

LAPORAN PENELITIAN HIBAH INTERNAL



**Modal Sosial Masyarakat Dalam Penanggulangan Demam
Berdarah Dengue Di Pinggiran Kota Surabaya, Indonesia: Studi
Kualitatif**

TIM PENGUSUL

Asri, S.Kep., Ns., M.NS. (0729088604)

Dr. Pipit Festi W, S.KM., M.Kes (0029127401)

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURABAYA

TAHUN 2017/2018

LEMBAR PENGESAHAN

PENELITIAN HIBAH INTERNAL

Judul Penelitian : Modal Sosial Masyarakat Dalam Penanggulangan Demam Berdarah Dengue Di Pinggiran Kota Surabaya, Indonesia: Studi Kualitatif

Skema : Penelitian

Jumlah Dana : Rp. 10.000.000

Ketua Penelitian :

a. Nama Peneliti : Asri, S.Kep., Ns., M.NS.

b. NIDN/NIDK : 0729088604

c. Jabatan Fungsional : Asisten Ahli

d. Program Studi : S1 Keperawatan

e. Nomor Hp : 082234921928

f. Alamat Email : asri.ners@fik.um-surabaya.ac.id

Anggota Peneliti 1 :

a. Nama Lengkap : Dr. Pipit Festi W, S.KM., M.Kes

b. NIDN : 0029127401

c. Perguruan Tinggi : Universitas Muhammadiyah Surabaya

Anggota Peneliti 2 :

a. Nama mahasiswa : Siti Juhar Nunik

b. NIM : 20141660030

Anggota Peneliti 3 :

a. Nama mahasiswa : Annisah Ulfa Hanif

b. NIM : 20141660031

Surabaya, 8 Juni 2018

Mengetahui,

Ketua Peneliti


Dekan/Ketua
Dr. Mundakir, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 197403232005011


Asri, S.Kep., Ns., M.NS.
NIDN. 0729088604


Menyetujui,
Ketua LP/LPPM
Dr. Sujinah, M.Pd
NIK.01202196590004

DAFTAR ISI

LAPORAN PENELITIAN HIBAH INTERNAL.....	Error! Bookmark not defined.
ABSTRACT	5
1.1 Latar Belakang	6
1.2 Rumusan Masalah	8
1.3 Tujuan Penelitian	8
1.3.1 Tujuan Umum	8
1.3.2 Tujuan Khusus.....	8
1.4 Manfaat Penelitian.....	9
1.4.1 Manfaat Teoritis	9
1.4.2 Manfaat Praktis	9
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1 Model Sosial Masyarakat	10
2.1.1 Definisi	10
BAB 3 TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN	20
3.1 Tujuan Penelitian	20
3.1.1 Tujuan Umum	20
3.1.2 Tujuan Khusus.....	20
3.2 Manfaat Penelitian.....	20
3.2.1 Manfaat Teoritis	20
3.2.2 Manfaat Praktis	20
BAB 4	22
METODE PENELITIAN	22
4.1 Desain Penelitian.....	22
4.2 Populasi, Sampel, Sampling	22
4.2.1 Populasi.....	22
4.2.2 Sampel	22
4.2.3 Sampling	22
BAB 5 HASIL DAN LUARAN YANG DICAPAI.....	23
5.1 Hasil	23
5.1.1 Masalah perilaku	23
5.1.2. Mobilisasi kelompok sosial.....	23
5.1.3 Pembersihan sukarela masyarakat	24
5.1.4 Dukungan pemimpin	25
5.1.5 “Bom kecil”	25

BAB 6 RENCANA TAHAPAN BERIKUTNYA	27
6.1 Rencana Jangka Pendek :.....	27
6.2 Rencana Jangka Panjang :.....	27
BAB 7 PENUTUP	28
7.1 Kesimpulan	28
7.2 Saran.....	28
DAFTAR PUSTAKA	29

ABSTRACT

MODAL SOSIAL MASYARAKAT DALAM MEMERANGI DEMAM BERDARAH DI PINGGIRAN KOTA SURABAYA, INDONESIA: SEBUAH STUDI KUALITATIF

ASRI, S.KEP NS.,MNS

Tujuan: Demam berdarah dengue (DBD) merupakan penyakit menular yang sulit dikendalikan, terutama di negara tropis. Modal sosial diyakini mampu meningkatkan kemampuan seluruh masyarakat untuk bekerja sama memecahkan masalah kesehatan kolektif. Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan modal sosial yang ada dalam suatu masyarakat dan bagaimana modal sosial tersebut digunakan untuk memerangi DBD. **Metode:** Metode deskriptif kualitatif digunakan, dan wawancara mendalam dilakukan dengan 13 peserta. Penelitian ini dilakukan di Kecamatan Sawahan, Surabaya, Indonesia yang merupakan daerah endemis DBD setiap tahun.

Temuan: Hasil penelitian menunjukkan bahwa modal sosial sebagai fitur komunitas memberikan landasan utama tindakan kolektif. Pembentukan kelompok sosial, kerjasama lintas sektor, gotong royong membersihkan, dan gotong royong merupakan bentuk nyata modal sosial dalam pencegahan dan pengendalian DBD. Dukungan dari pemimpin yang kuat juga memiliki implikasi yang signifikan. **Kesimpulan:** Kajian ini menunjukkan bahwa modal sosial merupakan fitur penting yang jika dikelola, digunakan, dan diakses dengan baik, akan mampu memberikan ide-ide pemecahan masalah masyarakat. Produksi dan hosting oleh Elsevier BV Ini adalah artikel akses terbuka.

Keywords: Penelitian partisipatif berbasis masyarakat, Demam berdarah, Penelitian kualitatif

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Demam berdarah telah menjadi masalah kesehatan masyarakat yang utama di Asia Tenggara dan diperkirakan akan terus meningkat di masa mendatang. Meskipun wabah terjadi pada tahun 2013, beberapa penelitian menunjukkan bahwa penyakit ini tidak dikenali secara luas dan tidak dilaporkan, dan anggaran tidak mencukupi untuk tindakan pencegahan.[1]. Surabaya dan Jakarta adalah dua daerah yang pertama kali melaporkan wabah demam berdarah pada tahun 1968. Tahun berikutnya, demam berdarah menjadi epidemi yang terjadi setiap tahun, dengan wabah terjadi setiap lima atau sepuluh tahun. [2]. Menurut Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, sejak Januari 2015 tercatat 1817 kasus demam berdarah, meningkat 85,4% dari tahun sebelumnya pada bulan yang sama yang mencapai 973 kasus. [3].

Pada tahun 2008, kasus DBD terbanyak di Surabaya terjadi di Sawahan dengan jumlah 159 kasus, diikuti oleh Semampir dengan 140 kasus dan Tandes dengan 134 kasus masuk Data jelas menunjukkan bahwa demam berdarah adalah endemik di Sawahan. Program pengendalian demam berdarah berbasis masyarakat telah dilaksanakan di beberapa negara untuk mencegah penularan demam berdarah [4 e8]. Tingkat keberhasilan dan efektivitas program-program tersebut bergantung pada kapasitas masyarakat untuk siap menerima dan menerapkan proyek. Program tersebut bertujuan untuk meningkatkan kesadaran tentang

bagaimana mencegah dan mengurangi penyebaran vektor demam berdarah di tingkat individu[9].

Di Indonesia dan negara lain, upaya pengendalian DBD belum efektif dan dalam beberapa derajat mengalami kegagalan. Alasan utamanya adalah kegagalan untuk memobilisasi semua modal sosial masyarakat, kurangnya ruang untuk keterlibatan masyarakat, dan pedoman yang tidak jelas tentang siapa yang harus terlibat dalam kegiatan program pengendalian demam berdarah berbasis masyarakat, sehingga mempengaruhi keberlanjutan dan efektivitas jangka panjang mereka.[10e13]. Modal sosial diyakini dapat meningkatkan kapasitas kolektif dalam memecahkan masalah kesehatan masyarakat [14]. Menurut Dominguez dan Arford[15], modal sosial merupakan landasan pemberdayaan masyarakat dan pengembangan kapasitas masyarakat. Sebagian besar program pencegahan dan pengendalian demam berdarah berbasis masyarakat melibatkan partisipasi masyarakat, sumber daya masyarakat. mobilisasi, kolaborasi lintas sektoral antara berbagai pemangku kepentingan, dan peningkatan kapasitas masyarakat.

Modal sosial berfungsi sebagai alat penting untuk daerah dengan masalah kesehatan dan kekurangan sumber daya dan informasi. Konsep modal sosial yang telah banyak dibahas secara langsung berkaitan dengan peran dan fungsi kesehatan masyarakat dalam menyelenggarakan program kesehatan melalui pengaruh modal sosial terhadap peningkatan kapasitas masyarakat dan aksi kolektif dan pemberdayaan. [16]. Putnam dan cendekiawan lainnya berpendapat bahwa partisipasi sangat penting dalam

berbagai jaringan, menjelaskan bahwa modal sosial dapat membantu tindakan kolektif mereka[17e19]. Menurut asesmen awal di Sawahan, pencegahan dan pengendalian DBD memiliki tiga tingkatan, yaitu tingkat individu, lingkungan, dan masyarakat/intersektor. Ketiga level ini mengungkapkan aspek yang berbeda dari situasi manajemen demam berdarah. Pernyataan di atas menunjukkan bahwa penjelasan lebih lanjut diperlukan untuk memahami konteks yang ada yang akan menunjukkan berbagai bentuk modal sosial yang digunakan dalam masyarakat untuk program pencegahan dan pengendalian demam berdarah. Penelitian ini mencoba mendeskripsikan keberadaan modal sosial masyarakat dalam pencegahan dan pengendalian penyakit DBD di Kecamatan Sawahan, Surabaya, Indonesia.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana modal sosial dalam memerangi demam berdarah di pinggiran kota Surabaya, Indonesia?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi modal sosial dalam memerangi demam berdarah di pinggiran kota Surabaya, Indonesia

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi karakteristik responden modal sosial dalam memerangi demam berdarah
2. Mengidentifikasi karakteristik responden modal sosial dalam memerangi demam berdarah

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat dimanfaatkan sebagai sumber informasi dan sebagai referensi untuk modal sosial dalam memerangi demam berdarah
2. Sebagai sarana untuk mengaplikasikan ilmu yang telah didapat dan sekaligus menambah wawasan mengenai modal sosial dalam memerangi demam berdarah

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Profesi Keperawatan

Hasil penelitian diharapkan bisa digunakan sebagai masukan bagi profesi keperawatan khususnya dalam keperawatan kritis untuk memberikan penyuluhan kesehatan terkait pentingnya modal sosial dalam memerangi demam berdarah

2. Bagi Peneliti

Sebagai bahan acuan dalam melakukan penelitian-penelitian lebih lanjut. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan wawasan tentang modal sosial dalam memerangi demam berdarah.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Model Sosial Masyarakat

2.1.1 Definisi

Modal sosial adalah hubungan yang terjadi dan diikat oleh suatu kepercayaan (trust), saling pengertian (mutual understanding), dan nilai-nilai bersama (shared value) yang mengikat anggota kelompok untuk membuat kemungkinan aksi bersama secara efisien dan efektif (Putra, 2008). Modal sosial adalah jumlah sumber-sumber daya, aktual atau virtual (tersirat) yang berkembang pada seorang individu atau sekelompok individu karena kemampuan untuk memiliki suatu jaringan yang dapat bertahan lama dalam hubungan-hubungan yang lebih kurang telah diinstitusikan berdasarkan pengetahuan dan pengenalan timbal balik (Hasbullah, 2006). Modal sosial menurut fungsinya yaitu modal sosial itu bukanlah entitas tunggal, tetapi entitas majemuk yang mengandung dua elemen. Pertama, modal sosial mencakup beberapa aspek dari struktur sosial. Kedua modal sosial memfasilitasi tindakan tertentu dari pelaku dalam struktur tersebut. Modal sosial dapat ditentukan sebagai akumulasi dari beragam tipe dari aspek sosial, psikologi, budaya, kelembagaan, dan aset yang tidak terlihat (intangible) yang memengaruhi perilaku kerjasama. Corak-corak kehidupan sosial jaringan-jaringan, norma-norma dan kepercayaan yang menyangguk para partisipan untuk bertindak bersama lebih efektif untuk mengejar tujuan-tujuan bersama (Putnam, 1996). Modal sosial dibutuhkan guna menciptakan jenis komunitas moral yang tidak bisa diperoleh 4 seperti dalam kasus bentuk-bentuk human

capital. Akuisisi modal sosial memerlukan pembiasaan terhadap norma-norma moral sebuah komunitas masyarakat dan dalam konteksnya sekaligus mengadopsi kebijakan-kebijakan seperti kesetiaan, kejujuran, dan keteguhan hati (dependability). Modal sosial lebih didasarkan pada kebijakan-kebijakan sosial umum, dimana merupakan tempat meleburnya kepercayaan dan faktor yang penting bagi kesehatan ekonomi sebuah negara, yang bersandar pada akar-akar kultural (Fukuyama, 2001).

Modal sosial dapat merujuk pada norma atau jaringan yang memungkinkan orang untuk melakukan tindakan kolektif. Modal sosial sebagai agregat sumberdaya aktual ataupun potensial yang diikat untuk mewujudkan jaringan yang awet sehingga melembagakan hubungan persahabatan yang saling menguntungkan. Jaringan sosial (social network) dikonstruksi melalui strategi investasi yang berorientasi pada pelembagaan hubungan kelompok (group relation) yang dapat dipakai sebagai sumber terpercaya untuk meraih keuntungan (Kushandajani, 2008). Modal sosial sebagai gambaran organisasi sosial, jaringan sosial, saling kepercayaan, norma-norma yang memfasilitasi koordinasi dan kerjasama dan saling menguntungkan.

Pentingnya kerjasama dalam kegiatan kelompok diperkuat oleh saling kepercayaan dan norma. Saling kepercayaan dapat dijelaskan dari interaksi-interaksi yang didasari perasaan yakin, bahwa orang lain akan memberi respon sebagaimana yang diharapkan dan saling mendukung (Pranadji, 2006). Modal sosial tergantung pada tiga kunci yaitu kepercayaan dari lingkungan sosial dan perluasan aktual dari kewajiban

yang sudah dipenuhi, jaringan informasi yang sangat penting sebagai basis tindakan dan norma serta sanksi yang efektif dalam 5 kelompok atau suatu komunitas yang dapat mendukung individu untuk memperoleh prestasi (Syahyuti, 2008)

2.1.2. Jaringan

Aspek pertama dalam modal sosial adalah jaringan. Modal sosial tidak dibangun hanya oleh satu individu, melainkan terletak pada kecenderungan yang tumbuh dalam suatu kelompok untuk bersosialisasi sebagai bagian penting dari nilai-nilai yang melekat. Jaringan sosial merupakan infrastruktur dinamis dari modal sosial berwujud jaringan-jaringan kerjasama antar manusia. Jaringan tersebut memfasilitasi terjadinya komunikasi dan interaksi, memungkinkan tumbuhnya kepercayaan dan memperkuat kerjasama (Putnam, 2000). Masyarakat yang sehat cenderung memiliki jaringan-jaringan sosial yang kokoh. Orang mengetahui dan bertemu dengan orang lain, mereka kemudian membangun interrelasi yang kental, baik bersifat formal maupun informal. Jaringan hubungan sosial biasanya akan diwarnai oleh suatu tipologis khas sejalan dengan karakteristik dan orientasi kelompok.

Kelompok sosial biasanya terbentuk secara tradisional atas dasar kesamaan garis turun temurun (*repeated sosial experiences*) dan kesamaan kepercayaan pada dimensi kebutuhan (*religious beliefs*) cenderung memiliki kohesif tinggi, tetapi rentang jaringan maupun trust yang terbangun sangat sempit (Mawardi, 2007). Kelompok yang dibangun atas dasar kesamaan orientasi dan tujuan serta dengan ciri pengelolaan

organisasi yang lebih modern, akan memiliki tingkat partisipasi anggota yang lebih baik dan memiliki rentang jaringan yang lebih luas. 6 Tipologi kelompok yang terakhir akan lebih banyak menghadirkan dampak positif bagi kelompok maupun kontribusinya pada pembangunan masyarakat secara luas (Hasbullah, 2006). Jaringan terbentuk karena berasal dari daerah yang sama, kesamaan kepercayaan politik atau agama, hubungan genealogis, dan lain-lain. Pembentukan jaringan masyarakat untuk mendapatkan modal sosial perlu diorganisasikan dalam suatu institusi dengan perlakuan khusus (Robison, 2011).

Kekuatan jaringan tergantung dari sudut apa jaringan tersebut, yaitu pertimbangan asal dan berada pada tingkat mana jaringan tersebut. Jaringan masyarakat paling kuat dan paling tebal pada tingkat tujuan dan berlanjut menjadi lemah ketika melihat pada tingkatan daerah, nasional dan internasional (Field, 2010) . Kerjasama merupakan salah satu upaya penyesuaian dan koordinasi tingkah laku dalam mengatasi konflik. Konflik tersebut timbul karena tingkah laku seseorang atau kelompok yang dianggap menjadi penghambat bagi orang atau kelompok lain dan berdampak pada ketidakharmonisan (Smith, 2003).

2.2 Demam Berdarah

a. Pengertian

Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit demam akut yang disebabkan oleh empat serotype virus dengue dan ditandai dengan empat gejala klinis utama yaitu demam yang tinggi, manifestasi pendarahan, hematomageli dan tanda-tanda kegagalan sirkulasi sampai timbulnya renjatan (sindrom renjatan dengue) sebagai akibat dari kebocoran plasma yang dapat menyebabkan kematian (Sucipto, 2011). Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus Dengue yang tergolong Arthropod Borne Virus, genus Flavivirus, dan famili Flaviviridae. DBD ditularkan melalui gigitan nyamuk dari genus Aedes, terutama Aedes aegypti atau Aedes albopictus. Penyakit DBD dapat muncul sepanjang tahun dan dapat menyerang seluruh kelompok umur. Penyakit ini berkaitan dengan kondisi lingkungan dan perilaku masyarakat (Waris, 2013)

- b. Gambaran Klinis Penyakit DBD ditandai oleh empat manifestasi klinis yaitu demam tinggi, manifestasi pendarahan, hematomageli dan kegagalan sirkulasi (Sucipto, 2011).
- c. Penyebab dan Vektor Penularan DBD Virus penyebab DBD adalah flavivirus dan terdiri dari empat serotipe yaitu serotipe 1, 2, 3, dan 4 (dengue 1, 2, 3, 4), ditularkan melalui gigitan nyamuk aedes yaitu Aedes aegypti dan Aedes albopictus (Sucipto, 2011).
- d. Pencegahan dan Pengendalian Ada berbagai cara dalam melakukan pencegahan, pengendalian dan penanggulangan penyakit DBD yaitu : 1)

Pencegahan Pencegahan penyakit DBD sangat tergantung pada pengendalian vektornya, yaitu nyamuk *Aedes aegypti*. Pengendalian nyamuk tersebut dapat dilakukan dengan menggunakan beberapa metode yang tepat, yaitu :

- a) Eliminasi breeding place nyamuk
 - b) Larvasida
 - c) Insektisida
- 1) Pengendalian Beberapa metode pengendalian vektor telah banyak diketahui dan digunakan oleh program pengendalian DBD di tingkat pusat dan di daerah yaitu (Sukohar, 2014)
- a) Pengendalian Lingkungan Metode lingkungan untuk mengendalikan nyamuk tersebut antara lain dengan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), pengelolaan sampah padat, modifikasi tempat perkembangbiakan nyamuk hasil samping kegiatan manusia, dan perbaikan desain rumah. Sebagai contoh menguras bak mandi/penampungan air sekurang-kurangnya sekali seminggu, menutup dengan rapat tempat penampungan air, mengubur kaleng-kaleng bekas, aki bekas dan ban bekas di sekitar rumah.
 - b) Pengendalian Biologis Pengendalian biologis antara lain dengan menggunakan ikan pemakan jentik (ikan adu/ikan cupang), dan bakteri.
 - c) Pengendalian Kimiawi Cara pengendalian ini antara lain dengan pengasapan/fogging (dengan menggunakan malathion dan fenthion), berguna untuk mengurangi kemungkinan penularan sampai batas

waktu tertentu, memberikan bubuk abate (temephos) pada tempat-tempat penampungan air seperti, gentong air, vas bunga, dan kolam.

d) Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN-DBD) Cara yang paling efektif dalam mencegah penyakit DBD adalah dengan mengkombinasikan cara-cara di atas, yang disebut dengan "3M Plus", yaitu menutup, menguras, mendaur ulang. Selain itu juga melakukan beberapa plus seperti memelihara ikan pemakan jentik, menabur larvasida, menggunakan kelambu pada waktu tidur, memasang kasa, menyemprot dengan insektisida, menggunakan repellent, memasang obat nyamuk, memeriksa jentik berkala dan disesuaikan dengan kondisi setempat.

e) Strategi Pemberantasan DBD

1) Pemberdayaan Masyarakat Meningkatkan peran aktif masyarakat dalam mencegah dan penanggulangan penyakit DBD merupakan salah satu kunci keberhasilan upaya pemberantasan penyakit DBD. Untuk mendorong meningkatnya peran aktif masyarakat, maka upaya-upaya pemasaran sosial, advokasi dan berbagai upaya penyuluhan kesehatan lainnya dilaksanakan secara intensif dan berkesinambungan melalui berbagai media massa maupun secara kelompok atau individual dengan memperhatikan aspek sosial budaya yang lokal spesifik (Kemenkes, 2008).

2) Peningkatan Kemitraan Berwawasan Bebas dari Penyakit DBD Upaya pemberantasan penyakit DBD tidak dapat dilaksanakan oleh sektor kesehatan saja, peran sektor terkait pemberantasan penyakit

DBD sangat menentukan. Oleh sebab itu maka identifikasi stakeholders baik sebagai mitra maupun pelaku potensial merupakan langkah awal dalam menggalang, meningkatkan dan mewujudkan kemitraan. Jaringan kemitraan di selenggarakan melalui pertemuan berkala guna memadukan berbagai sumber daya yang tersedia dimasing-masing mitra. Pertemuan berkala sejak dari tahap perencanaan sampai pelaksanaan, pemantauan dan penilaian melalui wadah Pokjanal DBD di berbagai tingkatan administrasi (Kemenkes, 2008).

3) Sumber Daya Profesionalisme Pengelola Program Sumber daya manusia yang terampil dan menguasai ilmu pengetahuan dan teknologi merupakan salah satu unsur penting dalam pelaksanaan program P2DBD. Pengetahuan mengenai Bionomik vektor, virologi, dan faktor-faktor perubahan iklim, tatalaksana kasus harus dikuasai karena hal-hal tersebut merupakan landasan dalam penyusunan kebijaksanaan program P2DBD (Kemenkes, 2008).

f. Peran Serta Masyarakat Dalam Pencegahan Penyakit DBD. Sasaran peran serta masyarakat terdiri dari keluarga melalui peran PKK, organisasi kemasyarakatan, murid sekolah melalui kegiatan jumantik sekolah, pelatihan guru, tatanan institusi (kantor, tempat-tempat umum, tempat-tempat ibadah), dan jumantik dengan sistem kontrak diharapkan peran sektor terkait dan petugas sanitasi lingkungan serta masyarakat secara umum, melakukan PSN melalui Gerakan 3 M Plus (Kemenkes, 2008).

2. Promosi Kesehatan Promosi kesehatan adalah suatu proses memberdayakan

atau memandirikan masyarakat untuk memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatannya melalui peningkatan kesadaran, kemauan, dan kemampuan, serta mengembangkan lingkungan sehat (Machfoedz, 2007). Promosi kesehatan merupakan upaya memengaruhi masyarakat agar menghentikan perilaku berisiko tinggi dan menggantikannya dengan perilaku yang aman atau paling tidak berisiko rendah (Kholid, 2012).

a. Ruang Lingkup Promosi Kesehatan

Cakupan promosi kesehatan dapat dilihat dari dua dimensi, yakni : dimensi aspek pelayanan kesehatan dan dimensi tatanan atau tempat promosi kesehatan (Notoatmodjo, 2007). 17 1)

- 1) Ruang Lingkup Berdasarkan Aspek Kesehatan Kesehatan masyarakat mencakup 4 aspek pokok, yaitu : promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Ahli lainnya membaginya menjadi dua aspek, yakni : aspek promotif dengan sasaran kelompok orang yang sehat, dan aspek preventif (pencegahan) dan kuratif (peyembuhan) dengan sasaran kelompok orang yang berisiko tinggi terhadap penyakit dan kelompok yang sakit
- 2) Ruang Lingkup Promosi Kesehatan Berdasarkan Tatanan Pelaksanaan Berdasarkan tatanan (setting) atau tempat pelaksanaan promosi atau pendidikan kesehatan, maka ruang lingkup promosi kesehatan dapat dikelompokkan menjadi (Notoatmodjo, 2007):
 - a) Promosi kesehatan pada tatanan keluarga (rumah tangga) Keluarga merupakan tempat dasar berkembangnya perilaku manusia. Dalam pelaksanaan promosi kesehatan di keluarga sasaran utamanya adalah orang tua (ibu), dimana ibu merupakan seseorang yang memberikan

perilaku sehat kepada anak-anaknya sejak lahir.

- b) Promosi kesehatan pada tatana sekolah Sasaran promosi kesehatan di sekolah adalah guru, karena guru merupakan pengganti orang tua pada waktu di sekolah. Sekolah merupakan tempat untuk memberikan perilaku kesehatan pada anak. Sekolah dan lingkungan sekolah yang sehat sangat tepat untuk berperilaku sehat bagi anak.
- c) Promosi kesehatan di tempat kerja Sasaran promosi kesehatan adalah karyawan, yang berperan sebagai promotor kesehatan adalah pemimpin perusahaan dan sektor kesehatan. Salah satunya dengan memberikan fasilitas tempat kesehatan yang baik bagi perilaku sehat karyawan atau pekerjanya.
- d) Promosi kesehatan di tempat-tempat umum Di tempat-tempat umum (seperti pasar, terminal bus, stasiun) perlu dilaksanakan promosi kesehatan, yaitu dengan cara menyediakan fasilitas yang dapat mendukung perilaku sehat pengunjungnya, bisa dengan memberikan poster dan selebaran mengenai cara-cara menjaga kebersihan.
- e) Fasilitas pelayanan kesehatan Tempat-tempat pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, poliklinik, dsb, merupakan tempat yang strategis untuk melakukan pelayanan kesehatan. Pelaksanaan promosi kesehatan ini dapat dilakukan secara individual oleh para petugas kesehatan kepada pasien atau keluarga yang ada di tempat pelayanan kesehatan tersebut.

BAB 3

TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN

3.1 Tujuan Penelitian

3.1.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi Modal sosial masyarakat dalam memerangi demam berdarah di pinggiran kota Surabaya, Indonesia

3.1.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi karakteristik responden modal sosial dalam memerangi demam berdarah
2. Mengidentifikasi karakteristik responden modal sosial dalam memerangi demam berdarah

3.2 Manfaat Penelitian

3.2.1 Manfaat Teoritis

3. Hasil penelitian ini diharapkan dapat dimanfaatkan sebagai sumber informasi dan sebagai referensi untuk penerapan modal sosial dalam memerangi demam berdarah
4. Sebagai sarana untuk mengaplikasikan ilmu yang telah didapat dan sekaligus menambah wawasan mengenai modal sosial dalam memerangi demam berdarah

3.2.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Profesi Keperawatan

Hasil penelitian diharapkan 20ias digunakan sebagai masukan bagi profesi

keperawatan khususnya dalam keperawatan kritis untuk memberikan penyuluhan kesehatan terkait pentingnya modal sosial dalam memerangi demam berdarah

2. Bagi Peneliti

Sebagai bahan acuan dalam melakukan penelitian-penelitian lebih lanjut. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan wawasan tentang modal sosial dalam memerangi demam berdarah.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah suatu strategi untuk mencapai tujuan penelitian yang telah ditetapkan dan berperan sebagai pedoman atau penuntun penelitian pada seluruh proses penelitian (Nursalam, 2008). Dalam penelitian ini desain yang digunakan adalah deskriptif kualitatif.

4.2 Populasi, Sampel, Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah masyarakat di Sawahan, Kecamatan dengan kejang DBD tertinggi di Surabaya

4.2.2 Sampel

6 perangkat kepala desa, 1 direktur kantor kecamatan kesejahteraan dan keselamatan masyarakat, 4 perawat komunitas yang bekerja di puskesmas setempat, dan 2 sukarelawan kesehatan masyarakat. Tiga belas peserta kunci bertanggung jawab atas Program Pemberantasan Perkembangbiakan Nyamuk dan Larva Nasional dari populasi yang ada di wilayah cakupan penelitian

4.2.3 Sampling

Teknik pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan teknik wawancara. Wawancara difokuskan pada keberadaan peserta, peran, pengalaman, dan hubungan dengan masyarakat dalam kegiatan pencegahan dan pengendalian DBD.

BAB 5

HASIL DAN LUARAN YANG DICAPAI

5.1 Hasil

5.1.1 Masalah perilaku

Sebagai daerah endemis, Sawahan harus menghadapi persoalan-persoalan yang sudah ada sebelumnya seperti kepadatan penduduk, keterpurukan ekonomi, statusnya sebagai bekas daerah prostitusi, dan tingginya risiko kriminalitas selain demam berdarah. Masyarakat menunjukkan tingkat kepedulian yang rendah terhadap kesehatan; Perilaku seperti itu menjadi salah satu penyebab sulitnya pemberantasan DBD di wilayah tersebut. Membuang sampah sembarangan, keengganan untuk membersihkan kamar mandi, dan rendahnya kepemilikan toilet bersih merupakan beberapa perilaku tidak pantas yang ditunjukkan oleh warga.

Menurut peserta dari camat, “Mereka sudah terbiasa hidup seperti itu. Mengubah gaya hidup seseorang memang sulit. Membersihkan kamar mandi seminggu sekali memang melelahkan. Orang malah malas membersihkan kamar mandi yang besar. Mendorong komunitas itu sendiri untuk berubah agak sulit.” (P1).

5.1.2. Mobilisasi kelompok sosial

Salah satu bentuk modal sosial yang berperan penting dalam upaya pemberantasan DBD adalah Sanitarian. Di Kecamatan Sawahan, empat Sanitarian bekerja di empat Puskesmas. Sanitarian bertanggung jawab atas seluruh program pencegahan dan pengendalian DBD di wilayah tersebut dan melaksanakannya di Puskesmas mereka sendiri. Mereka harus bekerja sama dengan kantor desa, kantor kecamatan, Dinas Kesehatan daerah, dan kelompok pengamat jentik, seperti Bumantik (pengamat jentik wanita), Jumantik (pengamat jentik keluarga),

Rumantik (pengamat jentik guru), dan Wamantik (pengamat jentik siswa) di masing-masing wilayah. Bersama dengan petugas kesehatan masyarakat, mereka bekerja di tingkat individu. Setiap minggu, mereka mengunjungi rumah warga untuk memeriksa nyamuk dan jentik, memberikan pendidikan kesehatan kepada warga jika rumah tersebut termasuk satu orang penderita demam berdarah, melakukan penyelidikan epidemiologi pada 20 rumah di dekat rumah orang yang menderita demam berdarah, mendistribusikan larvasida, dan melakukan fogging dalam jarak 100 m dari rumah penderita DBD.

Salah satu perawat komunitas berkata, “Lebih baik saya turun (ke desa) untuk pencegahan dan edukasi daripada untuk kegiatan fogging. Jika ada kasus demam berdarah, kami merasa kasihan pada keluarga karena kehidupan mereka terganggu, dan ada juga risiko demam berdarah menyebar ke tetangga. PSJN (pemberantasan perkembangbiakan nyamuk dan jentik) adalah pendekatan yang lebih nyaman. Karena itu, kami memobilisasi Bumantik di tingkat akar rumput.” (hal 11).

5.1.3 Pembersihan sukarela masyarakat

Pada tahun 2015, 125 kasus demam berdarah dilaporkan di Sawahan, terhitung 20% dari kejadian di seluruh Surabaya. Oleh karena itu, berbagai sektor bertekad untuk melakukan upaya bersama dalam pencegahan dan pengendalian demam berdarah. Salah satu upaya utama adalah kerja sukarela masyarakat, yang melibatkan berbagai elemen masyarakat dan meliputi kegiatan bersih-bersih, penghijauan, pembersihan saluran air dan sumur, dan pengecatan.

Seorang peserta dari kantor desa mengatakan, “Kerja bakti publik dilakukan minimal sebulan sekali, bersama PSJN. Bumantik dan warga awam juga memantau jentiknya.”(P 3).

5.1.4 Dukungan pemimpin

Peran pemimpin dalam menjalin dan memelihara kerjasama lintas sektor sangatlah penting, terutama untuk menjadi contoh bagi seluruh masyarakat. Orang sering melihat pemimpin mereka sebagai panutan. Selain itu, para pemimpin diharapkan dapat memfasilitasi kerjasama, yang akan mendorong masyarakat untuk berpartisipasi dalam kegiatan kerjasama lintas sektoral.

Seperti yang dikatakan oleh salah satu perawat komunitas, “... Sebelum Tri Rismaharini (walikota Surabaya), sepertinya kami bekerja sendiri-sendiri. Kolaborasi lintas sektor pun dilakukan oleh Risma. Desa-desa dan kecamatan-kecamatan dulunya tidak peduli dengan penanggulangan demam berdarah. Sejak Risma menjadi walikota, para kepala desa diminta untuk fokus pada demam berdarah, karena masalah kesehatan bukan hanya untuk Dinas Kesehatan. Risma bilang ini wilayahmu; jika orang sakit, Anda harus membantu memobilisasi masyarakat.” (hal 12).

5.1.5 “Bom kecil”

Pada tahun 2014, Pemerintah Kota Surabaya menerapkan kebijakan untuk memberikan 25.000 Rupiah atau setara dengan Rp 2 per bulan ke Bumantik sebagai uang saku. Kebijakan ini mencapai efek positif; kejadian demam berdarah menurun secara signifikan dari tahun sebelumnya. Penurunan lima tahun keseluruhan dalam kasus demam berdarah telah terjadi. Jumlah kasus pertama kali tercatat pada tahun 2010; total 3379 kasus tercatat.

Pada tahun 2011, jumlah ini turun menjadi 1.008 kasus sebelum naik tipis pada tahun 2012 menjadi 1.091 kasus. Peningkatan yang cukup besar terjadi pada tahun 2013 sebanyak 2207 kasus. Setelah kebijakan tersebut berlaku pada tahun 2014, kasus demam berdarah turun menjadi 816 kasus dan kemudian menjadi 600 kasus pada tahun 2015.

“Karena mereka menerimanya (uang saku), terjadi perubahan. Kasus demam berdarah dengue lebih sedikit dibandingkan tahun-tahun sebelumnya. Itu seperti bom kecil, dan kita harus memiliki lebih banyak bom seperti itu lagi. Bom kecil ini bisa membasmi nyamuk yang cukup banyak. Pekerjaan Bumantik memastikan hasil seperti itu, tetapi hasil ini bukan yang terbaik.... ”(P10).

Tabel 1
Informasi umum peserta.

n	Jenis kelamin	Usia	Posisi	Durasi yang bertanggung jawab (dalam tahun)
P1	Pria	47	Direktur Kesejahteraan dan Keselamatan Masyarakat Kantor Kecamatan	20
P2	Perempuan	32	Perawat Komunitas	10
P3	Perempuan	35	Kepala desa	5
P4	Pria	40	Perawat komunitas	7
P5	Perempuan	37	Perawat komunitas	11
P6	Perempuan	33	Perawat komunitas	17
P7	Perempuan	35	Kepala desa	5
P8	Perempuan	37	Kepala desa	3
P9	Perempuan	40	Kepala desa	5
P10	Perempuan	47	Relawan Kesehatan	13
P11	Perempuan	31	Masyarakat Kepala Desa	4
P12	Perempuan	30	Perawat komunitas	15
P13	Perempuan	43	Relawan kesehatan masyarakat	12

BAB 6

RENCANA TAHAPAN BERIKUTNYA

6.1 Rencana Jangka Pendek :

Publikasi ilmiah pada jurnal nasional ber-ISSN dan ESSN

6.2 Rencana Jangka Panjang :

Dapat dijadikan informasi dan pengetahuan dalam bidang kesehatan tentang tindakan *aff sheath radialis* dan *aff sheath femoralis* masa inflamasi pada post cateterisasi jantung di ruang *ICCU* Rsud Dr.Mohamad Soewandhie Surabaya

BAB 7 PENUTUP

7.1 Kesimpulan

Modal sosial merupakan fitur yang tertanam dalam masyarakat. Modal sosial berupa norma, kepercayaan, dan jaringan ditunjukkan melalui berbagai kegiatan masyarakat seperti perkumpulan masyarakat, pembentukan kelompok pemantau jentik, kerja sukarela, upaya perubahan perilaku, dan kerjasama lintas sektor.

Lampiran A. Data tambahan

Data tambahan yang terkait dengan artikel ini dapat ditemukan di <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.10.003>.

7.2 Saran

1. Perawat

Perawat dapat melakukan modal sosial dalam memerangi demam berdarah di pinggiran kota Surabaya, Indonesia.

2. Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini dapat dikembangkan dengan menambah jumlah sampel yang lebih banyak dan waktu penelitian yang lebih lama. Lakukan observasi, wawancara modal sosial dalam memerangi demam berdarah di pinggiran kota Surabaya, Indonesia.

3. Bagi responden

Pasien diharapkan merasa puas dan jelas terhadap modal sosial dalam memerangi demam berdarah di pinggiran kota Surabaya, Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

- Edisi 15- sorotan tentang demam berdarah Di Asia Tenggara. Masalah demam berdarah [WWWdocument].URL, <http://www.denguematters.info/content/issue-15-spotlight-demam-berdarah-asia-tenggara>.
- Karyanti MR, Uiterwaal CSPM, Kusriastuti R, Hadinegoro SR, Rovers MM, Heesterbeek H, dkk. Perubahan Insiden Demam Berdarah Dengue di Indonesia: Analisis Berbasis Registri 45 Tahun. *BMC Infect Dis* 2014;14:412.
- Andriyansyah. Januari, bulan demam berdarah di Jatim. merdeka.com [dokumen WWW]. URL,<http://www.merdeka.com/peristiwa/januari-bulan-demam-berdarah-di-jatim.html>; 2015.
- Castro M, Sanchez L, Perez D, Carbonell N, Lefevre P, Vanlerberghe V, dkk. Sebuah strategi pemberdayaan masyarakat tertanam dalam program pengendalian vektor demam berdarah rutin: uji coba terkontrol secara acak cluster. *R Soc Trop Med Hyg* 2012;106(5):315e21.
- Suwanbamrung C. Sebuah model pengembangan kapasitas masyarakat untuk solusi masalah demam berdarah berkelanjutan di Thailand Selatan. *Kesehatan* 2011;03(09)::584e601.
- [1] Sanchez L, Perez D, Cruz G, Castro M, Kouri G, Shkedy Z, dkk. Koordinasi lintas sektor, pemberdayaan masyarakat dan pencegahan demam berdarah: intervensi terkontrol enam tahun di Kota Paya, Havana, Kuba. *Trop Med Int Health TM IH* 2009;14(11):1356e64. Toledo ME, Vanlerberghe V, Baly A, Ceballos E, Valdes L, Searret M, dkk. Menuju partisipasi aktif masyarakat dalam pengendalian vektor demam berdarah: hasil dari penelitian tindakan di Santiago de Cuba, Kuba. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2007;101(1):56e63.
- Tana S, Umniyati S, Petzold M, Kroeger A, Sommerfeld J. Membangun dan menganalisis intervensi pengelolaan ekosistem demam berdarah berbasis komunitas yang inovatif di Yogyakarta, Indonesia. *Pathogens Glob Health* 2012;106(8):469e78.
- Parks W, Lloyd L. Merencanakan mobilisasi dan komunikasi sosial untuk pencegahan dan pengendalian demam berdarah: panduan langkah demi langkah. 2004. WHO/CDS/WMC/ 2004.2; TDR/STR/SEB/DEN/04,1.
- [2] Therawiwat M, Fungladda W, Kaewkungwal J, Imamee N, Steckler A. Pendekatan berbasis komunitas untuk pencegahan dan pengendalian demam berdarah dengue di Provinsi Kanchanaburi, Thailand. *Kesehatan Masyarakat J Trop Med Asia Tenggara* 2005;36(6):1439e49.

Pers Universitas Princeton; 1993.

LAMPIRAN

1. Laporan keuangan

NO	HONOR KEGIATAN	VOLUME	SATUAN	JUMLAH	TOTAL
1	Honorarium Tim Peneliti (Ketua)	1	Orang	Rp 500.000,00	Rp 500.000,00
2	Honorarium Tim Peneliti (Anggota 1)	1	Orang	Rp 500.000,00	Rp 500.000,00
3	Honorarium Tim Peneliti (Anggota 2)	1	Orang	Rp 500.000,00	Rp 500.000,00
Sub Total					Rp 1.500.000,00
NO	BELANJA BAHAN HABIS	VOLUME	SATUAN	JUMLAH	TOTAL
1	Kertas HVS	3	Rim	Rp 100.000,00	Rp 300.000,00
2	Tinta Printer	1	Tube	Rp 400.000,00	Rp 400.000,00
3	Data Kuota Internet	3	10 GB	Rp 100.000,00	Rp 300.000,00
4	Alat Tulis	1	Set	Rp 100.000,00	Rp 100.000,00
5	X-Banner	2	PCS	Rp 450.000,00	Rp 900.000,00
6	Penggandaan Laporan	10	Eks	Rp 70.000,00	Rp 700.000,00
Sub Total					Rp 2.700.000,00
NO	Lain-lain	VOLUME	SATUAN	JUMLAH	TOTAL
1	Perjalanan Belanja Alat dan Bahan	6	Kali	Rp 50.000,00	Rp 300.000,00
2	Perjalanan Melakukan Penelitian	5	Kali	Rp 100.000,00	Rp 500.000,00
3	Publikasi Jurnal	2	Kali	Rp 2.000.000,00	Rp 4.000.000,00
4	Publikasi di Media Massa	4	Kali	Rp 250.000,00	Rp 1.000.000,00
Sub Total					Rp 5.800.000,00
TOTAL PENGELUARAN					Rp 10.000.000,00

2. Lampiran Jadwal Penelitian

NO	KEGIATAN	Bulan Desember - Juni					
		1	2	3	4	5	6
1	Mengadakan pertemuan awal antara ketua dan tim pembantu peneliti						
2	Menetapkan rencana jadwal kerja dan Menetapkan pembagian kerja						
3	Menetapkan desain penelitian dan Menentukan instrument penelitian						
4	Menyusun proposal dan Mengurus perijinan penelitian						
5	Mempersiapkan, menyediakan bahan dan peralatan penelitian						
6	Melakukan Penelitian						
7	Melakukan pemantauan atas pengumpulan data, Menyusun dan mengisi format tabulasi, Melakukan analisis data, Menyimpulkan hasil analisis, Membuat tafsiran dan kesimpulan hasil serta membahasnya						
8	Menyusun laporan penelitian						