

Pemberdayaan Masyarakat dalam Pengendalian Demam Berdarah Dengue (Literatur Review)

Community Empowerment in Dengue Hemorrhagic Fever Control (Literature Review)

Tri Wahyuni Sukes^{*a,b}, Supriyati^b, Tri Baskoro Tunggal Satoto^b, Mahardika Agus Wijayanti^b, dan Retna Siwi Padmawati^b

^aFakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Ahmad Dahlan Yogyakarta

Jl. Prof.Dr.Soepomo,SH, Janturan, Warungboto, Umbulharjo, Yogyakarta, Indonesia

^bFakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta

Jl. Farmako Sekip Utara, Sinduadi, Mlati, Kabupaten Sleman, Yogyakarta, Indonesia

INFO ARTIKEL

Article History:

Received: 8 Jan. 2018

Revised: 2 Aug. 2018

Accepted: 15 Aug. 2018

Keywords:

community empowerment, DHF, controlling programme

ABSTRACT / ABSTRAK

Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) was still a public health problem that has been more than 20 years with various efforts. Community participation was great for reducing the incidence of DHF. Community empowerment will greatly assist the government in succeeding DHF preventive efforts so that DHF can be controlled. The method used in this study was a literature study that examines the various references closely related to community empowerment in the control of DHF diseases. References examined come from the results of research both from within or abroad, books and official reports issued within a period of not more than 10 years. The number of literature studied was 35 literatures. Community empowerment in the control of DHF was necessary because the government can not run alone in efforts to control DHF. All programs that were rolled out will be useless if the community was not involved in planning, monitoring and evaluation processes. This is because DHF was related to environmental problems in which humans were involved in creating an enabling environment for the spread of DHF. Community empowerment in DHF control was important to support the implementation and sustainability of DHF control program.

Kata kunci:
pemberdayaan masyarakat, DBD, program pengendalian

Demam Berdarah Dengue (DBD) masih merupakan masalah kesehatan masyarakat walaupun sudah dikendalikan lebih dari 20 tahun dengan berbagai upaya. Peran serta masyarakat sangat besar dalam upaya pengendalian sehingga pemberdayaan masyarakat penting dilakukan untuk mengurangi kejadian penyakit DBD. Pemberdayaan masyarakat akan sangat membantu pemerintah dalam menyukseskan upaya preventif DBD sehingga DBD dapat dikendalikan. Metode yang digunakan dalam kajian ini adalah studi literatur yang mengkaji berbagai referensi yang erat kaitannya dengan pemberdayaan masyarakat dalam pengendalian penyakit DBD. Referensi yang dikaji berasal dari hasil penelitian baik dari dalam atau luar negeri, buku dan laporan resmi yang dikeluarkan dalam kurun waktu tidak lebih dari 10 tahun. Jumlah literature yang dikaji sebanyak 35 literatur. Pemberdayaan masyarakat dalam pengendalian DBD diperlukan karena pemerintah tidak bisa berjalan sendiri dalam upaya pengendalian DBD. Semua program yang digulirkan akan tidak berguna apabila masyarakat tidak dilibatkan dalam perencanaan, proses monitoring dan evaluasi. Hal ini disebabkan karena DBD berhubungan dengan masalah lingkungan dimana manusia terlibat dalam menciptakan lingkungan yang mendukung terhadap penyebaran penyakit DBD. Pemberdayaan masyarakat dalam pengendalian DBD penting untuk menunjang pelaksanaan dan keberlangsungan program pengendalian DBD.

© 2018 Jurnal Vektor Penyakit. All rights reserved

*Alamat Korespondensi : email : yunisukes.fkmuad@gmail.com

PENDAHULUAN

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan salah satu jenis penyakit yang disebabkan oleh virus dengue dan penyebarannya dibantu oleh vektor perantara

yaitu nyamuk *Aedes aegypti*. Permasalahan tentang DBD ini merupakan masalah yang kompleks. Terutama dalam masalah pengendalian yang belum mencapai hasil yang diharapkan. Kejadian kasus DBD masih

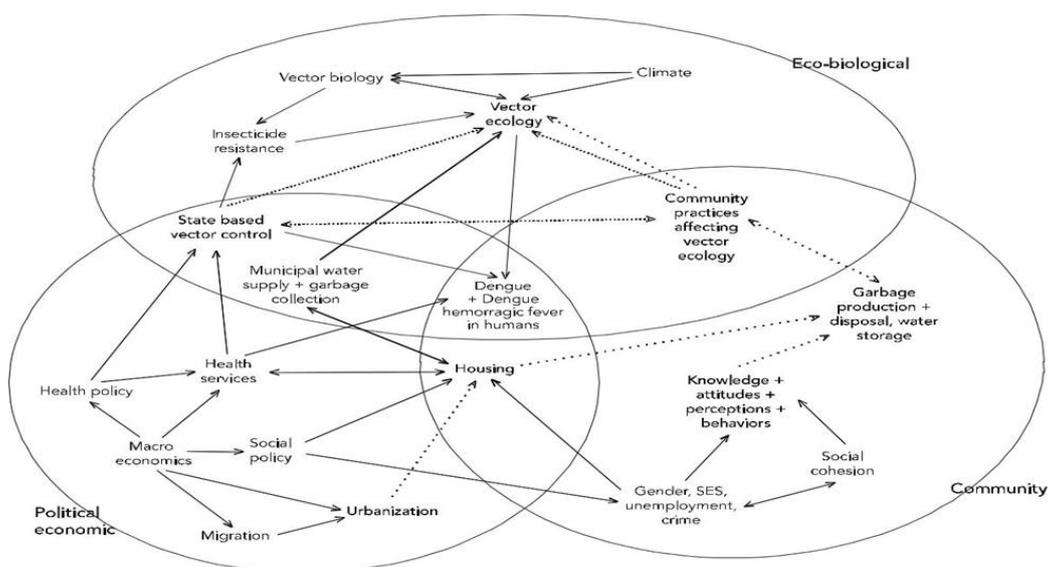
sering dan banyak terjadi. Hampir lebih dari 2,8 milyar manusia yang tinggal di daerah tropis dan sub tropis memiliki risiko terkena DBD. Setiap tahunnya diperkirakan 50 juta orang terinfeksi penyakit tersebut. DBD merupakan penyakit yang endemik di lebih dari 100 negara di dunia termasuk Indonesia. DBD merupakan penyakit yang sering terjadi di daerah perkotaan bahkan saat ini kejadian kasus DBD juga sangat banyak terjadi di daerah pedesaan. Hingga saat ini belum ada model pengendalian DBD yang efektif, khususnya model pengendalian DBD yang memaksimalkan peran serta masyarakat.^{1,2}

Kompleksitas permasalahan DBD yang tidak dapat diselesaikan sendiri oleh pemerintah terlihat pada Gambar 1.³ Pada Gambar 1 menunjukkan permasalahan DBD meliputi berbagai aspek baik itu sosial, ekonomi, budaya, ekologi dan lain sebagainya sehingga pengendalian DBD seharusnya juga melibatkan sektor lain terutama masyarakat yang akan menjadi subjek program. Masyarakat dilibatkan mulai dari menentukan akar masalah terkait DBD, menentukan program yang memungkinkan dilakukan oleh mereka sampai dengan proses monitoring dan evaluasi program. Hal inilah yang disebut dengan pemberdayaan masyarakat.^{3,4,5}

Pada Peraturan Menteri Kesehatan RI No 50 Tahun 2017 pasal 14 telah disebutkan bahwa pengendalian vektor dan binatang

pembawa penyakit, dapat mendayagunakan kader kesehatan terlatih atau penghuni/anggota keluarga untuk lingkungan rumah tangga. Hal ini merupakan suatu konsep pengendalian dengan pemberdayaan dan hal ini didukung dengan bantuan tenaga kesehatan. Tugas dari tenaga kesehatan terlatih atau anggota keluarga adalah 1) pengamatan vektor dan binatang pembawa penyakit, 2) pengamatan habitat perkembangbiakan, 3) pengamatan lingkungan, 4) larvasidasi, 5) pengendalian dengan metode fisik, 6) pengendalian dengan metode biologi, kimia secara terbatas, 7) sanitasi lingkungan. Hal ini menunjukkan sebenarnya dalam proses pengendalian DBD tidak lepas dari suatu upaya pemberdayaan masyarakat.⁶

Pemberdayaan masyarakat dalam kesehatan menurut WHO adalah suatu proses budaya, psikologis dan politik melalui individu dan kelompok sosial sehingga mampu mengekspresikan kebutuhan, menghadirkan kepedulian, menyusun strategi keikutsertaan dalam mengambil keputusan serta melakukan tindakan politik, sosial dan budaya untuk memenuhi kebutuhan kesehatan.⁷ Pemberdayaan pada manusia sangat dipengaruhi oleh perspektif atau pandangan hubungan manusia dengan lingkungan tempat tinggalnya dan pengalaman kesehatan yang dialami.



Gambar 1. Kompleksitas penyakit DBD³.

Pemberdayaan kesehatan muncul dari sintesis sumber daya pribadi dan sumber daya sosiokontekstual. Sumber daya pribadi mencerminkan kemampuan diri sendiri. Sumber daya sosiokontekstual mencerminkan dukungan jejaring sosial dan dukungan layanan sosial. Pemberdayaan disini menekankan pada partisipasi dalam proses mengubah diri dan lingkungan untuk kesejahteraan. Teori pemberdayaan kesehatan bersifat ekspresif terhadap kesejahteraan manusia dan dipandang sebagai proses yang muncul dari pengakuan sumber daya pribadi dan sosiokontekstual.⁸

Ada banyak bukti yang menunjukkan bahwa hubungan pemberdayaan dan kesehatan terjadi selama program pemberdayaan masyarakat. Pemberdayaan masyarakat dapat mengorganisasikan dan membantu mobilisasi masyarakat terhadap perubahan sosial dan politik. Domain pemberdayaan memberikan sarana yang berguna untuk menemukan konsep pemberdayaan masyarakat dan untuk menunjukkan kaitannya dengan hasil kesehatan. Pada setiap domain pemberdayaan memiliki kaitannya sendiri-sendiri terhadap peningkatan hasil kesehatan.⁹ Berikut adalah jenjang interaksi yang berbasis pada masyarakat, dari Gambar 2 tersebut terlihat proses yang terjadi dalam suatu interaksi dalam masyarakat. Hal ini dimulai dari kesiapan masyarakat. Masyarakat yang sudah siap terhadap suatu perubahan maka mereka akan berpartisipasi dalam proses tersebut, masyarakat akan terlibat dalam setiap proses yang berlangsung. Munculnya organisasi masyarakat juga merupakan suatu jenjang dalam proses interaksi dalam masyarakat sehingga akan dicapai suatu aksi atau tindakan yang nyata dari masyarakat tersebut dan inilah yang disebut sebagai pemberdayaan masyarakat.^{9,10,11}

Ada sembilan domain pemberdayaan komunitas yaitu: 1) meningkatkan partisipasi, 2) mengembangkan kepemimpinan lokal, 3) membangun pemberdayaan struktur organisasi, 4) meningkatkan kapasitas penyelesaian masalah, 5) meningkatkan kemampuan komunitas untuk "ask why" (kemampuan berpikir kritis), 6) memperbaiki

mobilisasi sumberdaya, 7) menguatkan hubungan antara organisasi dan masyarakat, 8) menciptakan hubungan yang seimbang dengan agen luar, 9) meningkatkan kontrol manajemen program.⁹



Gambar 2. Jenjang Interaksi Berbasis Masyarakat.

BAHAN DAN METODE

Metode yang digunakan dalam kajian ini adalah metode kualitatif dengan cara *literature review* atau tinjauan pustaka. Melalui tinjauan pustaka ini dilakukan interpretasi dari berbagai pustaka secara optimal dengan merangkum, menganalisis, mengevaluasi dan mensintesis suatu dokumen.¹² Bahan yang digunakan adalah pustaka berupa jurnal, buku, peraturan perundangan, narasi yang dikeluarkan oleh lembaga yang kredibilitasnya diakui dan jenis pustaka lainnya. Jumlah pustaka yang dijadikan sebagai acuan sebanyak 35 dalam kurun waktu kurang lebih 10 tahun terakhir.

HASIL

Berdasarkan beberapa kajian yang sudah dilakukan ada beberapa cara pemberdayaan kesehatan yang dapat dilakukan dalam pengendalian DBD. Pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan yang berbasis pada penilaian kebutuhan kesehatan masyarakat dilakukan dengan mencari tahu secara mendalam kebutuhan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat setempat, kemudian secara bersama-sama masyarakat diajak untuk merumuskan apa saja pemecahan masalah yang sudah diidentifikasi tersebut. Selanjutnya masyarakat diajak untuk melaksanakan semua upaya pemecahan masalah tersebut yang telah disepakati bersama, misalnya berupa desa siaga maupun pengaktifan surveilans.^{13,14,8}

Pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan dengan peningkatan partisipasi masyarakat dalam melakukan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) DBD.

Peningkatan partisipasi dilakukan dengan melakukan suatu penyuluhan dan pelatihan dalam melakukan PSN DBD. Sebagai indikator keberhasilan promosi kesehatan dengan cara memberikan edukasi kesehatan tersebut dilihat dari nilai HI (*House Index*), BI (*Breteau Index*) dan CI (*Container Index*).^{15,16}

Pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan dapat dilakukan dengan menggunakan sekelompok orang yang ada dalam suatu masyarakat untuk melakukan tugas pengendalian DBD. Hal ini misalnya dengan membentuk sukarelawan yang bertugas memeriksa jentik berkala atau disebut sebagai Juru Pemantau Jentik (Jumantik). Orang yang dipilih sebagai Jumantik adalah orang yang berasal dari kelompok masyarakat itu sendiri. Jumantik bertugas untuk melakukan pemeriksaan jentik berkala di lingkungan wilayah kerjanya.^{17,18}

Pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan juga perlu dilakukan dengan menitikberatkan pada psikologis dan rasa bermasyarakat. Hal ini sesuai dengan model konseptual yang melibatkan sisi individual yang terfokus pada pemberdayaan psikologis, lingkungan (berupa provokasi, organisasi) dan interaksi individu dengan lingkungan (partisipasi masyarakat dan rasa bermasyarakat).¹⁹

Pemberdayaan masyarakat pada bidang kesehatan dapat dilakukan dengan model partisipasi komunitas. Partisipasi masyarakat sangat penting dalam upaya pengendalian DBD. Upaya pengendalian DBD dilakukan dengan pengendalian dan pengelolaan terpadu untuk pencegahan DBD dan manajemen vektor terpadu. Hal ini menggabungkan mobilisasi sosial dan perubahan perilaku masyarakat. Masyarakat diajak untuk melakukan perubahan perilaku yang baik melalui berbagai macam cara seperti kampanye, penyuluhan, dan pelatihan tentang pengendalian vektor DBD. Hal ini bertujuan selain untuk mengendalikan DBD juga meningkatkan efikasi, efektivitas biaya, dampak lingkungan yang minimal dan keberlanjutan program pengendalian DBD.^{20,21}

Pemberdayaan pemimpin keluarga penting dilakukan dengan menggunakan proses pembelajaran partisipatif untuk

mengendalikan vektor DBD. Para pemimpin keluarga ditargetkan dapat membangun kepemimpinan dalam melaksanakan protokol pengendalian vektor DBD. Pada pemberdayaan ini tidak hanya melibatkan keluarga tetapi juga melibatkan tenaga kesehatan dan relawan kesehatan masyarakat setempat. Hal tersebut penting dilakukan agar terjadi suatu hubungan yang kuat antara masyarakat, pemerintah dan instansi kesehatan dalam melaksanakan upaya pengendalian DBD sehingga program pengendalian DBD ini dapat terjadi secara berkesinambungan.²²

Pemberdayaan siswa sekolah juga bisa dilakukan menjadi relawan kesehatan dalam hal ini adalah Jumantik cilik. Anak-anak adalah bagian dari masyarakat dan sangat bisa diberdayakan untuk membantu menyelesaikan permasalahan masyarakat dalam hal ini adalah penyakit DBD. Anak-anak dilatih dan dibekali dengan ilmu dan keterampilan yang cukup untuk bisa melaksanakan tugas sebagai Jumantik cilik, membantu Jumantik dewasa melaksanakan tugasnya dengan pengakuan dari masyarakat, keluarga dan sekolah. Anak-anak akan sangat berdaya guna dalam melaksanakan tugas dalam upaya pengendalian DBD.²³

Pemberdayaan keluarga dimana hal ini telah dideklarasikan dalam ASEAN *Dengue Day* bahwa Indonesia melakukan program satu rumah satu Jumantik. Hal ini merupakan upaya pemberdayaan keluarga dalam mengendalikan DBD. Memanfaatkan anggota keluarga untuk membantu tugas Jumantik dalam mengawasi dan memonitoring larva nyamuk *Aedes aegypti*, dan melakukan pemberantasan sarang nyamuk di sekitar lingkungan rumahnya sendiri. Berkolaborasi dengan keluarga lainnya dalam melaksanakan PSN DBD dan menuliskan hasil pemeriksaan berkala di lingkungan sekitar rumah pada suatu kartu pelaporan hasil pengamatan. Hal ini akan mempermudah kerja jumantik dan diharapkan dapat memutus rantai hidup vektor DBD.¹⁸

Pemberdayaan masyarakat di Malaysia juga digunakan dalam pengendalian DBD. Dalam upaya pemberdayaan masyarakat, partisipasi masyarakat dan mobilisasi sosial dalam pencegahan dan pengendalian *dengue*

diperkuat melalui pelaksanaan proyek *Evaluation of Communication for Behavioral Impact (COMBI)*.²⁴ Kementerian Kesehatan Malaysia membentuk suatu *Task Force* yang terdiri dari tujuh Kementerian, yaitu Kementerian Kesehatan, Kementerian Perumahan dan Pemerintahan Daerah, Kementerian Sumber Daya Manusia, Kementerian Pendidikan, Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Pertahanan dan Kementerian Pekerjaan. Konsep *Integrated Management* diterapkan bersamaan dengan kolaborasi beberapa kementerian dan lembaga dalam melaksanakan kegiatan pencegahan dan pengendalian DBD. Hal tersebut termasuk memanfaatkan anggaran dari setiap kementerian yang terlibat. *Task Force* tersebut bertugas untuk mengatasi masalah apapun tentang DBD termasuk kegiatan pencegahan dan pengendalian seperti pengelolaan limbah padat, kebersihan lingkungan dan desain arsitektur yang berperan sebagai situs pembiakan potensial *Aedes* yang berada di luar kewenangan Kementerian Kesehatan.²⁵

Pemberdayaan yang dilakukan di Brunei Darussalam dalam pengendalian DBD, yaitu dengan kolaborasi antara beberapa pemangku kebijakan dengan masyarakat. Pelayanan Kesehatan Masyarakat mengikuti prinsip-prinsip yang mendasari *Integrated Vector Management* dalam pencegahan dan pengendalian dengue, di antaranya mencakup kolaborasi dengan pemangku kebijakan dan keterlibatan masyarakat lainnya. Hal ini sejalan dengan salah satu prioritas strategis Kementerian Kesehatan bahwa "Kesehatan adalah Bisnis Setiap Orang", dimana masyarakat dan stakeholder memainkan peran penting dalam memerangi dengue. Pendekatan multisektoral, termasuk partisipasi dan pemberdayaan masyarakat melalui pemimpin masyarakat di tingkat paling rendah, sangat penting untuk memastikan area publik dan swasta dijaga kebersihannya dan mengurangi tempat berkembangbiak bagi nyamuk vektor.²⁶

Upaya pengendalian DBD dengan melibatkan partisipasi masyarakat di Myanmar masih sangat minimalis. Hal ini disebabkan karena secara geografis sulit menjangkau daerah-daerah seperti desa-desa

terpencil dan daerah kontrol non-pemerintah. Selain itu, daerah yang sulit dijangkau tidak hanya berarti untuk desa-desa terpencil saja, tapi juga berarti daerah-daerah yang dikelilingi gedung-gedung seperti di daerah perkotaan. Saat ini, surveilans *dengue* hanya menangkap DBD di rumah sakit. Jumlah kasus *Dengue* sebenarnya tidak dapat dilaporkan dengan baik karena program tersebut tidak menangkap sebagian besar kasus rawat jalan. Pemberdayaan masyarakat dalam pencegahan DBD di Myanmar merupakan tantangan tersendiri bagi Negara ini.²⁷

PEMBAHASAN

Permasalahan DBD sampai saat ini masih belum dapat teratasi dengan baik. Berbagai faktor yang mendukung keberadaan penyakit ini pun semakin meningkat, antara lain yaitu perubahan iklim yang sekarang menjadi masalah dunia, urbanisasi yang tidak terkendali, kemiskinan, dan terjadinya degradasi lingkungan. Upaya untuk mengendalikan DBD dengan menggunakan bahan kimia telah gagal mengeleminasi penyakit DBD. Bukti menunjukkan bahwa keterlibatan masyarakat dalam mengurangi tempat berkembangbiakan *Aedes aegypti* dan kolaborasi di antara berbagai sektor masyarakat adalah metode yang paling efektif untuk mencegah demam berdarah.^{28,29}

Manajemen Vektor Terpadu (MVT) adalah pendekatan baru untuk pengendalian vektor. WHO membentuk Kerangka Strategis Global tentang *Integrated Vector Management (IVM)* pada tahun 2004 (WHO 2004), dan menerbitkan Buku Pegangan untuk Pengelolaan Vektor Terpadu tahun 2012. MVT adalah sebuah proses pengambilan keputusan, mendorong negara-negara untuk mengoptimalkan sumber daya melalui analisis ekologi lokal tentang penyakit bawaan vektor yang ditemukan di daerah tersebut, dan penggunaan tindakan pengendalian vektor yang telah terbukti efektif dan didukung oleh bukti ilmiah. MVT mewajibkan manajer program untuk menggunakan berbagai intervensi yang telah dipilih berdasarkan pengetahuan lokal tentang vektor penyakit, habitatnya, penyakit yang dibawa dan faktor-faktor yang berkontribusi

terhadap kehadiran dan penularan penyakit tersebut.^{29,28}

COMBI adalah alat perencanaan untuk kegiatan komunikasi dan mobilisasi sosial untuk mendukung terlaksananya dan kontinuitas program pengendalian DBD. WHO mempromosikan penggunaan COMBI oleh manajer program, pendidik kesehatan, dan spesialis komunikasi dalam memobilisasi masyarakat untuk pencegahan dan pengendalian demam berdarah. Menggunakan COMBI membantu untuk memahami faktor sosial, budaya, politik, ekologi, hukum, dan spiritual yang memfasilitasi atau menghalangi penerapan perilaku spesifik, seperti mengurangi tempat pengembangbiakan nyamuk. Setelah mengetahui berbagai akar masalah dalam program pengendalian DBD di masyarakat, bisa segera diambil suatu solusi yang dapat dilakukan bersama oleh masyarakat. Masyarakat diajak untuk berdiskusi untuk menemukan solusi yang akan mereka sepakati untuk dilakukan bersama-sama. Hal tersebut merupakan penerapan suatu proses pemberdayaan masyarakat dimana masyarakat diajak dan dilibatkan untuk mengidentifikasi permasalahan tentang DBD, menentukan solusi dari permasalahan, membuat kesepakatan bersama untuk melaksanakan solusi, dan melaksanakan program-program yang telah mereka sepakati.^{29,30}

Pelaksanaan pemberdayaan masyarakat dalam pengendalian DBD memiliki banyak sekali faktor pendukung dan faktor penghambat yang dapat menghalangi terlaksananya suatu proses pemberdayaan. Hal ini sangat tergantung dari kondisi masyarakat itu sendiri. Kondisi masyarakat atau sumber daya yang terdapat dalam suatu masyarakat sering disebut sebagai modal sosial. Coleman menyatakan bahwa modal sosial mencakup beberapa aspek struktur sosial dan memfasilitasi tindakan tertentu oleh individu-individu di dalam struktur sosial tersebut.³¹ Putnam berpendapat bahwa modal sosial menunjukkan ciri-ciri struktur sosial, seperti jaringan, norma, dan kepercayaan sosial, yang memfasilitasi dalam mengkoordinasikan dan bekerja sama untuk saling menguntungkan.³¹ Woolcock juga

menyatakan bahwa modal sosial mencakup informasi, kepercayaan, dan norma timbal balik yang melekat dalam jaringan sosial.³¹ Nahapiet dan Ghoshal mendefinisikan modal sosial sebagai jumlah sumber daya aktual dan potensial yang terdapat dalam masyarakat dan berasal dari jaringan hubungan antar individu dan sosial. Singkatnya, modal sosial berfokus pada hubungan antar individu dan sosial. Modal sosial dapat dipandang sebagai fasilitator struktur sosial untuk tindakan individu tertentu, yang menguntungkan baik individu dan organisasi. Ini terutama berkaitan dengan interaksi antara individu yang satu dengan lainnya. Serupa dengan semua bentuk modal lainnya, modal sosial memiliki ciri-ciri umum: (1) merupakan aset jangka panjang, (2) dapat disesuaikan dan dipertukarkan, (3) dapat menjadi pengganti atau melengkapi sumber daya lain, (4) perlu dirawat dan dijaga.^{31,32}

Ada beberapa hal yang penting dan merupakan komponen dalam modal sosial yang harus diperhatikan dalam pemberdayaan masyarakat pengendalian DBD. (1) Masalah perilaku, setiap individu di masyarakat memiliki perilaku yang berbeda-beda, perilaku inilah yang secara tidak sengaja dapat mempengaruhi keberadaan nyamuk *Aedes aegypti* di lingkungan. Misalnya kebiasaan menampung air di ember, kebiasaan malas menguras bak penampungan air, malas membersihkan lingkungan sekitar dan sebagainya. (2) mobilisasi kelompok sosial dalam hal ini adalah petugas sanitarian yang bekerjasama dengan Jumantik atau relawan kesehatan yang ada di masyarakat untuk melaksanakan program pengendalian DBD. Akan tetapi banyak sekali kader Jumantik yang telah ditunjuk tersebut tidak sanggup melaksanakan tugasnya dengan baik karena dukungan berbagai pihak yang sangat rendah. (3) Sukarelawan masyarakat, adalah orang-orang yang memiliki jiwa membantu, sangat peduli dengan lingkungan sekitar dan biasanya sukarelawan masyarakat ini merupakan orang yang mampu menggerakkan masyarakat untuk melakukan suatu tindakan. Jika dalam suatu masyarakat terdapat sukarelawan maka sukarelawan inilah yang harus dipegang untuk bisa membantu terlaksananya program sampai di

tingkat masyarakat. (4) Dukungan dari pemimpin, dalam hal ini bisa ketua RT,RW, Kadus, Kades sampai pemimpin dijenjang yang lebih atas. Dukungan dari pemimpin akan menciptakan suatu ruang gerak yang lebih baik dalam terlaksananya suatu program. Hal ini disebabkan karena pemimpin yang mendukung kegiatan program akan membukakan jalan yang lebih mudah, dana yang lebih mudah serta akses yang lebih mudah untuk pelaksanaan program tersebut.³³

Gagalnya beberapa upaya pengendalian DBD hingga saat ini dapat dijadikan suatu pembelajaran bahwa proses pengendalian DBD tidak dapat berjalan sendiri sendiri. Harus ada hubungan kerjasama yang sangat baik antara pemerintah, kementerian kesehatan dan jajarannya, kementerian terkait dan jajarannya dengan masyarakat secara umum. Pemerintah yang memiliki program tetapi yang menjalankan adalah masyarakat, apabila masyarakat tidak diberikan bekal yang cukup untuk melaksanakan program tersebut maka keberlangsungan program tidak akan mungkin terjadi.⁴

Masyarakat juga tidak akan mungkin melaksanakan program apabila mereka tidak memahami bahwa DBD adalah ancaman yang harus dicegah. Untuk menumbuhkan kepedulian bahwa DBD harus dicegah maka pengetahuan tentang DBD harus ditingkatkan, bahaya mengenai penyakit DBD harus diketahui. Misalnya apabila terkena DBD maka akan mengalami sakit dan jika parah dapat menyebabkan kematian. Apabila ada anggota keluarga yang menderita sakit DBD maka akan menyebabkan keluarnya biaya tambahan untuk berobat, jika tetangganya terkena DBD maka kita juga mungkin terkena DBD. Hal hal seperti inilah yang digunakan untuk meningkatkan kewaspadaan dini terhadap DBD. Apabila pengetahuan sudah baik maka sedikit demi sedikit perilaku akan berubah menuju pada perubahan perilaku yang baik yang tidak mendukung terhadap penyebaran DBD.³⁴

Pelaksanaan suatu intervensi di masyarakat bukanlah hal yang mudah tetapi bukan juga tidak bisa dilakukan. Pengendalian DBD adalah hal yang harus dilakukan bersama-sama. Proses pemberdayaan masyarakat dapat dilakukan dengan beberapa

tahapan yaitu : (1) membangun kepercayaan, dengan menjadikan masyarakat bukan lagi objek melainkan subyek yang akan melaksanakan program. (2) Meningkatkan kepedulian masyarakat terhadap DBD, selama ini DBD adalah penyakit yang tidak dianggap penting oleh masyarakat kecuali bagi mereka yang pernah mengalami hal yang tidak menyenangkan terkait DBD. Untuk bisa meningkatkan kepedulian ini harus ada edukasi secara berkesinambungan di masyarakat. (3) Pengembangan program, program dikembangkan bersama sama dengan masyarakat agar mereka merasa menjadi orang yang penting dalam pelaksanaan program tersebut dan tanpa partisipasi dari masyarakat maka program tidak akan berjalan. (4) Pengorganisasian masyarakat. (5) Inisiasi untuk perbaikan program sehingga program ini dapat dilaksanakan secara berkesinambungan dengan proses perbaikan yang berkesinambungan juga.^{35,9}

KESIMPULAN

Pengendalian DBD tidak dapat dilakukan sendiri-sendiri tetapi merupakan kolaborasi antara pemerintah dan masyarakat. Pemberdayaan masyarakat dalam pengendalian DBD dilakukan dengan membangun kepercayaan masyarakat, edukasi masyarakat mengenai DBD, membangun program bersama masyarakat, pengorganisasian masyarakat dan menjalankan program bersama masyarakat secara berkesinambungan. Pemberdayaan masyarakat ini dapat dilakukan dengan berbagai cara disesuaikan dengan kondisi masyarakat itu sendiri. Masyarakat diajak bersama-sama untuk mengidentifikasi permasalahan terkait DBD, menentukan program program yang dapat dilaksanakan, melaksanakan program sampai monitoring dan evaluasi pelaksanaan pengendalian DBD.

SARAN

Pemerintah melalui dinas kesehatan dan puskesmas dapat melibatkan masyarakat untuk pengendalian DBD. Mengoptimalkan pemberdayaan masyarakat dalam pengendalian DBD dimana masyarakat secara langsung dilibatkan mulai dari menganalisis

masalah sampai dengan monitoring evaluasi pelaksanaan program.

Pendampingan yang berkelanjutan dalam pengendalian DBD dengan melibatkan beberapa *stakeholder* dari bidang pendidikan, ekonomi, kependudukan, perumahan dan lainnya yang berkaitan dengan penyelesaian permasalahan DBD.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima Kasih kepada: Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Ahmad Dahlan dan Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman Yogyakarta.

DAFTAR PUSTAKA

1. WHO. *Prevention and Control of Dengue and Dengue Haemorrhagic Fever.*; 2011.
2. Whiteford L. The Ethnoecology of Dengue Fever. *Med Anthropol Q.* 2015;11(2)(July 1997) : 202 - 223 . doi:10.1525/maq.1997.11.2.202.
3. Caprara A, Lima JW de O, Marinho ACP, Landim LP, Sommerfeld J. Irregular water supply , household usage and dengue: a bio-social study in the Brazilian Northeast Abastecimento irregular de água , seu uso domiciliar e dengue : uma pesquisa biossocial no Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública, Rio Janeiro.* 2009;25:125-136.
4. Bennett S, Gubler D, Spiegel J, et al. Barriers and Bridges to Prevention and Control of Dengue : The Need for a Social – Ecological Approach Barriers and Bridges to Prevention and Control of Dengue : The Need for a Social – Ecological Approach. *Eco Health Journal Consortium* 2005 ; 2 ; 279 - 290 . Doi:10.1007/s10393-005-8388-x.
5. Ibarra AMS, Luzadis VA, Cordova MJB,. A social-ecological analysis of community perceptions of dengue fever and *Aedes aegypti* in Machala , Ecuador. *BMC Public Health*,2014.14(1134):1-12.
6. Kementerian kesehatan Republik Indonesia. Standar Baku Mutu Kesehatan Lingkungan dan Persyaratan Kesehatan untuk Vektor dan Binatang Pembawa Penyakit serta Pengendaliannya. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia.* 2017;Nomor 50:13.
7. Sutisna E, Ravik S, Bhisma K, et al. Model Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan , Studi Program Desa Siaga Community Empowerment Model in Health Sector , Study on Village Preparadness Program. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*,2012, 7(4);186-192.
8. Shearer NBC. Health Empowerment Theory as a Guide for Practice. *NIH Public Access.* 2010 ; 30 (2) : 4 - 10 . doi:10.1016/j.gerinurse.2009.02.003.Health.
9. Laverack G. *Health Promotion Practice.*; 2007.
10. Raingruber B. Health Promotion Theories. In: *Contemporary Health Promotion in Nursing Practice.* 1st ed. California: Burlington, Mass. : Jones & Bartlett Learning;; 2014:53-94.
11. Simpson V. Models and Theories to Support Health Behavior Intervention and Program Planning. *Heal Hum Sci.* 2015:1-5.
12. Onwuegbuzie AJ, Leech NL. Qualitative Analysis Techniques for the Review of the Literature. *The Qualitative Report* 2012;17(28):1-28.
13. Sulaeman ES, Murti B, Kunci K. Aplikasi Model Pada Perencanaan Program Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan Berbasis Penilaian Kebutuhan Kesehatan Masyarakat The Application of Precede-Proceed Model in Community Empowerment Planning in Health Sector Based on the Need Assessment of . *Jurnal Kedokteran Yarsi*,2015;23(3):149-164.
14. Therawiwat M, Fungladda W, Kaekungwal J, Imamee N, Steckler A. Community-Based Approach For Prevention And Control Of Dengue Hemorrhagic Fever In Kanchanaburi Province, Thailand Manirat. *Southeast Asian Journal Trop Med Public Health* 2005.36(6);1439-1449.
15. Cahdijah S., Rosmini, Halimuddin, Peningkatan Peranserta Masyarakat Dalam Pelaksanaan Pemberantasan Sarang Nyamuk Dbd (Psn-Dbd) Di Dua Kelurahan Di Kota Palu, Sulawesi Tengah. *Media Litbang Kesehatan*, 2011;21:(183-190).
16. Bellini R, Angelini P, Venturelli M, et al. The possible role of entomological surveillance in mosquito-borne disease prevention. *G Ital Di Med Trop.* 2011;16(3-4):39-47.
17. Miryanti K, Budi IS, Ainy A. Partisipasi Kader Jumantik Dalam Upaya Meningkatkan Angka Partisipasi Of Cadre Larva Monitoring Savior As Effort To Improve Larva Free Rate (Lfr) In The Public Health Centre Talang Betutu *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat Hasil Penelitian Faktor Indivi.* 2016;7(November):168-173.
18. Simanjuntak R. 1 House 1 Jumantik Movement

- a Call For Action. *e-Health Bull.* 2017;Issue No.(11):5.
19. Josef FM, Afiatin T. Partisipasi dalam Promosi Kesehatan pada Kasus Penyakit Demam Berdarah (DB) Ditinjau dari Pemberdayaan Psikologis dan Rasa Bermasyarakat. *Jurnal Psikologi*, 2010;37(1):65-81.
 20. Tapia-conyer R, Méndez-galván J, Burciaga-zúñiga P, et al. Paediatrics and International Child Health Community participation in the prevention and control of dengue : the patio limpio strategy in Mexico Community participation in the prevention and control of dengue : the patio limpio strategy in Mexico. 2013; 32 (S 1) : 10 - 13 . doi:10.1179/2046904712Z.00000000047.
 21. Breilh J, Spiegel J, Wilches AA, Mitchell-foster K, Delgado JA. Integrating participatory community mobilization processes to improve dengue prevention : an eco-bio-social scaling up of local success in. *Journal Transactions of The Royal Society of Tropical medicine and Hygiene*. 2015. 109 : 126 - 133 . doi:10.1093/trstmh/tru209.
 22. Pengvanich V. Family Leader Empowerment Program Using Participatory Learning Process for Dengue Vector Control. *Journal Medical Association*, 2011;94(2):235-241.
 23. Sukesi TW, Sulistyawati, Mulasari SA. Efektivitas Kader Jumantik Cilik terhadap Kepadatan Populasi *Aedes aegypti* di Kecamatan Umbulharjo Kota Yogyakarta. *J Vektor Penyakit*. 2017;10(2):45-50. doi:10.22435/vektor.v10i2.6258.45-50.
 24. Azmawati MN, Aniza I, Ali M. Evaluation of communication for behavioral impact (COMBI) program in dengue prevention: A qualitative and quantitative study in Selangor, Malaysia. *Iran J Public Health*. 2013;42(5):538-539.
 25. Ministry of Health Malaysia. Dengue Control Program in malaysia. *e-Health Bull.* 2017;January-(11):7.
 26. Ministry of Health Brunei Darussalam. Dengue Situation in Brunei Darussalam. *e-Health Bull.* 2017;January-(11):2.
 27. Ministry of Health and Sport Myanmar. Dengue Control Programme in Myanmar : Challanges and Way Forward. *e-Health Bull.* 2017;January-(11):10.
 28. Andrade R. The Role Of Community Participation In The Prevention Of Dengue : A Case Study From Cuba. 2007.
 29. ADB, WHO. *Managing Regional Public Goods for Health : Community-Based Dengue Vector Control*; 2013.
 30. Risman, M., Community Participation In Dengue Prevention Activities In The Kalmunai Regional Health Services Area, Sri Lanka, *Journal of Education and Social Science* 2015;1:187-198.
 31. Tsai C. Integrating Social Capital Theory , Social Cognitive Theory , and the Technology Acceptance Model to Explore a Behavioral Model of Telehealth Systems. *Int J Environ Res Public Health*. 2014:4905 - 4925 . doi:10.3390/ijerph110504905
 32. Gudmundsson G, Mikiewicz P. The Concept of Social Capital and Its Usage in Educational Studies. In: *Studia Edukacyjne*. ; 2012:55-79.
 33. Nuntaboot K, Festi P. International Journal of Nursing Sciences Community social capital on fighting dengue fever in suburban Surabaya , Indonesia : A qualitative study. *Int J Nurs Sci*. 2017; 4 (4) : 374 - 377 . doi:10.1016/j.ijnss.2017.10.003
 34. Sayavong C, Chompikul J, Wongsawass S, Rattanapan C. Knowledge , attitudes and preventive behaviors related to dengue vector breeding control measures among adults in communities of Vientiane , capital of the Lao PDR. *J Infect Public Health*. 2015;8(5):466-473. doi:10.1016/j.jiph.2015.03.005
 35. Dewi F sari tetra. Working with Community Exploring Community Empowerment to Support. 1st ed. Umea: Print&Media Umea University; 2013.

