

PENGETAHUAN DAN PENGALAMAN IBU RUMAH TANGGA ATAS NYAMUK DEMAM BERDARAH DENGUE

Aryani Pujiyanti^{1*)}, Atik Triratnawati²

1. Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Vektor dan Reservoir Penyakit, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan RI, Salatiga 50721, Indonesia
2. Departemen Antropologi, Fakultas Ilmu Budaya, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta 55281, Indonesia

^{*)}E-mail: aryani@litbang.depkes.go.id

Abstrak

Program pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) di Semarang difokuskan melalui kegiatan pemberantasan sarang nyamuk (PSN). Namun, pelaksanaannya belum menjadi kebiasaan di setiap rumah tangga. Studi ini bertujuan menggali pengetahuan serta pengalaman atas nyamuk DBD pada ibu rumah tangga di daerah endemis. Penelitian menggunakan metode kualitatif. Subjek penelitian adalah ibu rumah tangga berjumlah 17 orang yang dipilih dengan *purposive sampling*. Pengumpulan data dilakukan di Kelurahan Sendangmulyo, Semarang melalui observasi, diskusi kelompok terarah, dan wawancara mendalam. Teknik pemeriksaan keabsahan data adalah metode triangulasi dan *member checking*. Data dianalisis dengan pendekatan *content analysis*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa konsep nyamuk dibedakan menurut waktu aktivitas menggigit nyamuk, sedangkan keberadaan nyamuk di lingkungan dipahami bersifat alamiah (naturalistik). Keterbatasan pengetahuan ibu akan tahapan perkembangan jentik mendasari bentuk perilaku PSN yang belum optimal. Nyamuk DBD dianggap bukan sesuatu yang mengancam karena gangguan gigitan nyamuk malam secara langsung lebih dirasakan daripada nyamuk siang. Program promosi kesehatan dilakukan untuk meningkatkan keterampilan dan pengetahuan kader *dasa wisma*, terutama yang berhubungan dengan siklus hidup nyamuk dan tahapan perilaku PSN yang benar. Penelitian ini tidak membedakan karakteristik demografi informan. Studi selanjutnya dapat dilakukan untuk mengeksplorasi variabel ini atau mengembangkan suatu media berdasarkan pengetahuan dan pengalaman lokal.

Abstract

The Knowledge and Experience of Dengue Mosquitoes among Housewives. Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) prevention programs in Semarang, were focused through controlling mosquito breeding sites (*PSN*), but the implementation of *PSN* was not become a habit in every household. The objective of this study was to explore knowledge and experience of dengue mosquitoes among housewives in the endemic villages. The research was using qualitative methods. Subjects of the study were 17 housewives which selected by purposive sampling. The data collection was carried in Sendangmulyo village, Semarang, through observation, focus groups discussions, and indepth interviews. The techniques used to test data validity were triangulation and member checking method. Data were analyzed using content analysis approached. The results showed that housewives classifying mosquito based on time occurrence whether the presence of mosquito in environment was perceived naturally. Unoptimized *PSN* behavior was based on the lack of housewives knowledge on larvae development stages. Mosquito was not considered as a threatening because night mosquito biting was directly more disturbing rather than day mosquitoes'. Health promotion program could increase *dasa wisma* cadres knowledge and skill, particularly on mosquito life cycle and the correct stages of *PSN* behavior. This study did not distinguish the demographic characteristics of informants. Further reserch could explore it or develop media based on local knowledge and experience.

Keywords: dengue hemorrhagic fever, experience, housewife, knowledge, mosquitoes

Pendahuluan

Indonesia sebagai negara tropis merupakan kawasan endemik penyakit menular, baik penyakit menular

endemik maupun penyakit yang berpotensi menjadi kejadian luar biasa (KLB). Departemen Kesehatan sejak tahun 2000 telah menetapkan 10 upaya pemberantasan penyakit dan penyehatan lingkungan sebagai prioritas

perhatian, salah satu diantaranya pendendalian demam berdarah.¹

Kecamatan Tembalang, kota Semarang termasuk ke dalam daerah endemis demam berdarah dengue (DBD) dengan peningkatan *incidence rate* yang cukup tinggi dalam 3 tahun terakhir, yaitu tahun 2006-2009. Data penyakit DBD pada tahun 2009 menunjukkan bahwa di Kelurahan Sendangmulyo, Kecamatan Tembalang, lebih dari seperlima penderita kasus DBD (23,6%) terdapat pada RW-RW yang masuk ke dalam wilayah perkampungan.²

Penyakit DBD bersifat musiman, yaitu biasa terjadi pada musim hujan yang memungkinkan nyamuk penular (*Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*) hidup di genangan air bersih. Nyamuk DBD adalah nyamuk domestik yang banyak ditemukan terutama pada lokasi padat penduduk di lingkungan perkotaan. Program pengendalian nyamuk DBD difokuskan pada 3M plus, yang meliputi menguras dan menutup tempat penampungan air, menyingkirkan barang-barang bekas seperti ban atau kaleng yang dapat menampung genangan air serta penggunaan obat pembasmi jentik nyamuk (*temephos*) atau ikan pemakan jentik di dalam kontainer air rumah tangga.³⁻⁵

Upaya pemberantasan penyakit, baik itu menyangkut pencegahan, pengobatan, maupun rehabilitasi selalu melibatkan perempuan, khususnya ibu rumah tangga. Di masyarakat, perempuan khususnya ibu rumah tangga diposisikan sebagai *care giver*. Artinya, mereka bertugas menjaga, merawat, mengobati anggota keluarga apabila menderita sakit.⁶ Padahal dengan tugas ganda ibu rumah tangga, tidak mudah bagi mereka untuk mencegah penyakit. Tugas ibu rumah tangga untuk menjaga kesehatan keluarga dan masyarakat selain memerlukan waktu, tenaga, uang, juga memerlukan keterampilan.⁷

Keterampilan merawat kesehatan keluarga dipengaruhi oleh pengetahuan dan pengalaman seseorang. Mereka yang memiliki banyak pengetahuan akan lebih terampil daripada yang kurang. Dengan demikian pengetahuan akan mempengaruhi bagaimana perempuan memperlakukan diri dan keluarganya terkait dengan penyakit.^{7,8}

Banyak masalah kesehatan dipengaruhi oleh kebersihan dalam masyarakat, keluarga, pribadi, sehingga pencegahan penyakit dengan cara menghentikan penyebaran kuman penting dilakukan.⁷ Beberapa cara penyebaran penyakit seperti menyentuh orang yang mengandung kuman, pakaian, udara, makanan atau gigitan serangga, perlu dipahami secara benar oleh perempuan sebagai *care giver*. Hal ini dikarenakan pemahaman yang benar mengenai cara penyebaran penyakit akan mempengaruhi bagaimana mereka memperlakukan agen (kuman) sebagai penyebab penyakit.^{9,10}

Pemahaman yang keliru akan menimbulkan persepsi negatif mengenai sesuatu hal sehingga berpengaruh atas kesadaran diri terhadap pencegahan. Sebaliknya, pemahaman yang benar dianggap akan meningkatkan kesadaran diri atas suatu penyakit. Kepercayaan individu datang dari apa yang individu lihat (persepsi) dan yang dia ketahui akan suatu objek tertentu. Kepercayaan dapat terus berkembang berdasarkan pengalaman pribadi, apa yang diceritakan orang lain dan kebutuhan emosional individu.¹¹ Komunitas didefinisikan bukan hanya sebagai kumpulan individu-individu, namun suatu sistem yang dinamis dengan kekuatan dan kemampuan tertentu yang dapat dipengaruhi dan didukung dengan berbagai cara untuk meningkatkan kualitas kesehatannya. Pemahaman akan pengetahuan dan pengalaman lokal pada suatu kelompok masyarakat dapat berguna untuk mengetahui kebutuhan komunitas yang sesungguhnya serta faktor determinan masalah kesehatan yang paling memiliki daya ungkit paling besar.⁸

Pengalaman menjadi hal yang sangat penting bagi masyarakat tradisional sebab melalui pengalaman warga masyarakat (kelompok) terbentuklah pengetahuan. Pengalaman bersifat subyektif, akan tetapi dalam masyarakat yang bersifat komunal pengalaman bersama merupakan suatu *community mind* (pengetahuan masyarakat) sehingga hal tersebut dianggap sebagai pengetahuan mereka. Sebaliknya pada masyarakat yang maju, *individual mind* (pengetahuan perorangan) lebih penting.¹² Individu-individu dengan latar budaya dan kondisi geografis yang hampir sama cenderung akan memiliki perspektif yang serupa. Pada kelompok masyarakat tradisional, pemahaman akan masalah kesehatan dipengaruhi oleh kepercayaan, nilai-nilai serta sikap dalam kelompok etnik tersebut yang telah berakar kuat dan merupakan suatu perspektif yang turun menurun.¹¹ Beberapa studi menunjukkan bahwa persepsi individu terhadap kesehatan lebih banyak dipengaruhi oleh persepsi dari keluarga, tokoh masyarakat serta komunitas di sekitarnya daripada pengetahuan subjektif yang dia miliki.^{5,9,10} Pada masyarakat yang menganut sistem *non-Western medicine* (masyarakat tradisional, agraris), klasifikasi teori penyebab penyakit dibedakan menjadi sistem naturalistik maupun personalistik.^{8,13,14} Kedua sistem tersebut berpengaruh atas pandangan masyarakat terhadap penyebab suatu penyakit dan upaya pengobatannya.

Keberhasilan program pencegahan DBD bergantung pada cara masyarakat memandang nyamuk sebagai penyebab serta memahami pentingnya upaya pelaksanaan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) di lingkungan masing-masing, terutama dengan langkah-langkah 3M plus yang benar. Beberapa studi telah menunjukkan keberhasilan penerapan pendidikan kesehatan melalui sintesis dari faktor sosial budaya di masyarakat.^{15,16} Berdasarkan latar belakang tersebut,

studi ini bertujuan untuk menggali pengetahuan, dan pengalaman terhadap nyamuk DBD pada ibu rumah tangga di kelurahan endemis Kecamatan Tembalang, Semarang yang mempengaruhi praktek pelaksanaan pencegahan DBD.

Metode Penelitian

Studi ini menggunakan metode kualitatif. Rancangan yang digunakan adalah studi kasus dengan pendekatan fenomenologi.¹⁷ Studi kasus dipilih dengan pertimbangan mampu menginvestigasi atas jawaban pertanyaan yang spesifik dan mencari sumber bukti yang beragam.¹⁸ Pendekatan fenomenologi dimaksudkan agar mampu menjawab kaitan antara biologi dan budaya berdasarkan pemahaman dan pengalaman dari informan.¹⁹ Penelitian dilakukan di Kelurahan Sendangmulyo yang merupakan kelurahan endemis dengan kasus DBD tertinggi dan memiliki data ABJ angka bebas jentik (ABJ) yang masih di bawah indikator nasional 95%. Lokasi penelitian dipusatkan di rukun warga (RW) 1 Kelurahan Sendangmulyo karena selain termasuk sebagai daerah endemis DBD, RW ini memiliki jumlah penduduk asli lebih banyak dan lebih padat dibandingkan dengan wilayah RW lainnya. Penelitian dilakukan selama 6 bulan (Oktober 2009–Maret 2010) berdasarkan kenaikan tren prevalensi kasus DBD dari data sekunder dari tahun 2006-2009.²⁰

Informan yang dipilih didasarkan pertimbangan khusus yaitu ibu rumah tangga yang terlibat langsung dalam perawatan anggota keluarga apabila mereka sakit, ditambah beberapa informan kunci (*key informants*) yaitu tokoh masyarakat dan kader (*purposive sampling*).^{21,22} Informan yang dipilih berjumlah 17 orang. Pengumpulan data diawali dengan diskusi kelompok terarah (DKT) pada kelompok ibu rumah tangga. Diskusi kelompok terarah hanya dilakukan 1 kali karena bertujuan untuk mengetahui domain awal pengetahuan dan pengalaman terkait topik DBD dan pencegahannya. Peserta DKT berjumlah 9 orang ibu rumah tangga Hasil dari DKT ditelusuri lebih lanjut dengan wawancara mendalam dan observasi.

Informan wawancara mendalam berjumlah 8 orang, yaitu 6 orang ibu rumah tangga, 1 orang tokoh masyarakat dan 1 orang kader. Kriteria pemilihan sampel adalah ibu rumah tangga yang tinggal dan merupakan penduduk asli di Kelurahan Sendangmulyo, bersedia dan memiliki waktu untuk terlibat di dalam penelitian. Jika di dalam rumah terdapat lebih dari 1 kepala keluarga (KK), dipilih salah satu ibu rumah tangga dengan pendidikan minimal sekolah lanjutan tingkat pertama (SLTP), bersedia berpartisipasi, dan mampu berkomunikasi aktif. Pemilihan informan didasarkan juga dari hasil observasi pemantauan jentik, yaitu dibedakan antara informan yang tempat tinggalnya positif jentik dan informan yang rumahnya tidak ada

jentik. Pengamatan dilakukan pada seluruh tempat-tempat penampungan air yang dimiliki oleh informan baik yang berada di dalam maupun di luar rumah. Sasaran observasi adalah ada tidaknya jentik, kondisi kebersihan dan jenis tempat penampungan air (tertutup atau tidak)

Teknik untuk mendapatkan derajat kepercayaan (*truthworthiness*) dilakukan lewat pendekatan triangulasi metode, *member checking* dan *peer debriefing*.^{23,24} *Member checking* dilakukan dengan cara menyajikan kepada ibu rumah tangga kesimpulan dari proses DKT, wawancara dan observasi, ditambah dengan hasil penafsiran dari peneliti.²² Teknik ini bertujuan untuk mengkonfirmasi data dari sudut pandang informan serta menghindari kesalahan dalam menafsirkan atau memahami ucapan maupun tindakan dari subjek penelitian. *Peer debriefing* dilakukan pada saat analisis data, yaitu meminta 2 orang rekan peneliti kesehatan masyarakat lainnya untuk membaca materi dan mengode data. Langkah ini bertujuan untuk mendapatkan penjelasan alternatif serta menghindari penyimpangan/penafsiran yang tidak bersumber dari data.²³

Peneliti melakukan uji coba pedoman wawancara mendalam untuk mengetahui pemahaman informan terhadap bahasa atau pertanyaan yang ada di dalam pedoman. Pertanyaan utama yang disampaikan di dalam pedoman wawancara mendalam adalah tanggapan ibu rumah tangga terhadap keseriusan keberadaan nyamuk di lingkungan sebagai serangga penular penyakit demam berdarah, faktor-faktor yang berhubungan dengan perkembangan nyamuk di lingkungan serta cara-cara pemberantasan nyamuk yang biasa dilakukan oleh keluarga selama ini Analisis data dilakukan dengan *content analysis*.^{22,24}

Hasil dan Pembahasan

Gambaran umum. Kelurahan Sendangmulyo merupakan daerah urban yang terbagi menjadi wilayah perumahan dan perkampungan. Mayoritas penduduk beragama Islam. Proporsi penduduk dengan tingkat pendidikan minimal sekolah lanjutan tingkat akhir (SLTA) sebesar 36,5%, lebih banyak daripada penduduk yang hanya memiliki tingkat pendidikan dasar hingga SLTP (25,5%). Sisanya merupakan penduduk dengan pendidikan tamat sekolah dasar (SD) (21,5%), belum tamat SD (16,1%) dan tidak bersekolah (0,4%).²⁵

Lokasi RW 1 terletak paling jauh dari pusat kota namun cukup strategis bila dibandingkan dengan RW lainnya karena berdekatan dengan Puskesmas Pembantu Rowosari, Kantor Kelurahan Sendangmulyo dan fasilitas sekolah dasar. RW 1 terbagi menjadi 2 RT yang terdiri dari 110 rumah dengan 125 kepala keluarga

(KK). Sebagian besar penduduk perkampungan di RW 1 memiliki mata pencarian sebagai buruh dan pedagang. Pada pagi hingga siang hari, permukiman lebih banyak sepi karena sebagian ibu-ibu bekerja sebagai buruh di kota atau berdagang di pasar.

Masyarakat perkampungan Sendangmulyo merupakan penduduk yang tinggal di perkotaan namun masih memegang tradisi adat Jawa. Budaya gotong royong dan kekeluargaan yang tinggi masih mereka pertahankan. Beberapa upacara tradisional juga masih dilakukan antara lain bersih desa dan *nyadran* (doa yang diikuti makan bersama di areal pemakaman sebagai perwujudan syukur kepada Tuhan untuk menyambut datangnya bulan puasa). Karakter masyarakat yang masih kuat orientasinya pada bidang agraris menyebabkan pola pikir mereka pun berorientasi pada masyarakat tradisional (berkembang). Akibatnya meski mereka tinggal di daerah perkotaan, cara mereka bertindak maupun berpikir berorientasi ke masa lampau.²⁶

Informan yang dipilih sesuai dengan kriteria yang ditetapkan di awal penelitian, yaitu ibu rumah tangga yang merupakan penduduk asli di lokasi penelitian. Ibu rumah tangga menjadi kunci dalam usaha kesehatan di masyarakat sebab melalui merekalah ketahanan anggota keluarga akan terwujud. Usia informan berkisar antara 28–55 tahun. Berdasarkan tingkat pendidikan, informan memiliki tingkat pendidikan SLTP-SLTA. Sebagian besar informan adalah ibu rumah tangga yang tidak bekerja, sedangkan informan yang lain bekerja sebagai PNS, pegawai swasta dan pedagang.

Masyarakat perkampungan umumnya tidak kesulitan mendapatkan air bersih. Air bersih digunakan untuk mandi, mencuci piring dan baju, serta membersihkan rumah, sedangkan untuk kebutuhan memasak dan air minum warga biasa membeli air gunung dari pedagang keliling yang datang setiap tiga hari sekali. Selain untuk kebutuhan rumah tangga, air juga digunakan untuk keperluan ibadah terutama untuk penduduk Sendangmulyo yang mayoritas beragama Islam. Bagi warga muslim, air yang boleh digunakan untuk keperluan ibadah adalah air yang harus bersih dan tidak tercemar oleh kotoran (*najis*).

Konsep nyamuk. Nyamuk dikelompokkan berdasarkan waktu kemunculannya, yaitu nyamuk siang dan nyamuk malam. Nyamuk DBD atau jenis *Aedes sp.*, dikenal oleh ibu rumah tangga sebagai nyamuk belang. Nyamuk ini muncul pada pagi hingga sore hari namun lebih banyak menggigit antara pukul 9 pagi hingga 11 siang. Menurut para informan, nyamuk DBD memiliki ciri-ciri berwarna belang atau berbintik-bintik hitam putih pada badan dan sayapnya, ukurannya lebih besar dari nyamuk malam dan menyukai tempat-tempat yang bersih. Nyamuk jenis ini dianggap dapat berperan menularkan penyakit demam berdarah.

Nyamuk malam atau jenis *Culex sp* muncul mulai senja hari dan lebih banyak menggigit pada malam hingga waktu fajar. Berbeda dengan nyamuk DBD, nyamuk malam berwarna gelap, polos, ukuran kecil dan dianggap tidak berbahaya karena tidak dapat menularkan penyakit.

Menurut informan nyamuk *Aedes* banyak menggigit manusia di lingkungan luar rumah seperti lapangan berumput, semak-semak, tempat yang banyak tetumbuhan, pekarangan rumah, lingkungan sekolah dan tempat-tempat umum. Hanya sedikit informan yang menjawab bahwa nyamuk *Aedes* menggigit di dalam rumah, di dalam gedung sekolah dan di tempat-tempat yang dekat dengan air. Informan mengalami kesulitan untuk mencegah penularan demam berdarah karena tidak dapat memperkirakan dengan pasti kapan dan dimana pastinya terkena gigitan nyamuk *Aedes*.

“DB itu intinya kan digigit nyamuk, lha masalahnya kita itu kan tidak tahu dari mana nggigitnya, dari luar rumah atau pas anak-anak itu main, kalo pas di sekolah atau dari mana kan kita juga nggak tau ... jadi kita kan tidak tahu pas waktu digigitnya itu di saat kapan dan dimana ...”

(DB intinya adalah digigit nyamuk. Masalahnya kita tidak tahu dari mana menggigitnya, dari luar rumah, sewaktu anak-anak bermain, di sekolah atau dari mana juga tidak tahu. Jadi kita tidak tahu waktu dan tempat pastinya tergigit).

(R16, wawancara mendalam)

Ibu rumah tangga membedakan konsep nyamuk menjadi pemahaman yang berhubungan dengan alam (*nature*) dan penyakit (*vector*). Keberadaan nyamuk dianggap secara alamiah wajar untuk daerah Sendangmulyo yang beriklim panas. Rimbunnya tumbuh-tumbuhan atau pepohonan di wilayah perkampungan menurut para informan juga sangat sesuai sebagai tempat hidup nyamuk. Nyamuk malam lebih dirasakan sebagai suatu masalah di lingkungan perkampungan karena jumlahnya cukup banyak, sulit diusir dan mengganggu keluarga saat tidur atau beristirahat, sedangkan keberadaan nyamuk *Aedes* dianggap sebagai hal yang biasa karena jumlah nyamuk jarang/sedikit dan hanya terdapat di luar rumah.

Informan yang memiliki anak kecil merasa lebih waspada akan keberadaan nyamuk *Aedes* sebagai serangga penular penyakit demam berdarah, namun beberapa informan lain menyatakan tidak merasa takut akan nyamuk *Aedes* karena berpendapat bahwa jika digigit nyamuk *Aedes* belum tentu akan menyebabkan sakit.

Air dan jentik nyamuk. Menurut para informan, dahulu di lingkungan permukiman mereka tidak ada kasus demam berdarah. DBD dipercaya mulai banyak muncul sejak dibangunnya perumahan-perumahan baru di Kelurahan Sendangmulyo. Seiring dibangunnya

perumahan, dibuat pula selokan-selokan sebagai sistem pembuangan air limbah (SPAL). Lingkungan berubah menjadi buruk karena keberadaan genangan-genangan air dari selokan-selokan di perumahan yang kurang terawat. Bertambah padatnya permukiman dan banyaknya genangan air dihubungkan dengan peningkatan jumlah nyamuk yang pada akhirnya menyebabkan kasus demam berdarah berkembang di wilayah permukiman perkampungan.

Jentik nyamuk dikenal ibu rumah tangga dengan istilah "uget-uget". Sebagian besar informan mengetahui bahwa keberadaan jentik berhubungan dengan pencegahan demam berdarah, tetapi tidak dapat menjelaskan lebih lanjut bagaimana hubungan jentik dengan keberadaan nyamuk *Aedes* di lingkungan mereka. Hanya sedikit informan yang mengetahui bahwa jentik berasal dari telur nyamuk dan mampu menjelaskan proses dan waktu perkembangan jentik menjadi nyamuk dewasa secara lengkap.

Informan lebih banyak menemukan jentik di dalam rumah. Hampir seluruh informan menjawab jentik banyak ditemukan di dalam bak mandi. Tempat berikutnya yang banyak mengandung jentik adalah sumur, gentong air, bak semen dan vas bunga. Di luar rumah jentik lebih banyak ditemukan di selokan, tumbuhan atau lubang pohon, genangan air, pot-pot tanaman hias dan tempat minum hewan peliharaan.

Informan meyakini bahwa nyamuk *Aedes* menyukai tempat yang bersih. Menurut mereka, kegiatan kebersihan seperti kerja bakti lebih sering dilakukan di lingkungan perumahan daripada di lingkungan perkampungan, akan tetapi pada akhirnya ternyata kasus demam berdarah lebih banyak terjadi di lingkungan perumahan dibandingkan dengan di lingkungan perkampungan. Informan percaya bahwa lingkungan yang terlalu bersih justru lebih disukai nyamuk *Aedes* karena jentik-jentik lebih banyak dijumpai di air bersih dari pada air kotor.

Informan menghubungkan keberadaan jentik di rumah dengan sumber air. Hampir seluruh informan menganggap jentik selalu ada di dalam bak mandi dan sangat sulit untuk dihilangkan. Informan juga tidak tahu dari mana pastinya jentik dapat berada di dalam air. Pemahaman informan adalah karena air dari bak mandi berasal dari air di dalam sumur, sehingga walaupun bak mandi selalu dibersihkan jentik akan tetap ada di dalamnya karena jentik ikut mengalir melalui air dari sumur ke bak mandi. Jentik juga dianggap berasal dari tetesan air hujan. Tempat air yang tidak tertutup rapat apabila air hujan masuk ke dalamnya maka beberapa hari kemudian akan terdapat jentik.

Itu emang tergantung airnya mbak, air yang bersih malah belum tentu ada jentiknya, air yang keruh

kadang belum 2 hari sudah ada jentiknya ... Jadi nggak mesthi mbak, kadang air yang bersih, 1 minggu malah baru ada jentiknya. Malah kalo keruh itu, kadang baru dikuras, belum 2 hari, besok sudah ada jentiknya...

(Tergantung jenis air. Air jernih belum tentu ada jentik, air keruh 2 hari sudah ada jentik. Sebaliknya, belum tentu juga, air yang keruh setelah baru dikuras, belum 2 hari sudah ada jentik).

(R4, wawancara mendalam)

Hampir seluruh informan merasa jijik jika menemukan jentik di dalam bak mandi. Jentik dianggap sulit dihilangkan terutama di bak-bak semen yang merupakan tempat penampung air paling banyak digunakan di lingkungan perkampungan. Kesulitan membersihkan jentik di bak semen karena jentik tidak kelihatan sementara bak semen berwarna gelap.

Sistem naturalistik. Pengalaman ibu-ibu rumah tangga di Tembalang menunjukkan bahwa penyebab DBD adalah nyamuk, bukan yang lain seperti *magic*, sihir, melanggar tabu atau makhluk supernatural. Mereka percaya bahwa akibat lingkungan sekitar tempat tinggal yang berubah akibat banyaknya perumahan dan penghuninya sehingga ekologi berubah.^{1,27}

Munculnya selokan, air limbah keluarga, sampah, tanaman berserakan yang semakin banyak jumlahnya dianggap mampu meningkatkan populasi nyamuk, ditambah lagi nyamuk ini berkembang pesat pada daerah mereka yang telah dinyatakan sebagai endemik DBD. Kesadaran mereka akan kebersihan lingkungan pun muncul terbukti mereka berusaha menjaga kebersihan, menghindari bak mandi dari jentik nyamuk dengan cara menguras, memakai *temephos* serta repelen dan menggerakkan perilaku hidup bersih. Akan tetapi mereka percaya bahwa nyamuk banyak muncul di perumahan dibanding rumah mereka yang lebih sederhana, kurang bersih dan memiliki bangunan kuno. Mereka percaya bahwa nyamuk senang berkembang biak di tempat yang bersih seperti perumahan, bukan di rumah mereka yang merupakan rumah penduduk lokal.

Nyamuk dipahami oleh ibu rumah tangga sebagai objek yang memiliki mobilitas, dapat berpindah dan menjangkau area lain dengan cepat. Individu menganggap sulit untuk membatasi perkembangan atau wilayah gerak nyamuk jika masyarakat tidak melakukan kegiatan pengendalian vektor secara bersamaan. Hampir seluruh informan menekankan bahwa pencegahan demam berdarah adalah tanggung jawab individu tetapi dalam waktu bersamaan mereka meyakini bahwa perilaku kebersihan keluarga mereka sudah benar sedangkan yang bermasalah adalah perilaku tetangga.

Rasa apatis, kemalasan dan kepercayaan menyalahkan penyakit demam berdarah pada masyarakat miskin atau pada masyarakat yang kurang pengetahuannya juga

menjadi faktor pendukung masyarakat merasa gagal melakukan upaya pengendalian vektor.^{28,29} Studi sebelumnya menunjukkan bahwa pencegahan demam berdarah bukan merupakan masalah yang dapat dipecahkan sendiri melainkan sebagai suatu kerja sama dari setiap rumah tangga, anggota komunitas yang lain dan pemerintah.^{30,31} Transfer pengetahuan dan keterampilan antara petugas kesehatan dengan komunitas lokal (tokoh masyarakat dan kader) merupakan salah satu kunci di dalam membentuka intervensi untuk perubahan perilaku PSN yang berkesinambungan.³²

Komunitas cenderung memahami keberadaan nyamuk *Aedes* di lingkungan mereka sebagai penyebab penyakit yang sifatnya naturalistik. Artinya bahwa ketidakseimbangan lingkungan juga menjadi penyebab munculnya penyakit. Nyamuk secara umum dianggap suatu hal yang alamiah untuk lingkungan tropis seperti Sendangmulyo dan merupakan bagian dari kehidupan sehari-hari. Peningkatan jumlah nyamuk terjadi pada musim penghujan, selain itu disebabkan pula karena perubahan lingkungan akibat kepadatan penduduk dan modernisasi lingkungan alamiah. Dari hasil wawancara, ibu rumah tangga lebih percaya bahwa malam hari adalah waktu terburuk akan gangguan dari gigitan nyamuk karena jumlahnya yang lebih banyak daripada di siang hari, sementara itu mereka menjalani aktivitas di siang hari tanpa perlindungan apapun. Perlindungan dari gigitan nyamuk hanya dilakukan pada malam hari yang umumnya menggunakan kelambu. Ironisnya, di waktu malam hari nyamuk *Aedes* hanya sedikit beraktivitas menggigit manusia.

Nyamuk *Aedes* lebih dipandang sebagai gangguan daripada sebagai vektor penyakit karena rasa gatal dan suara bising yang ditimbulkan. Hampir seluruh informan baik dari wawancara maupun DKT setuju bahwa nyamuk *Aedes* dapat menjadi penular demam berdarah, namun para informan meyakini tidak selalu jika seseorang tergigit *Aedes* akan sakit demam berdarah. Kepercayaan tersebut menunjukkan bahwa gigitan nyamuk *Aedes* tidak dianggap sebagai hal serius di masyarakat. Ibu rumah tangga mendasarkan pemahaman ini berdasar atas pengalaman mereka sehari-hari dalam menghadapi nyamuk. Mengingat nyamuk *A. aegypti* meski menggigit tetapi tidak selalu menimbulkan penyakit DBD sehingga kesadaran mereka bahwa nyamuk tersebut berbahaya menjadi kurang. Sebaliknya nyamuk malam justru yang dianggap sebagai nyamuk bahaya karena akan mengganggu kenikmatan tidur mereka. Akibatnya justru nyamuk malam inilah yang diperangi, baik melalui pemakaian obat anti nyamuk maupun pemakaian kelambu.

Pengalaman ibu-ibu rumah tangga dalam menghadapi nyamuk telah membentuk suatu persepsi bahwa apabila nyamuk tidak langsung menimbulkan bahaya pada

manusia, maka tidak perlu terlalu diwaspadai. Sifat nyamuk *Ae aegypti* yang khas dimana tidak setiap gigitannya akan menimbulkan penyakit DBD menyebabkan kewaspadaan ibu rumah tangga menjadi lemah. Sebaliknya nyamuk malam yang menggigit manusia, akibatnya langsung dirasakan yaitu terganggunya saat tidur, gatal di kulit, timbul bentol-bentol, serta suara nyamuk tersebut sangat mengganggu tidur. Perbedaan waktu menggigit juga menjadi pertimbangan pemahaman ibu rumah tangga atas nyamuk. Nyamuk DBD menggigit waktu siang hari, dimana aktivitas manusia tinggi sehingga gigitan itu tidak diperhatikan, sementara itu nyamuk malam dianggap betul-betul sebagai musuh manusia karena mereka menggigit di waktu malam, saat manusia sedang beristirahat/tidur.

Dalam pandangan ibu rumah tangga yang terbatas wawasan maupun informasinya maka terbentuk suatu pemahaman bahwa segala sesuatu yang kelihatan (konkrit, jelas akibatnya) adalah yang dianggap bahaya, sementara itu yang tidak kelihatan (abstrak, tidak pasti) menjadi tidak bahaya. Pola pemikiran berdasar sesuatu yang dilihat, dirasakan, dan diamati mampu membentuk persepsi yang negatif terhadap nyamuk DBD, sementara nyamuk malam yang mengganggu tidur manusia dipersepsi sebagai sesuatu yang positif sehingga perlu diperangi.

Ciri khas masyarakat tradisional adalah memandang sesuatu berdasar pada aspek tampilan fisik, sesuatu yang tidak konkrit menjadi kurang mereka percayai. Mereka juga berorientasi pada masa lampau, artinya bahwa segala sesuatu yang rasional atau berorientasi ke masa depan kurang dipentingkan. Masyarakat Tembalang menunjukkan ciri masyarakat yang komunal sehingga *community mind* terlihat kuat. Bagi masyarakat tradisional pengalaman individu tidaklah dianggap penting akan tetapi pengalaman kelompok yang dianggap lebih penting.^{12,33} Hal ini karena masyarakat tradisional/agraris memiliki persamaan nilai, norma, dan cara hidup yang seragam sehingga perbedaan cara berpikir tidaklah diakui. Seseorang yang memiliki pengalaman terkait dengan penyakit (*illness experience*) lebur menjadi pengalaman masyarakat (*Community experience*).

Cara berpikir masyarakat komunal tersebut kemudian tidak memberi ruang bagi individu untuk berbeda cara berpikir maupun bertindak. Oleh karena masyarakat jenis ini terlihat seragam pola pikirnya. Para anggota masyarakatnya tidak berani menyimpang pola pikirnya, sebab penyimpangan dianggap mengganggu harmoni. Dalam masyarakat seringkali pengalaman perorangan dalam kenyataannya merupakan pengalaman intersubjektif yang didapat melalui interaksi sosial.^{19,33} Akibatnya dalam hal pengalaman terkait dengan penyakit maka dianggap sebagai pengalaman

masyarakat. Penyakit dianggap sebagai bagian dari suatu kebudayaan, artinya milik bersama, bukan individual.²⁷

Terkait dengan sistem naturalistik, penyakit dianggap sebagai akibat kekuatan alam atau kondisi seperti panas, dingin, udara, kelembaban. Nyamuk sebagai penyebab penyakit termasuk dalam sistem naturalistik sebab nyamuk muncul akibat terjadinya ketidakseimbangan lingkungan. Naturalistik juga terkait dengan *single level*, artinya bahwa penyebab penyakit bersifat tunggal, berbeda dengan sistem personalistik yang membutuhkan suatu agen (*multiple levels*).¹³ Demi menghindari penyakit dalam sistem naturalistik caranya adalah menjauhi sumber penularan penyakit, dalam hal ini adalah menjaga kebersihan dan lingkungan.

Tidak banyak perbedaan di dalam mempersepsikan stadium jentik nyamuk antara informan yang rumahnya mengandung jentik dengan informan yang rumahnya tidak mengandung jentik. Keduanya menganggap jika jentik dapat menimbulkan rasa jijik. Hanya beberapa informan yang menghubungkan stadium jentik dengan nyamuk dan hampir seluruhnya tidak mengenali bentuk stadium pupa nyamuk. Para informan kesulitan menjelaskan tentang proses dan waktu perkembangan jentik untuk dapat berubah menjadi nyamuk (siklus hidup).

Pemahaman tentang siklus hidup nyamuk berhubungan dengan frekuensi tindakan pencegahan yang harus dilakukan untuk memutus perkembangan *Aedes*. Dengan mengetahui bahwa jentik berasal dari telur nyamuk, masyarakat diharapkan dapat melakukan perilaku pencegahan yang benar seperti memberantas telur yang akan menjadi jentik dan membuang stadium pupa sebelum berubah menjadi nyamuk. Ibu rumah tangga yang ditemukan jentik di dalam rumahnya meyakini bahwa keberadaan jentik sebagai fenomena alamiah. Hal ini disebabkan oleh persepsi bahwa jentik sulit untuk dihilangkan dan selalu ditemukan di dalam tempat air, walaupun kontainer air tersebut selalu dibersihkan.

Ada kepercayaan bahwa karakteristik air tertentu menentukan apakah jentik nyamuk mudah berkembang di dalamnya atau tidak. Sumber air sumur dan bak-bak semen merupakan tempat yang sangat disukai oleh jentik, sedangkan air PAM dipercaya tidak mengandung jentik karena kaporit dapat membunuh jentik dan merusak telur nyamuk. Berdasarkan hasil wawancara dan DKT, jentik *Aedes* yang sebelumnya dipercaya hanya hidup di air-air bersih saat ini ternyata juga dapat ditemukan di tempat-tempat air kotor seperti selokan.

Beberapa penelitian menunjukkan variasi pemahaman masyarakat terhadap nyamuk DBD. Studi-studi tersebut menjelaskan perbedaan persepsi di dalam masyarakat bahwa *Ae. aegypti* hanya berkembang di dalam air bersih

atau air jernih.^{5,28,29} Survei entomologi menunjukkan jentik ditemukan baik di genangan air jernih atau bersih yang lambat laun dapat berubah menjadi keruh karena adanya bahan organik yang masuk ke dalamnya. Habitat ini ternyata lebih optimal untuk perkembangan jentik karena menyediakan cukup bahan organik untuk pertumbuhan jentik.³⁰ Referensi dari pesan kesehatan sebelumnya untuk memperhatikan air bersih/jernih mempengaruhi keterbatasan pengetahuan masyarakat dimana mencari tempat habitat jentik. Materi edukasi yang baru seharusnya menekankan pentingnya menutup kontainer penyimpanan air dan membuang semua jenis air yang tidak digunakan baik air bersih, jernih, keruh atau kotor. Vektor demam berdarah di Kolombia dipersepsikan oleh komunitas sebagai karakter fiksi yang tidak berhubungan dengan realitas budaya yang sebenarnya. Individu mempersepsikan bahwa pesan merupakan pembawa budaya yang salah sehingga mereka mengacuhkan informasi yang diberikan oleh petugas kesehatan.^{10,28,34}

Berbeda dengan nyamuk dewasanya, menurut para informan jentik lebih banyak ditemukan di dalam rumah. Kondisi ini menjelaskan bahwa ada hirarki dalam penerimaan ibu rumah tangga terhadap tempat perkembangan nyamuk. Tempat perindukan nyamuk di dalam rumah memiliki tingkat lebih tinggi daripada habitat jentik di luar rumah. Hal ini sesuai dengan penelitian sebelumnya bahwa hirarki pemahaman komunitas akan tempat ditemukannya jentik berhubungan dengan tingkat risiko dari tempat perindukan di sekitar rumah.^{29,35,36} Pemahaman tersebut mengakibatkan masyarakat tidak mau bekerja sama mengendalikan jentik pada habitat dengan dari tingkat hirarki yang lebih rendah, yaitu habitat jentik di luar rumah.

Dari hasil penelitian, perubahan ekosistem lingkungan karena pembangunan perumahan dianggap yang membuat banyak habitat potensial bagi perkembangan nyamuk. Model naturalistik memandang secara alamiah sehat sebagai suatu keseimbangan/harmoni individu dengan lingkungannya atau dapat juga didefinisikan sebagai kondisi positif dari lingkungan, sosial budaya dan perilaku. Masyarakat yang menganut konsep ini akan mempercayai apabila keseimbangan terganggu oleh faktor luar maupun dari dalam maka akan terjadi penyakit.^{14,27} Dalam kehidupan sehari-hari ciri masyarakat agraris masih kuat terlihat di kalangan ibu rumah tangga di Tembalang sehingga orientasi mereka lebih kepada *non-western medicine* dibandingkan *western medicine*. Memang dalam sistem naturalistik prosedur pengobatan jarang bersifat ritual dan unsur religi dan *magic* sedikit sekali perannya.²⁷

Simpulan

Pengalaman mampu membentuk masyarakat Tembalang khususnya ibu rumah tangga dalam mempersepsi hal-

hal terkait dengan nyamuk. Dari pengalaman tersebut kemudian terbentuklah pengetahuan tentang sesuatu fenomena. Konsep nyamuk oleh ibu rumah tangga dibedakan menurut waktu aktivitas menggigit nyamuk. Pengalaman mereka menunjukkan bahwa nyamuk siang tidaklah dianggap sebagai bahaya sebab meski nyamuk dapat menimbulkan penyakit demam berdarah akan tetapi tidak otomatis. Tidak semua orang yang digigit nyamuk siang terkena demam berdarah. Sementara itu nyamuk malam justru dianggap musuh manusia karena mengganggu tidur. Selain itu semua manusia yang digigit nyamuk malam lebih jelas akibatnya yaitu gatal maupun bintul di kulit. Nyamuk *Aedes sp* lebih dipersepsikan sebagai gangguan daripada serangga penular penyakit, artinya nyamuk keberadaannya alami dan akan menimbulkan penyakit akibat ketidakseimbangan lingkungan. Salah satu faktor yang mencetuskan pemahaman tersebut adalah bahwa ibu rumah tangga kesulitan menjelaskan tentang perkembangan dari jentik ke nyamuk dan kaitannya dengan perilaku pencegahan DBD yang dianjurkan dalam program PSN selama ini. Penyusunan program promosi kesehatan dapat diprioritaskan pada kegiatan pengenalan vektor dan upaya pengendaliannya. Salah satu program yang dapat disarankan adalah melalui pelatihan kader untuk peningkatan keterampilan dan pengetahuan terutama di dalam mengenali tempat-tempat perkembangan jentik, pengenalan stadium perkembangan nyamuk dan praktik langkah-langkah 3M plus yang benar. Penelitian ini tidak membedakan karakteristik demografi informan. Studi selanjutnya dapat dilakukan untuk mengeksplorasi variabel ini atau mengembangkan suatu media berdasarkan pengetahuan dan pengalaman lokal.

Daftar Acuan

1. Achmadi UF. *Manajemen Penyakit Berbasis Wilayah*. Jakarta: Penerbit Buku Kompas, 2005.
2. Puskesmas Kedungmundu. *Laporan rekapitulasi kasus penyakit demam berdarah tahun 2009*. Semarang: 2009.
3. WHO. *Prevention and control of dengue and dengue haemorrhagic fever. Regional Guidelines*. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia, 2003.
4. Kusriastuti R, Sutomo S. Evolution of dengue prevention and control programme in Indonesia. *Dengue Bulletin*. 2005; 29:1-7.
5. Arunachalam N, Tana S, Espino F, Kittapayong P, Abeyewickreme W, Wai KT, Tyagi BK, Kroeger A, Sommerfield J, Petzold M. Eco-bio-social determinants of dengue vector breeding: a multicountry study in urban and periurban Asia. *Bull World Health Organ*. 2010 March; 88(3):173-184.
6. Sciortino R. *Menuju Kesehatan Madani*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar. 1999.
7. Burns AA, Lovich R, Maxwell J, Shapiro K, *Pemberdayaan Wanita Dalam Bidang Kesehatan* (terjemahan). Yogyakarta: Yayasan Essentia Medica, 2000.
8. Hardon A, Boonmongkol P, Streefland P, Tan ML, Hongvivatana T, Van der Geest S, van Staa AL, Varkevisser C. *Applied Health Research Manual, Anthropology of Health and Health Care*. Den Haag: Cip Data Koninklijke Bibliotheek, 1995.
9. Sekai M, Sillabutra J, Keiwkarnka B, Preventive behavior against dengue haemorrhagic fever among migrants. *J. Public Health Dev*. 2007; 5(3):55-62.
10. Itrat A, Khan A, Javaid S, Kamal M, Khan H, Javed S, Kalia S, Khan AH, Sethi MI, Jezaan I, Knowledge, awareness and practices regarding dengue fever among the adults population of dengue hit cosmopolitan. *Plos One* 2008; 3(7):1-6.
11. Azwar S. *Sikap Manusia: Teori dan Pengukurannya*. Edisi-2. Yogyakarta: Pustaka Pelajar Offset, 2005.
12. Good BJ. *Medicine, rationality, and experience*, Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
13. Foster GM. Disease Etiologies in Non-Western Medical Systems in P.J. Brown (eds.), *Understanding and Applying Medical Anthropology*, California: Mayfield Publishing. Company, 1998.
14. Galanti G. *Caring for patients from different cultures*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2008.
15. Kendall C. The role of formal qualitative research In Negotiating community acceptance: The case of dengue control In El Progreso, Honduras. *Human Organization*. 1998; 57(2): 217-221.
16. Parks WJ, Lloyd LS. *Planning social mobilization and communication for dengue fever prevention and control: a step-by-step guide*. Geneva: World Health Organization, 2004.
17. Bungin B. *Analisis data penelitian kualitatif*. Jakarta: PT Rajagrafindo Persada, 2008.
18. Gillham B. *Case Study Research Methods*. London: Continuum, 2000.
19. Csordas TJ. Words from Holy People: a case study in cultural phenomenology, in Csordas (eds.) *Embodiment and Experience*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.
20. Dinas Kesehatan Kota Semarang. *Laporan rekapitulasi kasus penyakit bersumber binatang Kota Semarang tahun 2006-2009*. Semarang, 2009.
21. Vitcu A, Lungu V, Vitcu, Marcu L. A Multi-stage maximum variation sampling in health promotion programs' evaluation. *J. Prev. Med*. 2007; 15:5-18.
22. Daymon C, Holloway I. *Metode-metode riset kualitatif dalam public relations dan marketing communications*. (terjemahan). Penerjemah: Wiratama C. Yogyakarta: PT Bentang Pustaka, 2008.
23. Murti B. *Desain dan Ukuran sampel untuk Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif di Bidang*

- Kesehatan*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, 2006.
24. Cresswell. *Qualitative inquiry and research design; choosing among five traditions*. The United States of America: Sage Publications, Inc., 1998.
 25. Kelurahan Sendangmulyo. *Laporan bulanan monografi Kelurahan Sendangmulyo tahun 2009*. Semarang, 2009.
 26. Koentjaraningrat. *Kebudayaan, mentalitas dan pembangunan*, Jakarta: PT Gramedia, 1995.
 27. Foster A. *Antropologi kesehatan*. (terjemahan). Penerjemah: Suryatama, Meutia, & Swasono. Jakarta: UI Press, 2009.
 28. Lennon JL. Students' perceptions about mosquito larval control in a dengue-endemic Philippine City. *Dengue Bulletin*. 2004; 28:196-206.
 29. Lopez TMT, Hoyos RC, Salas HB, Paredes JJR. Cultural conceptions about dengue in Narayit, Mexico. *Dengue Bulletin*. 2006; 30: 223-233.
 30. Suarez R, Olarte MF, Ana MFA, Gonzalez C. Is what I have just a cold or is it dengue? addressing the gap between the politics of dengue control and daily life in Villavicencio-Colombia. *Soc. Sci. Med.* 2005; 61(2):495-502.
 31. Fathi, Keman S, Wahyuni CU. Peran faktor lingkungan dan perilaku. *Jurnal Kesehatan Lingkungan*. 2005; 2(1):1-10
 32. Fernandez E, Martinez M, Sherman C. Social Mobilization for dengue control in Honduras. *Dengue Bull.* 2004; 28:30-34
 33. Toren C. "Introduction to mind, materiality and history" in Moore HL and Sanders T. (eds.) *Anthropology in Theory, Issues in Epistemology*, Oxford: Blackwell Publishing, 2006.
 34. Llyod LS, Winch P, Ortega-Canto J, Kendall C. The design of a community-based health education intervention for the control of *Aedes aegypti*. *Am J Trop Med Hyg.* 1994; 50(4):401-11.
 35. Pates H, Curtis C. Mosquito behavior and vector control. *Annu. Rev. Entomol.* 2005; 50: 53-70.
 36. Phunakoonnon, Brough M, Bryan JH. Folk knowledge about dengue mosquitoes and contributions of health belief model in dengue control promotion in Northeast Thailand. *J. Acta Trop.* 2006; 99(1):6-14.