BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Wabah penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di Indonesia setiap tahunnya selalu menjadi masalah karena pemerintah dinilai lamban oleh masyarakat dalam menangani kasus DBD. Pemberantasan DBD dari tahun ke tahun belum berhasil secara keseluruhan karena sebagian besar kebijakan mengenai pemberantasan penyakit DBD masih bersifat retrospektif (setelah kejadian), yaitu mengatasi masalah ketika telah terjadi kasus dan berfokus pada upaya pengobatan (kuratif) dibandingkan penanganan yang bersifat prospektif (sebelum kejadian) dan pencegahan (preventif). Misalnya kebijakan mengenai pengobatan gratis, larangan pada rumah sakit untuk menolak pasien demam berdarah, dan pengasapan (*fogging*) yang menurut petunjuk teknisnya memang dilakukan seperlunya sebatas 500 meter dari lokasi adanya penderita demam berdarah. Upaya pencegahan (preventif) yang dilakukan secara dini dan berkesinambungan belum banyak mendapat penekanan. Padahal, pemberantasan vektor penyakit demam berdarah harus dilakukan secara dini dan berkesinambungan (Bramono, 2005; WHO, 2004).

Kecenderungan retrospektif dan kuratif ini tidak konsisten dengan paradigma kesehatan yang baru, yaitu pendekatan yang lebih mengutamakan upaya preventif daripada kuratif (Depkes, 2003). Kebijakan lain tentang keterlibatan masyarakat secara aktif dalam pemberantasan penyakit menular

cenderung lebih bersifat persuasif, sehingga seringkali masyarakat kurang terdorong dalam rangka menyukseskan pemberantasan penyakit menular, termasuk demam berdarah dengue.

Pemberantasan DBD yang secara menyeluruh tidak berhasil dapat terjadi dikarenakan tidak semua masyarakat melakukan upaya pemberantasan vektor penular penyakit. Pemberantasan sarang nyamuk tidak mungkin dapat tuntas dilakukan bila anggota masyarakat sampai ke lingkungan terkecil, yaitu rumah tangga tidak melakukannya. Nadesul (2004) dan Surjadi (2005) menyatakan bahwa pemberantasan sarang nyamuk dengan kegiatan 3M seharusnya juga dilakukan tidak hanya di rumah, tapi juga di tempat umum, dimana masyarakat banyak berkumpul di pagi hari seperti di sekolah, kantor, atau kampus karena kita tahu bahwa nyamuk *Aedes aegypti* menghisap darah manusia pada pagi hari.

Beberapa upaya yang dilakukan pemerintah untuk mengurangi perkembangbiakan vektor sampai menghilangkan angka kejadian DBD melalui berbagai macam kebijakan dan program belum mampu menjawab permasalahan yang ada. Sebuah program perlu diadakan melalui pemberdayaan dan pengembangan masyarakat yang dilakukan secara berkelanjutan disertai upaya pemantauan dari petugas kesehatan setempat.

Dalam implementasi pemberdayaan dan pengembangan masyarakat, harus dilihat beberapa aspek, yaitu pemanfaatan jaringan sosial yang telah ada, melihat tingkat kohesivitas masyarakat, dan menentukan *primum mobile* yang nantinya akan menjadi *agent of change* pada diri sendiri dan masyarakat sekitarnya. Dalam rangka pemberdayaan masyarakat, ada beberapa hal yang perlu

dilakukan, pertama, meningkatkan kesadaran kritis atas posisi masyarakat dalam struktur sosial politik. Kedua, kesadaran kritis yang muncul diharapkan membuat masyarakat mampu memberikan argumentasi terhadap berbagai macam eksploitasi serta membuat pemutusan terhadap hal tersebut. Ketiga, peningkatan kapasitas masyarakat. Keempat, pemberdayaan juga perlu dihubungkan dengan pembangunan sosial dan budaya masyarakat. Nilai tradisi budaya masyarakat lokal, seperti gotong royong, arisan, sumbangan, dapat dipandang sebagai *social capital* (*social capital*) dalam mewujudkan kemajuan pembangunan masyarakat (Suyatno, 2003).

Lemahnya entitas *social capital* pada organisasi di masyarakat sangat dipengaruhi oleh berbagai hal, salah satunya adalah semakin meningkatnya pola kehidupan masyarakat yang mengarah pada modernisasi. Hidup dalam kesendirian dengan menganggap bahwa diri individu mampu menyelesaikan masalah secara mandiri, maka dapat dikatakan semakin tinggi tingkat sosial di masyarakat. Oleh karena itu, kesadaran untuk hidup bermasyarakat dalam bentuk saling membantu, gotong royong, dan lainnya semakin berkurang. Apabila kondisi tersebut dihubungkan dengan penanganan kasus demam berdarah dengue, maka dapat memperlambat penemuan kasus. Apalagi semakin masyarakat menganggap penyelesaian masalah secara mandiri menjadi trend tingkat sosial yang tinggi, maka akan semakin sulit didapatkan kewaspadaan yang nyata terhadap pencegahan meningkatnya kasus DBD di masyarakat.

Kewaspadaan dapat dianggap sebagai perilaku yang sangat berpengaruh terhadap perubahan diri dan kelompok, terutama untuk mengurangi angka

ADLN Perpustakaan Universitas Airlangga

kejadian DBD. Peningkatan kewaspadaan dapat dilakukan dengan perilaku yang sehat, misalnya selalu membersihkan lingkungan baik secara individu atau kelompok. Hal ini tergantung dari kesiapan individu untuk mengubah perilaku dalam rangka menghindari suatu penyakit atau memperkecil risiko kesehatan, serta adanya dorongan dalam lingkungan individu yang membuatnya mengubah perilaku.

1.2 Kajian Masalah

Rumah sakit swasta di Kabupaten Sidoarjo merupakan rumah sakit yang juga banyak merawat pasien DBD selain di rumah sakit pemerintah, diantaranya adalah RS Siti Hajar, dengan 109 pasien pada Mei 2010. Kasus terbanyak terjadi pada Maret 2010 dengan 129 pasien dan Juli 2010 dengan 105 pasien (Harian Surya, 2010).

Laporan Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo bulan Desember tahun 2010 membagi laporan menjadi dua bagian, yaitu berbasis Puskesmas dan rumah sakit. Pengamatan diawali pada Januari, kasus meningkat tajam terjadi pada Mei, Juni, Juli, dan Agustus baik dari Puskesmas atau rumah sakit. Kejadian tersebut merata hampir di semua wilayah kecamatan. Laporan rumah sakit menyebutkan terjadi peningkatan tajam dari 199 kasus pada Mei meningkat menjadi 335 kasus pada Juni dan meningkat lagi pada Agustus sebesar 338 kasus. Kasus tersebut lebih banyak terjadi pada kelompok umur 5-14 tahun. Hal yang sama juga terjadi pada laporan Puskesmas, yaitu peningkatan kasus pada April sebanyak 157 orang

ADLN Perpustakaan Universitas Airlangga

meningkat menjadi 209 orang pada Mei. Kasus yang terjadi lebih banyak pada kelompok umur 5-14 tahun.

Angka kesakitan demam berdarah tertinggi terjadi pada tahun 2006, yaitu sebesar 82,82 per 100.000 penduduk dan terendah pada tahun 2008 yang mencapai sebesar 29,69 per 100.000 penduduk. Angka ini jauh di atas standar nasional, yaitu sebesar 2 per 100.000 penduduk. Angka kesakitan DBD ini masih tinggi karena Kabupaten Sidoarjo merupakan salah satu wilayah endemis DBD, dimana tingkat penularan DBD sangat tinggi yang dipengaruhi oleh mobilitas penduduk dan kebersihan lingkungan. Oleh karena itu, upaya pencegahan DBD telah dilakukan melalui peningkatan peran serta masyarakat dengan Gerakan 3 M Plus (menguras, menutup, dan mengubur serta mencegah hisapan nyamuk), pemantauan Angka Bebas Jentik (ABJ) secara berkala serta upaya penyuluhan kepada masyarakat tentang pengenalan dini gejala DBD dan penanganan secara tepat.

Ada 26 wilayah kecamatan di Kabupaten Sidoarjo, namun daerah yang selalu terdapat kasus DBD pada setiap bulannya adalah Kecamatan Taman dan Tanggulangin. Selain kasus DBD, juga muncul Demam Dengue (DD). Baik DBD atau DD rata-rata perbulannya sebanyak 52 kasus dan mencapai angka tertinggi pada Juli, September, dan Oktober. Meskipun jumlah kasusnya berbeda, namun wilayah tersebut dapat dikatakan sebagai daerah yang *outbreak* DBD. Daerah yang terbebas dari kasus adalah Kecamatan Sidoarjo Kota, Sekardangan, Buduran, Krian, Balongbendo, dan Tarik (Dinkes Kab. Sidoarjo, 2011).

Apabila dilihat dari struktur sosial masyarakat sidoarjo, dimana jalinan kerjasama antarkelompok masyarakat masih tinggi yang terbukti dengan adanya kegiatan sosial seperti arisan, pengajian. Kondisi tersebut sebagai *social capital* yang memiliki potensi untuk dikembangkan.

Masih tingginya angka kejadian DBD di Kabupaten Sidoarjo membuktikan bahwa penyebaran virus penyebab demam berdarah semakin mudah untuk menulari lebih banyak manusia karena didukung oleh beberapa faktor, yaitu 1) meningkatnya mobilitas penduduk karena semakin baiknya sarana transportasi di dalam kota maupun antardaerah, 2) kebiasaan masyarakat menampung air bersih untuk keperluan sehari-hari, apalagi penyediaan air bersih belum mencukupi kebutuhan atau sumber yang terbatas atau letaknya jauh dari pemukiman, sehingga mendorong masyarakat untuk menampung air di rumah, padahal nyamuk *Aedes aegypti* hidup di air bersih, dan 3) sikap dan pengetahuan masyarakat tentang pencegahan penyakit yang masih kurang (Sudarmo, 2000).

Daerah yang terjangkit DBD pada umumnya adalah kota/wilayah yang padat penduduk. Rumah yang saling berdekatan memudahkan penularan penyakit ini, apalagi nyamuk *Aedes aegypti* memiliki jarak terbang maksimal 500 meter. Hubungan transportasi yang baik antardaerah memudahkan penyebaran penyakit ini ke daerah lain. Indonesia adalah daerah yang padat penduduknya, semakin bertambahnya penduduk dan transportasi semakin baik serta perilaku masyarakat yang masih sering menampung air, maka hal tersebut sangat rawan menyebabkan berkembangnya jentik nyamuk *Aedes aegypti* dan virus dengue, maka masalah penyakit DBD akan semakin besar bila tidak dilakukan upaya pemberantasan

secara intensif. Mencegah berkembangnya nyamuk *Aedes aegypti* sebagai vektor penular DBD menjadi mutlak dilakukan (Nadesul, 2004).

Indikasi berkembangnya kejadian DBD di masyarakat menunjukkan semakin lemahnya tingkat kepercayaan masyarakat, kerjasama, partisipasi, dan akuntabilitas yang menyatukan (*bonding*) masyarakat atau komunitas dalam membentuk kewaspadaan terhadap kasus. *Social capital* memungkinkan mereka dapat beraktivitas dengan baik dan meningkatkan rasa saling percaya antarwarga yang menjadi modal dasar dari pengembangan dan pembangunan masyarakat. Hal lain yang penting dalam menunjang kewaspadaan adalah perilaku individu atau masyarakat itu sendiri. Selama mereka belum merasa terancam akan penyakit DBD, maka perilaku yang menunjang kewaspadaan terhadap penyakit tersebut belum nampak.

Dalam rangka meningkatkan kewaspadaan dini terhadap kejadian DBD perlu adanya perubahan perilaku supaya percaya dan yakin bahwa kejadian dan penyakit dapat terjadi pada siapapun. Upaya menjalin kepercayaan, partisipasi masyarakat, dan kerjasama berguna untuk meningkatkan nilai dan moral masyarakat, sehingga diharapkan dapat terhindar dari potensi lingkungan rumah sebagai tempat berkembangbiaknya nyamuk *Aedes aegypti* secara kontinyu dan berkesinambungan. Kegiatan tersebut dilakukan pada program peningkatan kesadaran dan kewaspadaan dini masyarakat secara mandiri melalui pemberdayaan masyarakat dengan pendekatan *social capital*.

Social capital merupakan sumber daya yang dapat dipandang sebagai investasi untuk mendapatkan sumber daya baru (*resources*). *Social capital* lebih

menekankan pada potensi kelompok dan pola hubungan antar individu dalam suatu kelompok dan antarkelompok dengan ruang perhatian pada jaringan sosial, norma, nilai, dan kepercayaan antarsesama yang lahir dari anggota kelompok dan menjadi norma kelompok.

Peningkatan kewaspadaan juga harus dipandang sebagai bagian dari pemberdayaan masyarakat melalui penguatan *social capital* dan keberhasilannya harus dapat ditunjukkan melalui perbaikan tingkat kehidupan masyarakat setempat. Moral dan etika lingkungan yang dikemukakan Keraf (2002) banyak yang berkaitan dengan tata nilai, hal ini dapat dipandang sebagai inti penguatan *social capital*. Jika penguatan *social capital* setempat tidak terwujud melalui perbaikan tata nilai, maka hal itu dapat dinilai sebagai kunci kegagalan upaya peningkatan kewaspadaan masyarakat terhadap DBD (Pranadji, 2008).

Social capital dan budaya setempat menjadi kunci pembuka untuk mengatasi rendahnya partisipasi masyarakat dalam Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) yang hingga kini belum mendapat perhatian yang memadai. Semakin melemahnya sejumlah elemen tata nilai dapat dijadikan sebagai gambaran bahwa harapan terhadap penguatan *social capital* setempat sulit untuk dicapai. Penguatan *social capital* dalam meningkatkan kewaspadaan masyarakat melalui kewaspadaan yang berkelanjutan dapat dinilai sebagai pembaruan pendekatan yang sangat penting. Pengembangan pengetahuan dan sikap tentang kewaspadaan masyarakat dengan pendekatan *social capital* sebagai faktor kunci pemberdayaan masyarakat saat ini sudah sangat mendesak. Program PSN yang

telah dicanangkan pemerintah sering dilaksanakan hanya apabila sudah terjadi kasus DBD bahkan sampai terdapat kematian.

Beberapa studi tentang *social capital* pada level makro, meso maupun mikro telah mendapat perhatian serius dari beberapa negara berkembang. Hal ini dilandasi oleh pemikiran bahwa kesejahteraan dan kesehatan masyarakat tidak hanya berlandaskan pada analisis ekonomi semata. Kontribusi non ekonomi juga harus diperhitungkan dalam pembangunan suatu masyarakat. Oleh karena itu, masalah kesehatan dan tingkat kesejahteraan masyarakat yang tidak merata terjadi bukan karena daerah tersebut kekurangan sumber daya ekonomi sebagai modal pembangunan, tetapi bagaimana membentuk sumber daya manusia yang ada untuk memberikan kontribusi terhadap kesehatan. Dengan demikian, keperluan untuk memahami *social capital* sebagai salah satu faktor yang berperan dalam meningkatkan *awareness* masyarakat terhadap kejadian kasus DBD menjadi relevan untuk dikaji.

Penjelasan tersebut mengindikasikan bahwa persoalan *social capital* menjadi penting untuk dikaji guna memberikan dimensi baru dalam teori mengenai interaksi sosial dan sebagai sebuah eksperimen dari ilmu kesehatan untuk menerapkan konsep ilmu sosial dalam bidang kesehatan.

1.3 Masalah Teoritis

Kajian tentang *social capital* merupakan konsep yang relatif baru yang telah menarik perhatian dibidang penelitian kesehatan beberapa tahun terakhir. Hasil studi telah menunjukkan bahwa *social capital* berhubungan dengan berbagai

indikator kesehatan ataupun perilaku kesehatan, meliputi mortalitas, status kesehatan yang dinilai sendiri (*self reported health),* kesehatan jiwa serta kebiasaan merokok (Murti, 2009).

Putnam dan Robert (2000) mendefinisikan *social capital* sebagai karakterisrik organisasi sosial, seperti jejaring, norma, dan kepercayaan sosial, yang memudahkan koordinasi dan kerja sama untuk manfaat bersama. Menurut Fujiwara dan Kawachi (2008), *social capital* adalah sumber daya yang diakses oleh individu dalam kelompok pada sebuah struktur sosial dan yang memudahkan kerjasama, tindakan kolektif, dan terpeliharanya norma.

Portes (1998) mendefinisikan *social capital* sebagai kemampuan para pelaku untuk mendapatkan manfaat melalui keanggotaannya dalam jejaring sosial atau struktur sosial lainnya. Portes memberikan analogi yang berguna untuk memahami konsep *social capital*, dimana jika modal ekonomi (*economic capital*) seorang pada tabungan bank, modal manusia (*human capital*) di dalam kepalanya, modal kesehatan *(health capital*) terletak di dalam tubuhnya, maka *social capital* terletak di dalam struktur hubungan manusia. Jadi, *social capital* merujuk pada hubungan sosial dan koneksi antar individu. Oleh karena itu, *social capital* lebih merupakan koneksi antar individu daripada suatu atribut individu. Konsep kuncinya adalah *social capital* bukan merupakan sebuah karakteristik individu atau sifat kepribadian, melainkan suatu sumber daya yang terletak di dalam jejaring dan kelompok orang. Sumber daya tersebut dapat berguna untuk produksi kesehatan jika dimanfaatkan dengan sebagaimana mestinya.

Social capital dapat dibagi menjadi dua elemen, yaitu struktural dan kognitif. Bentuk struktural merujuk kepada struktur sosial seperti jejaring dan hubungan. Elemen ini dapat dipandang sebagai "sumber daya" dari *social capital*. Bentuk kognitif merujuk kepada elemen subyektif seperti kepercayaan dan norma timbal balik (*norm of reciprocity*). Elemen ini dapat dipandang sebagai "hasil" dari *social capital*.

Szreter dan Woolcock (2004) membedakan 3 jenis *social capital*, yaitu *bonding social capital*, *bridging social capital*, dan *linking social capital*. *Bonding social capital* merujuk pada hubungan kerjasama dan saling percaya antar anggota dalam sebuah jejaring yang memiliki kesamaan sosio-demografis. *Bridging social capital* merujuk kepada hubungan saling menghormati dan saling menguntungkan antar orang yang memiliki perbedaan sosio-demografis atau identitas sosial, misalnya perbedaan usia, kelompok etnis, kelas sosial, dan sebagainya. Teori lainnya menjelaskan bahwa *bridging social capital* beroperasi pada tingkat horisontal (percaya pada orang lain) maupun ditingkat vertikal (percaya kepada institusi vertikal) (Narayan, 2002). Integrasi antarwarga di lingkungan tetangga yang homogen merupakan contoh *bonding capital* dan integrasi antarwarga di lingkungan tetangga yang heterogen merupakan contoh *bridging social capital*.

Linking social capital merujuk kepada norma saling menghormati dan jejaring hubungan yang saling percaya antar orang yang berinteraksi lintas kekuasaan formal dan terlembaga atau lintas tingkat otoritas di dalam masyarakat. *Linking social capital* menghubungkan antar orang melalui lintas tingkat

kekuasaan vertikal maupun menciptakan ikatan saling percaya terhadap institusi formal (Szreter dan Woolcock dalam Murti, 2009). Interaksi antarwarga dan pemerintah daerah, kepercayaan warga terhadap sistem pelayanan kesehatan formal, kedekatan antarwarga masyarakat dan pemimpin formal, serta koordinasi antar institusi merupakan contoh *linking social capial*.

Hubungan antara *social capital* dengan kesehatan dapat dijelaskan dengan teori psikososial maupun neo-materialis. Teori psikososial mengemukakan bahwa rendahnya tingkat kepercayaan dan merenggangnya kohesi sosial akan diterjemahkan ke dalam emosi negatif, kemudian melalui mekanisme psiko-neuro-endokrin dapat menyebabkan gangguan kesehatan. Selain itu, rendahnya tingkat *social capital* dapat juga menginduksi stres dan menimbulkan perilaku yang tidak sehat, seperti kebiasaan merokok (Pearce dan Davey-Smith, 2003).

Teori neo-materialis menekankan kepada proses ekonomi dan keputusan politik yang mengondisikan tersedianya sumber daya bagi individu, dan terbentuknya infrastruktur publik. Pertama, dengan *linking social capital*, maka ikatan sosial vertikal antarwarga dan lembaga kekuasaan memungkinkan warga agar merasa sebagai bagian dari masyarakat madani yang dapat ikut membuat perencanaan dan melakukan sesuatu menyangkut berbagai isu sosial terkait kesehatan. Kedua, *linking social capital* meningkatkan kesempatan bagi warga agar dapat mengakses sumber daya untuk memproduksi kesehatan (misalnya pelayanan kesehatan, taman rekreasi) di lingkungan komunitasnya (Blakely dan Ivory, 2006).

Dengan memperluas teori Grossman (1972) tentang "*Demand for Health Capital*", Bolin *et al.*, (2003) menjelaskan peran *social capital* dalam perspektif ekonomi, yakni peran dalam produksi kesehatan. Individu/keluarga tidak hanya meminta (*demand*) dan menginvestasi kesehatan, tetapi juga *social capital*. Keluarga menginvestasikan *social capital* dengan cara membentuk dan memelihara hubungan (*links*) dengan anggota masyarakat lainnya. Imbalan dari investasi tersebut adalah *social capital* (misalnya sosialisasi) yang dapat memberikan kepuasan langsung pada individu dan memperluas kemampuan keluarga untuk mengakses sumber daya yang tersedia di dalam masyarakat, sehingga memudahkan produksi kesehatan untuk keluarga. Melalui kepercayaan dan jejaring sosial informal maupun formal, *social capital* membantu warga masyarakat untuk mengakses informasi kesehatan, mendisain sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan, bertindak kolektif untuk memperbaiki infrastruktur, mendukung upaya preventif, dan mengubah norma kultural yang merugikan masyarakat (Bank Dunia, 2009).

Beberapa hasil penelitian menunjukkan bukti bahwa *social capital* merupakan faktor kunci yang membentuk kesehatan populasi.

1. *Systematic review* yang dilakukan de Silva (2005) terhadap 21 hasil studi menunjukkan bahwa terdapat bukti mengenai tingginya kekuatan hubungan yang terbalik antara tingkat kognitif *social capital* dan gangguan jiwa umum. Demikian pula terdapat bukti adanya hubungan yang terbalik dengan kekuatan sedang antara aspek kognitif *social capital* dan penyakit jiwa anak.

2. Analisis multilevel di Swedia yang melibatkan 11.175 laki-laki menemukan bahwa *linking social capital* berhubungan dengan kesehatan (Sundquist dan Ming, 2007). Individu yang tinggal di lingkungan pertetanggan dengan tingkat *linking social capital* yang rendah menunjukkan risiko yang lebih tinggi untuk mengalami kesehatan yang buruk daripada indiviu yang tinggal di lingkungan pertetanggan dengan tingkat *linking social capital* yang lebih tinggi, setelah mengontrol pengaruh karakteristik individu.
3. Murti (2005) melakukan survei rumah tangga di Surakarta, Pati, dan Tulungagung yang menggunakan sampel sebanyak 1.986 perempuan dengan mengendalikan pengaruh usia, pendidikan dan pendapatan keluarga, status asuransi kesehatan, urban-rural, dan status kesehatan suami. Studi tersebut menemukan hubungan positif antara *social capital* dan kesehatan perempuan. Perempuan yang tinggal di komunitas dengan tingkat *social capital* tinggi memiliki kemungkinan untuk menilai dirinya sehat dua kali lebih besar daripada perempuan di komunitas dengan tingkat *social capital* rendah (OR = 1,83 ; CI 95% 1,30 hingga 2,57).
4. Miller *et al.,* (2006) menganalisis data hasil *Indonesian Family Life Survey* tahun 1993 dan 1997, melibatkan sampel 10.000 orang dewasa. Dengan mengontrol pengaruh berbagai faktor sosio-demografi dan ekonomi pada tingkat individu, rumah tangga, maupun komunitas, penelitian tersebut menemukan hubungan positif antara *social capital* dan sejumlah variabel kesehatan fisik maupun kesehatan jiwa. *Social capital* berhubungan positif dengan kesehatan yang dilaporkan sendiri (*self-reported health*) maupun

ADLN Perpustakaan Universitas Airlangga

activity daily living (ADL). Individu yang tinggal di komunitas dengan tingkat *social capital* tinggi melaporkan dirinya lebih sehat daripada individu yang tinggal dalam komunitas dengan tingkat *social capital* rendah. Studi tersebut menemukan adanya interaksi antara *social capital* berinteraksi dan modal manusia *(human capital*), yaitu pendidikan dalam mempengaruhi ADL. *Social capital* bersifat protektif bagi individu dengan pendidikan rendah dan menengah, tetapi tidak berkorelasi dengan ADL pada individu dengan pendidikan tinggi. Selain itu, modal sosial berhubungan negatif dengan pengalaman rasa nyeri. Studi ini juga menemukan hubungan negatif yang kuat antara *social capital* dan sejumlah variabel kesehatan jiwa, yakni perasaan sedih, kecemasan, insomnia, dan sifat pemarah.

Konsep *social capital* termasuk baru dalam kesehatan masyarakat. Jika *social capital* dipahami sebagai kemampuan sosial yang lebih luas menyangkut inklusivitas, hak asasi manusia, keadilan sosial, partisipasi ekonomis dan politik secara penuh dari warga masyarakat, maka investasi *social capital* merupakan strategi yang berguna untuk meningkatkan kesehatan masyarakat (Lynch *et al*., 2000).

1.4 Pembatasan dan Rumusan Masalah

Salah satu inti *social capital* terletak pada kemampuan individu untuk berpartisipasi dalam suatu hubungan sosial. Masyarakat senantiasa terikat pada nilai dan norma yang dianut sebagai acuan untuk bersikap, bertindak, dan berhubungan dengan orang lain. Acuan ini merupakan inti dari *social capital* yang

dapat berupa rasa saling percaya, kerjasama, solidaritas, partisipasi yang diperkuat oleh norma yang mendukungnya. Unsur lain yang mendukung adalah kemauan masyarakat untuk secara terus-menerus proaktif dalam mempertahankan nilai atau membentuk jaringan kerjasama yang menjadi jati diri *social capital* yang sebenarnya. *Social capital* yang dimiliki oleh masyarakat Kabupaten Sidoarjo dapat dijadikan sebagai modal awal dalam meningkatkan kewaspadaan terhadap kejadian DBD.

Elemen utama *social capital* yang terdiri dari *social norm*, *resiprocity*, dan *trust*, bukan merupakan fenomena baru dalam masyarakat. Hal ini sudah mengakar kuat dalam kehidupan sehari-hari masyarakat di daerah pedesaan. Semangat dan implementasi kemauan untuk saling bekerja sama dalam upaya memenuhi kepentingan individu telah termanivestasi dalam berbagai bentuk kerjasama yang secara luas tertuang dalam tradisi gotong royong. Tradisi gotong royong dengan aturan main yang disepakati bersama (*social norm*), menghargai prinsip timbal balik (*resiprocity*) terhadap setiap pihak yang memberi kontribusi dan dalam waktu tertentu akan menerima kompensasi/*reward* sebagai suatu bentuk dari sistem resiprositas. Kepercayaan antarpelaku bahwa akan mematuhi semua aturan main yang disepakati (*trust*) dan bahwa kegiatan kerjasama tersebut dilakukan dalam hubungan kekeluargaan yang spesifik semakin menguatkan jaringan pelaku (*network*). Dengan demikian, tradisi gotong royong secara nyata telah melembaga dalam berbagai aktivitas keseharian masyarakat.

Berdasarkan konsep pokok tentang *social capital* sebagai pendekatan untuk mengetahui tingkat kewaspadaan masyarakat, maka penelitian ini

ADLN Perpustakaan Universitas Airlangga

membatasi masalah pada indikator yang ada pada *social capital* yang mampu menggerakkan/meningkatkan tingkat kewaspadaan masyarakat terhadap kejadian DBD di Kabupaten Sidoarjo. Berdasarkan pembatasan masalah tersebut, maka rumusan masalah dapat dirumuskan sebagai berikut:

1. Apakah ada perbedaan indikator *social capital* antara daerah yang endemik DBD dengan daerah yang terbebas DBD di Kabupaten Sidoarjo?
2. Apakah ada perbedaan *sustainability awarenes* antara daerah yang endemik DBD dengan daerah yang terbebas DBD di Kabupaten Sidoarjo?
3. Apakah ada pengaruh *social capital* terhadap *sustainability awareness* dalam pencegahan DBD di Kabupaten Sidoarjo?
4. Apakah ada indikator *social capital* yang paling berpengaruh terhadap *sustainability awareness* masyarakat dalam mencegah DBD di Kabupaten Sidoarjo?
5. Bagaimana model pendekatan *social capital* untuk peningkatan *sustainability awareness* masyarakat dalam pencegahan DBD di Kabupaten Sidoarjo?

1.5 Tujuan Penelitian

1.5.1 Tujuan Umum

Menyusun model pendekatan *social capital* dalam upaya meningkatkan *sustainability awareness* masyarakat terhadap pencegahan DBD di Kabupaten Sidoarjo.

1.5.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis perbedaan indikator *social capital* antara daerah yang endemik DBD dan daerah yang terbebas DBD
2. Menganalisis perbedaan *sustainability awarenes* antara daerah yang endemik DBD dan daerah yang terbebas DBD
3. Menganalisis pengaruh *social capital* terhadap *sustainability awareness* dalam pencegahan DBD di Kabupaten Sidoarjo.
4. Menganalisis indikator *social capital* yang paling berpengaruh terhadap *sustainability awareness* masyarakat dalam pencegahan DBD di Kabupaten Sidoarjo.
5. Menyusun model pendekatan *social capital* untuk meningkatkan *sustainability awareness* masyarakat dalam pencegahan DBD di Kabupaten Sidoarjo.

1.6 Manfaat Penelitian

1.6.1 Manfaat Teoritis

Secara teoritis, hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai *role model* dalam meningkatkan kewaspadaan dini masyarakat secara berkelanjutan untuk mencegah kejadian demam berdarah dengue.

1.6.2 Manfaat Praktis

Secara praktis, pendekatan *social capital* efektif untuk dapat membantu bagian epidemiologi Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo dalam mengurangi angka kejadian demam berdarah dengue di masyarakat. Selain itu, secara mandiri,

ADLN Perpustakaan Universitas Airlangga

masyarakat dapat meningkatkan kewaspadaan secara berkelanjutan terhadap perubahan lingkungan dengan menilai status rumahnya secara terus-menerus.