada Tahun 2014 sebanyak 968.632 jiwa, dengan jumlah penduduk Laki-laki sebanyak 482.805 jiwa dan jumlah penduduk perempuan sebanyak 485.827 jiwa. Kepadatan penduduk di Kabupaten Bantul rerata 1.852 orang per km², dengan wilayah kecamatan mempunyai kepadatan penduduk tertinggi adalah Kecamatan Banguntapan yaitu sebesar 4.755 jiwa per km², sedangkan kepadatan penduduk terendah adalah Kecamatan Dlingo yaitu sebesar 650 jiwa per km².

Pendataan rumah tangga ber-Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada tahun 2015 di Kabupaten Bantul, menjelaskan bahwa sebanyak 174.995 rumah tangga yang dipantau ternyata baru sebesar 49,38 % yang telah ber-PHBS. Berikut disajikan gambar grafik kecenderungan keluarga ber-PHBS di Kabupaten Bantul tahun 2009-2015.



Sumber: Dinkes Bantul (2014)

Grafik 4.3. Keluarga ber-PHBS di Kabupaten Bantul Tahun 2009–2015

B. Diskripsi Kesehatan Lingkungan dan Promosi Kesehatan di Lokasi Penelitian

Semua desa yang menjadi lokasi penelitian, sudah mendeklarasikan sebagai desa yang sudah bebas Buang Air Besar Sembarangan (STOP BABS) dan termasuk desa yang telah melaksanakan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM). Adapun parameter kesehatan lingkungan lain yang terkait dengan DBD adalah sebagai berikut:

1. Rumah Sehat

Rumah sehat merupakan rumah yang harus diupayakan agar penghuni rumah juga sehat. Berikut cakupan rumah sehat di lokasi penelitian.

Tabel 4.1. Cakupan rumah sehat di lokasi penelitian tahun 2015

No	Kecamatan/ Puskesmas	Desa	Cakupan Rumah Sehat (%)
1	Sewon	Panggunharjo	72.2
2	Kasih	Ngestiharjo	73.0
3	Banguntapan	Banguntapan	64.4
4	Bantul	Bantul	83.1
5	Pleret	Wonokromo	60.4
6	Jetis	Trimulyo	76.0
7	Sedayu	Argomulyo	80.0
8	Dlingo (2)	Muntuk	60.5
9	Dlingo (1)	Temuwuh	63.4
10	Kretek	Tirto Hargo	67.8

Sumber: Profil Puskesmas (2016)

Bila dibandingkan dengan target dari kabupaten Bantul maupun Nasional yakni 80%, maka desa yang sudah mencapai target hanya Bantul dan Sedayu.

2. Jamban Keluarga

Penduduk yang menggunakan jamban sehat pada desa yang menjadi lokasi penelitian sudah melebihi target nasional yakni 80%. Walaupun sudah mendeklarasikan sebagai desa yang Stop BAB Sembarangan dan sudah melebihi target, bukan berarti seluruh warga sudah memiliki jamban keluarga, namun masih ada sebagian besar yang belum memiliki jamban, sehingga memungkinkan untuk sharing atau menumpang ditetangga atau saudaranya. Berikut cakupan jamban keluarga di lokasi penelitian.

Tabel 4.2. Cakupan jamban keluarga di lokasi penelitian tahun 2015

No	Kecamatan/ Puskesmas	Desa	Cakupan Jamban Keluarga (%)
1	Sewon	Panggunharjo	100
2	Kasih	Ngestiharjo	95.7
3	Banguntapan	Banguntapan	100
4	Bantul	Bantul	100
5	Pleret	Wonokromo	98.0
6	Jetis	Trimulyo	96.9
7	Sedayu	Argomulyo	95.3
8	Dlingo (2)	Muntuk	80.7
9	Dlingo (1)	Temuwuh	82.6
10	Kretek	Tirto Hargo	90.9

Sumber: Profil Puskesmas (2016)

3. Air Bersih

Penduduk dengan akses berkelanjutan terhadap air bersih/minum yang berkualitas (layak) pada lokasi penelitian telah melampaui target nasional yakni 78%. Berikut Tabel cakupan air bersih/minum yang berkualitas di lokasi penelitian.

Tabel 4.3. Cakupan air bersih / minum yang berkualitas di lokasi penelitian tahun 2015.

No	Kecamatan/ Puskesmas	Desa	Cakupan akses air minum (%)
1	Sewon	Panggunharjo	100.0
2	Kasih	Ngestiharjo	78.6
3	Banguntapan	Banguntapan	77.67
4	Bantul	Bantul	94.78
5	Pleret	Wonokromo	79.2
6	Jetis	Trimulyo	89.0
7	Sedayu	Argomulyo	85.3
8	Dlingo (2)	Muntuk	78.2
9	Dlingo (1)	Temuwuh	77.0
10	Kretek	Tirto Hargo	93.13

Sumber: Profil Puskesmas (2016)

4. Pengelolaan Sampah

Sistem pengelolaan sampah, sebagian besar masyarakat yang ada di desa penelitian menggunakan sistem pengelolaan dengan *sanitary landfill* di rumah masing-masing, terutama di daerah pedesaan yang masih banyak lahan luas. Sudah ada rata-rata 3 dusun dari semua desa penelitian yang mengelola sampahnya dengan bank sampah dan sedekah sampah. Di desa Panggunharjo, Ngestiharjo, Bantul, Wonokromo, Trimulyo dan Argomulyo sudah ada pengelolaan sampah dengan menggunakan tenaga pengumpul sampah yang dibayar oleh masing-masing rumah tangga dan akhirnya diambil oleh petugas dari pemerintah Kabupaten Bantul. Namun masih juga ada beberapa penduduk yang membuang sampah sembarangan.

5. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

Rumah tangga yang ber-PHBS adalah rumah tangga yang pada saat pendataan PHBS semua indikatornya terpenuhi atau dengan kata lain jika ada satu indikator yang gagal didalam penilaian PHBS dirumah tangga-nya maka

tidak dapat diklasifikasikan rumah tangga ber-PHBS. Persentase rumah tangga yang ber-PHBS di lokasi penelitian sebagai berikut.

Tabel 4.4. Persentase rumah tangga yang ber-PHBS di lokasi penelitian tahun 2015.

No	Kecamatan/ Puskesmas	Desa	Rumah Tangga yang ber-PHBS (%)
1	Sewon	Panggunharjo	46.60
2	Kasih	Ngestiharjo	59.32
3	Banguntapan	Banguntapan	45.10
4	Bantul	Bantul	49.75
5	Pleret	Wonokromo	53.70
6	Jetis	Trimulyo	61.8
7	Sedayu	Argomulyo	58.3
8	Dlingo (2)	Muntuk	45.5
9	Dlingo (1)	Temuwuh	46.8
10	Kretek	Tirto Hargo	65.66

Sumber: Profil Puskesmas (2016)

Berdasarkan tabel 4.4. rumah tangga yang ber-PHBS paling tinggi di wilayah Tirtoharjo, Argomulyo dan Ngestiharjo. Hasil tersebut bila dibandingkan dengan target nasional (80%), semua desa penelitian belum mencapai target.

Tabel 4.5. Kepadatan penduduk di wilayah penelitian tahun 2015

No	Kecamatan/ Puskesmas	Desa	Kepadatan Penduduk (jiwa/km ²)
1	Sewon	Panggunharjo	6.253
2	Kasih	Ngestiharjo	4.258
3	Banguntapan	Banguntapan	4.458
4	Bantul	Bantul	3.197
5	Pleret	Wonokromo	1.148
6	Jetis	Trimulyo	3.806
7	Sedayu	Argomulyo	2.725
8	Dlingo (2)	Muntuk	718
9	Dlingo (1)	Temuwuh	643
10	Kretek	Tirto Hargo	934

Sumber: Profil Puskesmas (2016)

Kepadatan penduduk di wilayah penelitian yang tertinggi di Desa Panggunharjo, Banguntapan dan Ngestiharjo, sedangkan yang terendah kepadatan penduduknya adalah di Desa Temuwuh (Tabel 4.5).

Adapun secara rinci Jumantik di masing-masing desa yang termasuk dalam penelitian, seperti tertera pada Tabel 4.6. Jumantik dan kader kesehatan di semua lokasi penelitian berjenis kelamin perempuan dan pekerjaannya

sebagai ibu rumah tangga. Mereka melakukan survei jentik dirumah warga satu minggu sekali secara rutin. Tim Gertak PSN DBD sudah melakukan survei jentik di rumah warga secara sampling setiap bulan sekali. Namun ada juga yang melakukan dua kali dalam sebulan, yakni Desa Bantul, Desa Tumuwuh, Desa Muntuk dan Desa Tirto Hargo. Berikut adalah Tabel 4.6. Jumlah Juru Pemantau Jentik (Jumantik) di wilayah penelitian.

Tabel 4.6. Jumlah Juru Pemantau Jentik (Jumantik) di wilayah penelitian tahun 2015

No	Kecamatan/ Puskesmas	Desa	Jumlah Juru Pemantau Jentik
1	Sewon	Panggunharjo	125
2	Kasih	Ngestiharjo	80
3	Banguntapan	Banguntapan	63
4	Bantul	Bantul	84
5	Pleret	Wonokromo	90
6	Jetis	Trimulyo	100
7	Sedayu	Argomulyo	76
8	Dlingo (2)	Muntuk	84
9	Dlingo (1)	Temuwuh	90
10	Kretek	Tirto Hargo	88

Sumber: Profil Puskesmas (2016)

Desa yang menjadi daerah penelitian terletak pada ketinggian 60m sampai dengan 320 m diatas permukaan laut. Bila dilihat berdasarkan kemungkinan hidupnya nyamuk *Aedes Aegypti*, maka semua desa masih termasuk daerah habitat hidupnya vektor DBD (di bawah 1000 m di atas permukaan laut). Adapun desa tertinggi yakni desa Muntuk dan Temuwuh di Kecamatan Dlingo, sedangkan terendah berada di Desa Panggunharjo, Kecamatan Sewon. Nyamuk *Aedes* dapat hidup dan berkembang biak sampai ketinggian daerah \pm 1.000 m dari permukaan air laut (Kusriastuti, 2003).

Selengkapnya pada Tabel 4.7 menampilkan letak ketinggian desa di lokasi penelitian.

Tabel 4.7. Letak ketinggian desa di lokasi penelitian

No	Kecamatan/ Puskesmas	Desa	Ketinggian diatas permukaan laut (M)
1	Sewon	Panggunharjo	45
2	Kasih	Ngestiharjo	125
3	Banguntapan	Banguntapan	100
4	Bantul	Bantul	60
5	Pleret	Wonokromo	65

6	Jetis	Trimulyo	66
7	Sedayu	Argomulyo	130
8	Dlingo (2)	Muntuk	320
9	Dlingo (1)	Temuwuh	320
10	Kretek	Tirto Hargo	50

Sumber: Analisis Data Primer, 2015

C. Karakteristik Responden

Karakteristik responden di wilayah penelitian, menurut faktor kependudukan meliputi: pekerjaan, pendidikan dan kepemilikan rumah. Sebagaimana pada Tabel 4.8.

Tabel 4.8. Karakteristik responden penelitian menurut faktor kependudukan di Kabupaten Bantul tahun 2015

No	Faktor Kependudukan	Jumlah	
		N	%
1.	Pekerjaan		
	Tidak bekerja	139	23.16
	Petani	118	19.66
	Pedagang	44	7.33
	Wiraswasta	69	11.5
	Karyawan Swasta	26	4.33
	PNS/ Polri/ TNI	17	2.83
	Nelayan	2	0.33
	Jasa	4	0.66
	Lainnya (Seniwati, buruh bangunan, tukang cuci pakaian)	181	30.16
	Jumlah	600	100
2.	Pendidikan		
	Tidak sekolah	13	2.16
	SD tidak tamat	17	2.83
	SD tamat	49	8.16
	SLTP tidak tamat	35	5.83
	SLTP tamat	112	18.66
	SLTA tidak tamat	40	6.6
	SLTA tamat	272	45.33
	PT Tidak tamat/ D1 / D2	3	0.5
	PT Tamat (D3/S1/S2)	59	4.83
	Jumlah	600	100
3.	Kepemilikan Rumah		
	Milik sendiri	569	99.66
	Sewa/ kontrak	8	1.33
	Milik orang tua	23	3.84
	Jumlah	600	100

Sumber : Analisis Data Primer, 2015

Pekerjaan responden mayoritas adalah pekerjaan lainnya (seniwati, buruh bangunan, tukang cuci pakaian) sebanyak 30,16%. Bila dilihat distribusi frekuensi responden berdasarkan tingkat pendidikan pada daerah penelitian mayoritas tamat SLTA sebanyak 45,33%. Distribusi frekuensi kepemilikan rumah responden pada penelitian ini juga menunjukkan mayoritas rumah milik sendiri. Untuk selengkapnya, dapat dilihat pada Tabel 4.8.

Karakteristik penduduk memiliki peran penting terkait dengan masalah kesehatan. Keadaan ini dapat disebabkan karakteristik penduduk dapat menjadikan faktor penguat dan faktor kelemahan dalam upaya berbagai program kesehatan, termasuk dalam konteks penanggulangan penyakit demam berdarah dengan program Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN). Bila dilihat dari kepemilikan rumah, responden seharusnya lebih memperhatikan kondisi atau keadaan rumah dan sekelilingnya dibandingkan yang masih sewa, tetapi bila dilihat dari pekerjaannya, banyak waktu yang digunakan untuk keluar rumah. Hal ini juga perlu diperhatikan dalam PSN DBD.

D. Hasil Penelitian menurut Varibel Penelitian

1. Modal sosial

Modal sosial pada penelitian dilihat dari modal sosial kognitif keluarga dan modal sosial struktural keluarga. Modal sosial kognitif dilihat tingkat kepercayaan, peran tokoh masyarakat, tingkat kepatuhan dan relasi mutual, sedangkan modal sosial struktural dilihat dari aspek jumlah asosiasi lokal yang diikuti keluarga dan keaktifan keluarga dalam asosiasi lokal tersebut.

Tabel 4.9. Distribusi responden berdasarkan skor modal sosial

Modal Sosial (Kategori skor: 1-132)	Kategori	Jumlah	
		N	%
1-33	Sangat kurang baik	0	0.0
34 – 66	Kurang baik	84	14.0
67 – 99	Baik	384	64.0
100 – 132	Sangat baik	132	22.0
Jumlah		600	100

Sumber : Analisis Data Primer, 2015

Modal sosial secara keseluruhan pada daerah penelitian termasuk dalam katagori baik dan sangat baik sebanyak 86%. Namun modal sosial pada daerah penelitian yang kurang baik dan sangat kurang baik masih ada, yaitu sebesar 14%. Selengkapnya dapat dilihat pada Tabel 4.9 tentang distribusi frekuensi berdasarkan modal sosial.

Bila dirinci menurut aspek-aspek pembentuk modal sosial dapat dijelaskan pada Tabel 4.10 sebagai berikut.

Tabel 4.10. Aspek-aspek pembentuk modal

Indikator	Kategori	Jumlah	
		N	%
A. Modal Sosial Kognitif			
Tingkat Kepercayaan	Sangat tidak percaya	0	0.0
	Tidak percaya	125	20.8
	Percaya	268	61.4
	Sangat percaya	107	17.8
	Jumlah	600	100
Peran Tokoh Masyarakat	Tidak pernah	34	5.7
	Kadang-kadang	243	40.5
	Sering	269	44.8
	Sangat sering	54	9.0
	Jumlah	600	100
Tingkat Kepatuhan	Sangat tidak patuh	20	3.3
	Tidak patuh	99	16.5
	Patuh	358	59.7
	Sangat patuh	123	20.5
	Jumlah	600	100
Relasi Mutual	Sangat kurang baik	1	0.2
	Kurang baik	168	28.0
	Baik	286	47.7
	Sangat baik	145	24.2
	Jumlah	600	100
B. Modal Sosial Struktural			
Jumlah asosiasi lokal yang diikuti keluarga	Sangat sedikit	274	45.7
	Sedikit	76	12.7
	Banyak	230	38.3
	Sangat banyak	20	3.3
	Jumlah	600	100
Tingkat keaktifan keluarga dalam asosiasi lokal	Tidak aktif	60	10.0
	Kurang aktif	63	10.5
	Aktif	439	73.2
	Sangat aktif	38	6.3
	Jumlah	600	100

Sumber: Analisis Data Primer, 2015

Modal sosial dari aspek tingkat kepercayaan keluarga terhadap anggota keluarga, tetangga, warga secara umum, etnisitas (latar belakang budaya yang sama), perangkat desa, RT, petugas kesehatan, tokoh masyarakat, jumantik, tokoh agama, penyuluh kesehatan dan kader kesehatan, menunjukkan bahwa tingkat kepercayaan secara keseluruhan pada daerah penelitian menunjukkan hasil pada kategori tingkat percaya dan sangat percaya yaitu sebesar 79,2%. Bila dilihat secara rinci tingkat kepercayaan tertinggi pada anggota keluarga, tokoh masyarakat, kader dan tokoh agama, sedangkan yang sangat tidak percaya yaitu sebesar 20,8% terutama terhadap tetangga dan perangkat desa. Selengkapnya pada tabel 4.10.

Modal sosial keluarga dari aspek peran tokoh masyarakat dalam PSN DBD, distribusi frekuensi responden pada daerah penelitian yang termasuk dalam kategori tidak pernah dan kadang-kadang yaitu sebesar 46,2%. Secara keseluruhan pada daerah penelitian kategori sering dan sangat sering ada peran tokoh masyarakat yang mengunjungi dan membicarakan tentang PSN DBD sebanyak 53,8%.

Modal sosial kognitif dari aspek kepatuhan masyarakat terhadap aturan yang ada di lingkungan desa atau dusun terkait dengan kebersihan lingkungan disampaikan oleh tokoh agama, kepatuhan terhadap nilai budaya gotong-royong, mertidesa/dusun, kepatuhan terhadap aturan atau norma tidak membuang sampah sembarangan dan jumat bersih selama enam bulan terakhir, diperoleh distribusi frekuensi bahwa responden yang tidak patuh dan sangat tidak patuh pada daerah penelitian sebesar 19,8%. Secara keseluruhan pada daerah penelitian ini warga patuh dan sangat patuh terhadap aturan atau norma tidak membuang sampah sembarangan dan jumat bersih selama tiga tahun terakhir sebesar 80,2%. Berdasarkan aspek relasi mutual keluarga pada daerah penelitian, distribusi frekuensi relasi mutual yang kurang baik dan sangat kurang baik yakni 28,2%. Selain itu, ada relasi mutual pada daerah penelitian yang baik dan sangat baik yaitu sebesar 71,9%.

Hasil penelitian lapang modal sosial struktural dari aspek jumlah asosiasi lokal yang diikuti responden dan anggota keluarganya di daerah

penelitian menunjukkan bahwa yang mengikuti asosiasi lokal kategori sangat sedikit dan sedikit mencapai 58,4%. Secara keseluruhan warga di daerah penelitian kategori banyak dan sangat banyak yang mengikuti asosiasi lokal hanya 31,6%. Adanya jaringan lebih dimungkinkan informasi atau sesuatu hal yang baru dapat menjadi suatu pengetahuan baru. Adapun model konsep yang membangun jaringan sehingga akan mempermudah informasi guna terjadinya perubahan perilaku (Kornelsen and Grzybowski, 2012). Adanya jaringan sosial juga dapat mempermudah penerimaan pelayanan atau program yang diberikan kepada masyarakat dari pemerintah. Adanya penerimaan yang baik tentang pelayanan oleh masyarakat menumbuhkan sebuah kepercayaan dan keadaan ini menyebabkan terjadinya perilaku pada masyarakat (Heaney & Israel, 2008). Bila dilihat dari partisipasi keluarga dalam asosiasi lokal, maka lebih banyak yang aktif yaitu sebesar 79,5% dibanding yang tidak aktif dan kurang aktif mengikuti partisipasi keluarga sebesar 20,5 %.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat kepercayaan pada modal sosial sebagian besar percaya dan sangat percaya. Hal ini menunjukkan bahwa di wilayah penelitian memiliki modal sosial pada aspek kepercayaan yang memungkinkan untuk dilakukannya pemberantasan DBD. Modal sosial yang rendah dapat disebabkan oleh rendahnya kepercayaan antar satu warga dengan warga yang lain menyebabkan terhambatnya jalinan komunikasi sehingga terkesan memiliki kepentingan sendiri. Pada kasus DBD penyelesaian masalah tidak dapat diselesaikan sendiri karena penyebabnya adalah vektor nyamuk sehingga terkait dengan kondisi lingkungan masyarakat.

Lingkungan masyarakat merupakan media penting dalam penularan penyakit DBD. Hal ini sejalan dengan penelitian Kawachi *et al.*, (1999), yang menganalisis data *The National Opinion Research Center's General Sosial Surveys*, USA mengungkapkan bahwa tingkat saling percaya antar orang (*interpersonal trust*) berhubungan dengan angka kematian. Adanya modal sosial saling percaya menyebabkan terjadinya jalinan permasalahan yang sama antara warga yang tinggal didalam satu wilayah. Hasbullah (2006),

menyebutkan bahwa salah satu modal sosial yang penting dalam masyarakat adalah saling percaya antar warga (*trust*).

Berdasarkan peran tokoh masyarakat didapatkan bahwa sebagian besar subjek memiliki kriteria peran masyarakat kadang-kadang (40,5%) dan sering (44,8%). Peran tokoh masyarakat di suatu wilayah merupakan modal yang penting dalam upaya pergerakan masyarakat khususnya pada penyakit DBD. Keadaan ini sejalan dengan hasil kuesioner dan *indepth interview* yang didapatkan, bahwa yang terlibat dalam kegiatan adalah tokoh desa (perangkat desa) dan tokoh masyarakat. Pada daerah penelitian, peran tokoh perangkat desa dalam proses perencanaan dan pelaksanaan PSN DBD lebih dominan dibandingkan dengan peran tokoh masyarakat atau agama. Hal ini memberikan kesimpulan bahwa keterlibatan masyarakat, terutama melalui tokoh masyarakat pada daerah penelitian belum optimal. Menurut Hofstede (1991), pemimpin informal (tokoh masyarakat) di desa sebagai orang yang berpengaruh dan diakui sebagai pemimpin suatu kelompok atau golongan tertentu atau seluruh masyarakat desa, tetapi tidak memegang jabatan resmi dalam pemerintahan desa. Mereka memiliki kharisma dan sering didatangi warga untuk meminta nasehat serta saran dalam memecahkan masalah di pedesaan sehingga sering menjadi pusat informasi dari warga desa.

Sudah umum diketahui bahwa pemimpin informal di desa mempunyai pengaruh besar untuk menggalang gerakan membangun diri di kalangan masyarakat desa. Tokoh-tokoh masyarakat berpengaruh menjadi pusat komando masyarakat dan berperan a) memutuskan apa yang akan dilakukan kelompok, b) memberi perintah dan pengarahan, c) memberi sanksi, dan d) tempat bergantung bagi pengikutnya hampir dalam semua segi kehidupan. Menurut Sumardjo (2008), tokoh masyarakat atau pemimpin informal dapat mempengaruhi orang lain (*follower*) untuk mencapai tujuan bersama dengan partisipasi.

Upaya pemberantasan penyakit DBD melibatkan peran tokoh masyarakat merupakan upaya yang sangat baik, karena model penyakit DBD terkait dengan perilaku masyarakat. Hasbullah (2006), menyebutkan bahwa

peran tokoh masyarakat membentuk sebuah jaringan interaksi dalam masyarakat dengan membentuk: (a) saling percaya antar warga (*trust*), (b) saling tukar kebaikan (*reciprocity*), (c) norma sosial (*socialnorm*), (d) nilai-nilai sosial dan (e) tindakan yang proaktif.

Berdasarkan indikator kepatuhan didapatkan bahwa pada daerah penelitian yang terkait dengan peraturan-peraturan yang ada di masyarakat, bahwa warga masyarakat yang tidak patuh dan sangat tidak patuh sebanyak 19,8%. Hal ini menyebabkan terjadinya pola perilaku individualis sehingga permasalahan yang terjadi hanya ditangani oleh masing-masing keluarga. Keadaan ini yang menyebabkan terjadinya pola penularan penyakit DBD yang masih terus berlangsung.

Norma yang dibentuk oleh masyarakat penting untuk dihormati karena aspek adanya interaksi terjadi jika masyarakat saling patuh terhadap norma-norma yang dibuat oleh masyarakat itu sendiri. Lawang dan Rober (2004), mengatakan bahwa norma tidak dapat dipisahkan dari jaringan dan kepercayaan. Norma atau kebiasaan masyarakat memegang peranan penting dalam upaya pergerakan perilaku masyarakat. Norma atau nilai yang sudah terbentuk dalam masyarakat dapat menjadikan faktor penghambat maupun faktor pendukung dalam berbagai program kesehatan. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa nilai gotong-royong pada umumnya masih melekat untuk daerah Bantul tetapi seiring perjalanan modern mulai perlahan-lahan berkurang. Keadaan ini dapat disebabkan oleh demografi yang berkembang di Wilayah Bantul dengan pola urbanisasi. Keadaan ini merupakan ancaman terjadinya perubahan nilai dan norma kebersamaan dan cenderung bersifat individualis.

Perubahan nilai, norma khususnya pada pencegahan DBD membutuhkan waktu yang lama. Perubahan nilai diperlukan beberapa tahapan antara lain perubahan struktur budaya dan perubahan konten budaya itu sendiri. Keadaan ini yang menyebabkan proses perubahan budaya atau nilai sangat lama. Konsep Malqvist *et al.*, (2012), menyebutkan bahwa terdapat 2 bagian penting yang mempengaruhi status kesehatan masyarakat yaitu

struktur dari faktor sosial itu sendiri dan faktor antara dari faktor sosial. Faktor struktur sosial meliputi konteks sosial ekonomi dan politik, serta posisi sosial ekonomi masyarakat. Faktor antara dari faktor sosial antara lain sistem kesehatan yang ada di masyarakat tersebut.

Berdasarkan relasi mutual didapatkan bahwa daerah penelitian termasuk kategori baik dan sangat baik sebesar 71,9%. Keadaan ini saling menguntungkan pada masyarakat menyebabkan upaya pencegahan menjadi lebih berhasil dibanding dengan upaya pencegahan individual. Keberhasilan dapat disebabkan oleh faktor informasi yang diterima dimasyarakat mudah disebarkan dan masyarakat merasa terlibat dalam informasi tersebut. Menurut Kawachi & Berkman (2000); Eriksson (2010) menyebutkan bahwa modal sosial bermanfaat bagi individu dalam beberapa cara antara lain meningkatkan difusi informasi tentang perilaku yang meningkatkan kesehatan dan mempromosikan adopsi gaya hidup sehat.

Hasil penelitian Poortinga (2006), dalam studi modal sosial dan *self-rated* kesehatan di Inggris; agresi sosial kepercayaan, dan partisipasi masyarakat berkontribusi untuk kesehatan masyarakat mandiri. Kawachi *et al.* (1999), melakukan studi tentang modal sosial dan *self-rated* kesehatan di tingkat Negara bagian di Amerika Serikat, ditemukan bahwa baik agregat kepercayaan dan partisipasi dalam kelompok terkait dengan kesehatan diri.

Jalinan relasi yang saling menguntungkan antar masyarakat berdampak terhadap berbagai keuntungan seperti keuntungan informasi, keuntungan pekerjaan, keuntungan finansial dan keuntungan saling tolong menolong antara sesama warga. Adanya berbagai keuntungan jalinan hubungan antara masyarakat yang dapat membentuk sebuah kepercayaan dalam masyarakat tersebut. Putnam (1993) menyebutkan bahwa kepercayaan (*trust*) memiliki kekuatan mempengaruhi prinsip-prinsip yang melandasi kemakmuran sosial dan kemajuan ekonomi dicapai oleh suatu komunitas atau bangsa.

Kepercayaan yang terbentuk pada sekumpulan masyarakat membentuk norma yang membangun masyarakat tersebut. Adanya saling

percaya didalam interaksi masyarakat menyebabkan tumbuhnya sebuah norma atau aturan yang membentuk masyarakat tersebut. Lawang dan Rober (2004), mengatakan norma tidak dapat dipisahkan dari jaringan dan kepercayaan.

2. Penyuluhan PSN DBD

Pelaksanaan penyuluhan PSN DBD di wilayah penelitian dilihat dari aspek materi, metode, media dan kemampuan penyuluh dari petugas kesehatan Puskesmas. Berdasarkan hasil penelitian diperoleh distribusi frekuensi persepsi terhadap PSN DBD pada aspek pelaksanaan penyuluhan PSN DBD, bahwa daerah penelitian yang masuk pada katagori baik dan sangat baik yaitu sebesar 84,7 %. Sedangkan persepsi terhadap penyuluhan PSN DBD kategori tidak baik dan sangat tidak baik sebesar 15,3%. Selengkapny tertera pada Tabel 4.11 berikut ini.

Tabel 4.11. Distribusi Jumlah penyuluhan PSN DBD (X₂) di daerah penelitian tahun 2015.

Penyuluhan PSN DBD (Kategori skor: 1 – 124)	Kategori	Jumlah	
		N	%
1 – 31	Sangat tidak baik	0	0.0
32 – 62	Tidak baik	92	15.3
63 – 93	Baik	394	65.7
94 – 124	Sangat baik	114	19.0
Jumlah		600	100

Sumber : Analisis Data Primer, 2015

Bila dirinci lebih lanjut berdasarkan aspek yang dipersepsikan keluarga terhadap penyuluhan PSN DBD sebagai berikut.

Tabel 4.12. Distribusi Responden pada Aspek terhadap penyuluhan PSN DBD

Indikator	Kategori	Jumlah	
		N	%
Materi	Sangat kurang setuju	0	0.0
	Kurang setuju	122	20.3
	Setuju	379	63.2
	Sangat setuju	99	16.5
	Jumlah	600	100.0
Metode	Sangat tidak setuju	33	5.5
	Kurang setuju	108	18.0
	Setuju	239	48.8
	Sangat setuju	166	27.7
	Jumlah	600	100.0

Media	Sangat tidak setuju	6	1.0
	Kurang setuju	107	17.8
	Setuju	291	48.5
	Sangat setuju	196	32.7
	Jumlah	600	100.0
Kemampuan penyuluh	Sangat kurang baik	0	0.0
	Kurang baik	109	18.2
	Baik	437	72.8
	Sangat baik	54	9.0
	Jumlah	600	100.0

Sumber: Analisis Data Primer, 2015

Persepsi keluarga terhadap materi yang diberikan saat penyuluhan PSN DBD pada daerah penelitian untuk kategori setuju dan sangat setuju, yaitu sebesar 79,7%, yang kurang setuju dan sangat kurang setuju terhadap materi yang diberikan selama ini yaitu sebesar 20,3%. Selengkapnya tertera pada Tabel 4.12.

Berdasarkan metode penyuluhan yang diberikan oleh penyuluh tentang PSN DBD diperoleh hasil secara keseluruhan responden penelitian yang paling besar menyatakan setuju dan sangat setuju terhadap metode penyuluhan yang sudah diberikan, yakni 76,5%. Selain itu ada pula kategori kurang setuju dan sangat tidak setuju dengan metode seperti diatas, yaitu sebesar 23,5%.

Persepsi keluarga terhadap media yang digunakan secara lisan, tertulis dan terperaga untuk memperjelas penyampaian penyuluhan PSN DBD pada daerah penelitian, yang menyatakan setuju dan sangat setuju menggunakan media yang digunakan adalah sebesar 81,2%. Tetapi ada juga yang kurang setuju dan sangat tidak setuju dengan penggunaan media untuk penyuluhan PSN dan DBD, yaitu sebesar 18,8%.

Kemampuan penyuluh untuk menggerakkan masyarakat guna melakukan perubahan-perubahan yang lebih baik dalam melaksanakan PSN DBD, responden yang menyatakan baik dan sangat baik dengan kemampuan penyuluh yaitu sebanyak 81,8%. Sedangkan responden yang menyatakan kurang baik dan sangat kurang baik dalam melakukan penyuluhan sebesar 18,2%. Bila lihat secara rinci kemampuan penyuluh yang masih sangat

kurang adalah pada aspek empati, memotivasi dan menghidupkan suasana pada saat penyuluhan dan diskusi, demikian juga hasil dari FGD.

Berdasarkan persepsi penyuluhan didapatkan sebagian besar baik pada aspek materi, metode, media dan kemampuan penyuluh. Keadaan ini menjadikan penguat bagi program-program masyarakat yang akan dikembangkan. Persepsi yang baik pada masyarakat terkait penyuluhan dapat merupakan faktor penguat untuk terjadinya pergerakan sosial dimasyarakat khususnya pada pergerakan upaya perilaku pencegahan DBD.

Salah satu faktor yang menentukan kualitas promosi kesehatan adalah penyuluh kesehatan. Faktor utama yang menentukan keberhasilan program dari sisi penyuluhan adalah kemampuan penyuluh. Materi yang disampaikan, metode yang digunakan dan media yang digunakan. Materi yang diberikan sebagian besar (79,7%) responden menyatakan sudah setuju dan sangat setuju. Berdasarkan FGD dengan masyarakat dan tokoh masyarakat, menginginkan materinya lebih ditekankan pada upaya pemberantasan sarang nyamuknya secara sederhana dan bagaimana menjaga keberlanjutannya, sesuai keadaan masyarakat atau lokal. Serta menginginkan langsung ada materi praktiknya.

Metode penyuluhan yang digunakan selama ini belum sepenuhnya mampu menyentuh warga. Berdasarkan FGD dan pengamatan di lapangan memang tidak ada sesuatu yang baru dari metode penyuluhan yang diberikan. Dalam memberikan penyuluhan masih menggunakan metode konvensional yakni ceramah dengan tanya jawab masih menjadi pilihan utama dalam kegiatan penyuluhan. Media atau sarana dan prasarana yang digunakan untuk menyampaikan materi hanya seadanya, jarang menggunakan LCD. Para penyuluh jarang menggunakan alat peraga dan semacamnya untuk melakukan demonstrasi serta tidak menggunakan media sekitarnya untuk menjelaskan materi. Sebagian besar peserta FGD menyatakan bosan dengan metode dan media yang disampaikan penyuluh tentang penanggulangan DBD, termasuk didalamnya PSN DBD.

Penyuluhan yang diberikan kepada masyarakat difokuskan pada pola perubahan kognitif masyarakat. Perubahan kognitif masyarakat memberikan kesadaran akan pentingnya pencegahan terhadap penyakit DBD. Penyuluhan yang diberikan kepada masyarakat tidak serta merta secara langsung meningkatkan pemahaman masyarakat melainkan ada waktu yang diperlukan untuk proses pemahaman yang menuju pada kesadaran masyarakat. Informasi yang diterima oleh masyarakat meningkatkan pemahaman pada masyarakat membutuhkan rentang waktu pemahaman sehingga menumbuhkan rasa kesadaran. Hal ini sesuai dengan pendapat Solso dan Mc.Lin (2002) yang menyebutkan bahwa informasi yang dapat kita pahami dalam periode pemaparan yang singkat disebut sebagai rentang perseptual (*perceptual span*), yang merupakan suatu komponen awal dalam pemrosesan informasi. Manusia memiliki sebuah penyimpanan sensorik (*sensory store*) yang mampu mengambil keputusan dengan cepat berdasarkan pemaparan singkat terhadap sesuatu kejadian. Keadaan ini terjadi secara alamiah. Stimuli yang kita dapat tidak saja berasal dari penglihatan melainkan dapat berasal dari rasa yang lain.

Penyuluhan yang diberikan kepada masyarakat merupakan upaya menyiapkan masyarakat dalam peningkatan sumber daya agar dapat berpartisipasi dalam pencegahan penyakit DBD. Pendapat Ife (1995), "*Empowerment means capacity to determine with the resources their own future and participate in affect of their community*". Bahwa menyiapkan komunitas atau individu dengan sumber daya, kesempatan, keahlian dan pengetahuan agar kapasitas komunitas meningkat sehingga dapat berpartisipasi menentukan masa depan dan menurut Mardikanto (2007), kegiatan penyuluhan terus dikembangkan untuk menggerakkan kesadaran dan partisipasi masyarakat agar mereka memiliki kemampuan menolong dirinya sendiri untuk perbaikan mutu hidup dan kesejahteraan.

3. Program PSN DBD

Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul telah mengoptimalkan kerja jumantik yang berada di tingkat Rukun Tetangga (RT) dalam rangka menekan kasus

demam berdarah. Pengoptimalan kunjungan jumantik diharapkan dapat meningkatkan partisipasi masyarakat dalam melakukan PSN-DBD melalui pelaksanaan tugas pokok jumantik saat melakukan kunjungan. Kunjungan yang berulang (4 kali sebulan) disertai dengan penyuluhan kesehatan, PJB dan pergerakan PSN-DBD diharapkan dapat memotivasi masyarakat dalam melakukan PSN-DBD secara periodik.

Pelaksanaan program PSN DBD pada penelitian ini dilihat dari Jumantik dan tim Gertak di daerah penelitian. Pelaksanaan Program PSN DBD berdasarkan pendapat responden, yang menyatakan sering ada program Jumantik dan sangat sering adanya Jumantik dan Tim Gertak yakni sebesar 98,5%. Seperti tertera pada Tabel 4.13 berikut ini.

Tabel 4.13. Distribusi Jumlah program PSN DBD di daerah penelitian DBD (X3)

Program PSN DBD (Kategori skor: 1-14)	Kategori	Jumlah	
		N	%
1 –14	Tidak pernah	0	0,0
15 –28	Kadang-kadang	9	1.5
29 – 42	Sering	504	84.0
43 – 56	Sangat sering	87	14.5
Jumlah		600	100

Sumber: Analisis Data Primer, 2015

Bila dirinci lebih lanjut antara kunjungan jumantik dan tim Gertak, bahwa di daerah penelitian yang menyatakan sering dan sangat sering dikunjungi Jumantik sebesar 60,5%. Daerah penelitian yang tidak pernah dikunjungi Jumantik sebesar 0%. Sedangkan Tim Gertak yang menunjukkan kategori sering dikunjungi dan sangat sering sebanyak 60,7%. Selengkapnya dapat dilihat pada Tabel 4.14.

Tabel 4.14. Distribusi Jumlah program PSN DBD berdasarkan indikator

No.	Indikator	Kategori	Jumlah	
			N	%
1.	Program Jumantik	Tidak pernah	0	0.0
		Kadang-kadang	237	39.5
		Sering	328	54.7
		Sangat sering	35	5.8
		Jumlah	600	100

2.	Program Tim Gertak	Tidak pernah	0	0.0
		Kadang-kadang	236	39.3
		Sering	325	54.2
		Sangat sering	39	6.5
		Jumlah	600	100

Sumber: Analisis Data Primer, 2015

Berdasarkan hasil penelitian dengan Fokus Group Diskusi (FGD), diketahui bahwa program kesehatan yang telah dijalankan terkait dengan program penyakit DBD antara lain penyuluhan, pembentukan Tim Gertak, melibatkan murid Sekolah Dasar (SD) dalam penyebaran informasi DBD dan pembentukan Jumantik. Program-program yang dikerjakan selama ini menunjukkan telah melibatkan peran serta masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit DBD. Masih adanya peran masyarakat yang tidak dilibatkan menyebabkan berbagai program yang dikerjakan tidak dapat berjalan secara terus menerus.

Bila diperinci secara lebih mendalam pada aspek pembentuk program Jumantik terdiri dari kunjungan jumantik, penyuluhan, motivasi, pemeriksaan jentik, pemberian hasil dan penjelasan tempat berkembang biaknya nyamuk pembawa virus penyakit DBD. Selengkapanya dapat dilihat pada Tabel 4.15 berikut ini.

Tabel 4.15. Indikator Program Jumantik

No	Indikator	Kategori	Jumlah	
			N	%
1.	Kunjungan	Tidak pernah	0	0
		Kadang kadang	248	41.3
		Sering	213	35.5
		Sangat sering	139	23.2
		Jumlah	600	100.0
2.	Memberikan Penyuluhan	Tidak pernah	59	9.8
		Kadang-kadang	303	50.5
		Sering	152	25.4
		Sangat sering	86	14.3
		Jumlah	600	100.0
3.	Memberikan Motivasi	Tidak pernah	73	12.2
		Kadang-kadang	217	36.2
		Sering	212	35.3
		Sangat sering	98	16.3
		Jumlah	600	100

4. Mengajak Pemeriksaan Jentik	Tidak pernah	96	16
	Kadang-kadang	286	47.7
	Sering	198	33.0
	Sangat sering	20	3.3
	Jumlah	600	100
5. Pemberian Hasil Pemeriksaan Jentik	Tidak pernah	78	13
	Kadang-kadang	218	36.3
	Sering	208	34.7
	Sangat sering	96	16
	Jumlah	600	100
6. Penjelasan tempat berkembangnya nyamuk	Tidak pernah	67	11.2
	Kadang-kadang	209	34.8
	Sering	213	35.5
	Sangat sering	111	18.5
	Jumlah	600	100

Sumber: Analisis Data Primer, 2015

Berdasarkan data hasil dari Tabel 4.15, penelitian yang sudah dilakukan di daerah penelitian dalam 6 bulan terakhir, kunjungan jumantik di rumah-rumah warga kategori sering dan sangat sering memiliki persentase 58,7%. Tetapi masih ada petugas jumantik yang hanya kadang-kadang dan melakukan kunjungan kerumah warga, yakni sebesar 41,3%.

Jumantik yang tidak pernah memberi motivasi dan hanya kadang-kadang memberi motivasi untuk melaksanakan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) sebesar 48,4%. Selain itu untuk persentase Jumantik yang sering dan sangat sering memberikan motivasi untuk melakukan PSN pada masyarakat yakni sebesar 51,6%. Hasil lainnya, petugas Jumantik yang sering dan sangat sering mengajak masyarakat untuk ikut serta melakukan pemeriksaan jentik di rumah sebesar 36,3%. Sedangkan petugas Jumantik yang tak pernah dan kadang-kadang mengajak masyarakat pemeriksaan jentik di rumah dan lingkungan sebesar 63,7%.

Pemberian hasil saat pemeriksaan jentik oleh petugas Jumantik sudah sering dan sangat sering dilakukan, yakni sebesar 50,7%. Tetapi untuk petugas Jumantik yang tidak pernah dan kadang-kadang memberikan hasil pengamatan, yaitu masih sebesar 49,3%. Jumantik yang sering dan sangat sering memberikan penjelasan tentang tempat berkembang biaknya nyamuk yaitu sebanyak 54,0%. Sedangkan Jumantik yang tidak pernah dan hanya

kadang-kadang memberikan penjelasan mengenai tempat berkembangbiaknya nyamuk sebesar 46%.

Selain indikator Program Jumantik, ada indikator Program Tim Gertak, diantaranya yaitu: kunjungan dalam enam bulan terakhir, melaksanakan penyuluhan, memberikan motivasi, mengajak pemeriksaan jentik, memberikan hasil pemeriksaan, dan penjelasan tempat berkembangbiaknya nyamuk. Selengkapnya tertera di Tabel 4.16 berikut ini.

Tabel 4.16. Indikator Program Tim Gertak

No	Indikator	Kategori	Jumlah	
			N	%
1.	Kunjungan	Tidak pernah	0	
		Kadang kadang	248	41.3
		Sering	219	36.5
		Sangat sering	133	22.2
		Jumlah	600	100
2.	Memberikan Penyuluhan	Tidak pernah	64	10.7
		Kadang-kadang	184	30.7
		Sering	218	36.3
		Sangat sering	134	22.3
		Jumlah	600	100.0
3.	Memberikan Motivasi	Tidak pernah	67	11.2
		Kadang-kadang	224	37.4
		Sering	220	36.7
		Sangat sering	88	14.7
		Jumlah	600	100
4.	Mengajak Pemeriksaan Jentik	Tidak pernah	85	14.2
		Kadang-kadang	227	37.8
		Sering	208	34.7
		Sangat sering	80	13.3
		Jumlah	600	100
5.	Pemberian hasil pemeriksaan	Tidak pernah	97	16.2
		Kadang-kadang	285	47.5
		Sering	198	33.0
		Sangat sering	20	3.3
		Jumlah	600	100
6.	Penjelasan tempat berkembangbiaknya nyamuk	Tidak pernah	82	13.7
		Kadang-kadang	225	37.5
		Sering	212	35.4
		Sangat sering	80	13.4
		Jumlah	600	100

Sumber: Analisis Data Primer, 2015

Berdasarkan Tabel 4.16 terkait kunjungan Tim Gertak di rumah-rumah warga termasuk dalam kategori sering dan sangat sering memiliki persentase 58,7%. Tetapi masih ada petugas Tim Gertak yang kadang-kadang melakukan kunjungan ke rumah warga, yakni sebesar 41,3%. Pada saat melakukan kunjungan, masih ada petugas Tim Gertak yang tidak pernah dan kadang-kadang melakukan penyuluhan tentang Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), yakni sebesar 41,4%. Selain itu petugas Tim Gertak yang sering dan sangat sering melakukan penyuluhan sebanyak 58,6%. Tim Gertak yang tidak pernah memberi motivasi dan hanya kadang-kadang memberi motivasi untuk melaksanakan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) sebesar 48,6%. Selain itu untuk persentase tim gertak yang sering dan sangat sering memberikan motivasi untuk melakukan PSN pada masyarakat yaitu sebesar 51,4%.

Tim Gertak yang sering dan sangat sering mengajak masyarakat untuk ikutserta melakukan pemeriksaan jentik bersama sama tuan rumah sebesar 48,0%, sedangkan petugas Jumantik yang tak pernah dan kadang-kadang mengajak masyarakat melaksanakan pemeriksaan jentik bersama tuan rumah di rumah dan lingkungan sebesar 52,0%. Pada indikator pemberian hasil saat pemeriksaan jentik oleh Tim Gertak kategori masih sering dan sangat sering dilakukan yaitu sebesar 36,3%. Tetapi indikator untuk Tim Gertak kategori tidak pernah dan kadang-kadang memberikan hasil pemeriksaan jentik kepada warga, yaitu sebesar 63,7%. Indikator yang sering dan sangat sering memberikan penjelasan tentang tempat berkembangbiaknya nyamuk yaitu sebanyak 48,8%. Sedangkan Tim Gertak yang tidak pernah dan hanya kadang-kadang memberikan penjelasan mengenai tempat berkembangbiaknya nyamuk sebesar 51,2%.

Bila dibandingkan antara kedua program Jumantik dan Gertak, kedua tim sama-sama lebih banyak tidak pernah melaksanakan penyuluhan, tidak mengajak responden atau anggota keluarga untuk bersama-sama memeriksa jentik, tidak memberitahukan hasil pemeriksaan, tidak memberikan penjelasan tentang berkembangbiaknya nyamuk *Aedes aegypti* pada saat

berkunjung ke rumah responden atau warga, tetapi sama-sama memberikan motivasi responden atau warga untuk melaksanakan PSN secara rutin. Kegiatan yang dilakukan oleh Jumantik dan Tim Gertak, masih belum sesuai dengan tugas pokok mereka. Hal ini juga bisa mempengaruhi persepsi warga dan menghambat pelaksanaan PSN DBD di warga desa.

Program-program kesehatan yang berjalan selama ini kurang memperhatikan keadaan masyarakat menyebabkan program tersebut menemui berbagai kendala dalam pelaksanaannya sehingga program-program yang dikerjakan oleh pemerintah tidak berkelanjutan (*sustainable*). Keadaan ini disebabkan karena program-program yang berjalan kurang mempertimbangkan potensi yang ada di dalam masyarakat. Selain potensi yang ada dalam masyarakat, tipe dan model penyakit menjadi sesuatu yang penting dalam upaya pemberantasannya, karena pola penyakit menentukan berbagai program intervensi yang harus diberikan.

Program yang berjalan dapat terus berlangsung (*Sustainable*) jika ada peran serta dari masyarakat sehingga modifikasi perilaku, nilai, norma dan budaya masyarakat yang menjadi fokus utama dalam upaya program dapat terus berjalan. Perubahan perilaku masyarakat menjadi aspek penting dalam pencegahan penyakit DBD karena tanpa adanya partisipasi dari masyarakat program tidak dapat berjalan.

4. Persepsi terhadap PSN DBD

Secara keseluruhan persepsi terhadap PSN DBD, menunjukkan hasil bahwa 79,5% berpersepsi setuju dan sangat setuju (persepsi positif). Selengkapnya terlihat pada Tabel 4.17 berikut ini.

Tabel 4.17. Distribusi Jumlah berdasarkan persepsi terhadap PSN DBD (X4)

Persepsi terhadap PSN DBD (Kategori skor: 1- 48)	Kategori	Jumlah	
		N	%
1 – 12	Sangat tidak setuju	0	0.0
13 – 24	Tidak setuju	123	20.5
25 – 36	Setuju	360	60.0
37 – 48	Sangat setuju	117	19.5
Jumlah		600	100

Sumber: Analisis Data Primer, 2015

Bila dirinci berdasarkan indikator-indikator persepsi keluarga terhadap PSN DBD di masyarakat. Selengkapnya tertera pada Tabel 4.18.

Tabel 4.18. Indikator Persepsi Keluarga terhadap PSN DBD

No.	Indikator	Kategori	Jumlah	
			N	%
1.	Kemanfaatan PSN DBD	Sangat tidak setuju	0	0
		Tidak setuju	138	23
		Setuju	275	45.8
		Sangat setuju	187	31.2
		Jumlah	600	100.0
2.	Hambatan dalam melaksanakan PSN DBD	Sangat tidak setuju	0	0
		Tidak setuju	312	52.0
		Setuju	187	31.2
		Sangat setuju	101	16.8
		Jumlah	600	100

Sumber: Analisis Data Primer, 2015

Berdasarkan indikator persepsi terhadap PSN DBD, menunjukkan hasil bahwa responden sebagian besar menyatakan setuju dan sangat setuju (persepsi positif) berdasarkan kemanfaatan PSN DBD bila dilaksanakan (77,0%), sedangkan hambatan dalam pelaksanaan sebagian besar menyatakan tidak setuju atau yang mempunyai persepsi negatif (52,0%).

Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas promosi kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul dan FGD diperoleh hasil bahwa persepsi warga terhadap DBD sangat menggantungkan pada kegiatan *Fogging* dan ini justru didukung oleh tokoh masyarakat setempat yang kebetulan mempunyai jabatan politis, seperti anggota DPRD I atau DPRD II. Pada lain pihak warga menganggap bahwa kegiatan PSN DBD ini cukup dilakukan oleh petugas, Tim Gertak dan Kader atau Jumantik, sehingga masyarakat kurang peduli. Padahal upaya *fogging* adalah upaya terakhir dan hanya untuk nyamuk dewasa, sedangkan jentik, telur nyamuk dan habitatnya masih tetap ada. Hasil FGD lainnya adalah masyarakat belum melakukan PSN secara serentak atau bersama sama, kecuali sudah ada warga yang terkena DBD.

Persepsi masyarakat merupakan modal yang penting dalam upaya pemberantasan penyakit DBD dan kelangsungan program-program pemerintah yang berjalan. Stafford *et al.*, (2005), menemukan bahwa hidup di

lingkungan dengan tingkat kepercayaan yang rendah berkaitan dengan persepsi masalah kesehatan. Persepsi yang buruk terhadap program kesehatan menyebabkan program yang berjalan tidak efisien dan tidak *sustainable*. Keadaan ini dapat disebabkan oleh antara masyarakat dan petugas atau pemerintah tidak terjalin koordinasi sehingga masing-masing peran tidak menemui titik kesamaan.

5. Persepsi terhadap penyakit DBD

Sebagian besar responden mempunyai persepsi positif (setuju dan sangat setuju) bahwa penyakit DBD rentan dan serius yakni sebesar 87,5 %. Selengkapnya tertera Tabel 4.19 berikut ini.

Tabel 4.19. Distribusi Jumlah berdasarkan persepsi terhadap penyakit DBD (X5)

Persepsi terhadap penyakit DBD (Kategori skor: 1- 36)	Kategori	Jumlah	
		N	%
1 – 7	Sangat tidak setuju	28	4.7
8 – 14	Tidak setuju	47	7.8
15 – 21	Setuju	321	53.5
22 – 28	Sangat setuju	204	34.0
Jumlah		600	100

Sumber: Analisis Data Primer, 2015

Bila diperinci, indikator-indikator persepsi keluarga terhadap penyakit DBD yang dilakukan saat penelitian dibagi menjadi 2, yaitu berdasarkan kerentanan terkena penyakit DBD dan keseriusan penyakit DBD. Selengkapnya tertera pada Tabel 4.20 berikut ini.

Tabel 4.20. Distribusi Jumlah indikator persepsi keluarga terhadap penyakit DBD

No.	Indikator	Kategori	Jumlah	
			N	%
1.	Kerentanan dan Keseriusan Penyakit	Sangat tidak setuju	10	1.7
		Tidak setuju	36	6.0
		Setuju	344	57.3
		Sangat setuju	210	35.0
		Jumlah	600	100
2.	Ancaman Penyakit	Sangat tidak setuju	18	3.0
		Tidak setuju	149	24.8
		Setuju	298	49.7
		Sangat setuju	135	22.5
		Jumlah	600	100

Sumber: Analisis Data Primer, 2015

Berdasarkan Tabel 4.20, diperoleh hasil bahwa persepsi keluarga terhadap penyakit DBD berdasarkan kerentanan dan keseriusan orang terkena penyakit DBD, sebagian besar mempunyai persepsi positif (menyatakan setuju dan sangat setuju), yakni 92,3%, dan berdasarkan ancaman penyakit sebagian besar juga berpersepsi positif (menyatakan setuju dan sangat setuju), yakni sebesar 72,2%.

Hasil tersebut senada dengan hasil FGD, diperoleh hasil bahwa warga menganggap penyakit DBD bisa mengenai siapa saja dan semua golongan umur, banyak menyebabkan kematian. Selain itu responden menganggap bahwa orang bisa kebal terhadap penyakit DBD atau tidak akan terkena DBD, bila sebelumnya sudah pernah terkena DBD. Namun masih ada juga yang mempunyai persepsi yang salah di responden atau warga masyarakat (12,5%), sehingga ini bisa menghambat untuk berpartisipasi dalam melaksanakan PSN DBD. Menurut *Health Belief Model* (Naidoo dan Willis, 1996), persepsi individu sangat berpengaruh dalam menentukan seseorang untuk melakukan upaya tindakan preventif atau pencegahan penyakit. Persepsi individu tentang kemungkinan terkena suatu penyakit, pandangan individu tentang beratnya penyakit akan mempengaruhi perilaku atau tindakan individu dalam tindakan preventif yang direkomendasikan pada individu tersebut.

6. Partisipasi PSN DBD di rumah tangga

Rumah tangga responden berpartisipasi dalam pelaksanaan PSN DBD sebagian besar pernah melaksanakan DBD di rumah tangga dan masuk kategori sering dan sangat sering sebesar 78,5%, sedangkan yang kadang-kadang melaksanakan PSN DBD di rumah tangga yakni 21,5%. Hal ini juga akan menyebabkan suatu daerah bias jadi warganya terkena penyakit DBD. Tabel 4.21 berikut ini terkait distribusi frekuensi berdasarkan partisipasi PSN DBD di rumah tangga.

Tabel 4.21. Distribusi Jumlah berdasarkan partisipasi PSN DBD di rumah tangga (X6)

Program PSN DBD (Kategori skor: 1- 36)	Kategori	Jumlah	
		N	%
1 – 9	Tidak pernah	0	0
10 – 18	Kadang-kadang	129	21.5
19 – 27	Sering	432	72.0
28 – 36	Sangat sering	39	6.5
Jumlah		600	100

Sumber: Analisis Data Primer, 2015

Bila dilihat secara rinci partisipasi PSN DBD yang meliputi praktik 3M, abatisasi, pemberian ikan dan pengelolaan sampah, maka seperti pada Tabel 4.22 sebagai berikut terkait distribusi frekuensi aspek partisipasi PSN DBD di rumah tangga.

Tabel 4.22. Distribusi Jumlah aspek partisipasi PSN DBD di rumah tangga

No.	Indikator	Kategori	Jumlah	
			N	%
1.	Praktik 3M	Tidak pernah	0	0
		Kadang-kadang	163	27.2
		Sering	259	43.1
		Sangat sering	87	14.5
		Jumlah	600	100
2.	Praktik abatisasi	Tidak pernah	201	33.5
		Kadang-kadang	127	21.2
		Sering	171	28.5
		Sangat sering	101	16.8
		Jumlah	600	100
3.	Ikan pada kontainer	Tidak pernah	128	21.3
		Kadang-kadang	380	63.3
		Sering	52	8.7
		Sangat sering	40	6.7
		Jumlah	600	100
4.	Pengelolaan sampah	Tidak pernah	23	3.8
		Kadang-kadang	287	47.8
		Sering	254	42.4
		Sangat sering	36	6.0
		Jumlah	600	100

Sumber: Analisis Data Primer, 2015

Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah *Dengue* (PSN DBD) dengan 3 M (Menguras, Menutup dan Mengubur) di daerah penelitian ini, warga atau keluarga yang sering, sangat sering melakukan dibanding

yang tidak pernah dan kadang-kadang melakukan hampir sama yakni 50 %. Faktor kebersihan juga berkontribusi dalam meningkatkan penularan virus dengue. Membersihkan wadah penampung air mempunyai hubungan yang positif dengan kejadian DBD di Jalor India. Jika membersihkan wadah air lebih dari 8 hari maka positif berkontribusi pada kejadian DBD dan mengganti air 1 atau 2 kali seminggu dapat mengurangi risiko tersebut (Bohra, 2001). Kesimpulan dari hasil studinya menyebutkan bahwa infrastruktur buruk termasuk salah satu penyebab mudahnya transmisi kejadian DBD. Mengingat kompleksitasnya faktor media transmisi, maka diperlukan suatu upaya yang serius dan harus selalu meningkatkan kewaspadaan dini dari semua komponen terhadap keberadaan jentik dan kondisi sanitasi lingkungan tempat tinggal untuk mengendalikan ledakan kejadian DBD. Distribusi frekuensi keluarga yang turut serta melakukan abatisasi dalam rangka PSN DBD yang masuk kategori tidak pernah dan kadang-kadang sebesar 54,7%. Berdasarkan FGD diperoleh hasil bahwa kemungkinan memang belum tahu tentang kegunaan abatisasi atau memang mereka tidak membutuhkannya.

Partisipasi dengan cara memberikan ikan pada kontainer air seperti bak mandi, pada keluarga di daerah penelitian menunjukkan persentase sebanyak 84,6% masyarakat tidak pernah dan kadang-kadang saja melakukan pemeliharaan ikan. Hasil FGD menjelaskan hal tersebut, kenapa responden tidak memberikan ikan pada kontainer air mereka, terutama di bak mandi karena mereka merasakan air berasa amis. Pengelolaan sampah yang baik merupakan salah satu cara PSN DBD, di daerah penelitian yang sering dan sangat sering melakukan pengelolaan sampah rumah tangganya hanya sebesar 48,3%, berarti masih banyak responden atau warga belum mengelola sampah dengan cara yang baik, padahal sampah yang ada disekitar rumah atau lingkungan, bisa menjadi tempat bertelur dan hidupnya larva nyamuk *Aedes aegypti*. Upaya pengelolaan sampah rumah tangga yang dapat diterapkan oleh keluarga untuk mengendalikan tempat perkembangbiakan *Aedes* (WHO, 2001).

Berdasarkan hasil FGD dan observasi, diperoleh hasil bahwa pengelolaan sampah di daerah penelitian tidak terorganisir dengan baik oleh petugas kebersihan, selain di lingkungan perumahan. Faktor lain yang cukup berpengaruh adalah banyaknya kebun dan lahan kosong yang dekat pemukiman penduduk, sehingga mereka lebih memilih membuang sampah di tempat-tempat tersebut dan kebiasaan menampung sampah dalam lubang selama beberapa hari sebelum dibakar. Banyaknya tempat yang tergenang air di halaman rumah dan kebun dekat pemukiman disebabkan karena penelitian dilakukan pada saat musim hujan, sehingga menguntungkan nyamuk vektor *dengue* untuk berkembangbiak, disamping itu juga masyarakat dalam pengelolaan sampah rumah tangga belum melakukan pemisahan jenis sampah terutama sampah anorganik. Pembuangan sampah lebih dari 15 hari sekali mempunyai hubungan positif dengan kasus kejadian DBD. Jarak pembuangan yang ideal adalah setiap 3 hari sekali sampah diangkut, tetapi jarak 1 minggu 1 kali sudah dianggap maksimum dan lebih dari 15 hari menjadi sangat berisiko. Banyaknya buangan kaleng, ban bekas, aneka bungkus dan wadah plastik bekas atau benda-benda lain yang potensi menjadi penampung dan terisi air saat hujan akan menjadi tempat bertelur nyamuk. Sehingga sampah harus segera diangkut dari permukiman ke tempat pembuangan akhir (Bohra, 2001).

Menurut WHO (2001), *Aedes*, terutama *Ae.albopictus* atau *The Asian tiger mosquito (Skuse)* menyukai tinggal dan berkembang biak di luar rumah, terutama diruang terbuka yang banyak pepohonan dengan kondisi lingkungan rumah yang kotor karena nyamuk ini tidak berkaitan dengan tipe perumahan, dengan demikian pengelolaan sampah rumah tangga yang kurang baik sangat berkaitan dengan keberadaan nyamuk ini. Luasnya area dan jarak yang dekat antara kebun dengan pemukiman diduga berkaitan langsung dengan banyaknya benda-benda yang tidak terkontrol dan bagian-bagian tanaman yang dapat menampung air hujan, sehingga keadaan ini berkaitan dengan kepadatan *Ae. albopictus* yang berkembangbiak di area kebun tersebut. Sampah padat yang berserakan disekeliling rumah harus di buang dan di

kubur, peralatan rumah tangga yang dan kebun (mangkuk, ember, dan alat penyiram tanaman) harus dalam keadaan terbalik, ban-ban bekas harus dikelola atau disimpan dengan baik sehingga tidak terisi oleh air hujan atau air lainnya. Hasil penelitian Riyadi (2005), yang menyatakan bahwa praktik tidak membuang sampah secara sembarangan berkorelasi sangat signifikan dengan keberadaan jentik *Ae. albopictus* ($p=0.007$), dengan pola korelasi positif yang berarti semakin banyak penduduk yang membuang sampah di kebun atau tanah kosong akan semakin besar peluang ditemukan jentik *Ae. albopictus* di rumah-rumah penduduk. Hasil analisis kebersihan halaman rumah dari adanya sampah, terutama kontainer yang dapat menampung air juga berkorelasi sangat signifikan dengan keberadaan jentik *Ae. albopictus* ($p=0.001$) dan pola korelasi negatif berarti semakin bersih rumah dari adanya sampah berupa kontainer yang dapat menampung air akan semakin berkurang penemuan jentik *Ae. albopictus*.

Beberapa cara pengelolaan sampah yang bisa dilakukan untuk meminimalisir keberadaan jentik nyamuk yaitu dengan menyediakan tempat pembuangan sampah baik didalam maupun diluar rumah, membersihkan pekarangan rumah, melakukan pemilahan sampah organik dan anorganik, serta tidak membuang sampah ke sungai, kebun, atau tanah kosong. Diharapkan dengan cara-cara tersebut penyakit DBD bisa lebih di minimalisir, terutama lingkungan rumah masing-masing (WHO, 2001).

7. Partisipasi PSN DBD di lingkungan

Keluarga di daerah penelitian, yang tidak pernah dan kadang-kadang saja melakukan PSN DBD di lingkungan desanya secara gotong-royong atau melalui kegiatan merti dusun, yakni sebesar 41,9%, sedangkan di daerah penelitian yang sering dan sangat sering melakukan PSN DBD di lingkungannya 57%. Secara keseluruhan pada daerah penelitian yang sering dan sangat sering melakukan PSN DBD di lingkungan seperti pada Tabel 4.23 berikut ini.

Tabel 4.23. Distribusi Jumlah PSN DBD di lingkungan

Partisipasi PSN DBD di lingkungan (Kategori skor: 1- 16)	Kategori	Jumlah	
		N	%
1 – 4	Tidak pernah	39	6.5
5 – 8	Kadang-kadang	216	34.0
9 – 12	Sering	250	41.2
13 – 16	Sangat sering	95	15.8
Jumlah		600	100

Sumber: Analisis Data Primer, 2015

Bila diperinci lebih dalam, partisipasi pelaksanaan PSN DBD di lingkungan terdiri dari beberapa indikator, yaitu: pelaksanaan gotong-royong, keikutsertaan keluarga, bersih lingkungan saat musim hujan, dan bersih lingkungan saat ada lomba atau hari besar. Distribusi frekuensi indikator partisipasi PSN DBD di lingkungan tertera pada Tabel 2.24 berikut ini.

Tabel 2.24. Distribusi Jumlah indikator partisipasi pelaksanaan PSN DBD di lingkungan.

No.	Indikator	Kategori	Jumlah	
			N	%
1.	Pelaksanaan Gotong Royong di lingkungan	Tidak pernah	14	2.4
		Kadang-kadang	216	36.0
		Sering	309	51.5
		Sangat sering	61	10.1
		Jumlah	600	100
2.	Keikutsertaan keluarga dalam PSN (Gotong Royong)	Tidak pernah	12	2.0
		Kadang-kadang	213	35.5
		Sering	336	56.0
		Sangat sering	39	6.5
		Jumlah	600	100
3.	Memperbaiki dan Membersihkan Lingkungan menjelang musim hujan dan musim hujan	Tidak pernah	39	6.5
		Kadang-kadang	216	36.0
		Sering	255	42.5
		Sangat sering	90	15.0
		Jumlah	600	100
4.	Memperbaiki dan Membersihkan Lingkungan bila ada lomba atau hari besar	Tidak pernah	0	0
		Kadang-kadang	185	30.8
		Sering	306	51.0
		Sangat sering	109	18.2
		Jumlah	600	100

Sumber: Analisis Data Primer, 2015

Berdasarkan Tabel 4.24, Pelaksanaan gotong-royong di lingkungan responden yang masuk kategori tidak pernah dan kadang-kadang melakukan

partisipasi gotong-royong yaitu sebanyak 38,4% dan keikutsertaan keluarga dalam PSN yang dilakukan secara gotong royong masuk dalam kategori sering dan sangat sering, yaitu sebanyak 61,6%.

Responden melaksanakan pembersihan lingkungan menjelang musim hujan, masuk kategori sering dan sangat sering dilakukan, yaitu sebanyak 57,5%. Tetapi pembersihan lingkungan yang dilaksanakan menjelang ada lomba atau peringatan hari besar, sebagian besar responden tidak pernah berpartisipasi dan kadang-kadang sebanyak 30,8%. Menurut Soegijanto (2004) kondisi sanitasi lingkungan berperan besar dalam perkembangbiakan nyamuk *Aedes aegypti*, terutama apabila terdapat banyak kontainer penampungan air hujan yang berserakan dan terlindung dari sinar matahari, apalagi berdekatan dengan rumah penduduk.

Banyaknya tempat-tempat yang berisi air yang terdapat di lingkungan rumah berpotensi sebagai tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes aegypti*, oleh sebab itu kegiatan gotong-royong di lingkungan sekitar sangatlah penting dilakukan untuk meminimalisir perkembangbiakan nyamuk. Gultom (1989) juga menyatakan bahwa upaya pencegahan dan penanggulangan DBD yang paling efektif dan dapat dilaksanakan setiap individu, keluarga dan masyarakat yakni dengan memberantas nyamuk penular terutama jentik melalui peran serta aktif dari masyarakat.

8. Kepadatan jentik vektor *dengue*

Distribusi frekuensi dan persentase hasil observasi keberadaan jentik positif di dalam rumah tertinggi pada kontainer bak mandi terjadi di daerah penelitian sebanyak 62,04%, sedangkan penampungan air atau wadah penyimpanan air dan kontainer di luar rumah responden daerah penelitian berada pada alas pot tanaman/dalam pot bunga yaitu sebesar 30,69 %. Tabel 4.25 berikut ini memaparkan tentang hasil observasi keberadaan jentik positif di dalam dan di luar rumah menurut wilayah penelitian pemeriksaan jentik positif.

Tabel 4.25. Hasil observasi keberadaan jentik positif di dalam dan di luar rumah menurut wilayah penelitian pemeriksaan jentik positif

No.	Pemeriksaan jentik positif pada container	Jumlah	
		N	%
1.	Dalam rumah		
	Bak mandi	85	62.04
	Vas bunga	15	10.95
	Dispenser	2	1.46
	Penampung air kulkas	1	0.73
	Penampung air kloset	1	0.73
	Penyejuk ruangan (<i>Air Conditioner</i>)	0	0.00
	Penampungan air/Wadah penyimpanan air	33	24.09
	Jumlah	137	100
2.	Luas rumah		
	Ban bekas	7	6.92
	Drum	2	1.98
	Bak penampungan air luar	20	19.8
	Alas pot tanaman/ dalam pot bunga	31	30.69
	Tempat minum burung/ ayam/ dll	12	12.87
	Kaleng bekas	12	11.88
	Plastik bekas	13	12.87
	Patahan ranting/ pohon dan bamboo	16	15.84
	Saluran / talang air	0	0.00
	Jumlah	101	100

Sumber : Analisis Data Primer, 2015

Berdasarkan Tabel 4.26. Data *Container Index* (CI) pada daerah penelitian menunjukkan hasil bahwa yang termasuk dalam katagori sangat rendah dan rendah (73,3%). Hal ini memberikan arti bahwa populasi jentik berdasarkan *container index* terdistribusi pada semua daerah penelitian dan berdasarkan penelitian ini ditemukan juga bahwa tidak ada lingkungan yang bebas jentik nyamuk *Aedes*. Keberadaan jentik lebih berperan dalam meningkatkan risiko penularan kejadian DBD sedangkan penyebab utama terjadinya DBD adalah nyamuk dewasa penular DBD. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh para peneliti sebelumnya yang menyatakan bahwa semakin tinggi angka kepadatan jentik akan meningkatkan risiko penularan DBD (Depkes RI, 2007).

Tabel 4.26. Data *Container Index* (CI) wilayah penelitian

<i>Container Index</i> (Kategori Skor: 0 – 16)	Kategori	Jumlah	
		N	%
0 – 25	Sangat rendah	59	9.8
26 – 50	Rendah	381	63.5
51 – 75	Tinggi	114	19.0
76 – 100	Sangat tinggi	46	7.7
Jumlah		600	100

Sumber : Analisis Data Primer, 2015

Perilaku masyarakat dapat mempengaruhi *mode of transmission* dari penyakit DBD karena vektor penyakit DBD (*Aedes Aegypti*) memerlukan darah dalam upaya perkembangbiakan. Hal ini yang menyebabkan terus berlangsungnya penularan penyakit DBD di wilayah penelitian. Pemahaman dan model penularan penyakit menjadi hal penting dalam perspektif individu yang memiliki pengalaman terserang penyakit DBD.

Sumantri (2012), menyebutkan bahwa faktor lingkungan yang paling berpengaruh dalam penyebaran DBD adalah lingkungan manusia dan vektor serta penemuan kasus. Keadaan ini yang menyebabkan pada daerah penelitian mengalami penularan yang terus menerus. Aspek manusia memegang peranan penting dalam penularan penyakit sehingga penatalaksanaan kasus khususnya pada perilaku manusia sangat penting dalam upaya mengurangi proses penularan antar satu orang dengan orang lain.

Simon *et al.*, (2014), menyebutkan bahwa pola interaksi antara *host*, *agent* dan *environment* dapat menjelaskan bagaimana perkembangan penyakit DBD dalam perspektif kesehatan. Penyakit DBD dibawa oleh vektor (*agen*) *Aedes aegypti* yang membutuhkan peran lingkungan dan manusia dalam meneruskan siklus hidup nyamuk *Aedes aegypti*. Upaya yang sesuai adalah memutus mata rantai antar ketiga komponen, yang dapat dilakukan dengan memutus rantai *agent* saat berinteraksi dengan lingkungan seperti memutus perkembangbiakan larva *Aedes aegypti*. Pada lingkungan *host* (manusia) dengan pengobatan yang sempurna dan membunuh agen secara langsung (nyamuk *Aedes aegypti*) dengan bahan insektisida. Pemilihan alternatif pemberantasan dapat dipilih sesuai dengan konsep yang diinginkan dan mempertimbangkan aspek epidemiologis yaitu orang, tempat dan waktu.

Menurut Sukowati (2010), untuk mengatasi masalah yang berhubungan dengan pemberantasan DBD sebenarnya yang paling tepat yaitu melalui upaya pencegahan dengan jalan memperbaiki berbagai sarana prasarana yang ada, agar sarana dan prasarana kondisi lingkungan tersebut tidak menjadi tempat optimum untuk hidup dan berkembang biak nyamuk. Selain hal itu, untuk meminimalisir dan membasmi telur dan jentik *Aedes aegypti* bisa dengan menguras tempat penampungan air, mengganti air setiap minggu sekali, membuang air yang ada di ember, bak, drum, kaleng bekas, botol, maupun wadah penampung air lainnya secara berkala. Ember, bak penampungan air dan tempayan berpotensi sebagai tempat perkembangbiakan nyamuk karena biasanya tempat tersebut berukuran besar dibandingkan pot bunga, ban bekas, maupun jirigen, dimana ini lebih sulit untuk mengganti airnya dan membersihkan kontainernya dibandingkan tempat air yang lebih kecil sehingga kemungkinan untuk air berada di dalamnya lebih lama dan ini akan memungkinkan bagi nyamuk untuk menyelesaikan stadium pradewasanya di tempat tersebut (Hasyimi dan Soekirno, 2004).

9. Hasil penelitian dari *Focus Group Discussion* (FGD) dan Wawancara

Selain mendapatkan data secara kuantitatif seperti tersebut, penelitian ini juga mengupayakan mendapatkan data sebagai informasi tambahan yang bisa mendukung data kaulitatif melalui wawancara kepada petugas promosi kesehatan dinas kesehatan Bantul dan puskesmas wilayah yang menjadi daerah penelitian, serta Jumantik tiap dusun, Tim Gertak wilayah dan tokoh masyarakat. FGD dilaksanakan di tiap desa dengan melibatkan 11 orang yang terdiri dari tokoh masyarakat (dukuh, tokoh agama, pamong desa, RT dan tokoh masyarakat informal yang dipilih warga, masing-masing 2 orang), kader PSN 2 orang, bapak atau ibu warga 3 orang dan observasi lingkungan.

Kegiatan Promosi kesehatan (Promkes) yang dilakukan oleh puskesmas pada semua lokasi penelitian sama yakni; meliputi kegiatan penyuluhan kesehatan, kegiatan kunjungan rumah dan penyebaran informasi. Adapun upaya promkes tentang PSN DBD yang diperoleh dari hasil wawancara dan hasil FGD sebagai berikut.

Tabel 4.27. Upaya promkes PSN DBD di lokasi penelitian tahun 2015

No	Item	Uraian Hasil
1	Kegiatan Promkes	Penyuluhan di perkumpulan warga dan pembuatan siswa pemantau jentik di Seluruh sekolah wilayah kerja Puskesmas. Selain itu juga terhadap tokoh masyarakat, pemuka agama, dan pamong desa.
2	Tim Gertak	Ada dan digerakkan oleh kecamatan dengan personil lintas sektor. Tim bekerja setiap 2 minggu sekali bergilir mengunjungi dusun dengan sampling 10 rumah tiap RT. Setahun sekali dilakukan secara serentak disemua wilayah Desa, pada awal musim hujan. Data update selalu diberikan ke puskesmas
3	Jumantik	Ada, terdiri dari siswa dan kader. Hasil pemantauan dilaporkan ke Puskesmas. Jumantik bersifat sukarela
4	Penyuluhan	Dilakukan oleh petugas puskesmas dan kader <i>face to face</i> dalam acara perkumpulan warga dan leaflet. Per dusun dilakukan rata rata 2 kali dalam setahun. Metode yang digunakan ceramah, <i>leaflet</i> , pemutaran film, LCD dan Poster
5	Kepadatan jentik setelah penyuluhan dan Program	Angka Bebas Jentiknya berkisar antara 44 % sampai dengan 100%. Tidak segera berubah.
6	Tanggapan masyarakat tentang PSN DBD	Beragam, ada yang menyambut baik, tapi masih banyak yang cuek dan tidak mau tau

Sumber: Analisis Data Primer, 2015

Selain hasil tersebut diatas, dari FGD diperoleh beberapa informasi yang penting, faktor yang menghambat keberhasilan upaya penanggulangan DBD melalui PSN DBD adalah tidak semua warga mau melakukan PSN DBD dirumahnya masing-masing, kalau ada gerakan gotong-royong, bersih dusun atau desa mereka mau ikut, tetapi juga cuma bersih-bersih rumput dan pohon, serta pengecatan di lingkungan dusun atau desa. Masih banyak pekarangan yang luas dan rumah kosong yang sudah tidak ditempati dan jumlah jumantik yang masih kurang perdusunnya, hanya 5 s/d 7 orang. PSN ditanah kosong, pemakaman hanya dilakukan pembersihan setahun sekali pada saat menjelang ramadhan atau peringatan 17 Agustus (Agustusan).

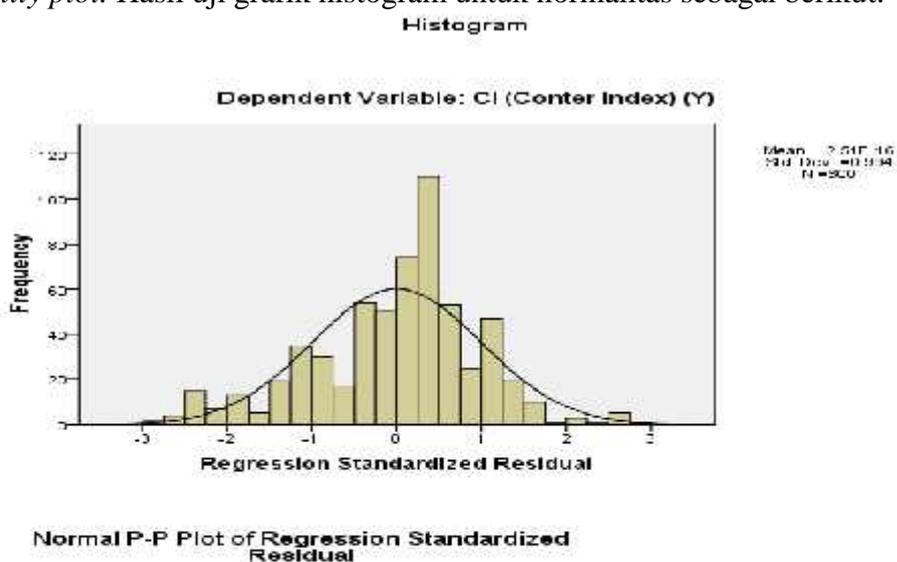
Peran tokoh masyarakat perlu ditingkatkan lagi, terutama melalui tokoh agama dan kaum setempat. Lembaga atau kelompok atau organisasi yang paling mudah diakses adalah PKK, dasa wisma dan majelis taklim, serta kumpulan bapak-bapakselapan (35 hari) sekali.

E. Uji Asumsi (Uji Prasyarat Analisis)

Analisis data pada penelitian ini digunakan statistik inferensial atau statistik parametrik, berupa analisis jalur (*path analysis*), oleh karena itu harus memenuhi beberapa asumsi atau prasyarat analisis, antara lain: (1) memiliki skala ukur minimal interval, (2) data berdistribusi normal, (3) hubungan antara variabel bebas dengan terikat linear; dan (4) tidak terjadi multikolinear/rekursif (Ghozali dan Fuad, 2012).

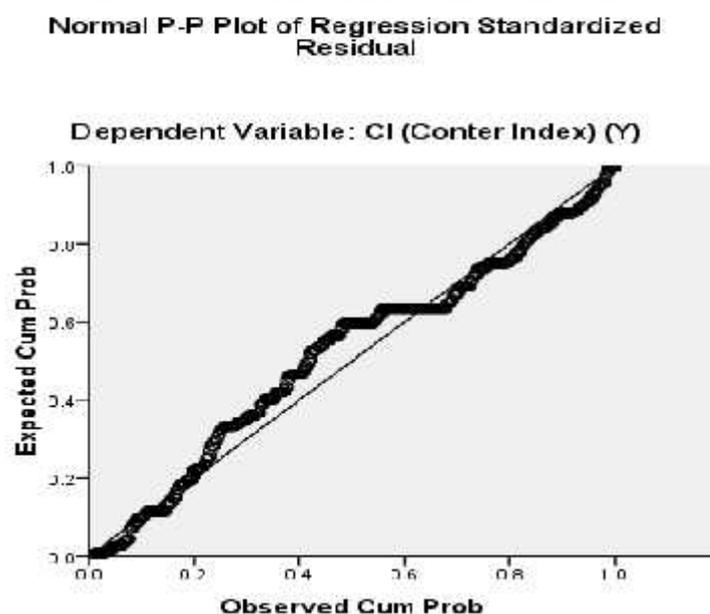
Asumsi pertama tentang apakah variabel penelitian memiliki skala pengukuran interval. Suatu data bisa dilakukan *path analysis* jika data tersebut memiliki skala ukur minimal interval. Variabel penelitian yang digunakan untuk *path analysis* berskala rasio (kontinu) dengan menggunakan nilai aslinya atau skore aslinya.

Asumsi kedua adalah normalitas data. Pengujian normalitas data pada penelitian ini menggunakan analisis grafik histogram dan grafik normal *probability plot*. Hasil uji grafik histogram untuk normalitas sebagai berikut.



Gambar 4.4. Hasil Uji Grafik Histogram untuk Normalitas.

Hasil uji normalitas pada gambar 4.4 terlihat bahwa data telah membentuk kurva bel, maka dapat dikatakan bahwa data yang digunakan dalam penelitian ini telah memiliki distribusi normal. Hal ini sesuai pendapat Sarwono (2001), data berdistribusi normal jika data tersebut membentuk bel, meski tidak sempurna apabila ada kecenderungan membentuk kurva bel dengan demikian data dianggap berdistribusi normal. Adapun hasil uji grafik normal *probability plot* terlihat bahwa garis yang menggambarkan data sesungguhnya mengikuti garis diagonalnya, sehingga dapat disimpulkan bahwa distribusi data normal (Gambar 4.5)



Gambar 4.5. Hasil Uji Grafik Normal *probability plot*

Uji asumsi ketiga uji linieritas, dapat disimpulkan bahwa model berbentuk linier. Hal ini dapat dijelaskan sebagai berikut: (1) Menerapkan prinsip *parsimony*, dimana prinsip *parsimony* menyatakan bahwa bila seluruh jalur dalam model adalah signifikan, berarti dapat dikatakan model berbentuk linier. (2) Mendasarkan pada *trimming theory*, dimana *trimming theory* menyatakan bahwa jalur-jalur pada model yang tidak signifikan harus dibuang, berarti model yang tertinggal adalah model dengan jalur-jalur yang signifikan. Hasil perhitungan uji linearitas secara ringkas dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.28. Ringkasan hasil uji linearitas hubungan

No.	Hubungan Fungsional	F _{hitung}	P	Kesimpulan
1.	Hubungan antara penyuluhan PSN DBD dengan modal sosial	493.911	.000	Linier
2.	Hubungan antara penyuluhan PSN DBD dengan Persepsi PSN DBD	1000.822	.000	Linier
3.	Hubungan antara penyuluhan PSN DBD dengan Persepsi penyakit DBD	408.309	.000	Linier
4.	Hubungan antara penyuluhan PSN DBD dengan Partisipasi PSN DBD di rumah tangga	478.910	.000	Linier
5.	Hubungan antara penyuluhan PSN DBD dengan partisipasi PSN DBD di lingkungan	660.416	.000	Linier
6.	Hubungan antara penyuluhan PSN DBD dengan <i>Container Index</i>	47.735	.000	Linier
7.	Hubungan antara program PSN DBD dengan modal sosial	27.217	.000	Linier
8.	Hubungan antara program PSN DBD dengan persepsi PSN DBD	92.842	.000	Linier
9.	Hubungan antara program PSN DBD dengan persepsi penyakit DBD	185.890	.000	Linier
10.	Hubungan antara program PSN DBD dengan partisipasi PSN DBD di rumah tangga	67.502	.000	Linier
11.	Hubungan antara program PSN DBD dengan partisipasi PSN DBD di lingkungan	163.898	.000	Linier
12.	Hubungan antara program PSN DBD dengan <i>Container Index</i>	13.648	.000	Linier
13.	Hubungan antara modal sosial dengan partisipasi PSN DBD di rumah tangga	312.379	.000	Linier
14.	Hubungan antara modal sosial dengan partisipasi PSN DBD di lingkungan	454.310	.000	Linier
15.	Hubungan antara modal sosial dengan <i>Container Index</i>	39.780	.000	Linier

16.	Hubungan antara modal sosial dengan partisipasi PSN DBD di rumah tangga	359.327	.000	Linier
17.	Hubungan persepsi PSN DBD dengan partisipasi PSN DBD di lingkungan	459.374	.000	Linier
18.	Hubungan antara persepsi penyakit DBD dengan partisipasi PSN DBD di rumah tangga	190.917	.000	Linier
19.	Hubungan antara persepsi penyakit DBD dengan partisipasi PSN DBD di lingkungan	433.871	.000	Linier
20.	Hubungan partisipasi PSN DBD di rumah tangga dengan partisipasi PSN DBD di lingkungan	298.161	.000	Linier
21.	Hubungan partisipasi PSN DBD di rumah tangga dengan <i>Container Index</i>	34.270	.000	Linier
22.	Hubungan partisipasi PSN DBD di lingkungan dengan <i>Container Index</i>	27.557	.000	Linier

Sumber : Data primer

Keterangan : Linier bila $p < 0.05$

Uji asumsi keempat adalah apakah model memenuhi model rekursif atau tidak. Hasil uji model menyimpulkan bahwa model memenuhi model rekursif yang berarti sistem aliran *causal* ke satu arah. Hal ini ditunjukkan dengan VIF yang tidak lebih besar dari 10 dan *Tolerance* mendekati satu.

Tabel 4.29. Ringkasan hasil model rekursif

No	Variabel	VIF	<i>Tolerance</i>	Kesimpulan
1.	Modal Sosial	1.237	0.808	Memenuhi model rekursif
2.	Penyuluhan	2.079	0.481	Memenuhi model rekursif
3.	Program PSN	1.563	0.640	Memenuhi model rekursif
4.	Persepsi PSN DBD	2.132	0.469	Memenuhi model rekursif
5.	Persepsi terhadap penyakit DBD	1.717	0.599	Memenuhi model rekursif
6.	Partisipasi DBD di rumah tangga	1.902	0.583	Memenuhi model rekursif
7.	Partisipasi lingkungan masyarakat	1.929	0.518	Memenuhi model rekursif

Sumber: Analisis Data Primer, 2015

F. Hasil Analisis Jalur

Analisis jalur bertujuan untuk mengukur hubungan langsung maupun hubungan tidak langsung antar variabel dalam model (Ghozali, 2012). Adapun hasil analisis jalur pada penelitian ini sebagai berikut:

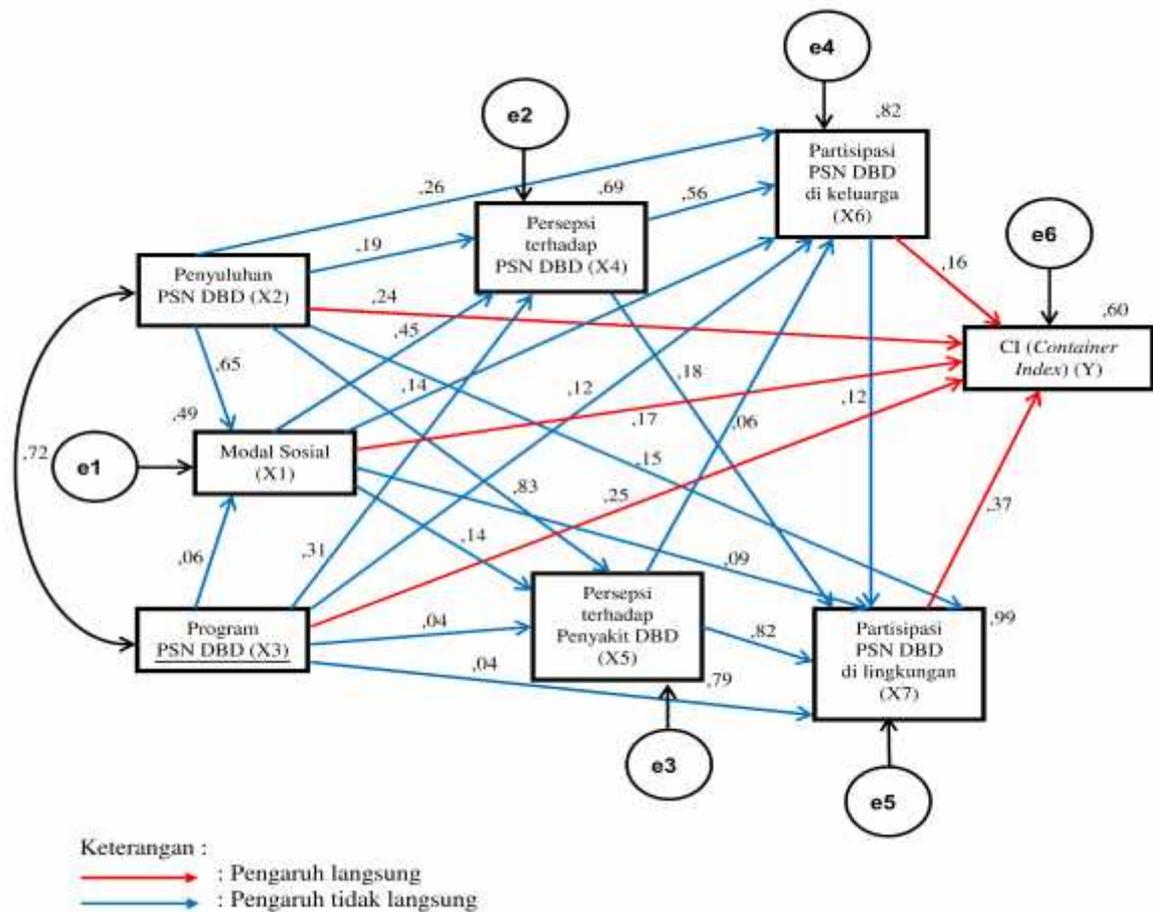
Setelah path diagram dibuat sesuai kerangka pikir penelitian, langkah selanjutnya yaitu identifikasi model. Suatu model dapat dikatakan *identified* apabila nilai *degree of freedom* nyasama atau lebih besar dari nol. Hasil analisis model atau *path diagram* sesuai dengan kerangka konseptual. Adapun nilai *chi-square* 7.159 dan nilai *probability level* = 0.067, Berarti sudah sesuai antara konsep dengan data yang di lapangan.

Adapun hasil uji kecocokan model (*goodness of fit*) dari model atau *path diagram* yang sesuai dengan kerangka konseptual dapat di lihat pada Tabel 4.30. sebagai berikut:

Tabel 4.30. Nilai *goodness of fit* dari model atau *path diagram* yang sesuai dengan kerangka konseptual

Keterangan	Nilai
Nobservasi	= 600
<i>Adjusted R Square</i>	= 0,601
Model Fit	χ^2 = 7.159
	P = 0,067
	GFI = 0.997
	AGFI = 0.964
	RMSEA = 0,048
	NFI = 0.999
	CFI = 0.999

Berdasarkan nilai uji kecocokan model (*goodness of fit*) dari model atau *path diagram* pada Tabel 4.30 diatas dapat dikatakan bahwa model sudah *fit*. Hasil model sesuai gambar 4.6 digunakan untuk menjawab hipotesis penelitian ini.



Gambar 4.6. Model Analisis Jalur

1. Hasil analisis pengaruh penyuluhan PSN DBD (X2) dan program PSN DBD (X3) terhadap modal sosial (X1) dijelaskan seperti pada Tabel 4.31 berikut;

Tabel 4.31. Hasil analisis pengaruh penyuluhan PSN DBD (X2) dan program PSN DBD (X3) terhadap modal sosial (X1)

Variabel Dependen	Variabel Independen	Koefisien regresi ()	P
Modal Sosial (X ₁)	Penyuluhan PSN DBD (X ₂)	0.652	0,001
	Program PSN DBD (X ₃)	0.065	0,124
<i>Adjusted R Square</i>		= 0,49	

Sumber: Analisis data primer

Berdasarkan Tabel 4.31 diatas dapat diketahui bahwa hipotesis pertama terbukti dan besarnya koefisien determinasi (R^2), sebesar 0.49, yang berarti modal sosial dipengaruhi secara langsung dan positif oleh penyuluhan dan program PSN DBD sebesar 0.49 atau 49%. Berarti masih ada faktor lain

yang mempengaruhi modal sosial selain penyuluhan dan program sebesar 51%. Penyuluhan berpengaruh langsung paling besar.

2. Hasil analisis pengaruh penyuluhan PSN DBD (X₂), program PSN DBD (X₃), modal sosial (X₁) terhadap persepsi PSN DBD (X₄) dijelaskan pada Tabel 4.32

Tabel 4.32. Hasil analisis faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi PSN DBD.

Variabel Dependen	Variabel Independen	Koefisien regresi ()	P
Persepsi PSN DBD (X ₄)	Modal Sosial (X ₁)	0.448	0,001
	Penyuluhan PSN DBD (X ₂)	0.191	0,001
	Program PSN DBD (X ₃)	0.314	0,001
<i>Adjusted R Square</i>		= 0,691	

Sumber: Analisis data primer

Berdasarkan Tabel 4.32 dapat diketahui bahwa hipotesis kedua terbukti dan besarnya koefisien determinasi (R^2), sebesar 0.69, yang berarti persepsi PSN DBD dipengaruhi oleh penyuluhan, program dan modal sosial sebesar 0.69 atau 69%. Berarti masih ada faktor lain yang mempengaruhi persepsi PSN DBD responden, selain penyuluhan, program dan modal sosial sebesar 31%. Modal sosial berpengaruh paling besar terhadap persepsi PSN DBD.

3. Hasil analisis pengaruh penyuluhan PSN DBD (X₂), program PSN DBD (X₃), modal sosial (X₁) terhadap persepsi penyakit DBD (X₅) dijelaskan pada Tabel 4.33.

Tabel 4.33. Hasil analisis faktor – faktor yang mempengaruhi persepsi penyakit DBD

Variabel Dependen	Variabel Independen	Koefisien regresi ()	P
Persepsi penyakit DBD (X ₅)	Modal Sosial (X ₁)	0.140	0,025
	Penyuluhan PSN DBD (X ₂)	0.833	0,001
	Program PSN DBD (X ₃)	0.040	0,132
<i>Adjusted R Square</i>		= 0,456	

Sumber: Analisis data primer

Berdasarkan Tabel 4.33 diatas dapat diketahui bahwa hipotesis ketiga terbukti dan besarnya koefisien determinasi (R^2), sebesar 0.46, yang berarti persepsi penyakit DBD dipengaruhi oleh penyuluhan, program dan modal sosial sebesar 0.46 atau 46%. Berarti masih ada faktor lain yang mempengaruhi persepsi penyakit DBD, selain penyuluhan, program dan modal sosial sebesar 44%. Penyuluhan berpengaruh paling besar terhadap persepsi penyakit DBD. Namun program PSN DBD tidak berpengaruh langsung dengan nilai probabilitas jauh diatas 0.05.

4. Hasil analisis pengaruh penyuluhan PSN DBD (X_2), program PSN DBD (X_3), modal sosial (X_1), persepsi PSN DBD (X_4), persepsi penyakit DBD (X_5) terhadap partisipasi PSN DBD di rumah tangga (X_6) dijelaskan pada Tabel 4.34 berikut ini:

Tabel 4.34. Hasil analisis faktor-faktor yang mempengaruhi partisipasi PSN DBD di rumah tangga

Variabel Dependen	Variabel Independen	Koefisien regresi ()	P
Partisiapsi PSN DBD di rumah tangga(X_6)	Modal Sosial (X_1)	0.142	0,001
	Penyuluhan PSN DBD (X_2)	0.263	0,001
	Program PSN DBD (X_3)	0.123	0,001
	Persepsi PSN DBD (X_4)	0.557	0,001
	Persepsi penyakit DBD(X_5)	0.063	0.014
<i>Adjusted R Square</i>		= 0.794	

Sumber: Analisis data primer

Berdasarkan Tabel 4.34 diatas dapat diketahui bahwa hipotesis keempat terbukti dan besarnya koefisien determinasi (R^2) sebesar 0.79, yang berarti partisipasi PSN DBD dipengaruhi oleh penyuluhan, program dan modal sosial sebesar 0.79 atau 79%. Faktor lain yang mempengaruhi partisipasi PSN dirumah tangga, selain penyuluhan, program, modal sosial, persepsi PSN DBD dan persepsi penyakit DBD sebesar 21%. Persepsi PSN DBD berpengaruh paling besar terhadap PSN DBD di rumah tangga.

5. Hasil analisis pengaruh penyuluhan PSN DBD (X_2), program PSN DBD (X_3), modal sosial (X_1), persepsi PSN DBD (X_4), persepsi penyakit DBD

(X5), partisipasi PSN DBD di rumah tangga (X6) terhadap partisipasi PSN DBD di lingkungan (X7) dijelaskan pada Tabel 4.35 berikut ini.

Tabel 4.35. Hasil analisis faktor – faktor yang mempengaruhi partisipasi PSN DBD di lingkungan

Variabel Dependen	Variabel Independen	Koefisien regresi ()	P
Partisipasi PSN DBD di lingkungan (X ₇)	Modal Sosial (X ₁)	0.093	0,001
	Penyuluhan PSN DBD (X ₂)	0.152	0,001
	Program PSN DBD (X ₃)	0.039	0,001
	Persepsi PSN DBD (X ₄)	0.183	0.049
	Persepsi penyakit DBD (X ₅)	0.821	0,001
	Partisipasi PSN DBD di rumah tangga (X ₆)	0.124	0.009
<i>Adjusted R Square</i>		= 0.988	

Sumber: Analisis data primer

Berdasarkan Tabel 4.35 dapat diketahui bahwa hipotesis keempat terbukti dan besarnya koefisien determinasi (R^2), sebesar 0.99, yang berarti partisipasi PSN DBD dipengaruhi oleh penyuluhan, program, modal sosial, persepsi PSN DBD, persepsi penyakit DBD, dan partisipasi PSN DBD di rumah tangga sebesar 0.99 atau 99%. Terdapat faktor lain yang mempengaruhi partisipasi PSN di lingkungan, selain penyuluhan, program, modal sosial, persepsi PSN DBD, persepsi penyakit DBD, dan partisipasi di rumah tangga sebesar 1%. Persepsi penyakit DBD berpengaruh paling besar terhadap partisipasi PSN DBD di lingkungan.

- Hasil analisis pengaruh penyuluhan PSN DBD (X2), program PSN DBD (X3), modal sosial (X1), partisipasi PSN DBD di rumah tangga (X6), partisipasi PSN DBD di lingkungan (X7) terhadap kepadatan jentik nyamuk (CI) dijelaskan pada Tabel 4.36 berikut ini.

Tabel 4.36. Hasil Analisis Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Kepadatan Jentik Nyamuk (CI)

Variabel Dependen	Variabel Independen	Koefisien regresi ()	P
Kepadatan Jentik Nyamuk /CI (Y)	Modal Sosial (X ₁)	0.169	0,001
	Penyuluhan PSN DBD (X ₂)	0.244	0.003
	Program PSN DBD (X ₃)	0.251	0.001
	Partisipasi PSN DBD di rumah tangga (X ₆)	0.166	0.001
	Partisipasi PSN DBD di lingkungan (X ₇)	0.374	0.001
<i>Adjusted R Square</i>		= 0.601	

Sumber: Analisis data primer

Berdasarkan Tabel 4.36 dapat diketahui bahwa hipotesis keempat terbukti dan besarnya koefisien determinasi (R^2), sebesar 0.60, yang berarti kepadatan jentik nyamuk (CI) dipengaruhi oleh penyuluhan, program, modal sosial, persepsi PSN DBD, persepsi penyakit DBD, partisipasi PSN DBD di rumah tangga, dan partisipasi PSN DBD di lingkungan sebesar 0.60 atau 60%. Faktor lain yang mempengaruhi kepadatan jentik nyamuk (CI), selain penyuluhan, program, modal sosial, persepsi PSN DBD, persepsi penyakit DBD, dan partisipasi di rumah tangga dan partisipasi lingkungan sebesar 40%. Partisipasi di lingkungan berpengaruh paling besar terhadap kepadatan jentik nyamuk.

Adapun ringkasan pengaruh langsung dan tidak langsung variabel independen pada penelitian terhadap kepadatan jentik nyamuk (CI) seperti pada Tabel 4.37.

Tabel 4.37. Ringkasan pengaruh langsung dan tidak langsung pada kepadatan jentik nyamuk *Ae.Aegypti* (CI).

Variabel Dependen	Variabel Independen	Pengaruh (%)		Total
		Langsung (%)	Tidak langsung (%)	
<i>Container Index</i> (CI)	Penyuluhan PSN DBD (X ₂)	24.4	47.19	71.59
	Program PSN DBD (X ₃)	25.1	4.15	29.25
	Modal Sosial (X ₁)	16.9	2.82	19.72
	Partisipasi PSN DBD di rumah	16.6	24.01	40.61

tangga (X6)							
Partisipasi PSN DBD di lingkungan (X7)					37.4	0.00	37.4

Sumber: Analisis data primer

Berdasarkan analisis jalur terhadap pengaruh langsung dan tidak langsung variabel yang berpengaruh terhadap kepadatan jentik nyamuk dengan menghitung CI, menunjukkan bahwa partisipasi PSN DBD di lingkungan, program PSN DBD dan penyuluhan PSN DBD mempengaruhi secara langsung lebih besar (37,4%, 25,1% dan 24,4%) terhadap CI, seperti terlihat pada tabel 4.37. Bila dilihat dari pengaruh totalnya, maka penyuluhan PSN DBD, partisipasi PSN DBD di rumah tangga dan partisipasi PSN DBD di lingkungan memberikan pengaruh relatif besar terhadap CI, yaitu sebesar 71,59%, 40,61% dan 37,4%.

G. Pembahasan

Berdasarkan hasil analisis dan pengujian hipotesis yang disajikan pada sub sebelumnya, dapat digambarkan sebagai berikut:

1. Pengaruh penyuluhan PSN DBD dan program PSN DBD terhadap modal sosial.

Bila dilihat pada Tabel 4.9 Modal sosial responden sebagian besar termasuk dalam kategori baik dan sangat baik 86%. Berdasarkan analisis jalur diperoleh hasil bahwa modal sosial responden di pengaruh penyuluhan program PSN DBD dan program PSN DBD, dapat dijelaskan pula bahwa pengaruh dua faktor tersebut terhadap modal sosial sebesar 49%, maka masih ada sebesar 51% faktor lain yang mempengaruhi modal sosial pada penelitian ini. Penyuluhan dan program secara bersama-sama yang dilaksanakan selama ini di daerah penelitian berpengaruh positif terhadap modal sosial keluarga atau bisa dikatakan penyuluhan dan program PSN DBD bisa meningkatkan modal sosial yang di masyarakat. Namun pengaruhnya lebih signifikan pelaksanaan penyuluhan di bandingkan dengan program PSN DBD bila dilaksanakan sendiri atau secara langsung. Bila dilihat dari hasil kunjungan, memberikan penyuluhan, memotivasi, mengajak pemeriksaan jentik dan

penjelasan berkembanginya nyamuk, baik jumantik maupun tim Gertak lebih banyak yang kadang-kadang dan tidak pernah melakukan hal tersebut, padahal tersebut sudah mejadi tupoksinya. Keberadaan Jumantik di Desa penelitian telah menyebar di setiap RT melalui pengoptimalan kader-kader yang berada di tengah-tengah masyarakat. Sesuai dengan tujuan perekrutan jumantik tingkat RT, diharapkan seluruh rumah dapat dikunjungi secara rutin sebanyak 4 kali dalam sebulan agar dapat meningkatkan partisipasi masyarakat dalam PSN DBD (Depkes, 2007). Kenyataan di lapangan membuktikan bahwa sebagian besar frekuensi kunjungan yang dilakukan oleh jumantik hanya 2 kali dalam sebulan dan bahkan ada yang tidak pernah dikunjungi sama sekali. Hal ini tidak sesuai dengan ketetapan Dinas kesehatan sebanyak 4 kali. Jumantik direkrut bukan hanya sekedar untuk berkunjung ke rumah warga, namun ada tiga tugas pokok yang harus dilakukan yaitu PJB, penyuluhan dan pergerakan PSN di masyarakat, artinya kunjungan jumantik tanpa melakukan tiga tugas pokok tersebut secara bersamaan dan berkesinambungan akan berdampak pada kunjungan tanpa hasil dan pembentukan sikap mandiri masyarakat tidak akan terwujud karena sampai saat ini pelaksanaan PSN masih merupakan salah satu cara paling efektif dan efisien dalam memutus siklus hidup vektor DBD melalui partisipasi masyarakat sebagai subjek pelaksana dan pemerintah sebagai motivator.

Masalah DBD bukan hanya masalah aparaturnya kesehatan saja, tetapi merupakan masalah semua komponen masyarakat, sehingga upaya pencegahan dan pemberantasan vektor dengue membutuhkan kolaborasi yang kuat serta kerjasama antara sektor kesehatan, non kesehatan (pemerintah, swasta), lembaga swadaya masyarakat (LSM) dan masyarakat itu sendiri (Depkes, 2007). Berdasarkan hal tersebut pemerintah Kabupaten Bantul menerapkan kegiatan Gertak untuk menggerakkan PSN di lingkungan masyarakat dan seluruh instansi yang ada di Kabupaten Bantul. Kegiatan ini merupakan sebuah upaya untuk memberikan motivasi kepada segenap komponen masyarakat melalui sebuah proses pembelajaran tentang arti

pentingnya kegiatan PSN di masyarakat agar dapat menekan penularan DBD dan sebaiknya dilaksanakan secara serentak, berkesinambungan dan didukung oleh seluruh masyarakat, pegawai dan pejabat baik di lingkungan pemerintah daerah maupun swasta dengan kesepakatan persepsi.

Sedikitnya jumlah rumah yang dikunjungi karena secara teknis tugas tim ini bersama-sama dengan jumbantik RT hanya mengambil beberapa sampel rumah secara acak untuk dilakukan upaya pendidikan kesehatan melalui kunjungan rumah, memotivasi dan melakukan praktek “3 M” langsung kepada masyarakat dengan harapan mereka akan merasa diperhatikan bukan hanya sekedar obyek melainkan subyek yang menjadi penentu dalam pembangunan kesehatan.

Pelaksanaan atau proses penyuluhan merupakan faktor eksternal individu yang mempunyai peranan juga terhadap keikutsertaan masyarakat atau berpartisipasi dalam pembangunan, termasuk pembangunan kesehatan. Penyuluhan yang diberikan kepada masyarakat merupakan hal penting dalam upaya meningkatkan modal sosial masyarakat dan pemahaman masyarakat terhadap penyakit DBD baik dari aspek cara penularan, pencegahan dan pengobatan penyakit DBD. Penyuluhan merupakan salah satu bentuk promosi kesehatan dalam rangka perubahan perilaku masyarakat. Perubahan perilaku masyarakat penting dalam upaya pemberantasan vektor DBD. Upaya penyuluhan dan motivasi kepada masyarakat harus dilakukan secara berkesinambungan dan terus-menerus, karena keberadaan jentik nyamuk berkaitan erat dengan perilaku masyarakat (Depkes RI, 2007). Hadinegoro *et al.* (2005), menyatakan bahwa salah satu strategi dalam pencegahan DBD yang sangat penting adalah penyuluhan.

Penyuluhan merupakan usaha memberdayakan potensi individu klien agar lebih berdaya secara mandiri. Berdasarkan pandangan tersebut disimpulkan bahwa kegiatan penyuluhan selalu berorientasi pada perubahan perilaku serta penemuan baru dan mampu meningkatkan kesadaran dan rasa percaya diri individu (Asngari, 2003). Program penyuluhan yang baik tentu mempertimbangkan berbagai persyaratan, antara lain: materi penyuluhan,

metode, media, interaksi, dan kemampuan penyuluh. Penyuluhan yang lebih berorientasi ada perubahan perilaku mengisyaratkan bahwa seorang penyuluh dituntut memiliki kemampuan mumpuni agar perannya menggerakkan masyarakat untuk melakukan perubahan-perubahan dapat tercapai dengan baik (Sumardjo,2008).

Departemen Kesehatan (2004), menegaskan bahwa keberhasilan program kesehatan berhubungan dengan kemampuan SDM kesehatan, termasuk petugas promkes. Adapun kemampuan tersebut berhubungan dengan kinerja professional yaitu: (1) upaya sistematis yang dilakukan dalam aktivitas kerja yang diwujudkan dalam penampilan kinerja, (2) kompetensi yaitu kemampuan pegawai untuk mendemonstrasikan pengetahuan dan keterampilannya untuk menghasilkan jasa layanan kesehatan sesuai standar yang ditetapkan, dan kemampuan untuk mengalihkan pengetahuan dan keterampilan ke konteks yang baru dan atau berbeda, (3) sikap pegawai terhadap pekerjaan yaitu sikap positif terhadap pekerjaan yang akan mendorong kemampuan dalam menterjemahkan lingkungan untuk diwujudkan dalam kinerja pegawai, (4) motivasi kerja yaitu daya dorong sebagai hasil proses interaksi dengan lingkungan, serta (5) kecerdasan emosi yaitu kesadaran, pengendalian diri dan kemampuan atau kekautan pribadi, sosial, politik, ekonomi yang diwujudkan dalam bentuk kinerja sebagai hasil interaksi dengan lingkungan.

Berdasarkan hasil FGD, sebagian besar peserta menyatakan bahwa kemampuan penyuluh merupakan hal yang sangat penting, selain metode atau cara penyampaian kepada masyarakat. Hal tersebut senada dengan pendapat Rogers (1971), yang menyatakan bahwa kunci keberhasilan penyuluh/fasilitator adalah: (1) kemauan dan kemampuan untuk menjalain hubungan secara langsung maupun tidak langsung (melalui tokoh masyarakat) dengan penerima manfaat, (2) kemauan dan kemampuan fasilitator untuk menjadi perantara antara sumber inovasi dengan pemerintah dan masyarakat, serta (3) kemauan dan kemampuan fasilitator untuk

commit to user

menyesuaikan kegiatan yang dilakukan dengan kebutuhan yang dirasakan oleh pemerintah dan masyarakat.

Pendapat Harpham (2002), menyebutkan bahwa pada level individu penguatan *self* sistem merupakan kunci dari penguatan modal sosial pada level individu. Pada penelitian yang sama oleh Harpham (2002), yang melakukan kajian modal sosial di Colombia menyebutkan bahwa indikator yang membentuk modal sosial antara lain partisipasi, kepercayaan, *collective efficacy* (sosial *choice* and informal sosial kontrol), dukungan sosial dan partisipasi masyarakat.

Pendapat Eriksson (2012), yang menyebutkan bahwa modal sosial, dipandang sebagai karakteristik individu, dapat memberikan kontribusi pada bidang promosi kesehatan dengan menambahkan pengetahuan baru tentang bagaimana intervensi jaringan sosial terbaik yang mungkin dirancang untuk memenuhi kebutuhan kelompok sasaran. Edwards (2004), menyebut modal sosial sebagai sumberdaya karena memberi kontribusi terhadap kesejahteraan individu dan masyarakat.

Modal sosial masyarakat dapat berupa modal sosial struktural dan modal sosial kognitif. Peran kedua modal sosial ini penting dalam upaya partisipasi masyarakat terhadap lingkungan karena masyarakat memiliki solidaritas terhadap keadaan dilingkungan sekitar terutama pada masyarakat yang dilingkungan sekitar mengalami atau menderita DBD. Pendapat Krishna dan Shrader (2000), menyebutkan bahwa modal sosial kognitif berupa norma-norma kepercayaan, solidaritas, dan timbal balik dalam masyarakat. Modal sosial struktural mengacu pada komposisi, lingkup, dan kegiatan lembaga tingkat lokal dan jaringan. Pendapat Harpham *et al.*, (2002), menyebutkan bahwa modal sosial struktural mengacu pada apa yang dilakukan orang, sedangkan modal sosial kognitif mengacu pada apa yang orang rasakan berkaitan dengan hubungan sosial.

Hasil penelitian ini senada dengan penelitiannya Anom (2012), yang menjelaskan ada pengaruh penerapan manajemen pengetahuan (penyuluhan) terhadap modal sosial dalam meningkatkan mutu rekam medis di RSUD

Pambalah Batung. Program promosi kesehatan yang membangun prinsip-prinsip pengembangan masyarakat tidak memiliki tujuan utama untuk mencegah penyakit tertentu atau mempromosikan hasil kesehatan tertentu. Sebaliknya, mereka membangun kapasitas masyarakat untuk meningkatkan landasan bagi komunitas berkembang (Mittelmark, 1999). Program jenis ini menggaris bawahi “pentingnya menciptakan lingkungan di mana individu dan masyarakat dapat diberdayakan karena mereka meningkatkan kompetensi mereka masyarakat atau pemecahan masalah kemampuan” (Mittelmark, 1999).

Selain itu penelitian Reviono *et.al.*, (2013), memperoleh hasil rumusan model modal sosial dan partisipasi masyarakat dalam penemuan penderita suatu penyakit seperti TBC meliputi berbagai modal sosial dan partisipasi masyarakat. Faktor-faktor modal sosial meliputi dimensi kognitif, relasional, dan struktural. Dimensi kognitif meliputi kepercayaan antar anggota keluarga, tetangga, dan masyarakat, rasa mempunyai antar sesama warga masyarakat, serta kepercayaan masyarakat terhadap petugas kesehatan dan pelayanan tuberkulosis di puskesmas. Dimensi relasional meliputi norma sosial, kegiatan warga masyarakat sebagai penanaman jasa pribadi, seperti saling berkunjung, empati, komunikasi, dan kerja sama. Dimensi struktural meliputi jejaring (*network*) dan persatuan masyarakat. Sementara, berbagai faktor partisipasi masyarakat meliputi mengidentifikasi kebutuhan, menggerakkan sumber daya program, dan kepemimpinan.

Faktor lain (51%) yang mempengaruhi modal sosial adalah karakteristik individu, keluarga, sumber daya dan perilaku (Stone dan Hughes, 2002). Menurut Iyer *et al.*, (2005), pendidikan, pendapatan, *employment*, pemilikan rumah dapat meningkatkan modal sosial. Menurut hasil penelitian Lin *et al.*(2008), yang mempengaruhi modal sosial adalah akses terhadap informasi dan hasil penelitian Wahyudi (2013), bahwa modal sosial masyarakat di pengaruhi oleh program yang diberikan oleh pemerintah atau lembaga sosial yang ada.

2. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persepsi PSN DBD

Persepsi PSN DBD dipengaruhi oleh penyuluhan, program dan modal sosial sebesar 0.69 atau 69%. Berarti masih ada faktor lain yang mempengaruhi persepsi PSN DBD responden, selain penyuluhan, program dan modal sosial sebesar 31%.

Penyuluhan adalah alternatif yang sesuai untuk meningkatkan partisipasi warga dalam menyikapi dengan benar lingkungan kampungnya untuk mencapai kondisi yang lebih berkualitas, baik itu kualitas hidup warga masyarakat maupun kualitas lingkungan hidup permukiman kampung kota (Slamet, 2003). Menurut Mardikanto (2007), penyuluhan yang dilakukan dengan baik akan menggerakkan kesadaran, meningkatkan pengetahuan atau persepsi sasaran, serta menggerakkan partisipasi masyarakat agar mereka memiliki kemampuan menolong dirinya sendiri untuk perbaikan mutu hidup dan kesejahteraan. Hal tersebutlah yang memungkinkan ada pengaruh penyuluhan dengan persepsi warga terhadap PSN DBD baik.

Adanya persepsi yang baik atau tidak baik dapat berasal dari pengetahuan, pengalaman, informasi yang diperoleh individu yang bersangkutan sehingga terjadi tindakan dalam memandang sesuatu (Perehinets *et al.*, 2006). Hal ini juga sesuai dengan teori *The Health Belief Model*, bahwa persepsi individu terhadap sesuatu menumbuhkan rencana tindakan dalam diri individu. Teori perilaku *The Health Belief Model* lebih menekankan pada aspek keyakinan dan persepsi individu (Munro *et al.*, 2004; Lohrmann, 2008). Konsep yang mendasari HBM adalah bahwa perilaku ditentukan oleh keyakinan pribadi atau persepsi tentang penyakit dan strategi yang tersedia untuk mengurangi terjadinya penyakit tersebut.

Program PSN DBD, baik Jumantik maupun Tim Gertak dalam tugas dan fungsi pokoknya harus melakukan penyuluhan, memberikan motivasi, mengajak pemeriksaan jentik, pemberian hasil pemeriksaan jentik dan penjelasan tempat berkembangnya nyamuk *Ae. Aegypti*. Hal ini bisa memberikan pengaruh yang baik kepada persepsi responden terhadap PSN DBD.

Modal sosial pada penelitian menunjukkan hasil yang termasuk dalam dalam katagori baik dan sangat baik 86%, bila dilihat aspek pembentuknya modal sosial, terlihat bahwa aspek tersebut memberikan pengaruh kepada persepsi responden terhadap PSN DBD. Modal sosial dimobilisasi melalui interaksi antara aktor-aktor kolektif yang signifikan, yaitu pelaku melakukan identitas kolektif dan bertindak bukan sebagai wakil untuk diri mereka sendiri, tetapi untuk dunia sosial yang berbeda dalam masyarakat beberapa aktor kolektif berpengaruh untuk mobilisasi, tokoh masyarakat dipercaya membawa semangat juang pada persepsi terhadap proses yang akan dilakukan, dan orang karismatik dari luar komunitas membawa pengetahuan, dan sumber daya yang signifikan dalam proses partisipasi (Clarke, 2005). Modal sosial bermanfaat bagi individu untuk meningkatkan difusi informasi tentang perilaku yang meningkatkan kesehatan dan mempromosikan adopsi gaya hidup sehat (Kawachi & Berkman, 2000).

Adanya persepsi berimplikasi terhadap munculnya motivasi, kemauan, tanggapan dan perasaan dari stimulus yang diterima. Ada tiga rangkaian proses yang membentuk persepsi yaitu: seleksi, organisasi, dan interpretasi. Dalam konteks ini, persepsi individu masyarakat adalah pandangan mereka terhadap suatu objek yaitu partisipasi sehingga memberikan partisipasi tertentu yangdi hasilkan dari kemampuan menyeleksi, mengorganisasikan dan menginterpretasikan stimulus dan mengubahnya dalam bentuk penerimaan atau penolakan (Litterer *cit.* Asngari, 2003).

Faktor lain yang mempengaruhi persepsi PSN DBD responden, selain penyuluhan, program dan modal sosial masih sebesar 31% yang belum diketahui pada penelitian ini. Kemungkinan faktor lain tersebut adalah faktor internal (pengetahuan, umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, pengalaman) dan faktor eksternal, adanya stimulus dan keadaan yang melatar belakangi terjadinya persepsi, stimulus dapat datang dari luar individu yang mempersepsikannya, misal sumber informasi (Walgito, 2004).

3. Faktor - Faktor yang Mempengaruhi Persepsi Penyakit DBD

Persepsi penyakit DBD dipengaruhi penyuluhan, program dan modal sosial sebesar 0.46 atau 46%. Berarti masih ada faktor lain yang mempengaruhi persepsi penyakit DBD, selain penyuluhan, program dan modal sosial sebesar 44%. Penyuluhan yang diberikan kepada masyarakat difokuskan pada pola perubahan kognitif masyarakat. Perubahan kognitif masyarakat memberikan kesadaran akan pentingnya pencegahan terhadap penyakit DBD. Penyuluhan yang diberikan kepada masyarakat tidak serta merta secara langsung meningkatkan pemahaman masyarakat melainkan ada waktu yang diperlukan untuk proses pemahaman yang menuju pada kesadaran masyarakat. Pada saat program PSN DBD dilaksanakan melalui Jumantik dan Tim Gertak juga melakukan pemberian informasi tentang PSN dan memberikan motivasi. Informasi yang diterima oleh masyarakat meningkatkan pemahaman pada masyarakat membutuhkan rentang waktu pemahaman sehingga menumbuhkan rasa kesadaran. Hal ini sesuai dengan pendapat Solso dan Mc.Lin (2002), yang menyebutkan bahwa informasi yang dapat kita pahami dalam periode pemaparan yang singkat disebut sebagai rentang perseptual (*perceptual span*), yang merupakan suatu komponen awal dalam pemrosesan informasi. Manusia memiliki sebuah penyimpanan sensorik (*sensory store*) yang mampu mengambil keputusan dengan cepat berdasarkan pemaparan singkat terhadap sesuatu kejadian. Keadaan ini terjadi secara alamiah. Stimuli yang kita dapat tidak saja berasal dari penglihatan melainkan dapat berasal dari rasa yang lain.

Perubahan perilaku *The Health Belief Model* menekankan pada persepsi yang kuat dan dugaan yang kuat dari adanya dampak penyakit. Hampir serupa dengan persepsi manfaat dan persepsi kerugian dari perilaku kesehatan yang efektif. Pada model ini terdapat 4 komponen persepsi yang penting yaitu: 1). *Perceived Threat*, 2). *Perceived Susceptibility* dan *Perceived Severity*, 3). *Perceived Benefits* dan *Perceived Barriers*, 4). *Cues to Action*.

Program PSN DBD tidak berpengaruh langsung terhadap persepsi penyakit DBD dengan nilai probabilitas jauh diatas 0.05, hal ini kemungkinan karena dalam pelaksanaan program PSN belum maksimal dan belum lengkap dalam menjalankan tugas dan fungsinya, yang juga disebabkan karena Jumantik berasal dari kader kesehatan yang sudah ada dan melaksanakan semua program yang ada. Ada tiga tugas pokok yang harus dilakukan oleh Jumantik yaitu; Pemantauan Jentik Berkala (PJB), penyuluhan dan pergerakan PSN di masyarakat, artinya kunjungan jumantik tanpa melakukan tiga tugas pokok tersebut secara bersamaan dan berkesinambungan akan berdampak terhadap persepsi dan partisipasi masyarakat. Berdasarkan hasil FGD juga diketahui bahwa Jumantik sebagian besar tidak pernah atau kadang kadang saja menjelaskan terkait dengan DBD, terutama tentang ancaman, keparahan dan kekebalan penyakit DBD.

Hasil penelitian Kasjono tahun 2007 tentang hubungan antara kunjungan tim Gertak dengan peningkatan partisipasi masyarakat dalam melakukan PSN menunjukkan tidak bermakna secara statistik, disebabkan karena dalam 1 bulan sasaran kunjungan harus dilakukan di 933 dusun yang ada di Kabupaten Bantul, sehingga mengakibatkan tim ini tidak dapat melakukan kunjungan rutin setiap minggu di dusun yang sama dan pemantauan menjadi tidak berkesinambungan. Hal ini juga yang kemungkinan tidak ada pengaruh langsung program PSN DBD (tim Gertak) terhadap persepsi penyakit DBD, selain juga karena kurangnya informasi yang diberikan oleh tim Gertak.

4. Faktor – faktor yang mempengaruhi partisipasi PSN DBD di rumah tangga.

Berdasarkan hasil pengolahan data dengan analisis jalur, dapat disimpulkan bahwa partisipasi PSN DBD di rumah tangga dipengaruhi positif dan signifikan oleh penyuluhan PSN DBD, program PSN DBD, modal sosial, persepsi PSN DBD, dan persepsi penyakit DBD. Faktor penyuluhan PSN DBD, program PSN DBD, modal sosial, persepsi PSN DBD, dan persepsi penyakit DBD mampu menjelaskan 79 % terhadap partisipasi PSN DBD di rumah tangga, berarti ada 21% disebabkan oleh faktor lain.

Berdasarkan gambar 4.4. dengan penjelasan pengaruh langsung dan tidak langsungnya pada Tabel 4.35. diketahui bahwa ada pengaruh langsung penyuluhan, program PSN DBD, persepsi PSN DBD dan persepsi penyakit DBD dengan partisipasi PSN DBD di rumah tangga. Hasil penelitian Smith.V (2012), di Trinidad dan Tobago, menunjukkan hasil bahwa persepsi kerentanan terhadap demam berdarah dan kemanfaatan pengendalian nyamuk saat menyimpan air untuk keperluan sehari-hari terkait dengan tindakan dalam pencegahan DBD.

Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian Poortinga (2006), dalam studi modal sosial dan *self-rated* kesehatan di Inggris; agresi sosial kepercayaan, dan partisipasi masyarakat berkontribusi untuk kesehatan masyarakat mandiri. Pemimpin yang kuat mengatur norma dan berfungsi sebagai model peran untuk berpartisipasi. Saluran informasi yang efektif, misalnya pertemuan *face to face*, sebagai sarana untuk meningkatkan partisipasi. (Eriksson, 2010). Menurut Wakefield dan Poland (2005), modal sosial dapat meningkatkan kapasitas masyarakat untuk bekerja sama memecahkan masalah kesehatan kolektif, tetapi juga mempertaruhkan peningkatan pengucilan sosial untuk beberapa kelompok (Eriksson, 2011). Salah satu premis adalah bahwa mobilisasi modal sosial mungkin menjadi prasyarat untuk sukses promosi kesehatan masyarakat (Green, 1980). Hasil disertasi Bhinnekawati (2014), menunjukkan bahwa modal social memainkan peranan penting dalam membangun keberlanjutan bagi perusahaan dan masyarakat.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara modal sosial dengan persepsi keluarga terhadap penyakit DBD. Keadaan ini dapat disebabkan substansi yang ada dalam modal sosial seperti tingkat kepercayaan dapat membentuk sebuah persepsi khususnya bagi keluarga. Persepsi dibangun dari adanya kepercayaan terhadap sesuatu hal sehingga menumbuhkan sebuah keyakinan dan pada akhirnya membentuk sebuah persepsi.

Modal sosial pada aspek kepercayaan menyebabkan terbentuknya persepsi bagi keluarga. Persepsi keluarga yang terbentuk dapat dimobilisasi

melalui interaksi antara aktor-aktor kolektif yang signifikan, yaitu pelaku melakukan identitas kolektif dan bertindak bukan sebagai wakil untuk diri mereka sendiri seperti kepala keluarga. Pendapat (Clarke, 2005) menyebutkan bahwa pada dunia individual atau keluarga persepsi dapat dimobilisasi melalui interaksi aktor-aktor kolektif dalam pengambilan keputusan seperti kepala keluarga. Pada pendapat yang sama untuk lingkungan sosial aktor kolektif yang berpengaruh dalam mobilisasi seperti tokoh masyarakat, tokoh agama. Keadaan ini yang menyebabkan terjadinya mobilisasi persepsi karena kepercayaan yang diberikan masyarakat terhadap tokoh masyarakat dan tokoh agama.

Tokoh masyarakat dapat mempengaruhi kepercayaan masyarakat sehingga menimbulkan terjadinya persepsi pada umumnya tokoh masyarakat yang dianggap paling berpengaruh di masyarakat seperti tokoh masyarakat yang memiliki pendidikan tinggi, tokoh masyarakat yang lebih berpengalaman, tokoh masyarakat yang memiliki finansial tinggi. Hal ini sesuai dengan pendapat Eriksson *et al*, (2010), yang menyebutkan bahwa orang dengan pendidikan tinggi lebih mungkin untuk memiliki akses ke semua bentuk modal sosial. Hal ini terutama berlaku untuk menjembatani jaringan sosial, orang-orang dengan pendidikan tinggi memiliki kemungkinan empat kali lebih besar untuk memiliki akses ke bentuk modal sosial dibandingkan dengan orang dengan pendidikan dasar. Ziersch (2005), juga menemukan bahwa orang-orang dengan sumber daya yang lebih besar dan pendidikan tinggi memiliki akses yang lebih tinggi untuk modal sosial dalam rumah tangga di Australia. Menurut Bourdieu (1986), orang bisa berasumsi bahwa sumber daya yang dihasilkan dari pendidikan tinggi juga memfasilitasi akses ke modal sosial.

Model ekologi menjelaskan berbagai keterkaitan antara kondisi lingkungan yang dapat mempengaruhi perilaku kesehatan di masyarakat. Lingkungan yang utama membentuk perilaku adalah lingkungan dalam diri sendiri, kemudian lingkungan dalam keluarga, kemudian lingkungan dalam masyarakat dan lingkungan budaya yang ada dalam masyarakat (Sallis *et al*

2008). Pada konsep ini faktor lingkungan mendominasi terhadap perubahan nilai dan norma yang terjadi pada lingkungan individu dan lingkungan keluarga.

Terdapat pengaruh yang signifikan antara modal sosial dengan persepsi terhadap penyakit DBD. Keadaan ini dapat disebabkan pada modal sosial aspek kepercayaan mendominasi di daerah penelitian. Aspek kepercayaan menjadikan sebuah keyakinan bagi individu dalam memandang atau mempersepsikan sesuatu. Modal sosial pada aspek kepercayaan dapat memberikan berbagai adopsi perilaku karena adanya keyakinan yang dimilikinya sehingga menumbuhkan sebuah persepsi.

Menurut Eriksson (2010), modal sosial bermanfaat bagi individu dalam beberapa cara antara lain meningkatkan difusi informasi tentang perilaku yang meningkatkan kesehatan dan mempromosikan adopsi gaya hidup sehat, memberikan kesempatan bagi dukungan psikososial yang mengurangi stress dan meningkatkan kesehatan (Kawachi & Berkman, 2000).

Hasil penelitian sesuai dengan penelitian Poortinga (2006), dalam studi modal sosial dan *self-rated* kesehatan di Inggris menyebutkan bahwa agresi sosial kepercayaan, dan partisipasi masyarakat berkontribusi untuk kesehatan masyarakat mandiri. Penelitian Kawachi *et al.*, (1999), melakukan studi tentang modal sosial dan *self-rated* kesehatan di tingkat Negara bagian di Amerika Serikat, ditemukan bahwa baik agregat kepercayaan dan partisipasi dalam kelompok terkait dengan kesehatan diri.

Kepercayaan yang dibangun pada modal sosial menyebabkan terbentuknya karakteristik perilaku yang pada akhirnya akan membentuk moral masyarakat yang akhirnya budaya masyarakat sekitar. Kouchaki and Smith (2013), menyimpulkan bahwa pemberian intervensi moral meningkatkan pengendalian diri. Pemberian intervensi sangat tepat digunakan pada orang dengan perilaku yang tidak etis dan memperbaiki moral yang tidak baik. Teori Bundara (2001), menyebutkan bahwa modifikasi kepercayaan tentang moral dapat menurunkan beberapa perilaku penyimpangan psikologi

terkait dengan moral. Keadaan ini terjadi karena ketidak mampun diri dalam melakukan seleksi informasi.

Terdapat hubungan yang signifikan antara modal sosial dengan partisipasi di rumah tangga (3M, *abate*,elihara ikan dan pengelolaan sampah). Keadaan ini dapat disebabkan komponen yang membangun modal sosial seperti peran tokoh masyarakat sehingga individu terpanngil untuk berpartisipasi dalam upaya pencegahan penyakit DBD seperti 3 M,elihara ikan dan mengelola sampah. Komponen yang ada dalam modal sosial seperti peran tokoh masyarakat atau lembaga sosial tidak dapat dipisahkan dari peran dalam upaya pencegahan penyakit DBD. Tokoh masyarakat mampu mengerakkan masyarakat sehingga masyarakat ikut berpartisipasi dalam upaya pencegahan DBD melalui 3M, *abate*,elihara ikan dan pengelolaan sampah.

Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Nazareth. *et. al.* (2014), yang menyatakan bahwa persepsi dan kepatuhan masyarakat terhadap lingkungan berhubungan dengan praktek PSN DBD. Peran tokoh masyarakat sangat fundamental dalam upaya pergerakan masyarakat khususnya pada upaya pencegahan penyakit DBD. Peran tokoh masyarakat tidak saja laki-laki melainkan perempuan dapat sebagai agen pergerakan masyarakat. Hasil survei modal sosial dari Northern Sweden (Eriksson, 2010), perempuan lebih mungkin untuk memiliki akses untuk menjembatani jaringan sosial dibandingkan dengan laki-laki. Jaringan sosial mungkin merupakan hasil dari relasi gender yang ada dengan harapan yang lebih tinggi bahwa perempuan harus terlibat.

Pendapat Kawachi & Berkman (2001), modal sosial bermanfaat bagi individu dalam beberapa cara seperti difusi informasi tentang perilaku yang meningkatkan kesehatan dan mempromosikan adopsi gaya hidup sehat. Eriksson (2010), modal sosial berpotensi mempengaruhi kesehatan. Modal sosial yang dapat menyebabkan peran individu terkait dengan perilaku pencegahan seperti 3M, *abate*,elihara ikan dan pengelolaan sampah lebih disebabkan modal sosial struktural. Menurut pendapat Harpham *et al.*,

(2002), menyebutkan bahwa modal sosial struktural mengacu pada apa yang dilakukan orang, sedangkan modal sosial kognitif mengacu pada apa yang orang rasakan berkaitan dengan hubungan sosial. Modal sosial struktural yang bertumpu pada aspek individu menekankan pada pola perilaku individu dalam upaya melakukan pencegahan penyakit DBD.

Partisipasi masyarakat dalam berbagai program pencegahan DBD menyebabkan program yang telah diberikan kepada masyarakat dapat berjalan dengan sendirinya. Keberlangsungan program-program pemerintah yang telah diluncurkan dapat disebabkan adanya modal sosial dalam masyarakat karena masyarakat telah membentuk regulasi yang dapat berupa nilai, norma atau peraturan yang ada dalam lingkungan masyarakat. Penguatan *self regulation* dalam masyarakat dapat dibentuk oleh tokoh masyarakat maupun organisasi-organisasi yang berada di lingkungan masyarakat.

Menurut Slamet (2003), partisipasi masyarakat akan dipengaruhi oleh beberapa faktor disekitar kehidupan manusia yang saling berinteraksi satu dengan lainnya, terutama faktor-faktor: psikologis individu (kebutuhan, harapan, motif, penghargaan), terpaan informasi, pendidikan (formal maupun informal), struktur dan stratifikasi sosial, budaya lokal (norma dan adat istiadat), serta pengaturan pelayanan atau kebijakan pemerintah. Keseluruhan faktor-faktor yang mempengaruhi partisipasi masyarakat dalam proses pembangunan oleh Korten dan Averack (1992), sebagai faktor dalam diri individu atau karakteristik individu (*person inner determinan*) dan faktor diluar diri individu atau faktor lingkungan (*environmental faktor*).

5. Faktor – faktor yang mempengaruhi partisipasi PSN DBD di lingkungan

Ada pengaruh positif yang signifikan Penyuluhan PSN DBD, program PSN DBD, modal sosial, persepsi PSN DBD, dan persepsi penyakit DBD terhadap partisipasi PSN DBD di lingkungan. Faktor penyuluhan PSN DBD, program PSN DBD, modal sosial, persepsi PSN DBD, persepsi penyakit DBD, partisipasi PSN DBD di rumah tangga mampu menjelaskan 99 %

commit to user

terhadap partisipasi PSN DBD di lingkungan. Hanya 1% disebabkan oleh faktor lain.

Pengaruh tidak langsung penyuluhan DBD ke partisipasi PSN DBD di lingkungan lebih besar melalui persepsi terhadap penyakit DBD dan melalui modal sosial, sedangkan pengaruh tidak langsung program paling besar adalah melalui persepsi terhadap penyakit dan partisipasi di rumah tangga.

Hasil penelitian sesuai dengan Sangaji (2010), bahwa partisipasi masyarakat dalam pengelolaan taman nasional di kepulauan Togeang Sulawesi Tengah di pengaruhi oleh penyuluhan yang dilaksanakan, faktor lingkungan sosial (modal sosial) dan kepastian diri masyarakat. Selain itu, hasil penelitian Puspareni, dkk (2014), menjelaskan bahwa faktor-faktor determinan seperti tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan, sikap, anjuran petugas kesehatan, dan anjuran tokoh formal mempunyai pengaruh terhadap partisipasi masyarakat dalam PSN DBD, sedangkan anjuran tokoh informal tidak berpengaruh terhadap partisipasi PSN DBD di Kabupaten Panjer Denpasar Selatan.

Terdapat hubungan yang signifikan antara modal sosial dengan partisipasi di lingkungan. Keadaan ini dapat disebabkan oleh modal sosial yang dimiliki suatu masyarakat seperti modal sosial kognitif yang berupa persepsi kognitif masyarakat yang merasakan sesuatu hal dalam lingkungan masyarakat tersebut. Anggota masyarakat yang mengalami kesusahan, anggota masyarakat lain ikut merasakan kesusahan sehingga keadaan ini merupakan modal sosial bagi masyarakat untuk ikut berpartisipasi dalam suatu kegiatan. Adanya modal sosial dalam masyarakat merupakan faktor pendorong terwujudnya upaya pencegahan penyakit DBD melalui pergerakan masyarakat sehingga pada lingkungan masyarakat angka bebas jentik meningkat dan kontainer *index* sehingga proses penularan DBD tidak terjadi karena pemutusan mata rantai penularan penyakit DBD.

Keadaan ini sejalan dengan situasi yang terjadi pada daerah penelitian yang ditunjukkan pada daerah penelitian proses penularan masih terjadi. Modal sosial kognitif cenderung tidak terlihat dalam implementasinya

dimasyarakat karena modal sosial kognitif lebih berupa persepsi, perasaan dan keadaan yang sama dalam masyarakat sehingga modal sosial kognitif cenderung dapat membentuk sebuah norma, kepercayaan atau adat istiadat dalam suatu masyarakat. Pendapat Krishna dan Shrader (2000), menggambarkan modal sosial kognitif sebagai sisi kurang nyata dari modal sosial, norma-norma kepercayaan, solidaritas, dan timbal balik.

Kesamaan persepsi yang dibangun dalam suatu masyarakat merupakan modal masyarakat untuk saling bekerja sama khususnya kerja sama dalam pencegahan penyakit DBD melalui pemutusan mata rantai pengembangan vektor DBD. Menurut Campbell dan Jovchelovitch (2000), lingkungan yang ditandai dengan kepercayaan, partisipasi dan saling mendukung kesehatan masyarakat, terutama mendukung perilaku sehat menyebabkan masyarakat memiliki kesamaan dalam suatu tujuan dalam upaya pencegahan penyakit DBD.

Kepercayaan, keyakinan yang ada dimasyarakat dapat menumbuhkan sebuah gagasan yang baik khususnya gagasan tentang kesehatan. Adanya gagasan atau ide-ide baik tentang upaya pencegahan DBD merupakan modal bagi masyarakat sehingga pada lingkungan wilayah masyarakat peningkatan angka bebas jentik. Campbell dan Jovchelovitch (2000), menyebutkan bahwa keyakinan ini dibangun di atas gagasan bahwa perilaku sehat lebih banyak ditentukan oleh identitas sosial kolektif daripada pilihan individu rasional.

Penelitian serupa dilakukan dalam sebuah studi dari Tasmania, Australia (Kavanagh, *et al.*, 2006), yang menunjukkan lingkungan yang aman dan partisipasi politik mengurangi risiko kesehatan individu rakyat miskin di antara wanita bukan pria. Stafford *et.al.*, (2005), menemukan bahwa hidup di lingkungan dengan tingkat kepercayaan yang rendah dan integrasi meningkatkan kesehatan individu rakyat miskin kalangan wanita bukan pria. Penjelasan untuk efek kesehatan gender terhadap modal sosial kolektif perlu dikaji lebih lanjut. Lochner *et al.* (1999), mempromosikan konseptualisasi modal sosial ekologi dengan menyarankan bahwa kepentingan publik lebih diutamakan daripada kepentingan pribadi. Modal sosial dapat dibedakan

menjadi jaringan sosial dan dukungan sosial, yang merupakan atribut dari individu dan bukan fitur fungsi individual melainkan agregasi tindakan.

Modal sosial yang ada pada masyarakat merupakan hal esensial dalam upaya pemberantasan penyakit DBD karena penyakit DBD melibatkan vektor pembawa penyakit, sehingga upaya memutus mata rantai penularan merupakan solusi terbaik dalam pemberantasan penyakit DBD. Pemutusan mata rantai penularan akan lebih efisien jika masyarakat sebagai subjek terlibat langsung dan berperan aktif dalam upaya pemberantasan.

Mata rantai penularan penyakit DBD dan sifat penyakit DBD sendiri yang pola penularannya membutuhkan peran lingkungan sehingga upaya memutus mata rantai penularan efisien dengan manajemen lingkungan yang baik, sehingga vektor DBD tidak berkembang salah satunya dengan pemberantasan jentik nyamuk sehingga dihasilkan angka bebas jentik yang tinggi disuatu wilayah. Beberapa penelitian sebelumnya Sumantri (2012), menyebutkan bahwa pencegahan DBD berdasarkan faktor lingkungan dapat melibatkan peran serta masyarakat, pengelolaan sarana air bersih, kualitas sanitasi lingkungan, menumbuhkan kesadaran pengelolaan lingkungan dan pemanfaatan tanaman anti nyamuk.

Identifikasi kekuatan dan kelemahan masyarakat sangat menentukan pola pemberantasan penyakit DBD. Modal sosial yang dimiliki masyarakat berperan penting dalam pemberantasan penyakit DBD. Selain itu peran pemerintah juga penting dalam upaya pemberantasan penyakit DBD. Pendapat Sumantri (2012), upaya yang tidak dapat dikontrol dalam pencegahan penyakit DBD seperti jumlah penduduk, suhu, pemukiman penduduk, perubahan iklim global dapat melibatkan peran pemerintah sebagai regulator dalam penerapan kebijakan yang mendukung pemberantasan penyakit DBD.

Perubahan perilaku membutuhkan waktu yang panjang karena merubah kebiasaan, persepsi, tindakan dan norma yang sebelumnya melekat pada masyarakat. Pendapat Denison (2004), yang menyebutkan bahwa perubahan perilaku masyarakat dapat mengadopsi teori perilaku *The Health*

Belief Model yang menjelaskan perubahan perilaku kesehatan yang terjadi di masyarakat. Beberapa hal yang dikembangkan dalam model *The Health Belief* antara lain teori adopsi tindakan (*action*). Upaya pencegahan DBD, peran masyarakat dan peran pemerintah sebaiknya berjalan beriringan dan masing-masing mengerjakan perannya. Adanya kesinambungan yang sejalan antara peran masyarakat dan pemerintah dapat meningkatkan keberhasilan pemberantasan penyakit DBD. Pencegahan DBD tidak dapat berjalan efektif jika masing-masing peran berjalan sendiri-sendiri tanpa ada koordinasi satu sama lainnya. Keadaan ini disebabkan penyakit DBD melibatkan vektor dalam perkembangan dan penularannya, sehingga faktor partisipasi masyarakat dilingkungan menempati peran penting dalam penularan dan perkembangan penyakit DBD.

Faktor yang mempengaruhi partisipasi di lingkungan pada hasil penelitian ini, masih ada 1% disebabkan oleh faktor lain. Menurut Slamet (2003), partisipasi masyarakat akan dipengaruhi oleh beberapa faktor disekitar kehidupan manusia yang saling berinteraksi satu dengan lainnya, terutama faktor-faktor: psikologis individu (kebutuhan, harapan, motif, penghargaan), terpaan informasi, pendidikan (formal maupun informal), struktur dan stratifikasi sosial, budaya lokal (norma dan adat istiadat), serta pengaturan pelayanan atau kebijakan pemerintah.

Selain itu menurut penelitian Kasjono (2008), diperoleh hasil bahwa faktor yang paling besar hubungannya dengan keberadaan jentik adalah perilaku. Perilaku negatif responden yang ditemukan dalam penelitian antara lain: (1) tidak memelihara ikan atau tidak menaburkan bubuk larvasida pada tempat penampungan air (TPA) yang tidak dikuras seperti di bak mandi, kolam, aquarium dan sumur gali, (2) tindakan PSN DBD dilakukan tidak setiap minggu, (3) biasa menggantungkan pakaian di belakang pintu kamar tidur dan kamar mandi. Variabel kesehatan lingkungan juga ditemukan berhubungan secara signifikan dengan keberadaan jentik nyamuk *Aedes Aegypti*. Kesehatan lingkungan rumah yang kurang baik mempunyai peluang untuk terdapat jentik 7 kali lebih besar dibandingkan

dengan yang mempunyai kesehatan lingkungan baik. Kondisi lingkungan berperan besar dalam perkembangbiakan nyamuk *Aedes Aegypti* terutama apabila terdapat banyak kontainer penampungan air hujan yang berserakan dan terlindung dari sinar matahari, apalagi berdekatan dengan rumah penduduk.

Pengurangan sumber vektor melalui partisipasi masyarakat merupakan metode efektif untuk pencegahan DBD WHO (2002), akan tetapi perlu disadari bahwa untuk mendapatkan partisipasi penuh masyarakat, diperlukan waktu yang lama karena hal tersebut didasari pada perubahan perilaku, sehingga diperlukan kerjasama antar setiap elemen masyarakat yang berada pada wilayah tersebut mulai dari tingkat kelurahan sampai lembaga terkait lainnya.

6. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepadatan jentik nyamuk (CI)

Faktor-faktor yang dianalisis atau diteliti pengaruhnya terhadap CI bisa menjelaskan sebesar 60%, sedangkan sisanya dijelaskan oleh variabel yang lain (40%). Pengaruh langsung dan tidak langsungnya pada Tabel 4.16, hasil yang diperoleh bahwa pengaruh langsung semuanya signifikan, sedangkan pengaruh langsung terbesar dari partisipasi PSN DBD di rumah lingkungan (36.5%), kemudian diikuti pengaruh langsung program PSN DBD (26.8%).

Total pengaruh yang paling besar penyuluhan PSN DBD melalui modal sosial, persepsi PSN DBD, persepsi terhadap penyakit, partisipasi di rumah tangga dan partisipasi di lingkungan terhadap penurunan CI. Kemudian melalui program PSN DBD terhadap penurunan CI.

Terdapat pengaruh yang signifikan antara modal sosial dengan dengan CI. Keadaan ini dapat disebabkan oleh modal sosial yang dimiliki oleh masyarakat dapat berperan aktif dalam upaya manajemen lingkungan tempat hidup vektor nyamuk sehingga penularan virus dengue terputus. Upaya pemutusan mata rantai penularan nyamuk dapat dilakukan dengan menghilangkan *breeding place* nyamuk *Aedes Aegypti*. Hal ini terlihat dari hasil penelitian yang menunjukkan bahwa pada daerah *non* endemis sebagian

besar masyarakat berpartisipasi dalam PSN DBD. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Poortinga (2006), dalam studi modal sosial dan *self-rated* kesehatan di Inggris; agresi sosial kepercayaan, dan partisipasi masyarakat berkontribusi untuk kesehatan masyarakat mandiri. Keadaan ini sejalan dengan keadaan di daerah penelitian yang didapatkan bahwa pada daerah potensial cenderung modal sosial lebih besar sedangkan pada daerah endemis modal sosial cenderung lebih rendah.

Hubungan Penyuluhan dengan persepsi keluarga, persepsi penyakit, partisipasi individu (3M, abate, pelihara ikan dan pengelolaan sampah), partisipasi lingkungan dengan CI. Keadaan ini dapat disebabkan oleh penyuluhan yang diberikan pada masyarakat menyebabkan terjadinya proses pemahaman pada masyarakat tentang berbagai hal seperti penyebab penyakit, pencegahan DBD, penularan DBD dan pengobatan. Keadaan ini yang menyebabkan penyuluhan penting dilakukan pada masyarakat guna untuk terjadinya perubahan perilaku masyarakat.

Hasil penelitian ini dapat dijelaskan dengan konsep ekologi yang menjelaskan bahwa keterkaitan antara kondisi lingkungan, struktur masyarakat dapat mempengaruhi perilaku kesehatan di masyarakat. Pendapat Sallis *et,al.*, (2008), menyebutkan bahwa lingkungan yang utama membentuk perilaku adalah lingkungan dalam diri sendiri, kemudian lingkungan dalam keluarga, kemudian lingkungan dalam masyarakat dan lingkungan budaya yang ada dalam masyarakat. Pada konsep ini faktor lingkungan mendominasi terhadap perubahan nilai dan norma yang terjadi pada lingkungan individu dan lingkungan keluarga.

Faktor lingkungan cenderung mendominasi pada daerah penelitian. Keadaan ini dapat disebabkan karena komponen modal sosial pada daerah penelitian rerata cenderung lebih baik sehingga kekuatan atau kunci pada daerah penelitian lebih kepada perubahan pola kognitif masyarakat. Pendapat Clarke (2005), persepsi dapat dimobilisasi melalui interaksi aktor-aktor kolektif dalam pengambilan keputusan seperti kepala keluarga. Pada pendapat yang sama untuk lingkungan sosial aktor kolektif yang berpengaruh dalam

mobilisasi seperti tokoh masyarakat, tokoh agama. Keadaan ini yang menyebabkan terjadinya mobilisasi persepsi karena kepercayaan yang diberikan masyarakat terhadap tokoh masyarakat dan tokoh agama.

Partisipasi aktif dari masyarakat terkait dengan pencegahan DBD menyebabkan lingkungan masyarakat tersebut terbebas dari vektor nyamuk *Aedes aegypti*. Partisipasi yang bersifat kohesi lebih memiliki fungsi yang efektif dibanding dengan partisipasi yang bersifat sosial. Hal ini ditunjukkan dengan hasil penelitian bahwa aturan dalam suatu lingkungan masyarakat cenderung dipatuhi oleh anggota masyarakat sehingga pendekatan kohesi lebih tepat digunakan dibanding dengan pendekatan jaringan sosial. Pendekatan yang bersifat kohesi diakui jauh lebih sulit dibanding dengan pendekatan yang bersifat jaringan sosial tetapi keberhasilan pendekatan yang bersifat kohesi lebih mampu mendongkrak permasalahan-permasalahan yang terjadi di masyarakat.

Keadaan ini sejalan dengan konsep Nyqvist (2009), yang menyebutkan bahwa sosial kapital dibentuk salah satunya adalah aturan yang ada dalam masyarakat. Aturan dalam masyarakat dapat berupa ancaman jika anggota masyarakat tidak memenuhi aturan tersebut. Kepatuhan anggota masyarakat terhadap aturan yang ada dapat menumbuhkan kedamaian dalam lingkungan masyarakat, hal ini merupakan modal bagi masyarakat untuk aktif berperan serta dalam berbagai program kesehatan. Peraturan yang dipatuhi dalam masyarakat menyebabkan masyarakat membentuk pola tertib dan disiplin terhadap apa yang telah direncanakan oleh masyarakat tersebut.

Pendapat Tana *et al.* (2012), yang menyebutkan bahwa pendekatan berbasis komunitas pada awalnya memerlukan usaha tetapi hal ini mempunyai prospek yang lebih baik dan awet daripada pendekatan dari atas ke bawah yang vertikal. Pendapat Eriksson (2010), yang menyebutkan bahwa pendekatan kohesi sosial berorientasi pada modal sosial kolektif sedangkan pendekatan jaringan sosial pada modal sosial individu. Bourdieu dalam Winter (2000), modal sosial merupakan wujud nyata (sumber daya) dari suatu institusi kelompok. Modal sosial merupakan jaringan kerja yang bersifat

dinamis dan bukan alamiah. Edwards (2004), menyebutkan bahwa sebagai sumber daya, modal sosial mampu memberi kontribusi terhadap kesejahteraan individu dan masyarakat.

Program-program intervensi penyakit DBD telah banyak dikerjakan oleh pemerintah, baik pemerintah daerah maupun pemerintah pusat. Program yang pemerintah telah luncurkan kurang memperhatikan keadaan masyarakat yang akan menerima intervensi, keadaan ini menjadi penyebab gagalnya beberapa program pemerintah yang telah diluncurkan. Penyebaran penyakit DBD terkait dengan kewilayahan sehingga upaya program harus memperhatikan kondisi kewilayahan. Keadaan ini disebabkan penyebaran penyakit DBD lebih cenderung terjadi pada daerah dengan tingkat kepadatan penduduk yang tinggi seperti daerah perkotaan, tingkat pendidikan masyarakat yang rendah dan pada umumnya penyakit DBD menyerang penduduk usia produktif. Penelitian Eryando *et.al.* (2013), menyebutkan bahwa penularan *dengue* lebih sering terjadi pada daerah perkotaan dan penyakit demam berdarah *dengue* menyerang penduduk usia produktif. Pada wilayah perkotaan didapatkan angka bebas jentik yang rendah.

Pendapat Sumantri (2012), menyebutkan bahwa prinsip pencegahan dan penyebaran DBD dapat dilakukan dengan manajemen berbasis lingkungan. Faktor dari lingkungan paling berpengaruh dalam penyebaran DBD adalah lingkungan manusia, lingkungan vektor dan lingkungan penderita DBD. Pendapat Blum, L (1974), yang menyebutkan bahwa faktor lingkungan mendasari upaya pengendalian penyakit, sehingga upaya intervensi yang terkait lingkungan lebih diprioritaskan untuk program penanganan masalah kesehatan khususnya program penyakit DBD.

Partisipasi lingkungan yang baik membantu berbagai program pemerintah terkait dengan pengendalian penyakit DBD. Program pemerintah tanpa dukungan dari partisipasi masyarakat cenderung tidak berarti karena masyarakat tidak memiliki keterlibatan dalam pemberantasan penyakit sehingga program yang ada cenderung tidak berjalan. Program cenderung lebih *sustainable* jika masyarakat yang terlibat memiliki peranan dan terlibat

dalam kegiatan. Program-program pemerintah seperti 3 M akan lebih *sustainable* jika masyarakat terlibat langsung karena terkait dengan perilaku masyarakat. Keadaan ini membutuhkan sebuah pendekatan kepada masyarakat sebagai subjek dan objek. Pendekatan kepada masyarakat dapat melalui peran tokoh masyarakat, pemuka agama, atau lembaga yang berada dalam lingkup masyarakat tersebut.

Keadaan ini dapat disimpulkan bahwa upaya partisipasi masyarakat cenderung lebih berhasil melalui metode modal sosial secara *Bridging* dan *lingking*. Modal sosial secara *Bridging* melibatkan peran tokoh masyarakat. Modal sosial secara *lingking* melibatkan peran lembaga baik lembaga formal dan non formal dalam masyarakat.

Bedasarkan hasil analisis jalur dengan model yang sudah fit, maka upaya penurunan CI akan lebih efektif dengan mempertimbangkan modal sosial masyarakat, selain dengan penyuluhan dan program PSN DBD seperti yang sudah dilaksanakan selama ini oleh pemerintah, serta melibatkan tokoh masyarakat. Hal ini sejalan dengan pendapat Conyer, *et al.* (2012), yang menyebutkan bahwa program pengendalian DBD memerlukan pendekatan yang jelas dan terintegrasi dengan keterlibatan masyarakat yang kuat. Para pemuka masyarakat merupakan saluran yang efektif untuk menyebarkan informasi dan mendidik masyarakat serta mendorong perubahan pada tingkat rumah tangga demi perubahan pada lingkup masyarakat yang lebih luas.

Keadaan ini dapat menjadikan tolok ukur dalam upaya pemberantasan penyakit DBD dengan melibat aspek kewilayahan. Aspek kewilayahan memegang peranan penting dalam upaya kontrol penyakit DBD. Partisipasi individu seperti 3 M, abate, pelihara ikan dan sampah menjadi jalan utama dalam menurunkan CI dengan program penyuluhan. Program penyuluhan lebih efektif menurunkan CI melalui modal sosial, partisipasi di rumah tangga dan partisipasi lingkungan, dibanding dengan program PSN DBD.

Program PSN DBD yang berperan besar adalah Jumantik dalam meningkatkan partisipasi dalam PSN DBD, melalui persepsi terhadap penyakit. Informasi/pesan dapat menjadi keyakinan dan persepsi sebuah

kebenaran sehingga terjadi perubahan perilaku pada masyarakat (Lohrmann *et al.*, 2008). ADB (2006), menyebutkan bahwa program DBD yang telah dikerjakan menurunkan angka kejadian DBD dengan melibatkan peran masyarakat.

Berdasarkan hasil model secara keseluruhan aspek partisipasi di rumah tangga dan partisipasi dilingkungan memiliki peran penting dalam upaya pencegahan penyakit DBD. Keadaan ini disebabkan oleh model penularan penyakit yang melalui vektor sehingga upaya intervensi yang berbasis rumah tangga dan lingkungan menjadi sumber keberhasilan dalam mencapai tujuan pemberantasan DBD. Upaya yang dilakukan yakni terkait dengan modifikasi lingkungan. Modifikasi lingkungan dapat terwujud jika masyarakat terlibat dan berperan aktif dalam upaya pemberantasan penyakit. Pada situasi masyarakat seperti ini penguatan modal sosial khususnya pada aspek kognitif jauh lebih efisien dalam upaya meningkatkan sumber daya dalam masyarakat.

Hasil penelitian memberikan gambaran bahwa penguatan modal sosial dimungkinkan lebih *sustainable* dengan penyuluhan dan program yang terkait DBD. Keadaan ini dapat dilihat dari hasil analisis yang menunjukkan bahwa penyuluhan dengan menambahkan modal sosial lebih efektif menurunkan CI melalui partisipasi di rumah tangga dan partisipasi dilingkungan sehingga intervensi yang sesuai adalah peningkatan penyuluhan, terutama kemampuan penyuluh dan penguatan modal sosial. Keberlangsungan program didukung oleh pelaku itu sendiri, dalam hal ini adalah masyarakat. Sumber daya yang terbentuk dalam masyarakat merupakan sumber daya yang penting untuk keberlangsungan pemecahan masalah yang dihadapi oleh masyarakat.

Menurut Putnam (2000), Szretzer dan Woolcock (2004), penguatan modal sosial melalui penguatan jaringan sosial terbentuk melalui *bonding* (ikatan), *bridging* (koneksi atau jembatan), dan *linking* (kaitan) modal sosial. *Bonding* modal sosial ditandai oleh ikatan yang kuat dalam jaringan untuk memperkuat identitas dan fungsi umum sebagai sumber bantuan dan dukungan di antara anggota, umumnya berasal dari ikatan kekeluargaan,

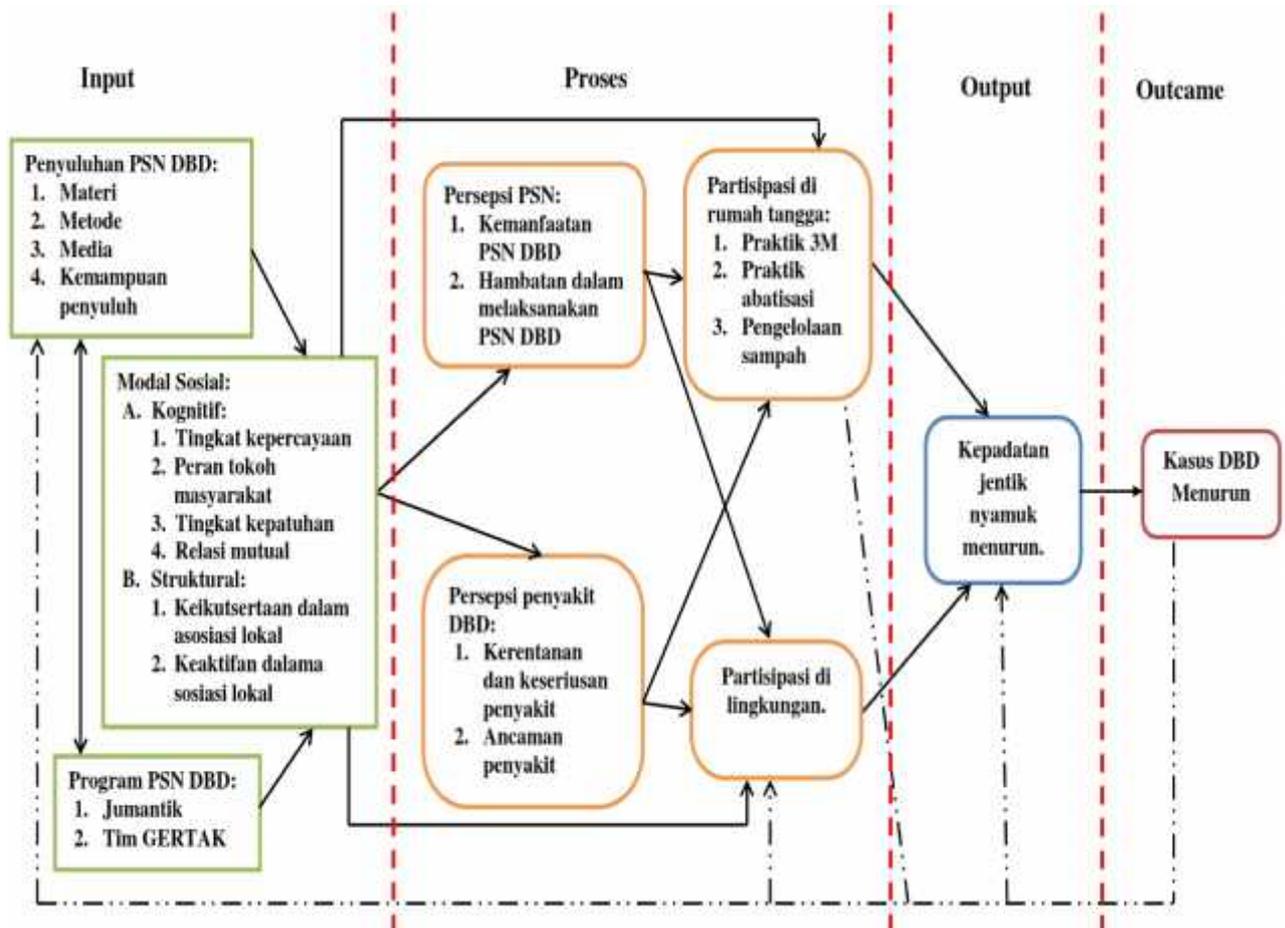
kehidupan bertetangga dan sahabat. Anggota dalam kelompok ini umumnya berinteraksi secara intensif, *face to face* dan saling mendukung. *Bridging* modal sosial terbentuk dari interaksi antar kelompok dalam suatu wilayah dengan frekuensi yang bersifat relatif lebih rendah seperti kelompok agama, etnis, atau tingkat pendapatan tertentu. Modal sosial yang bersifat mengait (*linking*) umumnya terbentuk dari hubungan formal antar berbagai pihak seperti lembaga politik, bank, klinik kesehatan, sekolah, pertanian, kepariwisataan. Pada model ini masih ada faktor lain yang berpengaruh terhadap CI, yakni sebesar 40 %. Menurut Sintorini (2006); Achmadi (2005); Hermansyah (2012), kepadatan nyamuk di suatu daerah, disebabkan oleh perubahan iklim global, pengelolaan air bersih, kualitas sanitasi lingkungan, tanggungjawab masyarakat dan infrastruktur di wilayah tersebut, selain karena pengetahuan dan sikap masyarakat.

Hasil dari uji model promosi kesehatan dalam pemberantasan sarang nyamuk (PSN DBD), menunjukkan hasil yang fit. Hasil ini bisa dipergunakan berdasarkan data empirik dilapangan, berarti dengan mengintegrasikan modal sosial pada model *Health Believe Model* dapat dipergunakan untuk model promosi kesehatan dalam PSN DBD, karena dengan mengintegrasikan modal sosial pada saat penyuluhan dan pelaksanaan program PSN DBD pada teori "*Health Belief Model*" lebih meningkatkan persepsi individu sehingga sangat berpengaruh dalam menentukan seseorang untuk melakukan upaya tindakan preventif atau partisipasi PSN DBD baik di keluarga maupun di lingkungan, sehingga kepadatan jentik menurun atau dapat ditekan menjadi rendah bahkan tidak ada sama sekali. Aspek modal sosial individu (kepercayaan, kepatuhan terhadap aturan yang ada, relasi mutual, keikutertaaan dan keaktifan dalam asosiasi lokal) memfasilitasi tindakan kolektif atau partisipasi.

7. Model promosi kesehatan dalam pemberantasan sarang nyamuk DBD di Kabupaten Bantul.

Setelah didapatkan konsep model dari uji analisis jalur (Gambar 4.6), selanjutnya konsep model tersebut dikompilasi dengan hasil wawancara dan

FGD, berdasarkan teori sistem berpikir dan sistem tindakan dari Checkland (1999), maka dapat diajukan model akhir seperti pada Gambar 4.7.



Keterangan : - - - - -> = Umpan balik

Gambar 4.7. Desain model promosi kesehatan dalam pemberantasan sarang nyamuk DBD berkelanjutan.

Gambar 4.7. merupakan skema dari model yang mendorong keberlanjutan kegiatan promosi kesehatan yang dilaksanakan di masyarakat, terutama dalam PSN DBD. Sehingga diharapkan kasus DBD di suatu wilayah tidak terjadi lagi. Tahapan yang diharapkan terus berlangsung, yaitu mulai dari tahapan *input*, proses dan *output*. Skema tersebut dijelaskan sebagai berikut:

a. Tahapan Input

- 1) Penyuluhan yang dilaksanakan oleh petugas kesehatan atau lembaga sosial dalam rangka pencegahan dan pengendalian DBD, khususnya

terhadap PSN DBD tetap memperhatikan kebutuhan, kondisi, potensi lokal dan situasi masyarakat, selain materi, metode, media dan kemampuan penyuluh. Terutama kemampuan penyuluh dalam empati terhadap sasaran penyuluhan, memotivasi, menghidupkan suasana, menyenangkan dalam pemberian materi, mengendalikan diskusi dan kemampuan menggunakan waktu. Selain itu harus mengidentifikasi modal sosial masyarakat yang akan diberi penyuluhan, terutama dalam hal kepercayaan, relasi mutual dan tanggapan mereka terhadap peran tokoh masyarakat. Karena dengan memperhatikan hal tersebut akan menimbulkan komunikasi yang baik yakni berjalan timbal balik atau terjadinya *feedback*, sehingga akan memberikan pengaruh yang lebih besar terhadap perubahan perilaku baik di rumah tangga dan lingkungan, dan akhirnya dapat menurunkan CI serta kasus DBD.

- 2) Program Jumantik dan Gertak secara bersama sama tetap perlu dilakukan, tetapi petugas atau personilnya lebih menjalankan tugasnya sesuai dengan tugas dan fungsinya, supaya warga juga terlibat dan mengetahui apa yang terjadi pada saat petugas melakukan kegiatannya. Program ini tidak bisa berjalan sendiri, harus dilakukan juga penyuluhan dengan memperhatikan modal sosial masyarakat. Adapun indikator program yang diperhatikan adalah frekuensi kunjungan, memberikan penyuluhan atau informasi pada saat berkunjung dan memeriksa rumah serta lingkungannya, memberikan motivasi, mengajak pemeriksaan jentik anggota rumah tangga yang dikunjungi, pemberian hasil pemeriksaan pada saat itu juga serta memberikan penjelasan solusinya dan tempat berkembangbiaknya nyamuk *Aedes aegypti* di rumah dan lingkungan warga sesuai dengan keadaan masing - masing warga. Bila hal tersebut dilaksanakan dengan baik, maka modal sosial akan meningkat terutama aspek kepercayaan terhadap Jumantik dan Tim Gertak, demikian juga persepsi masyarakat terhadap PSN DBD dan penyakit DBD semakin

positif, pada akhirnya akan meningkatkan partisipasi masyarakat serta menurunkan kepadatan jentik nyamuk.

- 3) Modal sosial warga, merupakan faktor penting untuk menunjang keberhasilan promosi kesehatan dalam PSN DBD. Aspek yang perlu diperhatikan oleh petugas penyuluh atau promosi kesehatan adalah; kepatuhan masyarakat terhadap aturan yang ada, terutama terkait dengan PSN DBD, peran tokoh masyarakat, tingkat saling percaya warga terhadap semua yang ada di lingkungan mereka, relasi mutual antar warga, organisasi atau kelompok lokal yang diikuti warga dan tingkat partisipasinya di kelompok tersebut. Semakin banyak petugas memahami modal sosial masyarakat akan dapat meningkatkan persepsi masyarakat, tingkat partisipasi di rumah tangga dan lingkungannya, yang pada akhirnya akan menurunkan kepadatan jentik nyamuk *Aedes aegypti* dan kasus DBD tidak terjadi di masyarakat.

b. Tahapan proses

- 1) Persepsi terhadap PSN DBD dan penyakit DBD merupakan hal penting sebelum individu melaksanakan tindakan atau perilaku PSN DBD di rumah dan lingkungannya. Persepsi masyarakat merupakan modal yang penting dalam upaya pemberantasan penyakit DBD dan kelangsungan program-program pemerintah yang berjalan. Stafford *et al.* (2005) menemukan bahwa hidup di lingkungan dengan tingkat kepercayaan yang rendah berkaitan dengan persepsi masalah kesehatan. Persepsi yang buruk terhadap program kesehatan menyebabkan program yang berjalan tidak efisien dan tidak *sustainable*. Persepsi masyarakat yang positif atau bagus belum tentu akan melakukan tindakan positif atau berpartisipasi, maka perlu dorongan terus dari semua pihak supaya mewujudkan partisipasi PSN DBD di rumah tangga dan di lingkungannya.
- 2) Partisipasi PSN di rumah tangga, keikutsertaan setiap rumah tangga dalam PSN DBD merupakan keharusan supaya kepadatan jentik nyamuk berkurang dan pada akhirnya kasus DBD juga menurun,

bahkan tidak ada. Adapun partisipasi utama yang dilakukan adalah praktik 3M dan pengelolaan sampah di rumah tangga dan sekitarnya, sedangkan untuk abatisasi melihara ikan pada kontainer melihat kondisi dan kesediaan masyarakat.

- 3) Partisipasi di lingkungan, merupakan hal yang penting juga, karena untuk pencegahan dan penanggulangan DBD semua wilayah atau tempat harus bebas jentik *Aedes aegypti*. Partisipasi baik di rumah tangga dan lingkungan harus dilaksanakan bersama sama oleh seluruh warga suatu wilayah minimal pada radius 100 m, supaya daerah tersebut bebas dari daerah endemis DBD.

c. Tahapan *Output*

Sepanjang tahapan *input* tahapan proses dilakukan dengan baik atau memenuhi kaidah-kaidah di atas, kepadatan jentik nyamuk (CI) di rumah warga dan lingkungan akan turun bahkan bisa mencapai 0. Bila hal tersebut terwujud maka nilai Angka Bebas Jentik (ABJ) suatu wilayah (Dusun atau Desa) semakin meningkat.

d. Tahapan *Outcome*

Outcome dari semua tahapan tersebut adalah kasus DBD. Bila semua tahapan terlaksana dengan baik, maka kasus DBD di wilayah tersebut akan menurun, bahkan tidak ada. Bila ada warga terkena DBD, dapat dipastikan berasal dari luar wilayah tersebut.

e. Umpan balik (*Feedback*)

Penilaian atau evaluasi perlu dilakukan, untuk menjaga *sustainable* PSN DBD di masyarakat, hasil tersebut dipakai untuk melakukan *feedback*, kemudian segera dilakukan untuk memperbaikinya atau menyelesaikannya bersama sama antara petugas promosi kesehatan, tokoh masyarakat dan masyarakat. Selain itu *feedback* juga dilakukan bila ada laporan dari masyarakat, tokoh masyarakat, petugas promosi kesehatan atau pihak lain yang memperhatikan PSN DBD.

Secara sederhana model promosi kesehatan dalam PSN DBD dapat dijelaskan sebagai berikut: kepadatan jentik nyamuk (*Container Index*)

dapat rendah, bila dilakukan PSN DBD baik di keluarga maupun dilingkungan secara rutin atau berkesinambungan oleh seluruh warga. PSN DBD dilakukan secara berkesinambungan bila persepsi warga terhadap PSN DBD baik atau positif, persepsi warga positif bila dilakukan penyuluhan dan program PSN DBD dengan baik, serta menggunakan modal sosial warga sebagai acuan utama. Penyuluhan dilakukan pada saat kumpulan PKK Desa/Dusun/RT, Dasa Wisma atau majelis taklim/kelompok pengajian, jadi tidak usah menggunakan wahana atau forum atau kelompok baru dalam memberikan penyuluhan.

