

LAPORAN PENELITIAN HIBAH INTERNAL



**Modal Sosial Dan Penatalaksanaan Demam Berdarah Di
Kecamatan Buang Ngem Thailand: Studi Kasus**

TIM PENGUSUL

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

(0731108102)

Anis Rosyiatul Husna, S.Kep., Ns., M.Kes

(0729088604)

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURABAYA

TAHUN 2017/2018

LEMBAR PENGESAHAN

PENELITIAN HIBAH INTERNAL

Judul Penelitian : Modal Sosial Dan Penatalaksanaan Demam Berdarah Di Kecamatan Buang Nagem Thailand: Studi Kasus

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 : Anis Rosyiatul Husna, S.Kep., Ns., M.Kes

b. NIDN : 0731108102

c. Perguruan Tinggi : Universitas Muhammadiyah Surabaya

Anggota Peneliti 2

a. Nama mahasiswa : Asmaul Husna

b. NIM : 20151660033

Anggota Peneliti 3


a. Nama mahasiswa : Putri

b. NIM : 20151660035

Surabaya, 13 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.	
HALAMAN PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
DAFTAR ISI	iii
ABSTRAK	iv
ABSTRACT	v
BAB 1	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
BAB 2	5
2.1 Komunitas dan Sosial Capital	5
BAB 3	27
1.1 Tujuan	27
Mengevaluasi bentuk Modal Sosial dan Penatalaksanaan Demam Berdarah Di Kecamatan Buang Ngern, Thailand : Studi Kasus	27
1.2 Manfaat	27
BAB 4	29
1.1 Desain penelitian	29
1.2 Studi Kasus.....	29
1.3 Pengumpulan data dan analisa data	30
1.4 Etik penelitian.....	31
BAB 5	32
5.1 Gambaran Lokasi Penelitian	32
5.2 Pembahasan.....	36
BAB 6	39
6.1 Rencana Jangka Pendek.....	39
6.2 Rencana Jangka Panjang.....	39
BAB 7	40
5.1 Simpulan	40
5.2 Saran	40
LAMPIRAN	44
Lampiran 1 Laporan Keuangan Penelitian	44
Lampiran 2 Jadwal Pelaksanaan Penelitian	45

ABSTRAK

MODAL SOSIAL DAN PENATALAKSANAAN DEMAM BERDARAH DI KECAMATAN BUANG NGERN, THAILAND : STUDI KASUS

Tujuan mendeskripsikan keberadaan modal sosial dalam penanggulangan demam berdarah di kecamatan buang, Thailand

Metode penelitian ini menggunakan studi kasus berbasis terapi sosial.

Hasil Dalam studi kasus di Buang NgerN menunjukkan bahwa masyarakat yang memiliki tingkat modal sosial yang tinggi dapat menurunkan kejadian demam berdarah secara signifikan dengan menjalin kerjasama dengan berbagai sektor, seperti; Anggota Rumah Tangga, Kelompok Ibu Rumah Tangga, Relawan Kesehatan Desa, Organisasi Perangkat Daerah, Komite Kesehatan Desa, Relawan Kesehatan Dan Tenaga Kesehatan Di Puskesmas. Kerjasama yang melibatkan beberapa kelompok masyarakat akan sulit terjadi tanpa adanya tingkat kepercayaan yang tinggi antar kelompok, norma sosial dan jaringan antar anggota masyarakat. Kesimpulan Modal sosial sebagai salah satu ciri yang ada di masyarakat memiliki keunggulan jika dapat dimanfaatkan dengan baik. Dalam program pencegahan dan penanggulangan DBD berbasis masyarakat yang membutuhkan kerjasama lintas sektoral, modal sosial dapat menjadi jembatan antar kelompok dalam memberikan kontribusi sesuai peran dan fungsi masing-masing kelompok.

Kata Kunci: Demam Berdarah, Modal Sosial, Kohesi

ABSTRACT

SOCIAL CAPITAL AND MANAGEMENT OF Dengue Fever IN BUDANG NGERN DISTRICT, THAILAND : A CASE STUDY

Objective to describe the existence of social capital in managing dengue fever in buang subdistrict, Thailand

Method this study use case study based on the therapy of social.

Result In the case study on Buang Ngerm shows that the community which have high level of social capital could be able to reduce the incidence of dengue fever significantly by cooperating with various sectors, such as; Household Members, Housewife Group, Village Health Volunteers, Local Administrative Organization, Village Committee Health, Health Volunteers And Health Workers In Health Centers. Cooperation which involving several community groups will be difficult to occur in the absence of a high level of trust between groups, social norms and networks among community members. Conclusion Social capital as one of the features that exist in the community is having advantage if could be used appropriately. In the community based dengue fever prevention and control program which require inter-sectoral cooperation, social capital can become a bridge between groups in giving contribution based on the role and function of each group.

Keyword: Dengue, Social capital, Cohesion

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Komunitas diorganisir dan dipengaruhi oleh unit yang lebih besar, seperti kotamadya, distrik, kabupaten dan unit administrasi lokal, tetapi sistem kesehatan pada akhirnya bersinggungan dengan kehidupan masyarakat di ruang komunitas lokal mereka. Dukungan sosial, modal sosial, pemberdayaan untuk membuat keputusan dan kepercayaan antar individu dalam suatu komunitas merupakan penentu penting dari penggunaan dan hasil layanan kesehatan, bahkan dalam kategori yang lebih besar. Dinamika dan hubungan dalam masyarakat dan antara masyarakat dan lingkungan mereka mempengaruhi status kesehatan secara langsung. Kekuatan eksternal yang kuat, termasuk globalisasi, ekonomi dan politik, adalah konteks di mana komunitas berfungsi.

Konteks komunitas adalah alam semesta mini dari dinamika sosial, politik, asosiasi, ekonomi, kekuasaan dan budaya yang kompleks, menyediakan teater yang berbeda untuk menyediakan layanan kesehatan dan memfasilitasi perubahan perilaku daripada di fasilitas kesehatan. Beberapa komunitas mungkin terdiri dari populasi yang relatif homogen (apakah itu suku, kelompok budaya, atau afiliasi agama yang sama), sementara komunitas lain mungkin cukup heterogen. Beberapa komunitas mungkin stabil, sementara yang lain memiliki tingkat migrasi yang tinggi di musim-musim tertentu. Komunitas juga sangat berbeda dalam tingkat kohesi sosial; seringkali mereka terdiri dari berbagai etnis atau

kelompok kasta atau klan, yang identitasnya tidak pada tingkat komunitas yang ditentukan secara geografis atau spasial. Komunitas akan mencerminkan sistem nilai khusus untuk wilayah, negara-bangsa, agama atau atribut budaya lainnya. Sementara nilai-nilai barat fokus pada perubahan perilaku individu dan aktualisasi individu, banyak sistem Afrika dan Asia fokus pada prosedur kelompok dan program hubungan untuk meningkatkan hubungan kepercayaan satu lawan satu.

Masyarakat menghadirkan tantangan yang berbeda dari sistem pemberian layanan kesehatan standar dan pendekatan kesehatan masyarakat skala besar,

sebagai entitas yang dinamis dan berkembang. Demografi dan epidemiologi pasti akan berubah seiring waktu. Kegiatan pencegahan dan promosi kesehatan yang berdampak tinggi—seperti promosi pemberian ASI eksklusif, pemberian makanan bayi dan anak, perencanaan persalinan, penggunaan kelambu berinsektisida (ITN) untuk pencegahan demam berdarah dan malaria serta perawatan bayi baru lahir yang esensial—sangat tinggi nilainya. penting dalam pengaturan komunitas. Dalam situasi seperti itu, pendekatan perubahan perilaku yang efektif sangat penting jika dibandingkan dengan pengaturan fasilitas di mana prosedur medis yang lebih kompleks dipromosikan untuk dampak maksimal.

Komunitas, sebagai sistem lokal, memiliki karakteristik dasar yang sama untuk semua sistem. Arsitektur mereka adalah dinamis dan dibangun di atas peluang dan interaksi baik di dalam komunitas maupun antara komunitas dan kekuatan luar, seperti sistem kesehatan. Setiap intervensi, dari yang paling sederhana hingga yang paling kompleks, akan berdampak pada sistem komunitas secara keseluruhan. 3 Apa yang tampak seperti solusi yang jelas untuk suatu masalah terkadang dapat memperburuk masalah atau memiliki efek yang tidak terduga karena masalah tersebut merupakan bagian dari sistem dinamis yang lebih luas.

Pada tingkat organisasi, komunitas yang berfungsi tinggi menopang dan mendukung sistem kesehatan yang efektif. Yayasan ini mencakup jaringan hubungan yang mendukung, asosiasi masyarakat untuk mendukung masyarakat miskin, pilihan layanan kesehatan yang efektif dan adil, dan lembaga masyarakat yang memantau hasil kesehatan dan kualitas layanan. Komunitas yang kuat juga memungkinkan sistem kesehatan pemerintah untuk menginvestasikan sumber daya kesehatannya yang terbatas dengan memanfaatkan sumber daya dan aset lokal. Bagaimanapun, pengasuh, keluarga dan masyarakat pada akhirnya adalah produsen utama dari hasil kesehatan yang baik.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana bentuk Modal Sosial dan Penatalaksanaan Demam Berdarah Di Kecamatan Buang Ngern, Thailand : Studi Kasus ?

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Komunitas dan Sosial Capital

Modal sosial, yang didefinisikan oleh Robert Putnam sebagai "hubungan antar individu dalam jaringan sosial dan norma timbal balik dan kepercayaan yang muncul dari mereka," telah menunjukkan hubungan positif dengan kesehatan dan hasil masyarakat lainnya. Modal sosial adalah derajat dan kualitas jaringan sosial, norma-norma timbal balik, bantuan timbal balik dan kepercayaan yang mengikat individu-individu yang sama dalam suatu komunitas bersama-sama atau menjembatani orang-orang yang berbeda bersama-sama. Putnam menunjukkan bahwa tingkat modal sosial membedakan kota-kota yang lebih sukses dari kota-kota yang kurang sukses yang diukur dengan keterkaitan luas yang ada di antara warga. Dukungan dari individu dan modal sosial kognitif (yaitu, kepercayaan, harmoni sosial) telah ditemukan terkait dengan status gizi anak di empat negara.

Modal sosial komunitas telah dikaitkan dengan berbagai variabel status kesehatan komunitas melalui mekanisme yang berbeda seperti mengurangi atau menyangga stres, melatih dan mendorong praktik yang sehat, memberikan informasi untuk memperluas basis pengetahuan seseorang tentang kesehatan dan meningkatkan tanggung jawab untuk kesejahteraan orang lain. . Organisasi masyarakat dan modal sosial juga telah menghasilkan efek positif dalam membantu keluarga keluar dari kemiskinan dengan mendukung rumah tangga untuk mengatasi penyakit dan kejadian negatif dengan lebih baik, dan memungkinkan investasi dalam kegiatan berbasis lahan (seperti produksi ternak atau pengelolaan sumber daya alam) yang menyediakan sumber pendapatan pedesaan.

Modal sosial memfasilitasi kerjasama dan menurunkan biaya bekerja sama, terutama melalui empat mekanisme: 1) Kepercayaan di antara orang-orang mengurangi biaya transaksi mereka karena mereka memiliki kewajiban

sosial dan bertindak seperti yang diharapkan. Kepercayaan dan kerjasama membutuhkan waktu untuk dibangun, terutama ketika sebuah komunitas diliputi oleh ketidakpercayaan, dan mudah retak; 2) Korespondensi dan hubungan lanjutan perdagangan yang dalam jangka panjang diganti, berkontribusi pada peningkatan komitmen jangka panjang antar individu; 3) Aturan, standar, dan sanksi umum yang biasanya disepakati dalam menawarkan bantuan menempatkan antarmuka berkumpul di atas antarmuka orang, dan memberdayakan orang untuk meminta kegiatan untuk menjamin terpenuhinya hak-hak mereka; dan 4) Keterhubungan vertikal dan datar antara dan di antara sistem dan tandan menawarkan bantuan menjembatani beragam fokus pandang, dan meningkatkan kapasitas masyarakat untuk mengunci dengan kantor luar atau pengaturan dampak. Semakin banyak hubungan, semakin baik.

2.2 Demam Berdarah Dengue

Dengue ialah suatu infeksi arbovirus (*arthrop-borne virus*) akut, ditularkan oleh nyamuk spesies *Aedes* (FK UI, 1985, hlm. 607). Dengue Hemorrhagic fever (DHF) atau Demam berdarah dengue adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus dengue dan ditularkan melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti* (Nursalam, 2005). Penyakit ini dapat menyerang semua orang dan dapat mengakibatkan kematian, terutama pada anak. Penyakit ini juga sering menimbulkan kejadian luar biasa atau wabah.

Demam berdarah dengue atau DHF adalah penyakit demam akut yang disebabkan oleh empat serotipe virus dengue dan ditandai dengan empat gejala klinis utama yaitu demam yang tinggi, manifestasi perdarahan, hepatomegali, dan tanda-tanda kegagalan sirkulasi sampai timbulnya renjatan (sindroma renjatan dengue) sebagai akibat dari kebocoran plasma yang dapat menyebabkan kematian (Soe soegijanto, 2002).

Demam berdarah dengue adalah penyakit demam akut dengan ciri-ciri demam manifestasi perdarahan, dan bertendendi mengakibatkan renjatan yang dapat menyebabkan kematian (Mansjoer, 2005). Puncak kasus DBD terjadi pada musim hujan yaitu bulan Desember sampai dengan Maret.

Demam berdarah dengue adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh Virus dengue (arbovirus) yang masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti* (Suriadi, 2010). Menurut Aziz Alimul H. (2006) Dengue Haemorargic Fever (DHF) merupakan penyakit yang disebabkan oleh karena virus dengue yang termasuk golongan arbovirus melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* betina. Penyakit ini lebih dikenal dengan sebutan Demam Berdarah Dengue (DBD).

Demam berdarah dengue ialah penyakit yang terutama terdapat pada anak dengan gejala utama demam, nyeri otot dan sendi, yang biasanya memburuk setelah dua hari pertama (Soeparman, 1993).

2.3 Epidemiologi

Infeksi virus dengue pada manusia mengakibatkan suatu spektrum manifestasi klinis yang bervariasi antara penyakit paling ringan (*mild undifferentiated febrile illness*), *dengue fever*, *dengur hemorrhagic fever (DHF)* dan *dengue shock syndrome (DSS)*; yang terakhir dengan mortalitas tinggi yang disebabkan renjatan dan perdarahan hebat (FK UI, 1985). Gambaran manifestasi klinis yang bervariasi ini dapat disamakan dengan sebuah gunung es. DHF dan DSS sebagai kasus-kasus yang dirawat di rumah sakit merupakan puncak gunung es yang kelihatan diatas permukaan laut, sedangkan kasus-kasus dengue ringan (demam dengue dan silent dengue infection) merupakan dasar gunung es. Diperkirakan untuk setiap kasus renjatan yang dijumpai di rumah sakit, telah terjadi 150 – 200 kasus *silent dengue infection*.

Wabah demam dengue di Eropa meletus pertama kali pada tahun 1784, sedangkan di Amerika Selatan wabah itu muncul diantara tahun 1830 – 1870. Di Afrika wabah demam dengue hebat terjadi pada tahun 1871 – 1873 dan di Amerika Serikat pada tahun 1922 terjadi wabah demam dengue dengan 2 juta penderita.

Dalam kurun waktu 4 tahun yaitu pada tahun 2007-2010, kasus DBD di Indonesia meningkat tiap tahunnya. Terdapat dua puncak epidemik di tahun 2007 terdapat 158.115 kasus dan 2009 terdapat sekitar 158.912 kasus. Pada

tahun 2008 terdapat 137.469 kasus (Insiden Rate = 59,02 per 100.000 penduduk) dan tahun 2010 mencapai sekitar 140.000 kasus.

Provinsi Jawa Tengah dapat dikatakan sebagai provinsi yang endemis untuk penyakit DBD. Berdasarkan data dari profil kesehatan Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2007 terdapat sebanyak 20.565 kasus, tahun 2008 sebanyak 19.307 kasus, tahun 2009 kasus turun menjadi 18.728 kasus dan pada tahun 2010 sekitar 17.000 kasus DBD.

Di beberapa negara penularan virus dengue dipengaruhi oleh adanya musim, jumlah kasus biasanya meningkat bersamaan dengan peningkatan curah hujan. Di Indonesia pengaruh musim terhadap DBD tidak begitu jelas, akan tetapi secara garis besar dapat dikemukakan bahwa jumlah penderita meningkat antara bulan September sampai Februari dan mencapai puncaknya pada bulan Januari. Di daerah urban yang berpenduduk padat puncak penderita adalah bulan Juni-Juli hal ini bertepatan dengan awal musim kemarau. Dari pengamatan di Surabaya antara tahun 1987-1991 menunjukkan bahwa distribusinya berubah-ubah dan puncaknya mengikuti pola perubahan kejadian musim hujan ke musim panas atau sebaliknya.

Demikian juga data yang ada pada instalasi rawat inap di bagian ilmu kesehatan anak RSUD Dr. Soetomo pada tahun 1997, polanya tidak banyak perbedaan. Dikemukakan bahwa banyaknya kasus DBD tersebut ada hubungannya dengan kepadatan nyamuk dewasa dan jentik nyamuk *Aedes aegypti* yang sering dijumpai ditempat penampungan air akibat curah hujan.

Walaupun DHF bisa mengenai semua kelompok umur, namun terbanyak pada anak dibawah umur 15 tahun. Di Indonesia, Suroso (1997) mengemukakan bahwa penderita demam berdarah dengue terbanyak umur 5-14 tahun.

2.4 Etiologi

- Virus dengue

Berdiameter 40 monometer dapat berkembang biak dengan baik pada berbagai macam kultur jaringan baik yang berasal dari sel – sel mamalia,

maupun sel – sel Arthropoda misalnya sel aedes Albopictus. (Soedarto, 1990; 36).

- Vektor : nyamuk aedes aegypti

Yaitu nyamuk aedes aegypti, nyamuk aedes albopictus, aedes polyne siensis, infeksi dengan salah satu serotipe akan menimbulkan antibodi seumur hidup terhadap serotipe bersangkutan tetapi tidak ada perlindungan terhadap serotipe jenis yang lainnya (Arief Mansjoer &Suprohaita; 2000; 420).

- Host : pembawa

Jika seseorang mendapat infeksi dengue untuk pertama kalinya maka ia akan mendapatkan imunisasi yang spesifik tetapi tidak sempurna, sehingga ia masih mungkin untuk terinfeksi virus dengue yang sama tipenya maupun virus dengue tipe lainnya.

2.5 Patofisiologi

Virus dengue akan masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk aedes aegypti dan kemudian bereaksi dengan antibodi dan terbentuklah kompleks virus antibodi, dalam sirkulasi akan mengaktifasi sistem komplemen. Akibat aktivasi C3 dan C5 akan dilepas C3a dan C5a, dua peptida yang berdaya untuk melepaskan histamin dan merupakan mediator kuat sebagai faktor meningginya permeabilitas dinding pembuluh darah dan menghilangkan plasma melalui endotel dinding itu.

Virus Dengue masuk ke dalam tubuh manusia melalui gigitan nyamuk terjadi viremia, yang ditandai dengan demam mendadak tanpa penyebab yang jelas disertai gejala lain seperti sakit kepala, mual, muntah, nyeri otot, pegal di seluruh tubuh, nafsu makan berkurang dan sakit perut, bintik-bintik merah pada kulit. Kelainan dapat terjadi pada sistem retikulo endotel atau seperti pembesaran kelenjar-kelenjar getah bening, hati, dan limpa. Pelepasan zat anafilaktoksin, histamin, dan serotonin serta aktivitas dari sistem kalikrein menyebabkan peningkatan permeabilitas dinding kapiler/vaskuler sehingga cairan dari intravaskuler keluar ke ekstrasvaskuler atau terjadinya pembesaran plasma akibatnya terjadi pengurangan volume plasma yang terjadi

hipovolemia, penurunan tekanan darah, hemokonsentrasi, hipoproteinemia, efusi dan renjatan. Selain itu sistem retikulo endotel bisa terganggu sehingga menyebabkan reaksi antigen antibodi yang akhirnya bisa menyebabkan Anaphylaxia.

Akibat lain dari virus dengue dalam peredaran darah akan menyebabkan depresi tulang belakang sehingga akan terjadi trombositopenia. Terjadinya trombositopenia, menurunnya fungsi trombosit dan menurunnya faktor koagulasi (protambin, faktor V, VII, IX, X dan fibrinogen) merupakan faktor penyebab terjadinya perdarahan hebat, terutama perdarahan saluran gastrointestinal pada DHF.

Yang menentukan beratnya penyakit adalah meningginya permeabilitas dinding pembuluh darah, menurunnya volume plasma, terjadinya hipotensi, trombositopenia dan diatesis hemoragik. Renjatan terjadi secara akut.

Hematokrit meningkat bersamaan dengan hilangnya plasma melalui endotel dinding pembuluh darah. Dan dengan hilangnya plasma klien mengalami hypovolemik. Apabila tidak diatasi bisa terjadi anoksia jangan asidosis dan kematian.

2.6 Manifestasi Klinis

Infeksi virus dengue mengakibatkan manifestasi klinis yang bervariasi mulai dari asimtomatik, penyakit paling ringan, demam dengue, demam berdarah dengue sampai syndrome syok dengue. Timbulnya bervariasi berdasarkan derajat Demam berdarah dengue.

Fase pertama yang relatif ringan dengan demam mulai mendadak, malaise muntah, nyeri kepala, anoreksia, dan batuk. Pada fase kedua ini penderita biasanya menderita ekstremitas dingin, lembab, badan panas, muka merah, keringat banyak, gelisah, iritabel, dan nyeri mid-epigastrik. Seringkali ada petekie tersebar pada dahi dan tungkai, ekimosis spontan mungkin tampak, dan mudah memar serta berdarah pada tempat fungsi vena adalah lazim. Ruam makular atau makulopopular mungkin muncul dan mungkin ada sianosis sekeliling mulut dan perifer. Nadi lemah cepat dan kecil dan suara jantung halus. Hati mungkin membesar sampai 4-6 cm dibawah tepi costa dan biasanya

keras agak nyeri. Kurang dari 10% penderita ekimosis atau perdarahan saluran cerna yang nyata, biasanya pasca masa syok yang tidak terkoreksi.

Menurut patokan dari WHO pada tahun 1975, diagnosa DBD (DHF) harus berdasarkan adanya gejala klinik sebagai berikut :

1. Demam tinggi mendadak dan terus menerus selama 2-7 hari (tanpa sebab jelas).
2. Manifestasi perdarahan: paling tidak terdapat uji turnikel positif dari adanya salah satu bentuk perdarahan yang lain misalnya positif, ekimosis, epistaksis, perdarahan yang lain misalnya petekel, ekimosis, epistaksis, perdarahan gusi, melena, atau hematemesis.
3. Pembesaran hati (sudah dapat diraba sifat permulaan sakit).
4. Syok yang ditandai nadi lemah, cepat, disertai tekanan nadi yang menurun (menjadi 20 mmHg atau kurang), tekanan darah menurun (tekanan sistolik menurun sampai 80 mmHg atau kurang), disertai kulit yang teraba dingin dan lembab terutama pada ujung hidung, jari dan kaki, pasien menjadi gelisah, timbul sianosis disekitar mulut.

Selain demam, perdarahan yang merupakan ciri khas DHF gambaran klinik lain yang tidak khas dan biasa dijumpai pada penderita DHF adalah :

1. Keluhan pada sistem pernapasan seperti batuk pilek.
2. Keluhan pada sistem pencernaan seperti mual, muntah, anoreksia, kontipasi, diare, susah menelan.
3. Keluhan sistem tubuh yang lain seperti nyeri atau sakit kepala, sakit otot, tulang dan sendi, nyeri abdomen, nyeri ulu hati, pegal-pegal pada saluran tubuh.
4. Temuan laboratorium yang mendukung seperti trombositopenia dan hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit lebih dari sama dengan 20 %).

2.7 Klasifikasi

Mengingat derajat beratnya penyakit bervariasi dan sangat erat kaitannya dengan pengelolaan dan prognosis, WHO (1975) membagi DHF dalam 4 derajat setelah kriteria laboratorik terpenuhi.

- Derajat I : Demam disertai gejala klinis lain atau perdarahan spontan, uji tournikel positif, trombositopeni dan hemokonsentrasi.
- Derajat II : Derajat I disertai perdarahan spontan dikulit dan atau perdarahan lain.
- Derajat III : Kegagalan sirkulasi: nadi cepat dan lemah, hipotensi kulit dingin, lembab, gelisah.
- Derajat IV : Renjatan berat, denyut nadi dan tekanan darah tidak dapat diukur.

2.8 Komplikasi

Adapun komplikasi dari penyakit demam berdarah diantaranya :

a. Perdarahan luas.

Perdarahan pada DHF disebabkan adanya perubahan vaskuler, penurunan jumlah trombosit (trombositopenia) $<100.000 /\text{mm}^3$ dan koagulopati, trombositopenia, dihubungkan dengan meningkatnya megakariosit muda dalam sumsum tulang dan pendeknya masa hidup trombosit. Tendensi perdarahan terlihat pada uji tourniquet positif, petechi, purpura, ekimosis, dan perdarahan saluran cerna, hematemesis dan melena.

b. Kegagalan sirkulasi

DSS (Dengue Syok Sindrom) biasanya terjadi sesudah hari ke 2 – 7, disebabkan oleh peningkatan permeabilitas vaskuler sehingga terjadi kebocoran plasma, efusi cairan serosa ke rongga pleura dan peritoneum, hipoproteinemia, hemokonsentrasi dan hipovolemi yang mengakibatkan berkurangnya aliran balik vena (venous return), preload, miokardium volume sekuncup dan curah jantung, sehingga terjadi disfungsi atau kegagalan sirkulasi dan penurunan sirkulasi jaringan.

DSS juga disertai dengan kegagalan hemostasis mengakibatkan aktivitas dan integritas system kardiovaskur, perfusi miokard dan curah jantung menurun, sirkulasi darah terganggu dan terjadi iskemia jaringan dan kerusakan fungsi sel secara progresif dan irreversibel, terjadi kerusakan sel dan organ sehingga pasien akan meninggal dalam 12-24 jam.

c. Hapatomegali

Hati umumnya membesar dengan perlemakan yang berhubungan dengan nekrosis karena perdarahan, yang terjadi pada lobulus hati dan sel sel kapiler. Terkadang tampak sel netrofil dan limposit yang lebih besar dan lebih banyak dikarenakan adanya reaksi atau kompleks virus antibody.

d. Efusi pleura

Efusi pleura karena adanya kebocoran plasma yang mengakibatkan ekstrasvasasi aliran intravaskuler sel hal tersebut dapat dibuktikan dengan adanya cairan dalam rongga pleura bila terjadi efusi pleura akan terjadi dispnea, sesak napas.

2.9 Pemeriksaan Penunjang

a. Darah

- 1) Trombosit menurun.
- 2) HB meningkat lebih 20 %.
- 3) HT meningkat lebih 20 %.
- 4) Leukosit menurun pada hari ke 2 dan ke 3.
- 5) Protein darah rendah.
- 6) Ureum PH bisa meningkat.
- 7) NA dan CL rendah

b. Serology : HI (hemagglutination inhibition test)

- 1) Rontgen thorax : Efusi pleura.
- 2) Uji test tourniket (+)

Tes torniket dilakukan dengan menggembungkan manset tekanan darah pada lengan atas sampai titik tengah antara tekanan sistolik dan diasolik selama 5 menit. Tes dianggap positif bila ada petekie 20 atau lebih per 2,5 cm (1 inchi). Tes mungkin negatif atau positif ringan selama fase syok berat. Ini biasanya menjadi positif kuat, bila tes dilakukan setelah pemulihan dari syok.

2.10 Penatalaksanaan

- a. Tirah baring
- b. Pemberian makanan lunak .
- c. Pemberian cairan melalui infus.
- d. Pemberian cairan intra vena (biasanya ringer lactat, nacl) ringer lactate merupakan cairan intra vena yang paling sering digunakan , mengandung Na^+ 130 mEq/liter , K^+ 4 mEq/liter, korekter basa 28 mEq/liter , Cl^- 109 mEq/liter dan Ca^{2+} 3 mEq/liter.
- e. Pemberian obat-obatan : antibiotic, antipiretik,
- f. Anti konvulsi jika terjadi kejang.
- g. Monitor tanda-tanda vital (T,S,N,RR).
- h. Monitor adanya tanda-tanda renjatan
- i. Monitor tanda-tanda perdarahan lebih lanjut
- j. Periksa HB,HT, dan Trombosit setiap hari.

BAB 3

TUJUAN DAN MANFAAT

3.1 Tujuan

Mengevaluasi bentuk Modal Sosial dan Penatalaksanaan Demam Berdarah Di Kecamatan Buang Ngern, Thailand : Studi Kasus

3.2 Manfaat

1) Bagi pasien

Sebagai pengetahuan baru mengenai pentingnya melakukan sosialisasi kepada masyarakat dalam penatalaksanaan modal sosial dalam menangani demam berdarah.

2) Bagi perawat

Sebagai pengetahuan baru untuk perawat memotivasi masyarakat agar dapat memberikan dukungan dan membantu dalam pemutusan rantai demam berdarah

3) Bagi peneliti

Sebagai bahan peningkatan wawasan untuk mengukur modal sosial dalam menangani demam berdarah.

4) Bagi mahasiswa

Sebagai bahan acuan penelitian skripsi selanjutnya dan pengembangan penemuan baru dalam riset keperawatan

BAB 4

STUDI KASUS

4.1 Desain penelitian

Desain penelitian merupakan hasil akhir dari suatu tahap keputusan yang dibuat oleh peneliti berhubungan dengan bagaimana suatu penelitian bisa diterapkan (Nursalam, 2016). Dari tujuan diatas peneliti menggunakan metode kualitatif dengan rancangan studi kasus.

4.2 Studi Kasus

Desa Bua-ngern adalah sebuah kecamatan kuno. Dulu wilayahnya luas yang meliputi kecamatan Ban-pharng, kecamatan Huana-kum, kecamatan Nong-no kabupaten Kra-nuan dan kecamatan Pung-tui kabupaten Namphong, provinsi Khon Kaen. Kepala desa pertama

adalah Tuan Sorn Montri (leluhur Keluarga Pinitmontri). Setelah itu, ia diberi gelar “Khun Bua-ngern-ngarm-rart” atas nama Desa Buangern (sekarang bernama Desa Nong Bua-ngern, Kecamatan Pung-tui, Kabupaten Namphong). Di masa lalu, desa tertua di kecamatan ini adalah Ban-pharng (Ban-pharng, distrik Kra-nuan). Itu dianggap sebagai desa pertama. Namun, desa itu terpisah dari kabupaten Bua-ngern. Meskipun kecamatan Bua-ngern terpisah, tetapi masih sangat besar sehingga sulit untuk diatur. Akibatnya, Pak Orn-sa Phojantha, kepala desa, memisahkan desa itu menjadi kecamatan Pung-tui. Saat ini, Kecamatan Bua-ngern menempati 17 desa.

Ada 2 Puskesmas yaitu Puskesmas Barn Pia-pharn (8 tenaga kesehatan) dan Puskesmas Barn Khok-yai (6 tenaga kesehatan). Puskesmas Barn Pia-pharn bertanggung jawab atas 13 desa sedangkan Puskesmas Barn Khok-yai bertanggung jawab atas 4 desa. Oleh karena itu, Puskesmas Barn Pia-pharn merupakan salah satu Puskesmas yang berada di Kecamatan Bua-ngern.

4.3 Pengumpulan data dan analisa data

4.3.1 Instrumen penelitian

Instrumen pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan instrumen lembar kuesioner.

1. Data demografi merupakan data tambahan untuk mengetahui resiko bias saat penelitian berlangsung. Terdiri dari usia ibu, pekerjaan, status pernikahan, pernikahan keberapa, penghasilan keluarga, jumlah anak, usia anak, suami tinggal serumah, jenis keluarga, kendala kehamilan, pengasuhan anak.

2. Lembar pengkajian dan observasi

Lembar pengkajian digunakan dengan berisikan beberapa form pertanyaan dan lembar observasi untuk mengevaluasi kondisi di lapangan

4.3.2 Lokasi penelitian

1. Tempat

Penelitian dilakukan di Puskesmas Barn Pia-Pharn dan Puskesmas Barn Khok-yai.

2. Waktu

Penelitian dilaksanakan mulai Desember 2017 – Juni 2018.

4.3.3 Cara pengumpulan data

Setelah kuesioner diisi oleh responden, data dikelolah dengan beberapa langkah, yaitu :

1. *Editing*

Editing adalah upaya untuk memeriksa kembali data yang dikumpulkan dan kebenaran data yang terkumpul. Editing dilakukan saat data sudah terkumpul atau saat tahap pengumpulan.

2. *Coding*

Coding adalah langkah pemberian kode berupa angka yang digunakan untuk mempermudah pengelompokan data.

3. *Scoring*

Scoring adalah langkah pemberian skor pada item-item yang akan diberi skor. Lembar pertanyaan kuesioner untuk dukungan suami yaitu dengan skor nilai sebagai berikut:

4. *Tabulating*

Tabulating dilakukan untuk penyusunan dan perhitungan data dari hasil *coding* untuk disajikan dalam bentuk tabel dan dilakukan observasi (Nursalam, 2016).

4.4 Etik penelitian

1) *Informed consent*

Memberikan lembar persetujuan menjadi responden kepada sampel dan menjelaskan maksud, tujuan penelitian dan dampaknya sehingga dapat mengurangi kejadian yang tidak diinginkan.

2) *Anonymity*

Menjaga kerahasiaan responden dengan tidak mencantumkan identitas, hanya menuliskan kode pada kuesioner yang diberikan.

3) *Confidentiality*

Informasi yang telah diberikan oleh responden akan dijaga kerahasiaannya oleh peneliti.

4) *Beneficence dan Non Malefence*

Penelitian yang dilakukan peneliti akan memberikan manfaat dan tidak memberikan kerugian pada responden.

5) *Justice*

Dalam penelitian tidak ada perbedaan dalam menilai / menyikapi responden.

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

5.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Di bawah ini adalah survei sederhana untuk mengetahui keberadaan modal sosial di beberapa desa dan juga kejadian demam berdarah di setiap desa. Survei modal sosial diukur dengan menggunakan alat penilaian modal sosial yang diadaptasi (ASCA T) yang sebelumnya digunakan oleh Yu Sato et al (2014) dalam penelitiannya di Laos. ASCA T diusulkan oleh Harpham et al dan telah dikembangkan validitas konstruksinya dari sebuah penelitian di Vietnam dan Peru. Alat ini dipilih karena kesesuaiannya dalam mencakup domain modal sosial yang meliputi; keanggotaan kelompok, dukungan kelompok, dukungan individu, kegiatan kewarganegaraan dan modal sosial kognitif.

Demam di daerah tangkapan air Puskesmas Fan Phia selama dua tahun terakhir. Meskipun angka kejadian DBD meningkat dari tahun 2012 ke tahun 2013, namun pada tahun 2014 tidak ditemukan kasus. Pada dua tahun sebelumnya, pada tahun 2010 dan 2011 masing-masing juga menunjukkan fluktuasi dengan kejadian 42 kasus dan 2 kasus. Data di atas juga menunjukkan kejadian demam berdarah di setiap desa dan desa Na fai nuae menunjukkan kejadian demam berdarah tertinggi dengan 22 kasus pada tahun 2013.

Table 1. Dengue Case in Phia Fan Community Health Center Catchment Area

No	Question	Mean	Max	Min
1	In the last 12 months, have you been an active member of any of the following type of groups in your village?	4.65	8	2
2	In the last 12 months, did you receive from the group any emotional help, economic help or assistance in helping you know or do things?	3.60	8	1
3	In the last 12 months, did you receive any support or help from any one of the following, this can be emotional help, economic help or assistance in helping you know or do things?	3.65	8	1
4	In the last 12 months, have you joined together with other villager members to address a problem or common issues ?	Yes		
5	In the last 12 months, have you joined together with other villager members to address a problem or common issues ?	Yes		
6	In the last 12 months, have you joined together with other villager members to address a problem or common issues ?	Yes		
7	In the last 12 months, have you joined together with other villager members to address a problem or common issues ?	Yes		
8	In the last 12 months, have you joined together with other villager members to address a problem or common issues ?	Yes		
9	In the last 12 months, have you joined together with other villager members to address a problem or common issues ?	No		

Tabel 2 menunjukkan gambaran modal sosial pada anggota masyarakat Buang Ngoen yang menunjukkan bahwa rata-rata mereka memiliki 5 kelompok yang mereka ikuti dalam setahun terakhir. Hal yang sama terlihat juga dari banyaknya kelompok yang memberikan bantuan atau dukungan berupa ekonomi dan emosional.

Data pada tabel 3 menunjukkan bahwa koperasi simpan pinjam merupakan kelompok yang paling sering memberikan bantuan kepada anggota masyarakat dengan jumlah 19,44% diikuti oleh petani/pertanian/peternakan dengan jumlah 18,06%. Selain itu rata-rata kelompok lain juga memberikan dukungan yang sama kepada anggotanya.

Table 2. Existence of Social Capital

No	Village	Village Number	Year		
			2012	2013	2014
1	Phia fan I	1		3	
2	Na fai nuae	2	1	22	
3	Non daeng	3	7	1	
4	Nong waeng	4		1	
5	Nong kung khi kwang	5	2	6	
6	Kham jan I	6		1	
7	Nong waeng dong	7	1	6	
8	Non sawan	10		3	
9	Khok lao	12	3	3	
10	Phia fan II	14		1	
11	Kham jan II	15			
12	Kham jan III	16			
13	Nong wang II	17			
	Total		14	51	
	Incidence Rate		0.18	0.61	0
	Case Fatality Rate		0	0	0

Table 3. Group membership

No	Group	N	%
1	Mass organization	8	11.11
2	Farmer/agriculture/livestock association	13	18.06
3	Political group	8	11.11
4	Religious group	11	15.28
5	Credit/funeral group	14	19.44
6	Sport group	7	9.72
7	Art and cultural group	9	12.50
8	Other	2	2.78

Table 4. Support from group

No	Group	N	%
1	Mass organization	11	11.96
2	Farmer/agriculture/livestock association	15	16.30
3	Political group	5	5.43
4	Religious group	17	18.48
5	Credit/funeral group	16	17.39
6	Sport group	9	9.78
7	Art and cultural group	8	8.70
8	Other	11	11.96

Table 5. Support from individual

No	Supporter	N	%
1	Family	13	17.33
2	Neighbor	14	18.67
3	Friend who are not neighbor	9	12.00
4	Village leader	14	18.67
5	Religious leader	9	12.00
6	Politicians	5	6.67
7	Government officials/civil servants/	5	6.67
8	Charitable organization/NGO	5	6.67
9	Others	1	1.33

Tabel 4. menunjukkan dari beberapa kelompok di masyarakat, tiga kelompok: kelompok agama, kelompok kredit / pemakaman dan asosiasi petani/ pertanian/ peternakan adalah kelompok yang paling banyak diikuti oleh anggota masyarakat. Selain itu, warga desa juga tergabung dan sebagai anggota aktif dari kelompok lain seperti relawan kesehatan, komite desa dan juga kelompok ibu rumah tangga.

Dari tabel 5 diketahui bahwa tetangga, kepala desa, keluarga adalah individu yang biasa memberi dukungan dan bantuan berturut-turut 18,67%; 18,67% dan 17,33%. selain itu ada juga individu lain yang telah berkontribusi dalam memberikan dukungan dan bantuan kepada anggota masyarakat yang membutuhkan bantuan. Data di atas juga menunjukkan gambaran dukungan individu, aktivitas sosial dan juga modal sosial kognitif. Dapat dikatakan bahwa mayoritas penduduk desa aktif dalam kegiatan masyarakat dalam setahun terakhir, dan penduduk desa juga memiliki tingkat kepercayaan dan rasa kebersamaan yang tinggi.

5.2 Pembahasan

Hasil studi kasus ini menunjukkan bahwa terdapat fluktuasi kejadian demam berdarah dengue di wilayah tangkapan air Puskesmas Buang Ngern dalam kurun waktu empat tahun. Untungnya, pada tahun 2014 sama sekali tidak ada kejadian demam berdarah. Tujuan studi kasus ini sebenarnya ingin melihat apakah ada modal sosial pada penduduk Buang Ngern dan bagaimana pengaruh modal sosial ini terhadap indikator kesehatan termasuk kejadian demam berdarah. Banyak penelitian telah menunjukkan bahwa masyarakat dengan tingkat modal sosial yang tinggi akan cukup mudah untuk membuat dan merancang suatu pemecahan masalah atau penyelesaian kasus. Dan juga diyakini bahwa modal sosial memiliki pengaruh terhadap kesehatan suatu komunitas.

Penelitian yang dilakukan oleh Rizanda Machmud (2014) di Indonesia menunjukkan bahwa pemanfaatan modal sosial akan berdampak pada penurunan kejadian demam berdarah secara signifikan. Bahkan pada tahun keempat setelah penelitian kejadian demam berdarah turun menjadi nol kasus. Rizanda Machmud menggunakan beberapa aspek modal sosial yaitu jaringan, kepercayaan dan norma timbal balik untuk menggerakkan masyarakat dan mengikuti partisipasi aktif dalam bentuk pengendalian dan pencegahan demam berdarah. Hasil serupa ditunjukkan oleh penelitian yang dilakukan oleh Susilowati Tana dkk (2012) di Yogyakarta. Dalam penelitian ini menunjukkan bahwa desa yang memiliki modal sosial yang tinggi mampu merancang

kegiatan yang mereka sesuaikan dengan kondisi lokal untuk pengendalian DBD, penelitian tersebut juga menyimpulkan bahwa program berbasis masyarakat yang awalnya agak sulit tetapi memberikan efek yang lebih luas. dan keberlanjutannya di masa depan.

Beberapa penelitian di Kuba dan Thailand juga menunjukkan hasil yang serupa. Salah satu penelitian yang dilakukan oleh Charuai Suwanbamrung (2011) di selatan Thailand menunjukkan masyarakat yang memiliki jaringan komunikasi yang baik dan akan memiliki hasil yang baik dari peningkatan kapasitas masyarakat dan akan mempengaruhi pola pencegahan dan model pengendalian demam berdarah yang sesuai. Hasil serupa ditunjukkan oleh Castro (2012); Sanchez (2009); Toledo (2007) yang melakukan penelitiannya di Kuba, beberapa hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kerjasama lintas sektoral dapat menurunkan jumlah kasus demam berdarah pada penduduk Kuba secara signifikan. Kerjasama ini tidak lain adalah suatu bentuk modal sosial yang di dalamnya terdapat landasan kepercayaan dan jaringan. Studi ini juga menunjukkan bahwa untuk memerangi penyakit kompleks seperti demam berdarah diperlukan kesepakatan atau pemahaman umum dan kesamaan visi yang mencakup beberapa sektor masyarakat sipil, komunitas

pemimpin, petugas kesehatan, relawan dan pemerintah.

Hasil penelitian serupa juga ditemukan dalam penelitian yang dilakukan oleh Malin Eriksson (2009) di sebuah pedesaan di Swedia. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa meskipun di pedesaan mengalami beberapa permasalahan sosial seperti berkurangnya jumlah penduduk akibat urbanisasi, dan juga menyatunya wilayah dengan wilayah sekitarnya namun karena tingginya tingkat modal sosial berhasil menemukan solusi dari permasalahan tersebut. . Mereka juga berhasil membangun puskesmas pedesaan secara mandiri karena gotong royong antar penduduk. Hal ini menunjukkan bahwa modal sosial mampu menciptakan suatu komunitas untuk terus hidup.

Kasus tersebut sejalan dengan klarifikasi Bourdieu (1992) bahwa kehadiran suatu organisasi asosiasi bukanlah pemberian biasa, atau bahkan pemberian sosial, yang dibentuk sekali dan untuk selamanya oleh tindakan awal institusi, yang diajak bicara, dalam kasus tersebut. keluarga berkumpul,

menurut definisi silsilah hubungan koneksi, yang merupakan karakteristik dari pengaturan sosial. Ini adalah bagian dari upaya terus-menerus di lembaga, di mana kebiasaan lembaga - sering salah digambarkan sebagai bagian bea cukai - mencap berita acara dasar dan yang sangat penting dalam mengatur untuk membuat dan menduplikasi koneksi yang tahan lama dan berharga yang dapat mengamankan kain atau manfaat umum. Dampak rendahnya modal sosial di masyarakat ditunjukkan oleh penelitian Sokrin Khun (2008) di Kamboja. Kesimpulan penelitian menunjukkan bahwa masyarakat yang terpecah atau terfragmentasi akan sulit mencapai keberhasilan dalam pencegahan dan pengendalian program pemberantasan demam berdarah. Rendahnya tingkat social engagement sebagai dampak dari fragmentasi sosial akan mengakibatkan rendahnya tingkat partisipasi masyarakat dalam setiap kegiatan pencegahan DBD. Selain itu, tingkat kohesi sosial dan rasa kebersamaan juga akan renggang di antara anggota masyarakat. Keretakan dalam kasus Kamboja ini kemungkinan disebabkan oleh faktor politik Khmer Merah selama tahun 1960-an.

BAB 6

RENCANA TAHAPAN BERIKUTNYA

6.1 Rencana Jangka Pendek

Penelitian telah diselesaikan dengan baik dan tidak terdapat hambatan yang berarti dalam penyusunan hasil penelitian. Rencana tahapan berikutnya jangka pendek melanjutkan publikasi ilmiah yang sedang dalam status submission ke jurnal ilmiah, sehingga dapat accepted.

6.2 Rencana Jangka Panjang

Rencana jangka panjang yang diharapkan dari penelitian ini adalah hasil penelitian diharapkan dapat dijadikan informasi dan pengetahuan dalam bidang kesehatan khususnya keperawatan komunitas dalam hal memperbaiki kesehatan masyarakat dalam mencegah dengue fever.

Modal sosial sebagai salah satu ciri yang ada di masyarakat memiliki keunggulan jika dapat dimanfaatkan dengan baik. Dalam program pencegahan dan penanggulangan DBD berbasis masyarakat yang membutuhkan kerjasama lintas sektoral, modal sosial dapat menjadi jembatan antar kelompok dalam memberikan kontribusi sesuai peran dan fungsi masing-masing kelompok. Sehingga dengan adanya penelitian ini dapat ditingkatkan keterlibatan masyarakat dalam mencegah demam berdarah.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Simpulan

Modal sosial sebagai salah satu ciri yang ada di masyarakat memiliki keunggulan jika dapat dimanfaatkan dengan baik. Dalam program pencegahan dan penanggulangan DBD berbasis masyarakat yang membutuhkan kerjasama lintas sektoral, modal sosial dapat menjadi jembatan antar kelompok dalam memberikan kontribusi sesuai peran dan fungsi masing-masing kelompok. Dalam studi kasus di Buang Ngern menunjukkan bahwa masyarakat yang memiliki tingkat modal sosial yang tinggi mampu menurunkan kejadian demam berdarah secara signifikan dengan menjalin kerjasama dengan berbagai sektor, seperti; Anggota Rumah Tangga, Kelompok Ibu Rumah Tangga, Relawan Kesehatan Desa, Organisasi Pemerintah Daerah, Komite Desa Kesehatan, Relawan Kesehatan

Dan Tenaga Kesehatan Di Puskesmas. Kerjasama yang melibatkan beberapa kelompok masyarakat akan sulit terjadi tanpa adanya tingkat kepercayaan yang tinggi antar kelompok, norma sosial dan jaringan antar anggota masyarakat.

7.2 Saran

1. Bagi masyarakat

Hasil penelitian diharapkan mampu untuk diterapkan masyarakat dalam menyelesaikan kasus DB yang masih tinggi di masyarakat di setiap musim, terutama musim hujan. Sehingga masyarakat dapat lebih aware dalam menghadapi pelonjakan kasus.

2. Bagi perawat

Diharapkan perawat dapat memotivasi masyarakat dalam menyelesaikan kasus DB, perawat dapat menerapkan asuhan keperawatan komunitas dalam pencegahan demam berdarah.

3. Bagi peneliti

Diharapkan peneliti selanjutnya dapat mengembangkan dan meneliti berbagai penanganan yang berhubungan dengan DB, baik di fase preventif, kuratif dan rehabilitatif.

4. Bagi mahasiswa

Diharapkan mahasiswa menambah bahan acuan penelitian skripsi selanjutnya dan pengembangan penemuan baru

DAFTAR PUSTAKA

- Castro, M., Sánchez, L., Pérez, D., Carbonell, N., Lefèvre, P., Vanlerberghe, V., & Van der Stuyft, P. (2012). A community empowerment strategy embedded in a routine dengue vector control programme: a cluster randomised controlled trial. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 106(5), 315–321.
- DeSilva MJ and Harpham T. (2007). Maternal social capital and child nutritional status in four developing countries. *Health and Place* 13 (2007) 341-355.
- Eriksson, M. (2011). Social capital and health – implications for health promotion. *Global Health Action*, 4. <http://doi.org/10.3402/gha.v4i0.5611>
- Eriksson, M., Dahlgren, L., & Emmelin, M. (2009). Understanding the role of social capital for health promotion beyond Putnam: A qualitative case study from northern Sweden. *Social Theory & Health*, 7(4), 318– 338. <http://doi.org/10.1057/sth.2009.6>
- Folland S. (2007). Does “community social capital” contribute to population health? *Soc Sci Med* 64 (2007) 2342–2354.
- Khun, S., & Manderson, L. (2008). Community participation and social engagement in the prevention and control of dengue fever in rural Cambodia.
- Krishna A. (2010). *One illness away. Why people become poor and how they escape poverty*. New York: Oxford University Press.
- Machmud, Rizanda. (2014). *Social Mobilization Dengue Hemorrhagic Vector Control and Sustainability in Indonesia*. SDS Annual Conference Proceedings
- Putnam, RD. (2001). Social Capital: Measurement and Consequences. *Isuma: Canadian Journal of Policy Research*. 2 (Spring 2001):41– 51 accessed at www.oecd.org/dataoecd/25/6/1825848.pdf.
- Rifkin, SB. (2009). Lessons from community participation in health programmes: a review of the post Alma-Ata experience. *Journal of International Health* 1, 31–36.
- Sanchez, L., Perez, D., Cruz, G., Castro, M., Kourí, G., Shkedy, Z., ... Van der Stuyft, P. (2009). Intersectoral coordination, community empowerment and dengue prevention: six years of controlled interventions in Playa Municipality, Havana, Cuba. *Tropical Medicine & International Health: TM & IH*, 14(11), 1356–1364.
- Suwanbamrung, C. (2011). A model of community capacity building for sustainable dengue problem solution in Southern Thailand. *Health*, 03(09), 584–601.

- Tana, S., Umniyati, S., Petzold, M., Kroeger, A., & Sommerfeld, J. (2012). Building and analyzing an innovative community- centered dengue-ecosystem management intervention in Yogyakarta, Indonesia.
- J. (2003). Social capital and connectedness: Issues and implications for agriculture, rural development and natural resource management in ACP countries. CTA (Technical Centre for Agricultural and Rural Cooperation), working document number 8032.
- Putnam, R. (1993). Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy. Princeton University Press, Princeton, NJ Pathogens and Global Health, 106(8), 469–478.
- Toledo, M. E., Vanlerberghe, V., Baly, A., Ceballos, E., Valdes, L., Searret, M., Van der Stuyft, P. (2007). Towards active community participation in dengue vector control: results from action research in Santiago de Cuba, Cuba. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, 101(1), 56–63.

LAMPIRAN

Lampiran 1 Laporan Keuangan Penelitian

NO	HONOR KEGIATAN	VOLUME	SATUAN	JUMLAH	TOTAL
1	Honorarium Asisten Peneliti	2	Orang	Rp 500.000,00	Rp 1.000.000,00
Sub Total					Rp 1.000.000,00
NO	BELANJA BAHAN HABIS	VOLUME	SATUAN	JUMLAH	TOTAL
1	Kertas HVS	4	Rim	Rp 48.600,00	Rp 194.400,00
2	Tinta Printer Epson Black	1	Botol	Rp 122.600,00	Rp 122.600,00
3	Tinta Printer Epson Cyan, Magenta, Yellow	3	Botol	Rp 105.000,00	Rp 315.000,00
4	Data Kuota Internet (Pulsa 100 ribu)	3	Orang	Rp 101.000,00	Rp 303.000,00
5	Bolpoin	11	Box	Rp 20.000,00	Rp 220.000,00
6	Bolpoin tebal	2	Buah	Rp 16.500,00	Rp 33.000,00
7	Map Coklat	3	Lusin	Rp 32.000,00	Rp 29.000,00
8	Map L Transparan	3	Lusin	Rp 27.500,00	Rp 82.500,00
9	Map Kancing tebal	8	Buah	Rp 12.300,00	Rp 98.400,00
10	Boxfile	3	Buah	Rp 18.900,00	Rp 56.700,00
11	Lem	3	Buah	Rp 7.800,00	Rp 23.400,00
12	Souvenir Asisten Peneliti (Set ATK dan Tas)	2	Buah	Rp 153.000,00	Rp 306.000,00
13	Parcel buah	5	Paket	Rp 56.500,00	Rp 282.500,00
14	Paper bag packing	110	Buah	Rp 2.500,00	Rp 275.000,00
15	Botol Souvenir Responden	75	Buah	Rp 22.500,00	Rp 1.687.500,00
16	Penggandaan Kuisisioner	100	Eksemplar	Rp 4.500,00	Rp 450.000,00
17	Penggandaan Penjelasan penelitian	100	Eksemplar	Rp 3.700,00	Rp 370.000,00
18	X-Banner	2	Buah	Rp 268.000,00	Rp 536.000,00
19	Absensi Kegiatan Penelitian	1	Paket	Rp 15.000,00	Rp 15.000,00
20	Penggandaan Laporan	2	Eksemplar	Rp 75.000,00	Rp 150.000,00
Sub Total					Rp 5.550.000,00
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	1	Kali	Rp 1.500.000,00	Rp 1.500.000,00
4	Profread	1	Paket	Rp 800.000,00	Rp 800.000,00
5	Etik Penelitian	1	Paket	Rp 350.000,00	Rp 350.000,00
Sub Total					Rp 3.450.000,00
TOTAL PENGELUARAN					Rp 10.000.000,00

Lampiran 2 Jadwal Pelaksanaan Penelitian

No	Kegiatan	Bulan Desember - Juni					
		1	2	3	4	5	6
1	Mengadakan pertemuan awal antara ketua dan Asisten Penelitian						
2	Menetapkan rencana jadwal kerja dan Menetapkan pembagian kerja						
3	Menetapkan desain penelitian dan Menentukan instrument penelitian						
4	Pengurusan Etik Penelitian						
5	Mengurus perijinan penelitian dan persiapan awal penelitian						
6	Mempersiapkan dan menyediakan bahan dan peralatan penelitian						
7	Melaksanakan penelitian dan pengambilan data penelitian						
8	Menyusun dan mengisi format tabulasi dan membahas data hasil penelitian						
9	Melakukan analisis data dan menyusun hasil penelitian serta membuat kesimpulan						
10	Menyusun Manuskrip hasil penelitian						
11	Menyusun laporan penelitian dan laporan keuangan						