



UNIVERSITAS INDONESIA

**MOTIVASI DAN PARTISIPASI WARGA DALAM
MENCEGAH ANGKA KEJADIAN DBD DI RW 09
KELURAHAN PONDOK CINA KECAMATAN BEJI, DEPOK**

SKRIPSI

PRIMA DIAN PUTRI

0806457193

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
DEPOK
JULI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**MOTIVASI DAN PARTISIPASI WARGA DALAM MENCEGAH
ANGKA KEJADIAN DBD DI RW 09 KELURAHAN PONDOK
CINA KECAMATAN BEJI, DEPOK**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana

**PRIMA DIAN PUTRI
0806457190**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
DEPOK
JULI 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Prima Dian Putri

NPM : 080457190

Tanda Tangan : 

Tanggal : 6 Juli 2012

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :
Nama : Prima Dian Putri
NPM : 0806457193
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Skripsi : Motivasi dan Partisipasi Warga dalam Mencegah
Angka Kejadian DDB di RW 09 Kelurahan Pondok
Cina, Kecamatan Beji, Depok

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing: Henny Permatasari M.Kep., Sp. Kom ()

Penguji : Astuti Yuni Nursasi S.Kp., M.N ()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 6 Juli 2012

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan skripsi ini. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Keperawatan pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

- (1) Dewi Irawaty, MA., PhD selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK UI);
- (2) Dra. Junaiti Sahar, PhD selaku Wakil Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK UI);
- (3) Henny Permatasari S.Kp., M.Kep., Sp.Kom selaku dosen pembimbing skripsi saya yang telah menyediakan waktu, tenaga, pikiran dan kesabaran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan skripsi ini;
- (4) Astuti Yuni Nursasi S.Kp., M.N, selaku dosen pembimbing proposal penelitian saya yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan skripsi ditengah kesibukannya;
- (5) Dr. Yati Afyanti., S.Kp., M.N, selaku koordinator mata ajar Riset Keperawatan;
- (6) Kuntarti, S.Kp., M.Biomed selaku koordinator mata ajar Tugas Akhir Skripsi;
- (7) Beasiswa Ikatan Alumni Fakultas Ilmu Keperawatan (ILUNI FIK) yang telah memberikan dana bantuan dalam kehidupan sehari-hari penulis;
- (8) Subandrio Kaderi, Warsini, Hj. Harmita selaku warga RW 09, Kelurahan Pondok Cina Kecamatan Beji yang memberikan banyak masukan dan info tentang Demam Berdarah Dengue;
- (9) Keluarga saya yang telah memberikan bantuan dukungan moral dan material (Noor Ali A, Okta Varid S, Maria PNF dan Ratna N);

- (10) Sahabat yang telah banyak membantu saya dalam menyelesaikan skripsi ini, yaitu Lina Gustiana, Rosiana Putri, Erny Prian Kusuma, Pramita Arianti, Novi Aprilia K.D, Lina Budiarti, Widia Sandy, Rhiza Caesari yang sangat membantu;
- (11) Teman-teman FIK UI angkatan 2008 dan Teater UI, teman seperjuangan selama kurang lebih 4 tahun, yang selalu memberikan atmosfer menyenangkan;
- (12) Pihak-pihak lain yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu atas apa yang telah dilakukan dan diberikan dalam skripsi ini.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Depok, 6 Juli 2012

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Prima Dian Putri
NPM : 0806457193
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Skripsi

demikian demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

“Motivasi Dan Partisipasi Warga dalam Mencegah Angka Kejadian DBD di RW 09 Kelurahan Pondok Cina Kecamatan Beji, Depok”

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Depok

Pada tanggal: 6 Juli 2012

Yang menyatakan



(Prima Dian Putri)

ABSTRAK

Nama : Prima Dian Putri
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul : Motivasi Dan Partisipasi Warga dalam Mencegah Angka Kejadian DBD di RW 09 Kelurahan Pondok Cina Kecamatan Beji, Depok

Penelitian ini membahas motivasi dan partisipasi masyarakat RW 09 dalam mencegah angka kejadian DBD. Tujuannya untuk memberikan gambaran motivasi dan partisipasi dalam mencegah DBD serta karakteristik responden yang mendukungnya. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain deskriptif sederhana. Teknik pengambilan sampel menggunakan kuisioner dengan jumlah responden 100 orang masyarakat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa masyarakat RW 09 memiliki motivasi tinggi sebesar 53% dan partisipasi tinggi 55% dalam mencegah angka kejadian DBD. Karakteristik responden yaitu usia 20-37 tahun sebanyak 65 %, jenis kelamin perempuan 75%, tingkat pendidikan SMA 49 %. Riwayat keluarga pernah mengalami DBD 70% dan masyarakat yang pernah mendapatkan penyuluhan DBD sebanyak 72 %.

Kata kunci: motivasi, partisipasi, masyarakat, DBD

ABSTRACT

Name : Prima Dian Putri
Study Program : Nursing Science
Title : Community Motivation and Participation in preventing DBD as communicable disease on RW 09, subdistrict Pondok Cina, district Beji, City of Depok

The purpose of this study were to explain motivation and participation community on RW 09 in preventing DBD as communicable disease. The goal was to provide an overview of motivation and participation in preventing dengue and the characteristics of respondents who support it. This study used quantitative method with descriptive survey design. questionnaire was used with 100 respondents. The results show that the RW 09 has a high motivation for 53% and 55% higher participation in preventing the incidence of DBD . Characteristics of respondents are aged 20-37 years by 65%, 75% female gender, high school education level of 49%. Family history had experienced DBD 70% and 72% of people who never get information about DBD.

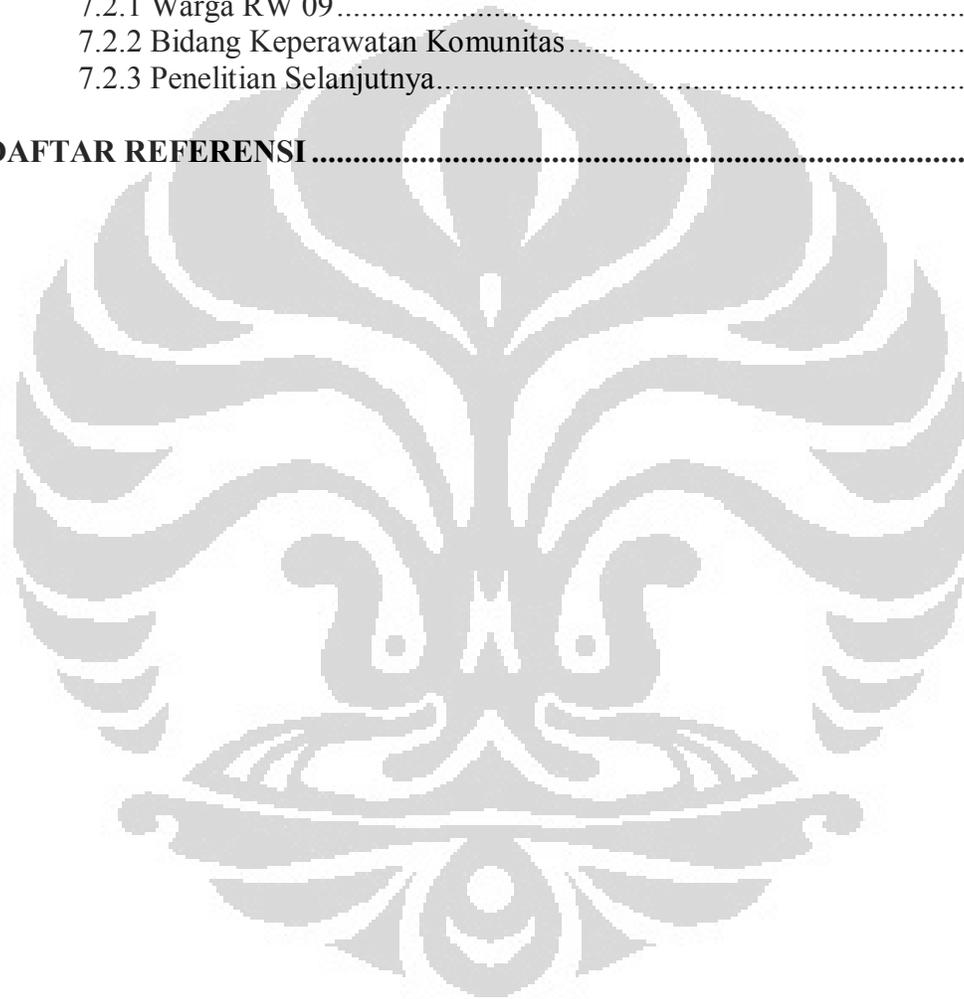
Key words: motivation, participation, community and DBD

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBARAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	vi
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
1. PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Pertanyaan penelitian.....	4
1.4 Tujuan Penelitian.....	4
1.4.1 Tujuan umum	4
1.4.2 Tujuan khusus.....	4
1.5 Manfaat Penelitian.....	5
1.5.1 Manfaat pengembangan ilmu	5
1.5.2 Manfaat pelayanan keperawatan	5
1.5.3 Manfaat bagi masyarakat	5
2. TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 DBD.....	6
2.1.1 DBD sebagai penyakit menular.....	6
2.1.2 Epidemiologi	6
2.1.3 Pencegahan, penanganan dan perawatan	8
2.1.3.1 Pencegahan primer.....	8
2.1.3.2 Pencegahan sekunder	11
2.1.3.3 Pencegahan tersier	13
2.2 Motivasi	14
2.2.1 Pengertian Motivasi	14
2.2.2 Teori Motivasi	16
2.2.3 Faktor-faktor Motivasi	16
2.3 Partisipasi.....	17

2.3.1 Pengertian partisipasi	17
2.3.2 Wujud Partisipasi.....	18
2.3.3 Faktor-faktor partisipasi.....	18
2.4 Penelitian terkait.....	19
3. KERANGKA KERJA PENELITIAN	21
3.1 Kerangka konsep	21
3.2 Definisi Operasional.....	22
4. METODE PENELITIAN.....	26
4.1 Desain Penelitian.....	26
4.2 Populasi dan sampel	26
4.3 Tempat dan waktu penelitian	28
4.4 Etika Penelitian	28
4.5 Alat Pengumpulan Data.....	29
4.6 Prosedur pengumpulan data.....	31
4.7 Pengolahan dan Analisa Data	33
4.7.1 Pengolahan data.....	33
4.7.2 Analisa Data	34
4.8 Sarana Penelitian	35
4.9 Jadwal Kegiatan	35
5. HASIL PENELITIAN.....	37
5.1 Pelaksanaan Penelitian	37
5.2 Penyajian Hasil Penelitian	37
5.2.1 Karakteristik warga.....	37
5.2.1.1 Karakteristik warga berdasarkan usia	37
5.2.1.2 Karakteristik warga berdasarkan jenis kelamin.....	38
5.2.1.3 Karakteristik warga berdasarkan tingkat pendidikan	38
5.2.1.4 Karakteristik warga berdasarkan penghasilan per bulan	39
5.2.1.5 Karakteristik warga berdasarkan pengalaman.....	39
5.2.1.6 Karakteristik warga berdasarkan riwayat keluarga DBD	39
5.2.1.7 Motivasi	40
5.2.1.8 Partisipasi	40
5.2.2 Hubungan karakteristik Demografi dengan Motivasi	41
5.2.3 Hubungan karakteristik Demografi dengan Partisipasi	44
5.2.4 Hubungan motivasi dengan Partisipasi.....	48
6. PEMBAHASAN	50
6.1 Pembahasan Hasil Penelitian	50
6.1.1 Motivasi	50
6.1.2 Partisipasi	55
6.2 Keterbatasan Penelitian	57

6.3 Implikasi Keperawatan	57
6.3.1 Pelayanan Keperawatan Komunitas	57
6.3.2 Penelitian keperawatan	58
6.3.3 Pendidikan keperawatan	58
7. PENUTUP	59
7.1 Kesimpulan	59
7.2 Saran	60
7.2.1 Warga RW 09	60
7.2.2 Bidang Keperawatan Komunitas	60
7.2.3 Penelitian Selanjutnya	60
DAFTAR REFERENSI	61



DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional.....	22
Tabel 4.1 Jadwal Kegiatan	36
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Usia	38
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin	38
Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Tingkat Pendidikan	39
Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Penghasilan per bulan	39
Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Pengalaman penyuluhan.....	39
Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Riwayat keluarga mengalami DBD	40
Tabel 5.7 Distribusi Frekuensi Motivasi.....	40
Tabel 5.8 Distribusi Frekuensi Partisipasi	41
Tabel 5.9 Hubungan usia dengan motivasi	41
Tabel 5.10 Hubungan jenis kelamin dengan motivasi.....	41
Tabel 5.11 Hubungan tingkat pendidikan dengan motivasi.....	42
Tabel 5.12 Hubungan penghasilan per bulan dengan motivasi.....	42
Tabel 5.13 Hubungan pengalaman penyuluhan dengan motivasi.....	43
Tabel 5.14 Hubungan riwayat keluarga dengan motivasi.....	44
Tabel 5.15 Hubungan usia dengan partisipasi.....	45
Tabel 5.16 Hubungan jenis kelamin dengan partisipasi	45
Tabel 5.17 Hubungan tingkat pendidikan dengan partisipasi	46
Tabel 5.18 Hubungan penghasilan per bulan dengan partisipasi	46
Tabel 5.19 Hubungan pengalaman penyuluhan dengan partisipasi	47
Tabel 5.20 Hubungan riwayat keluarga mengalami DBD dengan partisipasi	48
Tabel 5.21 Hubungan motivasi dengan partisipasi.....	48

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka teori.....	20
Gambar 3.1 Kerangka konsep	21



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Demam berdarah dengue (DBD) adalah penyakit menular yang ditandai demam mendadak, perdarahan di kulit maupun bagian tubuh lainnya, dapat menimbulkan *shock* atau renjatan, dan kematian. Penyakit ini telah menimbulkan berbagai keresahan di warga karena kasus DBD meningkat di Indonesia setiap tahunnya (Republika, 2010). DBD disebabkan oleh virus dengue ditularkan oleh nyamuk *Aedes Aegypti* yang hidup di tempat – tempat terdapat genangan air yang tidak beralaskan tanah serta tempat sampah rumah tangga, termasuk di dalam ban – ban bekas, kaleng bekas, bekas wadah air mineral dan tatakan vas bunga. Selain merugikan bagi kesehatan, DBD dapat mengakibatkan kerugian secara finansial dikarenakan besarnya biaya pengobatan yang harus dikeluarkan oleh setiap keluarga untuk kesembuhan dari penyakit tersebut (Depkes, 2004)

Studi yang dilakukan oleh WHO Scientific Working Group (2006) memberikan gambaran bahwa biaya yang harus dikeluarkan untuk pengobatan DBD di Asia Tenggara mencapai US\$139/pasien, atau setara dengan Rp 1.320.500,- pada kurs 1 US\$ = Rp 9500,-. Studi yang dilakukan oleh Clark dkk di RS Provinsi Kamphaeng Phet di Thailand (2005) juga menunjukkan bahwa keluarga yang anggotanya mengalami DBD harus mengeluarkan uang sebanyak USD 61 (kurang lebih Rp 580.000,-). Selain beban yang langsung ditanggung warga, pemerintah juga memberikan subsidi perawatan sebesar USD 244 per pasien. Oleh karenanya ketika terjadi KLB DBD, Pemerintah Thailand harus mengeluarkan biaya sebesar USD 12,6 juta

(setara dengan Rp 125 milyar). Dari penelitian-penelitian ini dapat dikatakan bahwa tingginya harga pengobatan apabila terkena DBD.

Penyakit DBD di Indonesia pertama kali ditemukan di kota Surabaya pada tahun 1968, dimana sebanyak 58 orang terinfeksi dan 24 orang diantaranya meninggal dunia (Angka Kematian (CFR) : 41,3 %). Sejak saat itu, penyakit ini menyebar luas ke seluruh Indonesia. Keadaan ini, berkaitan dengan meningkatnya mobilitas penduduk, yang menyebabkan virus dan nyamuk penularnya mudah berpindah (Republika, 2010).

Penyakit DBD di Indonesia telah menjadi masalah kesehatan warga selama 43 tahun terakhir. Sejak tahun 1968 telah terjadi peningkatan persebaran jumlah provinsi dan kabupaten/kota yang endemis DBD, yaitu dari 2 provinsi dan 2 kota, menjadi 32 provinsi (97%) dan 382 (77%) kota, yang terjadi pada tahun 2009. Selain itu terjadi peningkatan jumlah kasus DBD, pada tahun 1968 hanya 58 kasus menjadi 158.912 kasus pada tahun 2009 (Republika, 2010).

Laporan WHO (2005) menunjukkan bahwa jumlah kasus DBD di Indonesia sepanjang tahun 2004 mencapai 78.690 dan 954 di antaranya meninggal (CFR=1.2%). Kejadian luar biasa mencapai puncaknya pada bulan Februari dan Maret. Pada tahun 2005 jumlah kasus DBD terjadi peningkatan menjadi 95.270 kasus dengan CFR sebesar 1,3 %. Pada tahun 2006 insiden DBD meningkat sebanyak 114.656 kasus dengan CFR 1,4 %. Pada tahun 2007 insiden demam meningkat nyata sebanyak 157.839 kasus. Daerah yang paling tinggi angka kejadian DBD nya adalah DKI Jakarta (2768 kasus dan CFR=0.76%) serta diikuti Jawa Barat (1863 kasus dan CFR=2.84%) (Resmiati, 2009)

Kota Depok sebagai kota dengan peringkat RW Siaga terbaik masih mempunyai permasalahan kesehatan, khususnya terkait dengan masalah penanggulangan penyakit DBD. Jumlah kasus DBD pada tahun 2005 di Kota Depok yang dilaporkan dari semua rumah sakit (RS) mencapai 1487 kasus. Tahun 2006 mencapai 1838 kasus dan jumlah kasus DBD menunjukkan peningkatan yang tajam sebesar 60,8% di 2007 menjadi 2956 kasus (Depkes,2004).

Berdasarkan hasil komunikasi personal dengan Penanggung jawab DBD Puskesmas Kemiri Muka mengatakan bahwa berdasarkan data Puskesmas Kemiri Muka yang mencakup dua kelurahan yaitu Kelurahan Kemiri Muka dan Pondok Cina tahun 2009 mencapai 98 kasus. Pada tahun 2010 angka kejadian menurun menjadi 68 kasus. Data terakhir bulan Juni 2011 ada 24 kasus DBD. Insiden DBD di kota Depok cukup tinggi, akan tetapi kelurahan Pondok Cina, kecamatan Beji menempati posisi terendah untuk kasus DBD 2010 dengan delapan kasus (Republika,2010). Berdasarkan hasil komunikasi personal dengan Ketua RW 09 sepanjang tahun 2011 hanya terdapat empat kasus DBD di RW 09 kelurahan Pondok Cina. Empat kasus tersebut menjadi penanda suatu hal yang baik.

Kondisi geografis Kota Depok yang memiliki luas wilayah 207,06 km² dan berpenghuni 1.204.687 jiwa, dengan kepadatan penduduk 5.818 jiwa/km², ditambah dengan banyaknya kawasan yang masih kosong berupa kebun dan sawah yang mencapai 51%. Begitu juga dengan RW 09 yang memiliki 1335 jiwa penduduk dengan kepadatan penduduk yang cukup padat disertai masih banyak nya kebun kosong mempunyai resiko penyebaran DBD yang cukup tinggi. Iklim juga memberikan kontribusi untuk penyebaran DBD yang cukup berarti bagi kota Depok. Depok memiliki data curah hujan sebesar 2.684 m/tahun, dengan jumlah hari hujan 222 hari/tahun. Kondisi curah hujan di

seluruh wilayah Depok, termasuk RW 09 sama, dengan rata-rata curah hujan sebesar 327 mm/tahun (“Data Kota Depok”, 2006).

Resiko penyebaran DBD yang tinggi di Kota Depok, khususnya RW 09 berbanding terbalik dengan angka kejadian DBD yang rendah. Rendahnya angka kejadian DBD di kelurahan Pondok Cina merupakan sesuatu hal positif. Angka kejadian penyakit menular pasti berhubungan dengan motivasi dan partisipasi warga di RW 09 kelurahan Pondok Cina dalam mencegah angka kejadian DBD menjadi suatu hal yang patut diteliti lebih lanjut.

1.2 Rumusan Masalah

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit menular yang sudah lama terjadi di kawasan Kota Depok. Penyebaran penyakit menular ini juga dipengaruhi oleh sikap manusia itu sendiri contohnya dalam aktifitas memelihara lingkungan yang bersih dan sehat. Pada tahun 2011, Kelurahan Pondok Cina menempati angka terendah kejadian DBD di Kota Depok. Motivasi dan partisipasi warga sangat mempengaruhi sebuah prestasi di tahun 2011 itu. Peneliti ingin mengetahui lebih lanjut sejauh mana motivasi dan bentuk partisipasi warga yang berhasil mencegah peningkatan angka kejadian DBD di RW 09 Kelurahan Pondok Cina, Kecamatan Beji, Kota Depok.

1.3 Pertanyaan penelitian

- a. Bagaimana motivasi warga dalam mencegah DBD?
- b. Bagaimana partisipasi warga dalam mencegah DBD?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah memperoleh gambaran motivasi dan partisipasi warga RW 09 dalam mencegah penyakit DBD.

1.4.2 Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari penelitian ini, yaitu diketahuinya

- a. Gambaran sosiodemografi warga;
- b. gambaran motivasi warga dalam mencegah DBD;
- c. gambaran partisipasi warga dalam mencegah DBD;

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Pengembangan Ilmu

Penelitian ini bermanfaat bagi perkembangan ilmu keperawatan terutama ilmu keperawatan komunitas. Hasil penelitian ini dapat memberi gambaran bagaimana persepsi warga mengenai motivasi dan partisipasi dalam mencegah DBD bersama warga lainnya, sehingga dapat menurunkan angka kejadian DBD di Depok dan meningkatkan kewaspadaan terhadap penyakit menular, seperti DBD.

1.5.2 Manfaat Pelayanan Keperawatan

Penelitian ini bermanfaat menjadi referensi pelayanan kesehatan dalam memberikan pendidikan kesehatan dalam upaya menggalakkan *empowerment* warga mengenai pencegahan DBD dan dapat *disharing* ke RW lain serta masyarakat lain.

1.5.3 Manfaat bagi masyarakat

Penelitian ini dapat dijadikan panduan bagi warga di kelurahan yang ada di lingkungan kelurahan Beji yang ingin turut serta dalam mencegah angka kejadian DBD.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Tinjauan pustaka sangat penting dalam mendasari suatu penelitian. Fungsi tinjauan pustaka yaitu untuk menguatkan permasalahan yang dibahas dalam penelitian. Pada penelitian ini, tinjauan pustaka membahas konsep dan teori DBD, *communicable disease*, motivasi dan partisipasi serta kerangka teori.

2.1 DBD

2.1.1 DBD sebagai penyakit menular

Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah sebuah penyakit menular yang disebabkan oleh virus dengue. Virus dengue ditransmisikan dari satu orang ke orang lainnya melalui gigitan nyamuk *Aedes (Ae)* dari subgenus *Stegomyia*. *Ae. Aegypti* merupakan vektor epidemi yang paling utama. Namun spesies lain seperti *Ae. Alpictus*, *Ae. Polynesiensis*, anggota dari *Ae. Scutellaris complex*, dan *Ae. (Finlaya) niveus* juga dianggap sebagai vektor sekunder. Tanda-tanda umumnya adalah panas mendadak 2-7 hari tanpa sebab yang jelas, pembesaran hati, trombositopeni dan hemokonsentrasi. Masa inkubasi virus dengue adalah 3-15 hari, rata-rata 5-8 hari (medicotherapy.com). Saat pertama kali ditemukan di Indonesia, angka kematian (CFR) DBD cukup tinggi, yaitu 43 %, pada tahun 2008 terjadi penurunan *insiden rate* (IR), akan tetapi masih relatif tinggi dibandingkan tahun-tahun sebelumnya. IR yang menurun diikuti oleh menurunnya *Case Fatality Rate* (CFR) juga, dimana CFR menurun dari tahun 2007 sebesar 1,01 % menjadi 0,86 % pada tahun 2008 (Depkes RI, 2008)

2.1.2 Epidemiologi

Di Indonesia, DBD pertama kali ditemukan pada tahun 1968 di Surabaya dan Jakarta. Namun pada tahun 1994 telah menyebar di 27 propinsi di Indonesia, dan 12 propinsi di antaranya dalam status kejadian luar biasa (KLB) (Depkes, 2004). Kejadian Luar Biasa (KLB) terbesar terjadi pada tahun 1998 dengan *Incidence Rate* (IR) = 35,19 per 100.000 penduduk dan *Case Fatality Rate/CFR* = 2 %.. Kini kasusnya sudah menyebar ke semua daerah dan menunjukkan peningkatan jumlah kasus maupun CFR yang signifikan dari tahun ke tahun. Sampai dengan triwulan pertama 2007 dilaporkan sudah ada 8019 kasus dan 144 di antaranya meninggal. Jumlah kasus tersebut meningkat sangat cepat, sehingga awal Juli 2007 jumlah kasusnya sudah mencapai lebih dari 90 ribu dan CFR nya > 1%. Di Indonesia, dua provinsi yang kasus DBD nya tertinggi adalah DKI Jakarta dan Jawa Barat.

Laporan WHO (2005) menunjukkan bahwa jumlah kasus sepanjang tahun 2004 mencapai 78.690 dan 954 di antaranya meninggal (CFR=1.2%). Kejadian luar biasa mencapai puncaknya pada bulan Pebruari dan Maret. Dalam kurun waktu Desember 2004 sampai dengan Februari 2005 di 30 provinsi Indonesia dilaporkan terjadi 10.517 kasus dengan kematian mencapai 182 (CFR=1.73%). Daerah yang paling tinggi KLB nya adalah DKI Jakarta (2768 kasus dan CFR=0.76%) serta diikuti Jawa Barat (1863 kasus dan CFR=2.84).

Kota Depok sebagai kota dengan peringkat RW Siaga terbaik masih mempunyai permasalahan kesehatan, khususnya terkait dengan masalah penanggulangan penyakit demam berdarah. Di Kota Depok pada tahun 2005, jumlah kasus DBD yang dilaporkan dari semua rumah sakit (RS) di Depok mencapai 1487 kasus. Tahun 2007, jumlah kasus demam berdarah menunjukkan peningkatan yang tajam sebesar 60,8% dari 1838 sepanjang tahun 2006, menjadi 2956 dan yang meninggal 14 orang. Mengingat

Universitas Indonesia

belum baiknya sistem pelaporan kasus DBD dari rumah sakit di Jakarta, Bogor ke Dinas Kesehatan Kota Depok maka diduga angka kasusnya bisa lebih tinggi.

2.1.3 Pencegahan, Penanganan dan Perawatan

Konsep pencegahan (*preventif*) adalah komponen kunci dari praktek kesehatan komunitas modern. Dalam terminologi populer, pencegahan berarti menghindari suatu kejadian sebelum terjadi. Dalam praktik kesehatan komunitas, kita menggunakan tiga tingkat pencegahan: primer, sekunder dan tersier (Anderson, 2007)

2.3.1.1 Pencegahan Primer

Penanganan primer adalah aktivitas perawat dalam menjaga kesehatan masyarakat sebelum terjangkit DBD. Hal ini dimulai dengan mengkaji resiko tingkah laku dan menyediakan intervensi yang relevan serta mengedukasi bagaimana mencegah tertular virus dengan kebiasaan yang sehat (Smeltzer, 2004)

Pencegahan primer adalah usaha sungguh-sungguh untuk menghindari suatu penyakit atau tindakan kondisi kesehatan yang merugikan melalui kegiatan promosi kesehatan dan tindakan perlindungan. Pencegahan primer mencakup area penanganan yang sangat luas, termasuk nutrisi, kebersihan, sanitasi, vaksinasi, perlindungan lingkungan dan pendidikan kesehatan umum (Anderson, 2007)

Berbagai upaya pemberantasan dan pencegahan penyakit DBD telah dilakukan oleh pemerintah, meskipun hasilnya masih belum seperti yang diharapkan. Pada tahun 2004, Departemen Kesehatan RI mencanangkan program penanggulangan DBD yang berisi 5 target pencapaian, yaitu: 1) penanggulangan KLB DBD (tahun 2004) selesai

Universitas Indonesia

dalam dalam waktu 3 bulan, 2) penurunan insidens kasus DBD sebesar 90% dari waktu KLB DBD, 3) CFR < 1%, 4) angka kasus tahun 2004 kurang dari kasus 2003 (<35.000), dan 5) kasus pada tahun 2005 kurang dari 10.000. Pemerintah Republik Indonesia akan menyediakan anggaran hingga 50 milyar rupiah untuk melakukan kampanye pencegahan demam berdarah. Namun realisasinya tidak seperti yang direncanakan, sebab dana rutin pemerintah pusat untuk program DBD hanya Rp 5 miliar dengan perincian Rp 4 miliar untuk pengasapan dan Rp 1 miliar untuk pembelian larvasida.

1. Cara Pencegahan DBD

Menurut Sudradjat (2008) Pencegahan DBD dapat dilakukan dengan cara , yaitu:

Pertama menghindari gigitan nyamuk di sepanjang siang hari (bukan malam hari). Hal tersebut dapat dilaksanakan dengan menghindari berada di lokasi-lokasi yang banyak nyamuknya di siang hari, terutama di daerah yang ada penderita DBD nya. Kedua gunakan krim/lotion anti nyamuk (*mosquito repelland*) yang banyak dijual di toko-toko, pada bagian badan yang tidak tertutup pakaian. Ketiga terapkan pelaksanaan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) dengan melakukan Mengubur, Menguras dan Menutup (3M). Keempat menguburkan atau menimbun benda-benda tak berguna yang menampung air, atau simpan sehingga tidak menampung air. Mengawasi lingkungan di dalam rumah dan di halaman rumah agar terhindar dari sampah dan lain-lain.

Kelima menguras bak mandi dan tempat penampungan air lainnya paling kurang seminggu sekali, membersihkan parit/selokan di dalam dan di sekitar rumah, terutama bila selokan itu airnya tidak/kurang mengalir. Kolam/akuarium jangan dibiarkan kosong tanpa ikan, isilah dengan ikan pemakan jentik nyamuk. Keenam menutup bak mandi

Universitas Indonesia

atau kolam agar nyamuk tidak bisa bertelur, serta menyemprot bagian-bagian rumah dan halaman yang merupakan tempat berkeliarnya nyamuk, dengan obat semprot nyamuk. Ketujuh pencegahan secara massal di lingkungan setempat melalui kerja sama dengan RT/RW/Kelurahan dengan Puskesmas setempat dilakukan dengan Pembersihan Sarang Nyamuk (PSN), *fogging*, atau memutuskan mata rantai pembiakan *Aedes Aegypti* dengan abatisasi.

2. Faktor resiko DBD

Mengkaji faktor resiko dari terjangkitnya DBD, Beberapa faktornya yaitu:

Pertama kondisi geografis kota Depok, Kota Depok memiliki luas wilayah 207,06 km² dan berpenduduk 1.204.687 jiwa, dengan kepadatan penduduk 5.818 jiwa/km² mempunyai resiko penyebaran DBD yang cukup tinggi, ditambah dengan banyaknya kawasan yang masih kosong berupa kebun dan sawah yang mencapai 51%. Kedua fasilitas pembuangan sampah. Fasilitas pembuangan sampah yang tersedia seluas 2,87 Ha ditambah dengan sulitnya menemukan lokasi pembuangan sampah yang baru.

Iklim juga memberikan kontribusi untuk penyebaran DBD yang cukup berarti bagi kota Depok. Depok memiliki data curah hujan sebesar 2.684 mm/tahun, dengan jumlah hari hujan 222 hari/tahun. Kondisi curah hujan di seluruh wilayah Depok relatif sama, dengan rata-rata curah hujan sebesar 327 mm/tahun (“Data Kota Depok”, 2006).

Wahiduddin (2003) dalam penelitiannya menemukan beberapa faktor yang menyebabkan kejadian DBD, yaitu faktor keadaan lingkungan seperti kebersihan halaman rumah dari tempat/wadah yang dapat menjadi tempat penampungan air, kondisi fasilitas tempat penampungan air seperti frekuensi pengurasan yang kurang dari satu

Universitas Indonesia

kali seminggu, bebas jentik dan mempunyai penutup, serta pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kejadian DBD. Faktor lain yang dapat mempengaruhi kejadian DBD yaitu kebiasaan masyarakat menggantung pakaian dan tidur siang.

2.1.3.2 Pencegahan Sekunder

Peran sekunder adalah peran tahap selanjutnya, tidak hanya pengkajian tetapi juga pengaturan obat. Kritik dan saran tentang DBD serta penjelasan lebih lanjut dalam mengatasi DBD termasuk dalam peran sekunder. Pencegahan sekunder adalah deteksi dini dan pengobatan terhadap kondisi kesehatan yang merugikan. Pencegahan sekunder mungkin saja berhasil mengatasi penyakit yang tidak dapat diobati pada tahap akhir, mencegah komplikasi dan kecacatan, serta membatasi penyebaran penyakit menular (Anderson, 2007)

1 Penanganan

Diagnosa klinis dengan modifikasi kriteria diagnosa dari WHO tahun 1975. Pada kriteria WHO, penderita penyakit DBD ditegakkan jika ditentukan oleh panas mendadak 2-7 hari tanpa sebab yang jelas, tanda-tanda perdarahan dan atau pembesaran hati, trombositopeni (trombosit $100.000/\text{mm}^3$ atau kurang), Hemokonsentrasi (Hematokrit meningkat 20 % atau lebih). Penderita DBD adalah penderita dengan tanda-tanda yang memenuhi kriteria diagnosa klinis atau penderita tersangka penyakit DBD yang hasil pemeriksaan serologis (HI atau Dengue Blot) positif. Kasus DBD adalah semua penderita penyakit DBD.

Penanganan pada penderita penyakit DBD adalah mengatasi perdarahan, mencegah atau mengatasi keadaan syok atau presyok. Cara yang dapat dilakukan yaitu dengan mengusahakan agar penderita

banyak minum sekitar 1,5 sampai 2 liter air dalam 24 jam (air teh dan gula sirup atau susu).

Penambahan cairan tubuh melalui infus (IV) diperlukan untuk mencegah dehidrasi dan hemokonsentrasi yang berlebihan. Transfusi platelet dilakukan jika jumlah platelet menurun drastis. Selanjutnya adalah pemberian obat-obatan terhadap keluhan yang timbul, misalnya Paracetamol membantu menurunkan demam, garam elektrolit (oralit) jika disertai diare, antibiotik berguna untuk mencegah infeksi sekunder.

Cara lain yang dapat dilakukan adalah melakukan kompres dingin, tidak perlu dengan es karena bisa berdampak syok. Bahkan beberapa tim medis menyarankan kompres dapat dilakukan dengan alkohol. Pengobatan alternatif yang umum dikenal adalah dengan meminum jus jambu biji bangkok, namun khasiatnya belum pernah dibuktikan secara medik, akan tetapi jambu biji kenyataannya dapat mengembalikan cairan intravena dan peningkatan nilai trombosit darah.

2.Observasi langsung terapi obat untuk perawatan DBD

Ada cara yang bisa ditempuh tanpa harus diopname di rumah sakit, tapi butuh kemauan yang kuat untuk melakukannya, antara lain: Minumlah air putih minimal 20 gelas berukuran sedang setiap hari (lebih banyak lebih baik). Cobalah menurunkan panas dengan minum obat penurun panas. Meminum minuman ion tambahan. Meminum Jus jambu merah untuk meningkatkan trombosit. Makanlah makanan yang bergizi dan usahakan makan dalam kuantitas yang banyak.

Semua usaha di atas bertujuan untuk menambah daya tahan tubuh terhadap serangan demam berdarah, karena pada dasarnya demam

berdarah tidak perlu obat tertentu. Ketahanan tubuh dapat dilihat dari jumlah leukosit dalam darah. Ketika leukosit mulai meningkat (membaik), maka biasanya trombosit yang kemudian akan bertambah. Infus sangat dibutuhkan, tapi jangan pernah mau diberikan antibiotik (kecuali ada penyakit lain). Tablet yang diberikan biasanya adalah vitamin.

Hasil laboratorium diperhatikan setiap hari, jika trombosit sudah meningkat melewati batas bawah normal (grafik trombosit tidak turun lagi), panas tubuh sudah normal kembali (36°C-37°C), tekanan darah (tensi) normal, itu pertanda anda sudah mulai sembuh, dan anda sudah bisa meminta kepada dokter untuk rawat jalan saja. Selama di rumah, usaha untuk minum air putih sebanyak-banyaknya harus tetap dijalankan.

2.1.3.3 Pencegahan Tersier

Peran tersier lebih berfokus kepada masyarakatnya, seperti edukasi kepada petugas kesehatan untuk mencegah resiko bahaya, observasi pengaturan obat, identifikasi organisasi masyarakat. Dukungan keluarga korban juga termasuk dalam peran tersier. Pencegahan tersier dilakukan jika penyakit atau kondisi tertentu telah menyebabkan kerusakan pada individu, Tujuan pencegahan tersier adalah membatasi kecacatan dan merehabilitasi atau meningkatkan kemampuan masyarakat semaksimal mungkin

1. Identifikasi Sumber Daya Komunitas yang menyediakan dukungan

Organisasi Masyarakat adalah suatu wadah yang terdapat suatu struktur dan suatu faktor yang dimiliki bersama oleh anggota-anggota kelompok, sehingga hubungan antara mereka bertambah erat. Faktor-faktor itu antara lain nasib yang sama, kepentingan yang sama,

ideologi dan politik. Hal ini merupakan ikatan yang bersifat pokok untuk jangka waktu tertentu.

Ketua RW 09 Kelurahan Pondok Cina, Bapak Subandrio Kaderi menuturkan bahwa di RW 09 terdapat beberapa organisasi yang terbentuk, seperti Kelompok Remaja Masjid, Arisan dan Pengajian ibu-ibu PKK, Kelompok Arisan bapak-bapak. Pada setiap pertemuan, baik bapak-bapak maupun ibu-ibu saling membicarakan isu-isu hangat yang merebak di wilayahnya. Hal ini sangat membantu terutama tugas kader kesehatan yang memberikan penyuluhan kesehatan.

2 Edukasi petugas kesehatan dan kader tentang pencegahan

Pelaksanaan PSN tidak hanya di area permukiman saja, tapi juga di lingkungan lainnya. Berdasarkan surat edaran Gubernur No: 46/SE/2004, ada tujuh tatanan dalam penanggulangan DBD, yakni permukiman, institusi pendidikan, tempat kerja, tempat umum, tempat pengelolaan makanan, sarana olahraga dan sarana kesehatan.

Narasumber dari Dinas Kesehatan DKI, Ida Bagus Nyoman Banjar mengatakan, komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) dalam menanggulangi bahaya DBD dan penyebaran penyakit menular lainnya harus lebih diefektifkan serta terjalin antar unit terkait dan masyarakat termasuk koordinasi dengan pihak puskesmas.

Selain itu, Camat dan Lurah diharapkan bisa melakukan pengendalian resiko terhadap segala kemungkinan wabah penyakit di masyarakat. “Dengan kata lain, mengkondisikan orang sehat agar tidak sakit dan menyembuhkan orang sakit agar menjadi orang sehat,” Ada empat strategi dalam menanggulangi bahaya DBD, yakni self, juru pemantau jentik (Jumantik), koordinator wilayah DBD dan petugas kesehatan (Lensa Indonesia,2012)

2.2 Motivasi

2.2.1 Pengertian Motivasi

Menurut Fajri & Senja (2000) motivasi adalah kecenderungan yang timbul pada diri seseorang secara sadar/tidak sadar melakukan tindakan dengan tujuan tertentu. Sedangkan Fauzi (2004) menyatakan bahwa motivasi menunjuk kepada seluruh proses pergerakan, termasuk situasi yang mendorong, dorongan yang timbul dalam diri individu, tingkah laku yang ditimbulkan oleh situasi tersebut dan tujuan atau akhir dari gerakan atau perbuatan. Semakin tinggi motivasi, maka akan sebanding dengan perilaku.

Papu (2006) menyatakan bahwa tanpa motivasi tidak akan ada kegiatan karena tanpa motivasi orang akan menjadi pasif; tertulis pada teori Maslow bahwa motivasi berhubungan dengan kebutuhan dan tujuan. Asnawi (2002) menambahkan motivasi tumbuh dari adanya suatu sumber yang telah ada dalam diri manusia berupa energi, namun energi itu harus dibangkitkan dan diarahkan kepada sasaran yang ingin ditipu.

Motivasi adalah dorongan yang timbul dari diri seseorang secara sadar atau tidak sadar untuk melakukan suatu tindakan dengan tujuan tertentu. Motivasi juga berarti usaha yang dapat menyebabkan seseorang/ kelompok orang tertentu bergerak melakukan sesuatu karena ingin mencapai tujuan yang dikehendakinya (KBBI, 2002). Motivasi adalah persyaratan masyarakat untuk berpartisipasi, tanpa motivasi masyarakat sulit untuk berpartisipasi di semua program. Timbulnya motivasi harus dari masyarakat itu sendiri dan pihak luar hanya memberikan dukungan saja. Oleh karena itu, pendidikan kesehatan sangat diperlukan dalam rangka meningkatkan tumbuhnya motivasi masyarakat (Notoatmodjo, 2007)

Huitt (2001) mengatakan jika terdapat ketidakcocokan antara dua keyakinan, dua tindakan atau antara keyakinan dan tindakan, maka kita akan bereaksi untuk menyelesaikan konflik dan ketidakcocokan ini. Implikasi dari hal ini adalah bahwa jika kita dapat menciptakan ketidakcocokan dalam jumlah tertentu, ini akan menyebabkan seseorang termotivasi mengubah perilakunya, yang kemudian mengubah pola pikirnya, dan selanjutnya mengubah lebih jauh perilakunya

Menurut Barelson &Steiner dalam Koontz (2001) mendefinisikan motivasi sebagai suatu keadaan di dalam diri seseorang yang mendorong, mengaktifkan/menggerakkan dan yang mengarahkan atau menyalurkan perilaku ke arah tujuan. Menurut teori tersebut, maka motivasi adalah suatu keadaan yang mendorong , mengaktifkan atau menggerakkan dan yang mengarahkan atau menyalurkan perilaku kearah yang bertujuan untuk mencegah.

2.2.2 Teori Motivasi

Motivasi tampak dalam dua aspek yang berbeda. Aspek pertama , dilihat dari segi aktif atau dinamis, motivasi tampak sebagai suatu usaha dalam menggerakkan, mengerahkan, dan mengarahkan daya serta potensi tenaga kerja, agar secara produktif berhasil mencapai dan mewujudkan tujuan yang telah ditetapkan. Kedua, dilihat dari segi pasif atau statis, , motivasi akan tampak sebagai kebutuhan sekaligus juga sebagai perangsang untuk dapat menggerakkan, mengerahkan dan mengarahkan potensi daya kerja individu ke arah yang diinginkan.

2.2.3 Faktor-faktor Motivasi

Faktor-faktor yang mempengaruhi motivasi menurut Herzberg 1996, dalam Siagian 2004, faktor-faktor yang mempengaruhi motivasi ada 2 bagian yaitu faktor intrinsik, yaitu penghargaan, kesempatan berkembang, tanggung jawab,dan otonomi. Faktor ekstrinsik yaitu pendapatan,

Universitas Indonesia

lingkungan, kebijakan, pengawasan. Sudrajat (2008) mengatakan bahwa motivasi dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti usia, jenis kelamin dan tingkat pendidikan, penghasilan dan pekerjaan. Sudrajat (2008) mengatakan bahwa motivasi dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti usia, jenis kelamin dan tingkat pendidikan, penghasilan dan pekerjaan. Dalam penelitian ini menggunakan kuisisioner motivasi yang diadaptasi kuisisioner sebelumnya, yaitu dari penelitian Saputra, F & Muhajir (2008) tentang Partisipasi masyarakat dalam mencegah DBD di RW Siaga Depok.

Tingkat pendidikan berpengaruh pada tingkat pengetahuan. Pengetahuan kesehatan akan berpengaruh pada perilaku sebagai hasil jangka menengah (*immediate impact*) dari pendidikan kesehatan, selanjutnya perilaku kesehatan akan berpengaruh pada meningkatnya indikator kesehatan masyarakat sebagai keluaran dari pendidikan kesehatan (Notoadmodjo, 2007).

Hasibuan (2001) berpendapat bahwa manusia mau bekerja giat untuk dapat memenuhi kebutuhan fisik atau biologis, berbentuk uang atau barang dari hasil pekerjaannya atau semua ditentukan oleh gaji. Akan tetapi Hadinegoro (2005) mengatakan bahwa salah satu strategi dalam pencegahan DBD adalah penyuluhan.

2.3 Partisipasi

2.3.1 Pengertian Partisipasi

Partisipasi merupakan suatu bentuk khusus dari interaksi dan komunikasi yang berkaitan dengan pembagian: kewenangan, tanggung jawab, dan manfaat Verhagen (1979) dalam Mardikanto (2003). Perilaku manusia pada hakekatnya adalah proses interaksi individu dengan lingkungannya yang mempunyai tujuan khusus yang dapat dilakukan secara sadar maupun tanpa sadar dalam mempengaruhi derajat kesehatan manusia (Soekirman, 2000)

Menurut Syahyuti (2005) partisipasi dapat didefinisikan sebagai proses dimana seluruh pihak dapat membentuk dan terlibat dalam seluruh inisiatif pembangunan. Maka, pembangunan yang partisipasif (*participatory development*), pengertian di atas, partisipasi menjadi faktor yang cukup penting untuk mencapai tujuan. Oleh karena itu, pelaksanaan suatu program atau pembangunan mungkin tidak akan berjalan sebagaimana mestinya jika tanpa partisipasi masyarakat. Partisipasi tidak dapat dipisahkan dari motivasi karena dengan adanya motivasi masyarakat akan lebih terstimulasi untuk berpartisipasi.

Partisipasi merupakan bentuk keterlibatan masyarakat dalam suatu program, baik program pemerintah maupun swasta. Dengan adanya partisipasi, masyarakat tidak hanya dijadikan objek suatu program, tetapi lebih berperan sebagai subjek perilaku yang akan berperan aktif dan ikut menentukan keberhasilan program.

2.3.2 Wujud Partisipasi

Menurut Adisasmito (2007), ada beberapa wujud peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan, dalam bentuk-bentuk berikut:

- Sumber daya manusia, yang dapat menjadi:
- Kader kesehatan
- Pemimpin masyarakat yang berwawasan kesehatan
- Institusi/lembaga/organisasi kemasyarakatan. Masyarakat terlibat dalam organisasi swasta yang bergerak di bidang kesehatan seperti rumah sakit, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM),
- Dana.

Wujud lain partisipasi masyarakat yaitu dalam bentuk pembiayaan kesehatan seperti dana sehat, asuransi kesehatan, jaminan

pemeliharaan kesehatan masyarakat atau sumbangan-sumbangan sukarela yang diberikan masyarakat untuk pemeliharaan kesehatan.

- Jasa tenaga, misalnya masyarakat melakukan kegiatan Gerakan Jumat Bersih (GJB) dan kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN)
- Subsidi silang

2.3.3 Faktor-faktor Partisipasi

Partisipasi dipengaruhi oleh beberapa faktor internal dan eksternal, seperti pengetahuan, pengalaman dan paparan informasi DBD (Manalu, 2009). Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka akan meningkatkan kemampuan potensi diri, perubahan sikap dan tingkah laku. Tingkat pendidikan yang tinggi juga meningkatkan kemampuan proses pikir dalam menerima hal-hal baru dalam masyarakat, memiliki kemampuan memilih untuk bertindak yang berdasarkan ilmu pengetahuan (Sulistyowati, 2002).

Mardianto (2003), mengatakan bahwa banyak program pembangunan yang kurang memperoleh partisipasi dari masyarakat karena kurangnya kesempatan yang diberikan kepada masyarakat untuk berpartisipasi, khususnya yang menyangkut pengambilan keputusan dalam perencanaan pembangunan, pemantauan dan evaluasi. Penelitian ini menggunakan kuisioner partisipasi yang diadaptasi kuisioner sebelumnya, yaitu dari penelitian Saputra, F & Muhajir (2008) Partisipasi masyarakat dalam mencegah DBD di RW Siaga Depok.

2.4 Penelitian terkait

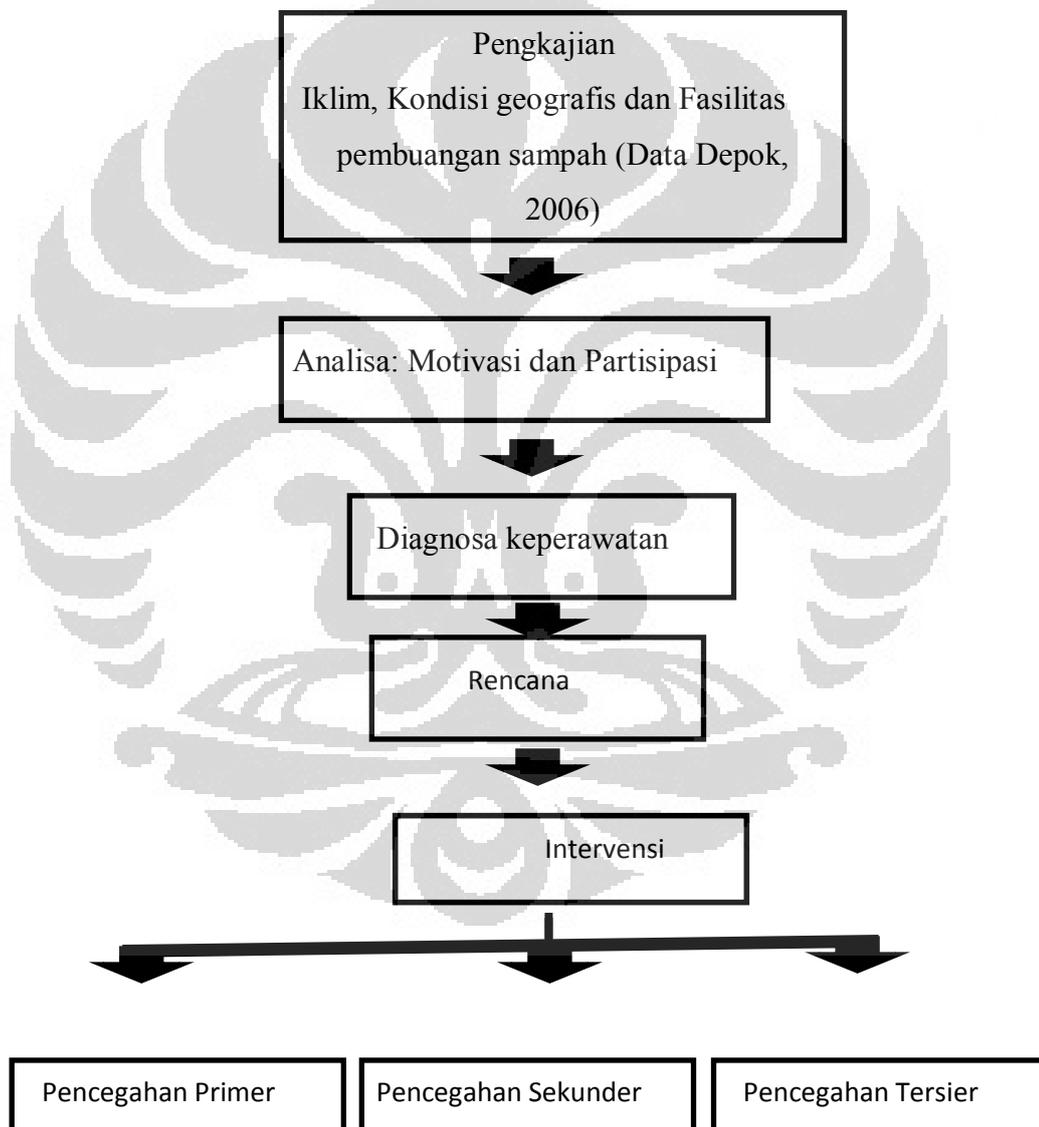
Beberapa penelitian yang terkait antara lain

1. Penelitian Muthoharoh 2007. "Gambaran Tingkat Pengetahuan Keluarga Tentang Penyakit Demam Berdarah Dengue Tujuan penelitian ini untuk mengidentifikasi tingkat pengetahuan keluarga tentang penyakit demam berdarah dengue. penelitian ini dilakukan di RW 02 Kelurahan Cipete Utara, Kebayoran Baru, Jakarta Selatan. Responden pada penelitian ini

Universitas Indonesia

adalah keluarga di RW 02 Cipete Utara dengan jumlah 64 keluarga. Desain yang digunakan pada penelitian ini adalah deskriptif sederhana dengan alat pengumpulan data berupa kuesioner. Analisa data yang digunakan yaitu analisis univariat dalam bentuk distribusi frekuensi hasil penelitian ini menyimpulkan bahwa mayoritas responden memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi (90,6%), tingkat pengetahuan sedang (9,4%), sedangkan responden yang memiliki tingkat pengetahuan rendah (0%).

BAGAN, RINGKASAN DAN LITERATUR



Sumber. Model Komunitas sebagai mitra, (Anderson 2007)

Gambar 2.1 Kerangka Teori

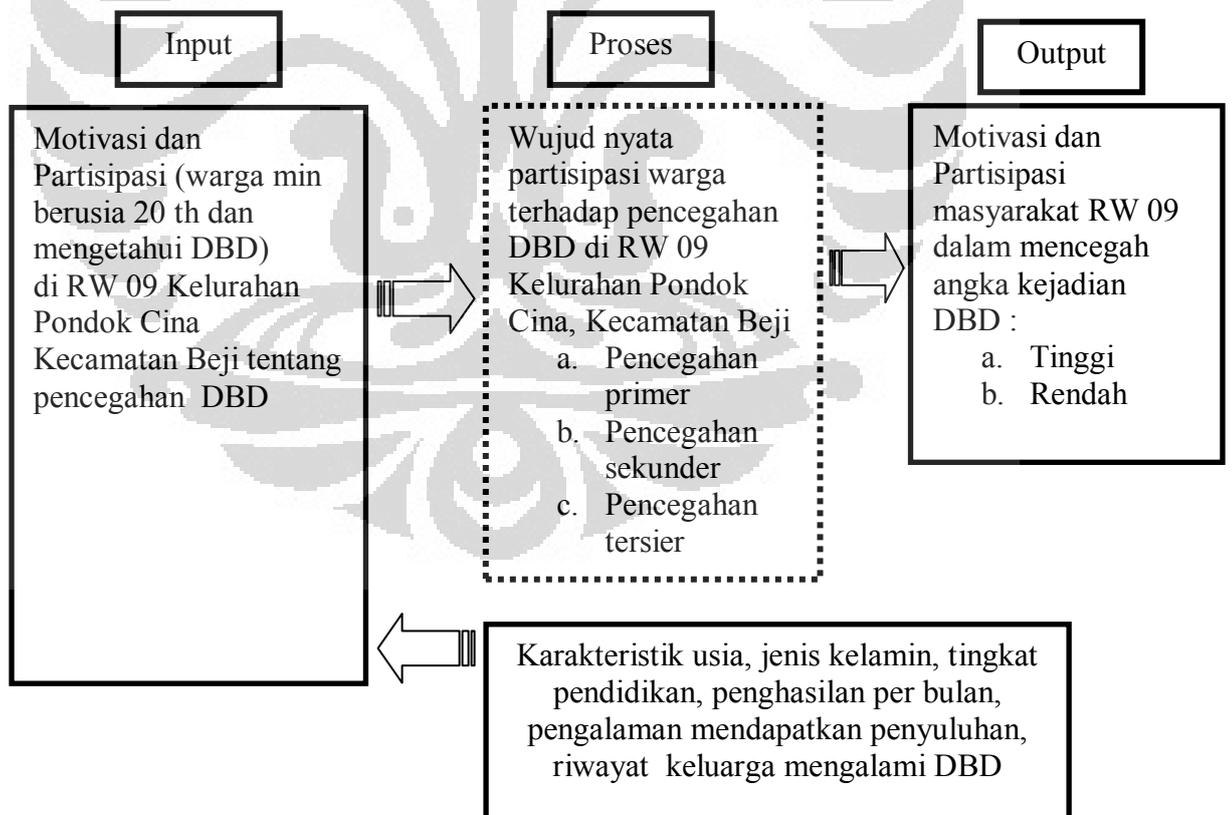
BAB 3

KERANGKA KERJA PENELITIAN

Peneliti menuliskan kerangka kerja penelitian yang memuat konsep-konsep yang jelas untuk diteliti. Konsep ini dijabarkan ke dalam variabel-variabel dari masalah yang ingin diteliti. Setiap variabel harus berkaitan antara variabel yang satu dengan variabel yang lainnya sehingga terbentuk kerangka konsep. Setelah itu, variabel-variabel diberi definisi operasional supaya ada batasan ruang lingkup penelitian dan memudahkan untuk diukur.

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah suatu hubungan atau kaitan antara konsep-konsep atau variabel-variabel yang akan diamati (diukur) melalui penelitian (Notoatmodjo, 2010). Tujuan dari kerangka konsep ini adalah mengarahkan peneliti untuk menganalisis hasil penelitian.



Gambar 3.1. Kerangka Konsep

Keterangan:

- = Area yang diteliti
 = Area yang tidak diteliti

Gambar 3.1 menunjukkan bahwa peneliti ingin mengetahui motivasi dan partisipasi masyarakat dalam pencegahan DBD. Variabel yang akan diteliti adalah gambaran motivasi dan partisipasi dalam mencegah angka kejadian. Variabel karakteristik yaitu jenis kelamin, usia, pendidikan, pendapatan, sumber informasi, dan pengalaman.

3.2 Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan bagian penelitian yang diperlukan agar pengukuran variabel atau pengumpulan data (variabel) itu konsisten antara sumber data (responden) yang satu dengan responden yang lain. Dalam mendefinisikan suatu variabel, peneliti perlu menjelaskan cara atau metode pengukuran, hasil ukur atau kategorinya, serta skala pengukuran yang digunakan (Dharma, 2011; Notoatmodjo, 2010). Untuk itu, definisi operasional dalam penelitian ini dibuat dalam bentuk tabel 3.1.

Tabel 3.1. Definisi Operasional

Variabel	Definisi operasional	Cara pengukuran	Alat ukur	Hasil ukur	Skala ukur
Jenis kelamin	Gender/karakteristik seks responden yaitu laki-laki atau perempuan.	1 pernyataan pada data demografi kuesioner	Kuesioner	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
Usia	Lama waktu hidup responden dari lahir sampai waktu penelitian, kurang dari sama dengan 20 tahun.	1 pernyataan pada data demografi kuesioner	Kuesioner	1. Usia termuda-usia rata-rata (mean) 2. Usia rata-rata (mean) –usia tertua	Ordinal
Pendidikan	Status riwayat bersekolah formal terakhir yang telah dicapai responden	1 pernyataan pada data demografi kuesioner	Kuesioner	1. TK 2. SD 3. SMP 4. SMA 5. Sarjana	Ordinal
Penghasilan	Upah kerja yang diterima oleh responden dalam satu bulan.	1 pernyataan pada data demografi kuesioner	Kuesioner	1. Dibawah Upah Minimum Regional (UMR) Rp 1.460.000 2. Sama dengan 3. Diatas UMR	Ordinal

Variabel	Definisi operasional	Cara pengukuran	Alat ukur	Hasil ukur	Skala ukur
Pengalaman mendapatkan penyuluhan DBD	Riwayat hidup yang dialami responden yang pernah atau belum pernah mengikuti pelatihan atau gerakan pencegahan DBD yang diadakan pihak RW, Kelurahan maupun Kecamatan	1 pernyataan pada data demografi kuesioner	Kuesioner	1. Belum Pernah 2. Pernah	Nominal
Riwayat keluarga yang pernah mengalami DBD	Responden mempunyai atau tidak mempunyai pengalaman keluarga mengalami DBD	1 pernyataan pada data demografi kuesioner	kuesioner	1. Tidak ada 2. Ada	Nominal
Motivasi	Dorongan responden	Menanyakan kepada	Kuesioner	1. Tinggi \geq <i>cut of mean</i>	Ordinal

dalam pencegahan DBD	untuk berperan dalam pencegahan DBD.	responden mengenai motivasi pencegahan DBD dengan menggunakan skala likert		2. Rendah $< cut\ of\ mean$	
Partisipasi dalam pencegahan DBD	Kemampuan responden untuk berperan dalam pencegahan DBD.	Menanyakan kepada responden mengenai partisipasi pencegahan DBD dengan menggunakan skala likert	Kuesioner	1. Tinggi $\geq cut\ of\ mean$ 2. Rendah $\geq cut\ of\ mean$	Ordinal

BAB 4

METODE PENELITIAN

Peneliti menjelaskan metode penelitian pada bab 4. Hal ini dilakukan untuk menyusun langkah-langkah teknis dan operasional penelitian, sehingga memudahkan peneliti dalam melaksanakan penelitian. Metode penelitian ini terdiri dari desain penelitian, populasi dan sampel, tempat dan waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, metode pengumpulan data, pengolahan dan analisis data, sarana penelitian, dan jadwal penelitian.

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian menggunakan desain penelitian deskriptif sederhana yang bertujuan untuk mendapatkan gambaran mengenai motivasi dan partisipasi warga dalam mencegah DBD, memaparkan variabel-variabel yang diteliti tanpa menganalisis hubungan antar variabel (Dharma, 2011).

4.2 Populasi dan Sampel

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2010). Anggota atau unit populasi disebut elemen populasi (Hastono, 2010). Populasi dalam penelitian ini adalah warga di RW 09 Kelurahan Pondok Cina, Kecamatan Beji, Depok.

Sampel adalah sebagian populasi yang ciri-cirinya diselidiki atau diukur (Hastono, 2010). Penarikan sampel menggunakan metode *purposive sampling*, yaitu suatu metode pemilihan sampel yang dilakukan berdasarkan maksud dan tujuan tertentu yang ditentukan oleh peneliti (Dharma, 2011; Notoatmodjo, 2010). Pelaksanaan pengambilan sampel ini antara lain: mula-mula peneliti mengidentifikasi semua karakteristik populasi, misalnya dengan mengadakan studi pendahuluan atau dengan mempelajari berbagai hal yang berhubungan dengan populasi. Kemudian peneliti menetapkan berdasarkan pertimbangannya, sebagian dari anggota populasi menjadi sampel penelitian sehingga teknik pengambilan sampel secara *purposive* ini didasarkan pada pertimbangan pribadi peneliti sendiri.

Kota Depok mempunyai angka kejadian DBD yang tinggi, akan tetapi Kelurahan Pondok Cina, khususnya RW 09 mempunyai angka kejadian yang rendah. Subandario Kaderi selaku ketua RW 09 mengatakan, sepanjang tahun 2011, hanya terdapat 4 kasus. Oleh sebab itu, peneliti mengambil warga RW 09 sebagai sampel.

Peneliti menetapkan kriteria inklusi dan eksklusi agar karakteristik sampel tidak menyimpang dari populasinya. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah warga yang terdaftar sebagai warga RW 09 Kelurahan Pondok Cina Kecamatan Beji Depok, warga laki-laki maupun perempuan, berusia minimal 20 tahun, mengetahui tentang DBD, dalam kondisi sadar dan sehat, dan bersedia menjadi responden tanpa paksaan. Sedangkan kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah warga yang tidak terdaftar sebagai warga RW 09 Kelurahan Pondok Cina Kecamatan Beji Depok, berusia kurang dari 20 tahun, mengetahui tentang DBD, warga yang sedang sakit, tidak bersedia menjadi responden.

Jumlah sampel yang diambil berdasarkan penilaian tertentu dan sebanyak yang dibutuhkan melalui perhitungan. Metode pengambilan sampel yang akan dilakukan oleh peneliti diukur dengan rumus besar sampel deskriptif kategorik (Dahlan, 2009) yaitu sebagai berikut:

$$N = \frac{Z\alpha^2 \times P \times Q}{d^2}$$

Keterangan:

N : jumlah sampel

$Z\alpha$: deviat baku alfa (nilai Z pada derajat kemaknaan 95%=1,96)

P : proporsi kategori variabel yang diteliti (P=0,5)

Q : 1 - P

d : presisi derajat ketepatan yang direfleksikan oleh kesalahan yang dapat ditoleransi (d=10%).

Berdasarkan rumus di atas, didapatkan jumlah sampel penelitian dengan perhitungan sebagai berikut:

$$\frac{Z_{\alpha}^2 P(1 - P)}{d^2} = \frac{(1,96)^2 0,5(1 - 0,5)}{(0,10)^2} = \frac{3,8416 \cdot 0,25}{0,01} = 96,04$$

Kesalahan yang dapat ditoleransi (d) yaitu 0,1, maka jumlah sampel (n) yang akan dijadikan responden dalam penelitian ini sebesar 96 orang. Jumlah sampel dalam penelitian ini akan ditambah 10%, sehingga menjadi 106 responden. Penambahan sampel ini untuk mengantisipasi adanya bias dalam analisis data karena tidak dikembalikannya kuesioner atau pengisian kuesioner yang tidak lengkap oleh responden.

4.3 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan di RW 09 Kelurahan Pondok Cina, Kecamatan Beji, Depok. Hal ini berdasarkan beberapa pertimbangan antara lain rendahnya angka kejadian DBD di wilayah tersebut, dekatnya lokasi dengan tempat tinggal peneliti, mudahnya perijinan karena sering dilakukan beberapa penelitian dari UI yang mengambil sampel di RW tersebut. Penelitian dilaksanakan tanggal 14-31 Mei 2012.

4.4 Etika Penelitian

Etika penelitian mencakup perilaku peneliti atau perlakuan peneliti terhadap subjek penelitian serta sesuatu yang dihasilkan oleh peneliti bagi masyarakat. Beberapa prinsip etika dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. *Beneficence*, peneliti meyakinkan responden bahwa penelitian ini bebas dari bahaya, tidak bersifat memaksa melainkan sukarela, manfaat yang dirasakan, dan tidak menimbulkan resiko.
- b. *Mal-efficence*, peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak menimbulkan bahaya pada responden dan responden terlindungi dari setiap risiko.
- c. *Respect for human dignity*, responden berhak untuk menentukan dirinya sendiri, dan mendapatkan informasi lengkap diantaranya mengenai tujuan, cara

penelitian, cara pelaksanaan, manfaat penelitian, dan hal-hal yang berkaitan dengan penelitian.

d. *Justice*, setiap responden berhak mendapatkan perlakuan adil dan dijaga privasinya.

e. *Informed consent*, lembar persetujuan yang diberikan kepada responden. Responden harus memenuhi kriteria yang telah ditentukan. Lembar *informed consent* harus dilengkapi dengan judul penelitian, dan manfaat penelitian, bila responden menolak maka peneliti tidak boleh memaksa dan tetap menghormati hak-haknya.

f. *Anonymity*, peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar pernyataan untuk menjaga kerahasiaan responden.

g. *Confidentiality*, kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu yang dilaporkan sebagai hasil penelitian (Notoatmodjo, 2010).

4.5 Alat Pengumpulan Data

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner yang berisikan pernyataan-pernyataan seputar data sosiodemografi responden dan tingkat motivasi dan partisipasi pencegahan tentang DBD. Kuesioner penelitian ini terdiri dari tiga bagian yang sebelumnya diuji validitas dan reliabilitas terlebih dahulu. Bagian pertama mencakup data demografi responden yang terdiri dari inisial responden, usia, jenis kelamin, pendidikan, penghasilan, pernah/belum pernah mengikuti penyuluhan tentang DBD, dan riwayat keluarga yang pernah mengalami DBD.

Kuesioner bagian kedua saat uji validitas berisi 16 pernyataan tentang motivasi dengan skala ordinal (sangat setuju, setuju, ragu-ragu, tidak setuju dan sangat tidak setuju). Kuesioner bagian ketiga tentang partisipasi akan menggunakan skala Likert (selalu, sering, kadang-kadang, pernah, dan tidak pernah), berisi pertanyaan sebanyak 13 buah.

Peneliti melakukan uji validitas dan reabilitas dilakukan kepada 30 warga di RW 12 Kelurahan Kemiri Muka dilaksanakan pada 28 April 2012. Pada taraf signifikan 5% dan df (28) diperoleh r tabel 0,361. Hasil uji validitas untuk kuisisioner terkait motivasi dengan membandingkan r tabel dengan r hitung, terdapat sepuluh dari enam belas pernyataan yang tidak valid yaitu pertanyaan nomor 1,2,3,7,8,12,13,14,15 dan 16. Sedangkan untuk kuisisioner terkait partisipasi terdapat tujuh dari 13 pernyataan yang tidak valid yaitu pernyataan nomor 1,2,3,4,6,12, dan 13.

Selanjutnya, peneliti melakukan uji reabilitas dilakukan setelah semua pertanyaan Pengujian ini bertujuan untuk mengetahui sejauh mana hasil pengukuran tetap konsisten apabila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih (Hastono, 2007). Reabilitas suatu instrument penelitian ditentukan berdasarkan perhitungan statistik dengan rentang 0-1. Nilai 1 menunjukkan reabilitas yang sempurna, tetapi angka ini jarang diperoleh karena selalu terjadi kesalahan secara acak (*random*) beberapa derajat pengukuran.

Penetapan uji reabilitas ditentukan oleh dua hal yaitu r *crombach alpha* dan r tabel. Instrument penelitian dikatakan valid apabila r *crombach alpha* \geq r tabel. Nilai r tabel yang umum digunakan untuk menentukan uji reabilitas adalah 0,6. Selain itu juga dapat di lihat dengan melihat nilai *crombach alpha* total kemudian membandingkannya dengan *crombach alpha* setiap pertanyaan. Pernyataan kuesioner dikatakan realibel apabila *crombach alpha* setiap pertanyaan nilainya tidak lebih dari *crombach alpha* total. Hasil uji coba reabilitas instrument penelitian pada kuesioner motivasi menunjukkan nilai *crombach alpha* total adalah 0,752 yang menunjukkan bahwa semua pernyataan pada kuesioner motivasi telah realibel untuk digunakan. Sedangkan untuk kuesioner partisipasi nilai *crombach alpha* total adalah 0,698. Hasil uji reabilitas menunjukkan bahwa semua pernyataan realibel.

Setelah diketahui hasil uji validitas dan reabilitas instrument penelitian, peneliti melakukan perbaikan pada beberapa instrument penelitian yang tidak valid dan

Universitas Indonesia

tidak variabel. Perbaikan tersebut dilakukan dengan mengubah susunan pernyataan menjadi kalimat yang lebih mudah dipahami untuk pembaca.

Berdasarkan hasil uji validitas dan reabilitas, kuisisioner motivasi terdapat 10 pernyataan yang tidak valid, akan tetapi empat pernyataan masih penting untuk mengukur motivasi warga sehingga ketika mengambil data penelitian digunakan 10 pernyataan. Kuisisioner partisipasi terdapat tujuh pernyataan yang tidak valid, akan tetapi terdapat 3 pernyataan yang penting untuk menunjang penelitian sehingga terdapat sembilan pernyataan untuk mengambil data penelitian partisipasi.

Setelah semua pernyataan disetujui, dilakukan pengambilan data. Penentuan kriteria motivasi, dan partisipasi dengan menggunakan *cut off point mean*. Nilai rendah apabila nilai total $< \textit{cut off point mean}$. Nilai tinggi apabila nilai total $\geq \textit{cut off point mean}$. Motivasi tinggi dan rendah dengan menggunakan *cut of point mean* (mean=41,68), karena distribusi frekuensi normal. Motivasi rendah jika kurang dari 41, 68 dan motivasi tinggi jika lebih dari sama dengan 41,68. Partisipasi tinggi dan rendah dengan menggunakan *cut of point mean* (mean=28,8) karena distribusi frekuensi normal. Partisipasi rendah jika kurang dari 28,8 dan partisipasi tinggi jika lebih dari sama dengan 28,8

4.6 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data dalam penelitian ini dengan cara membagikan kuisisioner kepada responden yaitu warga RW 09 minimal 20 tahun dan mengetahui tentang DBD yang selanjutnya diisi sendiri setiap pertanyaan oleh responden. Prosedur pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Mengajukan proposal penelitian kepada dosen pembimbing skripsi dan koordinator mata ajar untuk mendapatkan persetujuan pelaksanaan penelitian.
- b. Proposal penelitian yang telah mendapatkan persetujuan dan disahkan oleh dosen pembimbing skripsi, selanjutnya peneliti segera mengajukan surat

Universitas Indonesia

permohonan izin untuk melakukan penelitian dan uji instrumen kepada bagian KPS S1 FIK UI.

- c. Peneliti selanjutnya mengurus perizinan penelitian dan uji instrumen ke pihak Kelurahan Kemiri Muka dengan membawa surat izin penelitian dan uji instrumen yang telah dikeluarkan oleh bagian KPS SI FIK UI pada tanggal.
- d. Peneliti mendapatkan izin dari pihak Kelurahan Kemiri Muka untuk melakukan uji instrumen kepada 30 warga RW 12 Kelurahan Kemiri Muka pada bulan April 2012.
- e. Peneliti memberikan penjelasan mengenai prosedur pengisian dan tujuan kuesioner kepada 30 responden. Peneliti tidak lupa meminta kesediaan warga untuk menjadi responden dalam uji coba kuesioner. Warga yang setuju diminta untuk menandatangani surat persetujuan menjadi responden dan diminta untuk mengisi seluruh pertanyaan yang ada pada lembar kuesioner. Peneliti mempersilahkan warga untuk bertanya jika terdapat beberapa hal di kuesioner yang masih belum dipahami.
- f. Kuesioner yang telah diisi oleh 30 warga RW 12 Kelurahan Kemiri Muka selanjutnya diolah dengan menggunakan uji SPSS.
- g. Pernyataan yang tidak valid dalam uji SPSS, sebagian dieliminasi oleh peneliti, sebagian lagi direvisi peneliti yang kemudian dikonsultasikan hasilnya kepada dosen pembimbing. Kemudian, kuesioner yang sudah direvisi, di uji keterbacaannya terhadap tiga responden lain. Kuesioner yang telah teruji keterbacaannya untuk seluruh nomor pertanyaan yang ada selanjutnya dapat digunakan pada penelitian ini untuk mendapatkan data.
- h. Peneliti selanjutnya melakukan penelitian untuk mengambil data di RW 09 Kelurahan Pondok Cina. Pengambilan data dilakukan oleh peneliti pada tanggal 14-31 Mei 2012.
- i. Peneliti membagikan kuesioner kepada warga RW 09 Kelurahan Pondok Cina yang memenuhi kriteria untuk menjadi responden penelitian.
- j. Peneliti memberikan penjelasan mengenai prosedur penelitian dan meminta kesediaan mahasiswa untuk menjadi responden penelitian kemudian menjelaskan tujuan penelitian dan cara mengisi kuesioner

Universitas Indonesia

kepada responden. Kemudian, responden yang telah memahami tujuan penelitian dan setuju menjadi responden diminta untuk menandatangani surat persetujuan.

- k. Responden diminta untuk membaca dan mempelajari terlebih dahulu petunjuk dan seluruh pertanyaan yang ada di kuesioner sebelum mengisi jawaban. Peneliti memberikan kesempatan kepada responden untuk menanyakan hal yang masih belum dipahami mengenai pertanyaan kuesioner.
- l. Responden diminta mengisi jawaban seluruh pertanyaan yang ada di kuesioner. Peneliti yang menemukan kuesioner yang belum lengkap maka peneliti dapat meminta responden untuk melengkapi pertanyaan yang belum diisi dan peneliti mengumpulkan seluruh kuesioner.

4.7 Pengolahan dan Analisis Data

Pengolahan data itu sangat penting dalam penelitian. Data yang masih mentah harus diolah dan dianalisis. Hal ini supaya data bisa disajikan dan menghasilkan informasi yang benar. Adapun langkah-langkah dalam melakukan pengolahan data dan analisis data adalah sebagai berikut:

4.7.1 Pengolahan data

Setelah data yang diperlukan terkumpul, peneliti melakukan tahap sebagai berikut:

- a. *Editing data*, yaitu proses penyuntingan dan pengecekan isian kuesioner yang dilakukan sebelum memasukan data untuk melihat apakah kuesioner sudah terisi dengan lengkap, terjawab dengan cukup jelas, relevan, dan konsisten.
- b. *Coding data*, yaitu kegiatan mengklasifikasikan dan memberi kode terhadap jawaban yang diberikan responden sebelum diolah dengan komputer, dengan mengacu pada kode yang tersusun.
- c. *Entry data*, adalah proses memasukan data untuk dilakukan pengolahan dan analisis melalui paket program computer.

- d. *Cleaning data*, adalah pembersihan data kembali untuk menghindari kesalahan pada saat proses pemasukan data (Notoatmodjo, 2010).

4.7.2 Analisis data

Sifat penelitian ini adalah kategorik. Oleh karena itu, analisis data yang digunakan dalam penelitian menggunakan metode distribusi frekuensi dengan ukuran presentase atau proporsi. Sedangkan pada data demografi akan digunakan pengukuran *mean* dan standar deviasi. Data yang terkumpul akan diperiksa kelengkapannya dan dilakukan tabulasi serta diberi nilai atau *scoring*.

Kumpulan data tersebut dianalisis dengan menggunakan analisis *univariate*, disederhanakan, dan dijelaskan menjadi informasi yang berguna. Data yang telah ditampilkan kemudian disajikan dalam bentuk tabel dan diagram distribusi frekuensi. Semua ini diproses dengan menggunakan bantuan program komputer.

Interpretasi nilai kuesioner tersebut adalah untuk bagian pernyataan yang terkait dengan kategori motivasi, apabila responden mengisi dengan pilihan sangat setuju (SS) maka skornya = 5, setuju (S) = 4, ragu-ragu (R) maka skornya=3, tidak setuju (TS) = 2, sangat tidak setuju (STS) = 1. Sedangkan untuk kategori motivasi negatif, apabila responden mengisi dengan pilihan sangat setuju (SS) maka skornya = 1, setuju (S) = 2, ragu-ragu (R) =3, tidak setuju (TS) = 4, sangat tidak setuju (STS) = 5.

Kuesioner terkait kategori partisipasi, untuk partisipasi positif apabila responden mengisi dengan pilihan selalu maka skornya = 5, sering = 4, pernah=3, kadang-kadang = 2, tidak pernah = 1. Sedangkan untuk partisipasi negatif, apabila responden mengisi dengan pilihan selalu maka skornya = 1, sering = 2, pernah=3, kadang-kadang = 4, tidak pernah = 5.

Nilai maksimal untuk pernyataan kuesioner terkait motivasi bernilai 50, sedangkan nilai minimalnya adalah 10. Sedangkan untuk pernyataan

Universitas Indonesia

kuesioner terkait partisipasi memiliki nilai maksimal 45, nilai minimal 9. Berdasarkan hasil perhitungan tersebut, peneliti menyusun kategori pembagian skor untuk variabel motivasi yaitu tinggi jika skor $\geq 41,68$ dan motivasi rendah jika skor $< 41,68$ Sedangkan skor untuk variabel partisipasi yaitu tinggi jika skor $\geq 28,8$ dan partisipasi rendah jika skor $< 28,8$.

Selain pernyataan yang menyangkut variabel penelitian, kuesioner penelitian juga berisi data demografi yang terdiri dari usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pendapatan, pengalaman mendapatkan penyuluhan dan riwayat keluarga mengalami DWB. Data ini hanya diperlukan untuk mengetahui karakteristik responden apakah sesuai dengan karakteristik inklusi sampel yang telah ditetapkan oleh peneliti.

4.8 Sarana Penelitian

Sarana penelitian yang digunakan oleh peneliti adalah instrumen penelitian (kuesioner), alat tulis, komputer, kalkulator, buku referensi, jurnal ilmiah, sarana internet, salah satu program di komputer, souvenir dan sarana lain.

4.9 Jadwal Kegiatan

Penelitian harus mempunyai target pencapaian supaya dapat terselesaikan dengan baik dan tepat waktu. Oleh karena itu, dibuat jadwal penelitian dari disetujuinya proposal penelitian sampai dengan diseminasi hasil. Jadwal yang disusun oleh peneliti dalam penelitian ini dibuat dalam tabel 4.1.

Tabel 4.1. Jadwal Kegiatan

No.	Kegiatan	Bulan					
		Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli
1.	Pengumpulan proposal	■	■				
2.	Persetujuan proposal		■				
3.	Perizinan		■				
4.	Uji instrumen			■			
5.	Pengumpulan Data				■		
6.	Analisis Data					■	
7.	Diseminasi Hasil					■	■
8.	Sidang skripsi					■	■

BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1 Pelaksanaan Penelitian

Penelitian ini membahas tentang motivasi dan partisipasi masyarakat dalam mencegah angka kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) di RW 09 Kelurahan Pondok Cina, Kecamatan Beji. Penelitian ini dilakukan pada tanggal 14 – 31 Mei 2012 . Pengambilan data dilakukan dengan pengisian kuesioner oleh warga yaitu masyarakat RW 09 yang berusia minimal 20 tahun. Kuesioner yang berhasil dikumpulkan sebanyak 106 kuesioner. Namun, kuisisioner yang dapat diolah datanya sebanyak 100 kuisisioner karena ada 6 kuisisioner pengisiannya tidak lengkap.

5.2 Penyajian Hasil Penelitian

Hasil dari penelitian kuantitatif ini disajikan dalam tiga bagian. Bagian pertama menampilkan hasil penelitian terkait karakteristik demografi warga penelitian. Bagian kedua menampilkan hasil penelitian variabel penelitian yaitu variabel motivasi dan bagian ketiga yaitu variabel partisipasi.

5.2.1 Karakteristik Warga

5.2.1.1 Karakteristik Warga berdasarkan Usia

Dari hasil pilihan yang ada di kuesioner penelitian diperoleh informasi bahwa usia warga yang termuda adalah 20 tahun dan yang paling tua berusia 70 tahun. Mean=36,79. Hasil tersebut kemudian dikelompokkan oleh peneliti menjadi 2 kelompok yang didasarkan dari hasil perhitungan mean yaitu warga yang berusia 20-37 tahun. dan warga yang berusia 38-70 tahun. Sebagian besar warga berusia 20-37 tahun yaitu berjumlah 65 warga (65%). Penjelasan secara rinci dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Warga berdasarkan Usia di RW 09 Kelurahan Pondok Cina, Kecamatan Beji

Usia	Jumlah	Frekuensi (%)
20-37 tahun	65	65
38-70 tahun	35	35
Total	100	100

5.2.1.2 Karakteristik Warga berdasarkan Jenis Kelamin

Berdasarkan jenis kelamin, warga dengan jenis kelamin perempuan terlihat lebih banyak daripada warga laki-laki. Warga dengan jenis kelamin perempuan berjumlah 75 warga (75%) Penjelasan secara rinci dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Warga berdasarkan Jenis Kelamin di RW 09 Kelurahan Pondok Cina, Kecamatan Beji

Jenis Kelamin	Jumlah	Frekuensi (%)
Perempuan	75	75
Laki-laki	25	25
Total	100	100

5.2.1.3 Karakteristik Warga berdasarkan Tingkat pendidikan

Berdasarkan pendidikan terakhir, paling besar warga berada pada tingkat pendidikan SMA yang berjumlah 49 warga (49%). Penjelasan secara rinci dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Warga berdasarkan tingkat pendidikan di RW 09 Kelurahan Pondok Cina, Kecamatan Beji

Pendidikan terakhir	Jumlah	Frekuensi (%)
TK	2	2
SD	13	13
SMP	21	21
SMA	49	49
Sarjana	15	15
Total	100	100

5.2.1.4 Karakteristik Warga berdasarkan Penghasilan per bulan

Berdasarkan tingkat penghasilan per bulan warga, lebih banyak warga berada pada tingkat penghasilan per bulan dibawah UMR (dibawah Rp 1.460.000) berjumlah 53 warga (53%). Penjelasan secara rinci dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Warga berdasarkan Penghasilan per bulan diRW 09 Kelurahan Pondok Cina, Kecamatan Beji

Jabatan	Jumlah	Frekuensi (%)
Dibawah UMR	53	53,0
Sama dengan UMR	16	16,0
Diatas UMR	31	31,0
Total	100	100

5.2.1.5 Karakteristik Warga berdasarkan Pengalaman mendapatkan penyuluhan pencegahan DBD

Berdasarkan pengalaman mendapatkan penyuluhan pencegahan DBD, sebagian besar warga pernah mendapatkan, yaitu berjumlah 72 warga (72%). Sedangkan warga yang belum pernah mendapatkan penyuluhan pencegahan DBD berjumlah 28 warga (28%). Penjelasan secara rinci dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Warga berdasarkan Pengalaman mendapatkan penyuluhan pencegahan DBD diRW 09 Kelurahan Pondok Cina, Kecamatan Beji

Jabatan	Jumlah	Frekuensi (%)
Pernah	72	72
Belum pernah	28	28
Total	100	100

5.2.1.6 Karakteristik Warga berdasarkan Riwayat Keluarga terkena DBD

Berdasarkan riwayat keluarga terkena DBD, sebagian besar dari keluarga warga belum pernah terjangkit virus DBD (70%). Sedangkan, warga yang ada riwayat

keluarga terkena wabah DBD berjumlah 30 warga (30%). Penjelasan secara rinci dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Warga berdasarkan Riwayat keluarga pernah mengalami DBD RW 09 Kelurahan Pondok Cina, Kecamatan Beji.

Jabatan	Jumlah	Frekuensi (%)
Ada	70	70
Tidak ada	30	30
Total	100	100

5.2.1.7 Motivasi

Berdasarkan nilai rata-rata (mean), warga menurut tingkat motivasi dikelompokkan menjadi dua kelompok yaitu warga dengan motivasi tinggi dan warga dengan motivasi rendah. Warga dengan motivasi tinggi sebanyak 53 warga (53%). Sedangkan warga dengan motivasi rendah sebanyak 47 warga (47%). Penjelasan secara rinci dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.7 Distribusi Frekuensi Warga berdasarkan Motivasi di RW 09 Kelurahan Pondok Cina, Kecamatan Beji

Motivasi	Jumlah	Frekuensi (%)
Tinggi	53	53
Rendah	47	47
Total	100	100

5.2.1.8 Partisipasi

Berdasarkan nilai rata-rata (mean), warga menurut tingkat partisipasi dikelompokkan menjadi dua kelompok yaitu warga dengan partisipasi tinggi dan warga dengan partisipasi rendah. Warga dengan partisipasi rendah sebanyak 45 warga (45%). Sedangkan warga dengan partisipasi tinggi sebanyak 55 warga (55%). Penjelasan secara rinci dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.8 Distribusi Frekuensi Warga berdasarkan Partisipasi di RW 09
Kelurahan Pondok Cina, Kecamatan Beji

Partisipasi	Jumlah	Frekuensi (%)
Tinggi	55	55
Rendah	45	45
Total	100	100

Rasa Ingin tahu peneliti yang tinggi, peneliti ingin mengetahui hubungan variabel motivasi, partisipasi dengan karakteristik demografi

5.2.2 Hubungan Karakteristik Demografi dengan Motivasi

1. Hubungan Usia dengan Motivasi

Tabel 5.9 Hubungan Usia dengan Motivasi di Warga RW 09 Kelurahan Pondok Cina, Kecamatan Beji, Depok (n = 100)

No	Usia	Motivasi		Total	P value	OR
		Rendah	Tinggi			
1	20-37	31	34	65	1,0	1,083
		47,7%	52,3%	100%		
2	38-70	16	19	35	1,0	1,083
		45,7%	54,3%	100%		
Total		47	53	100		
		47%	53%	100%		

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p= 1,0$ maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan signifikan antara usia dengan motivasi. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR= 1,083$, artinya warga dengan rentang usia 20-37 mempunyai peluang 1,083 kali untuk memiliki motivasi tinggi dalam pencegahan DBD.

2. Hubungan Jenis Kelamin dengan Motivasi

Hasil uji statistik antara jenis kelamin dengan variabel motivasi dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 5.10 Hubungan Jenis Kelamin dengan Motivasi di Warga RW 09 Kelurahan Pondok Cina, Kecamatan Beji, Depok (n = 100)

No	Jenis Kelamin	Motivasi		Total	P value	OR
		Rendah	Tinggi			
1	Laki-laki	15	10	25		
		60%	40%	100%		
2	Perempuan	32	43	75	0,203	2,016
		42,7%	57,3%	100%		
	Total	47	53	100		
		47%	53%	100%		

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p= 0,203$ maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan signifikan antara jenis kelamin dengan motivasi. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR= 2,016$, artinya warga dengan jenis kelamin perempuan mempunyai peluang 2,016 kali untuk memiliki motivasi tinggi dalam pencegahan DBD.

3. Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Motivasi

Hasil uji statistik antara tahun angkatan dengan variabel motivasi dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 5.11 Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Motivasi pada Warga RW 09 Kelurahan Pondok Cina, Kecamatan Beji, Depok (n = 100)

No	Tingkat Pendidikan	Motivasi		Total	P value
		Rendah	Tinggi		
1	TK	1	1	2	0,001
		50%	50%	100%	
2	SD	11	2	13	
		84,6%	15,4%	100%	
3	SMP	12	9	21	
		51,1%	42,9%	100%	
4	SMA	22	27	49	
		44,9%	55,1%	100%	
5	Sarjana	1	14	15	
		6,7%	93,3%	100%	
	Total	47	53	100	
		47%	53%	100%	

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,001$ maka dapat disimpulkan ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan motivasi.

4. Hubungan Penghasilan per bulan dengan Motivasi

Hasil uji statistik antara penghasilan per bulan dengan variabel motivasi dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 5.12 Hubungan penghasilan per bulan dengan Motivasi di Warga RW 09 Kelurahan Pondok Cina, Kecamatan Beji, Depok (n = 100)

No	Jabatan	Motivasi		Total	P value
		Rendah	Tinggi		
1	Dibawah UMR	27	26	53	0,698
		50,9%	49,1%	100%	
2	Sama dengan UMR	7	9	16	100%
		43,8%	56,2%	100%	
3	Diatas UMR	13	18	31	100%
		41,9%	58,1%	100%	
Total		47	53	100	
		47%	53%	100%	

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p= 0,698$ maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan signifikan antara penghasilan per bulan dengan motivasi.

5. Hubungan Pengalaman penyuluhan dengan Motivasi

Hasil uji statistik antara pengalaman penyuluhan dengan variabel motivasi dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 5.13 Hubungan Pengalaman penyuluhan dengan Motivasi di Warga RW 09 Kelurahan Pondok Cina, Kecamatan Beji, Depok (n = 100)

No	Jenis Kelamin	Motivasi		Total	P value	OR
		Rendah	Tinggi			
1	Pernah	30	42	72	0,136	0,462
		41,7%	58,3%	100%		
2	Tidak pernah	17	11	28	0,136	0,462
		60,7%	39,3%	100%		
Total		47	53	100		
		47%	53%	100%		

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p= 0,136$ maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan signifikan antara pengalaman penyuluhan dengan motivasi. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR= 0,462$, artinya warga yang pernah mendapatkan penyuluhan mempunyai peluang 0,462 kali untuk memiliki motivasi tinggi dalam pencegahan DBD.

6. Riwayat Keluarga mengalami DBD dengan Motivasi

Tabel 5.14 Hubungan Riwayat Keluarga mengalami DBD dengan Motivasi di Warga RW 09 Kelurahan Pondok Cina, Kecamatan Beji, Depok (n = 100)

No	Riwayat Keluarga mengalami DBD	Motivasi		Total	P value	OR
		Rendah	Tinggi			
1	Ada	14	16	30	1,0	0,981
		46,7%	53,3%	100%		
2	Tidak ada	33	37	70	1,0	0,981
		47,1%	52,9%	100%		
Total		47	53	100		
		47%	53%	100%		

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p= 1,0$ maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara riwayat keluarga mengalami DBD dengan motivasi. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR= 0,981$, artinya warga dengan riwayat keluarga pernah mengalami DBD perempuan mempunyai peluang 0,981 kali untuk memiliki motivasi tinggi dalam pencegahan DBD.

5.2.3 Hubungan Karakteristik Demografi dengan Partisipasi

1. Hubungan Usia dengan Partisipasi

Hasil uji statistik antara usia dengan variabel partisipasi dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 5.15 Hubungan Usia dengan Partisipasi di Warga RW 09 Kelurahan Pondok Cina, Kecamatan Beji, Depok (n = 100)

No	Usia	Partisipasi		Total	P value	OR
		Rendah	Tinggi			
1	20-37	33	32	65	0,171	1,9
		50,8%	49,2%	100%		
2	38-70	12	33	35	0,171	1,9
		34,3%	65,7%	100%		
Total		45	55	100		
		45%	55%	100%		

Hasil uji statistik didapatkan nilai $p= 0,171$, berarti pada alpha 5% terlihat tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata usia warga yang mengikuti pencegahan DBD dengan partisipasi tinggi dan rendah. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR= 1,9$, artinya warga dengan rentang usia 20-37 mempunyai peluang 1,9 kali untuk memiliki partisipasi tinggi dalam pencegahan DBD.

2. Hubungan Jenis Kelamin dengan Partisipasi

Hasil uji statistik antara jenis kelamin dengan variabel partisipasi dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 5.16 Hubungan Jenis Kelamin dengan Partisipasi di Warga RW 09 Kelurahan Pondok Cina, Kecamatan Beji, Depok (n = 100)

No	Jenis Kelamin	Partisipasi		Total	P value	OR
		Rendah	Tinggi			
1	Laki-laki	16	9	25	0,049	2,82
		64%	36%	100%		
2	Perempuan	29	46	75	0,049	2,82
		38,7%	61,3%	100%		
Total		45	55	100		
		45%	55%	100%		

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p= 0,049$ maka dapat disimpulkan ada hubungan antara jenis kelamin dengan partisipasi. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR= 2,82$, artinya warga dengan jenis kelamin perempuan mempunyai peluang 2,82 kali untuk memiliki partisipasi tinggi dalam pencegahan DBD.

3. Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Partisipasi

Hasil uji statistik antara tahun angkatan dengan variabel motivasi dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 5.17 Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Partisipasi pada Warga RW 09 Kelurahan Pondok Cina, Kecamatan Beji, Depok(n = 100)

No	Tingkat Pendidikan	Partisipasi		Total	P value
		Rendah	Tinggi		
1	TK	1 50%	1 50%	2 100%	0,994
2	SD	6 46,2%	7 53,8%	13 100%	
3	SMP	10 47,6%	11 52,4%	21 100%	
4	SMA	22 44,9%	27 55,1%	49 100%	
5	Sarjana	6 40%	9 60%	15 100%	
	Total	45 45%	55 55%	100 100%	

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,994$ maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan partisipasi.

4. Hubungan Penghasilan per bulan dengan Partisipasi

Hasil uji statistik antara penghasilan per bulan dengan variabel partisipasi dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 5.18 Hubungan penghasilan per bulan dengan Partisipasi di Warga RW 09 Kelurahan Pondok Cina, Kecamatan Beji, Depok (n = 100)

No	Jabatan	Partisipasi		Total	P value
		Rendah	Tinggi		
1	Dibawah UMR	30	23	53	0,040
		56,6%	43,4%	100%	
2	Sama dengan UMR	6	10	16	100%
		37,5%	62,5%	100%	
3	Diatas UMR	9	22	31	100%
		29%	71%	100%	
	Total	45	55	100	100%
		45%	55%	100%	

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,040$ maka dapat disimpulkan ada hubungan signifikan antara penghasilan per bulan dengan partisipasi.

5. Hubungan Pengalaman penyuluhan dengan Partisipasi

Hasil uji statistik antara pengalaman penyuluhan dengan variabel partisipasi dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 5.19 Hubungan Pengalaman penyuluhan dengan Partisipasi di Warga RW 09 Kelurahan Pondok Cina, Kecamatan Beji, Depok (n = 100)

No	Jenis Kelamin	Partisipasi		Total	P value	OR
		Rendah	Tinggi			
1	Pernah	28	44	72	0,081	0,421
		38,9%	61,1%	100%		
2	Tidak pernah	17	11	28	0,081	0,421
		60,7%	39,3%	100%		
	Total	45	55	100	0,081	0,421
		45%	55%	100%		

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,081$ maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara pengalaman penyuluhan dengan partisipasi. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR = 0,421$, artinya warga yang pernah mendapatkan penyuluhan mempunyai peluang 0,462 kali untuk memiliki partisipasi tinggi dalam pencegahan DBD.

6. Riwayat Keluarga mengalami DBD dengan Partisipasi

Tabel 5.20 Hubungan Riwayat Keluarga mengalami DBD dengan Partisipasi di Warga RW 09 Kelurahan Pondok Cina, Kecamatan Beji, Depok (n = 100)

No	Riwayat Keluarga mengalami DBD	Partisipasi		Total	P value	OR
		Rendah	Tinggi			
1	Ada	12 40%	18 60%	30 100%	0,661	0,747
2	Tidak ada	33 47,1%	37 52,9%	70 100%		
	Total	45 45%	55 55%	100 100%		

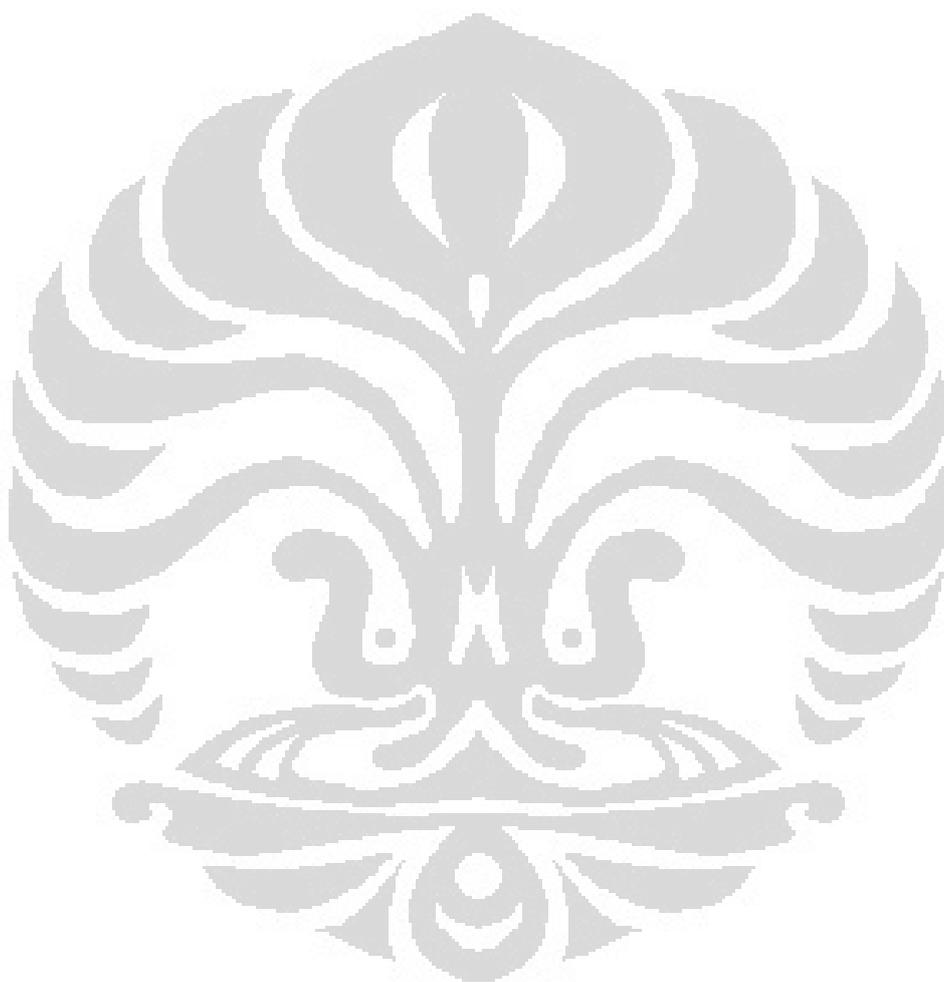
Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,661$ maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara riwayat keluarga mengalami DBD dengan partisipasi. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR = 0,747$, artinya warga dengan riwayat keluarga pernah mengalami DBD perempuan mempunyai peluang 0,747 kali untuk memiliki partisipasi tinggi dalam pencegahan DBD.

5.2.4 Motivasi dengan Partisipasi

Tabel 5.21 Hubungan Motivasi dengan Partisipasi di Warga RW 09 Kelurahan Pondok Cina, Kecamatan Beji, Depok (n = 100)

No	Motivasi	Partisipasi		Total	P value	OR
		Rendah	Tinggi			
1	Rendah	22 46,8%	25 53,2%	47 100%	0,888	1,148
2	Tinggi	23 43,4%	30 56,6%	53 100%		
	Total	45 45%	55 55%	100 100%		

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p= 0,888$ maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara motivasi dengan partisipasi. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR= 1,4$, artinya warga dengan motivasi tinggi mempunyai peluang 1,4 kali untuk memiliki partisipasi tinggi dalam pencegahan DBD.



BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini akan menjelaskan hasil penelitian yang telah diperoleh. Pembahasan merupakan penjelasan rincian dari hasil penelitian yang dihubungkan dengan tujuan penelitian. Hasil penelitian dibandingkan dan diperkuat dengan hasil penelitian yang telah dilakukan sebelumnya dan dengan konsep atau teori yang telah disusun pada tinjauan pustaka. Penjelasan hasil penelitian hanya satu bagian. Hasil penelitian akan membahas mengenai variabel penelitian yaitu variabel motivasi dan variabel partisipasi.

6.1 Pembahasan Hasil Penelitian

6.1.1 Motivasi

Penelitian terhadap motivasi menunjukkan masyarakat dengan motivasi tinggi untuk mencegah angka kejadian DBD sebanyak 53%. Hasil tersebut menunjukkan bahwa masyarakat dengan motivasi tinggi jumlahnya lebih besar dari pada masyarakat dengan motivasi rendah. Peneliti berasumsi bahwa tingginya motivasi masyarakat mengenai DBD adalah selain karena masalah DBD merupakan masalah aktual yang selalu muncul setiap tahun, utamanya pada musim penghujan sehingga masyarakat mendapatkan intensitas yang lebih untuk terpapar dengan informasi mengenai masalah ini.

Sudrajat (2008) mengatakan bahwa motivasi dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti usia, jenis kelamin dan tingkat pendidikan, penghasilan dan pekerjaan. Motivasi meningkat umumnya pada usia produktif. Pernyataan tersebut didukung dengan penelitian Budi (2002) yang menyatakan bahwa motivasi meningkat saat seseorang memasuki usia 20 hingga 30 tahun, dan mulai menurun saat usia memasuki 50 tahun. Hal tersebut juga sesuai dengan Sumarno (1998) yang menyatakan orang yang lebih muda, lebih mudah dan cepat dalam menyerap dan merespon apa yang didapat. Hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian yang mempunyai kecenderungan

warga berusia 20-37 tahun untuk 1,4 kali memiliki motivasi tinggi. Akan tetapi, hasil analisa bivariat menyatakan tidak ada hubungan yang signifikan antara motivasi dan usia ($p \text{ value} = 1,0$). diperkuat hasil.

Peneliti berkeyakinan bahwa tidak ada hubungan antara usia dan motivasi disebabkan oleh kinerja kader kesehatan yang baik dalam memberikan penyuluhan kesehatan, serta program kerja dari RW 09 seperti Jumat Bersih. Dalam kegiatan jumat bersih tersebut semua warga berpartisipasi baik muda maupun tua turut membersihkan lingkungan RW 09.

Dalam penelitian ini tidak ada hubungan jenis kelamin dengan motivasi tinggi ($p \text{ value} = 0,203$), tetapi ada kecenderungan warga berjenis kelamin perempuan memiliki motivasi yang tinggi (57,3%). Penelitian ini didukung oleh hasil penelitian Yudhastuti (2005) menyampaikan bahwa sebanyak 68% responden berjenis kelamin perempuan, mempengaruhi motivasi responden untuk mengawasi keberadaan jentik nyamuk *Aedes Aegypti* di daerah endemis Surabaya. Peneliti berasumsi tidak ada hubungan jenis kelamin dengan motivasi karena persebaran sampel yang belum merata. Data monografi Pondok Cina jumlah laki-laki lebih besar daripada perempuan, laki-laki sebanyak 2518 jiwa dan perempuan 2239 jiwa, sedangkan dalam penelitian ini 75% perempuan.

Selain usia dan jenis kelamin, faktor yang mempengaruhi motivasi seseorang adalah tingkat pendidikan. Tingkat pendidikan masyarakat penelitian ini paling banyak yaitu tingkat sekolah menengah atas sebanyak 49 (49%) warga. Berdasarkan analisa hubungan juga didapatkan hasil ada hubungan antara tingkat pendidikan dan motivasi ($p \text{ value} = 0,001$). Seperti yang disampaikan Zulkifli (2005), tingkat pendidikan mempengaruhi penerapan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) dengan mengikutsertakan masyarakat dalam memelihara lingkungan masing-masing untuk pemberantasan pada tempat-tempat yang diduga sebagai tempat perkembangbiakan *Aedes Aegypti*.

Penelitian yang mendukung lainnya adalah penelitian dari Tri (2008) yang menemukan bahwa adanya pengaruh tingkat pendidikan dengan motivasi Ibu Rumah Tangga dengan Upaya Pemberantasan Sarang Nyamuk (Menguras, Menutup, dan Mengubur) di Desa Pilangsari Kecamatan Ngrampal Kabupaten Sragen. Hasil tersebut menyimpulkan adanya pengaruh antara tingkat pendidikan masyarakat dengan motivasi mencegah DBD. Persamaan hasil penelitian dapat dikarenakan tempat penelitian sama yaitu lingkup Kelurahan. Selain itu juga karakteristik responden yang ditetapkan oleh peneliti yaitu warga yang minimal berusia 20 tahun.

Tingkat pendidikan berpengaruh pada tingkat pengetahuan. Pengetahuan kesehatan akan berpengaruh pada perilaku sebagai hasil jangka menengah (*immediate impact*) dari pendidikan kesehatan, selanjutnya perilaku kesehatan akan berpengaruh pada meningkatnya indikator kesehatan masyarakat sebagai keluaran dari pendidikan kesehatan (Notoadmodjo, 2007).

Hasil penelitian tersebut sesuai dengan Pancaningrum 2004 yang mengatakan tingginya dasar pengetahuan yang dimiliki masyarakat tentang pencegahan DBD, dapat semakin tinggi pula kesadaran untuk berperan serta dalam mencegah DBD dimana dalam hal ini pemerintah juga berperan sebagai fasilitator dan motivator. Penelitian lain yang mendukung adalah penelitian Muthoharoh tentang tingkat pengetahuan keluarga di Cipete, Jakarta utara mayoritas keluarga memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi (90,6%), tingkat pengetahuan sedang (9,4%), sedangkan responden yang memiliki tingkat pengetahuan rendah (0%).

Berdasarkan hasil penelitian, tidak ada hubungan antara penghasilan dan motivasi ($p \text{ value} = 0,698$), akan tetapi ada kecenderungan warga yang memiliki penghasilan sama dengan UMR dan lebih dari UMR memiliki motivasi tinggi dalam pencegahan DBD. Hal ini didukung oleh Papu (2006) menyatakan bahwa tanpa motivasi tidak akan ada kegiatan karena

Universitas Indonesia

tanpa motivasi orang akan menjadi pasif; tertulis pada teori Maslow bahwa motivasi berhubungan dengan kebutuhan dan tujuan. Kebutuhan fisik dan biologis yaitu kebutuhan untuk mempertahankan hidup, termasuk dalam kebutuhan ini adalah kebutuhan makan, minum, sandang, papan, udara masuk dalam tingkatan pertama teori Maslow. Kebutuhan tingkat pertama ini sangat berhubungan dengan faktor ekonomi.

Walaupun pada teorinya faktor ekonomi yang juga mempengaruhi tingkat motivasi. aktor yang memotivasi seseorang untuk semangat bekerja adalah dapat terpenuhinya kebutuhan serta kepuasan baik materiil maupun nonmaterial yang diperolehnya sebagai imbalan atau balas jasa yang telah dilakukan. Hasibuan (2001) berpendapat bahwa manusia mau bekerja giat untuk dapat memenuhi kebutuhan fisik atau biologis, berbentuk uang atau barang dari hasil pekerjaannya atau semua ditentukan oleh gaji.

Scholl (2002) mengatakan seseorang yang termotivasi dapat diobservasi. Peneliti berkeyakinan tidak adanya hubungan antara penghasilan dengan motivasi dapat terjadi karena aktivitas pencegahan DBD yang dilakukan dianggap menyenangkan, merasa adanya kepuasan. Mereka mengaku senang melaksanakan pencegahan DBD.

Hadinegoro (2005) mengatakan bahwa salah satu strategi dalam pencegahan DBD adalah penyuluhan. Hasil penelitian ini sebanyak 72 (72%) orang warga sudah pernah mendapatkan penyuluhan demam berdarah dengue (DBD) yang diberikan oleh tim kesehatan di RW 09. Hal tersebut sesuai dengan penelitian Soeparmanto (2007) yaitu meningkatkan motivasi masyarakat dalam pencegahan DBD dapat dilakukan melalui penyuluhan-penyuluhan intensif dan juga penelitian yang dilakukan Suwasono (2001) mengenai peningkatan peran serta masyarakat melalui penyuluhan-penyuluhan dengan materi yang mengacu pada perilaku-perilaku masyarakat setempat untuk mencegah DBD. Hal tersebut juga mendukung hasil penelitian dimana terdapat kecenderungan warga yang

Universitas Indonesia

pernah mendapatkan pengalaman penyuluhan dengan motivasi tinggi (58,3%).

Berdasarkan hasil analisa bivariat didapatkan hasil bahwa tidak ada hubungan antara pengalaman penyuluhan dengan motivasi ($p \text{ value} = 0,136$). Peneliti berkeyakinan bahwa penyuluhan yang diikuti sudah lama. Banyak dari warga yang tidak rutin mengikuti penyuluhan DBD yang diadakan kader kesehatan setiap minggu saat Jumat bersih.

Panderawan (2002) menyatakan bahwa pengalaman yang dapat mempengaruhi motivasi dapat berupa pengalaman yang tidak menyenangkan sebelumnya, yang akan memotivasi orang untuk menghindarinya terulangnya pengalaman tersebut dan adanya pengalaman seseorang terhadap sesuatu yang bermanfaat untuk dirinya akan memotivasi orang tersebut untuk mengulangi tindakan tersebut. Berdasarkan hasil penelitian ini sebanyak 70 (70%) orang pernah ada riwayat anggota keluarga yang menderita demam berdarah dengue (DBD). Hal tersebut didukung juga oleh hasil penelitian dari Manalu (2009), yang mengatakan bahwa faktor yang utama dalam mencegah adalah kesempatan anggota keluarga untuk berpartisipasi mencegah angka kejadian DBD. Keluarga yang telah terpapar penyakit DBD akan lebih peduli dengan pencegahan DBD.

Berdasarkan hasil analisa bivariat didapatkan data bahwa tidak ada hubungan antara riwayat keluarga pernah mengalami DBD dengan motivasi ($p \text{ value} = 1,0$). Peneliti berkeyakinan bahwa keluarga yang telah terpapar akan memberikan informasi kepada tetangga yang sudah terpapar juga maupun yang belum, sehingga setiap warga pada dasarnya sudah mengetahui tentang DBD.

6.1.2 Partisipasi

Hasil penelitian masyarakat dengan partisipasi tinggi sebanyak 55 (55%) orang, artinya lebih dari separuh masyarakat menunjukkan partisipasi yang tinggi untuk mencegah angka kejadian DBD. Tingginya angka partisipasi masyarakat dapat disebabkan karena setiap program yang diluncurkan oleh pemerintah sering melibatkan masyarakat, sehingga masyarakat merasa ikut memiliki program yang dicanangkan dan hasilnya pun menunjukkan angka yang memuaskan.

Partisipasi dipengaruhi oleh beberapa faktor internal dan eksternal, seperti pengetahuan, pengalaman dan paparan informasi DBD (Manalu, 2009). Hal ini didukung juga penelitian Amien (2002) yang menyatakan bahwa terdapat tujuh faktor yang mempengaruhi partisipasi yaitu pendidikan, pekerjaan, intensitas informasi, usia, lama menetap, penghasilan, dan pengetahuan. Peneliti berkeyakinan bahwa faktor-faktor diatas mempengaruhi partisipasi masyarakat RW 09 dalam mencegah angka kejadian DBD karena terdapat kesamaan tempat penelitian sama yaitu lingkup Kelurahan.

Hasil analisa bivariat menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara usia dan partisipasi, akan tetapi ada kecenderungan usia 38-70 mempunyai partisipasi tinggi 1, 9 kali. Peneliti berkeyakinan bahwa usia tersebut sudah punya banyak pengalaman, terutama di bidang pengetahuan akan penyakit menular, sehingga lebih tergerak untuk mencegah DBD secara langsung melalui tindakan/ partisipasi.

Pendidikan adalah usaha agar manusia dapat mengembangkan potensi dirinya melalui proses pembelajaran. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka akan meningkatkan kemampuan potensi diri, perubahan sikap dan tingkah laku. Tingkat pendidikan yang tinggi juga meningkatkan kemampuan proses pikir dalam menerima hal-hal baru dalam masyarakat, memiliki kemampuan memilih untuk bertindak yang berdasarkan ilmu pengetahuan (Sulistiyowati, 2002). Hal ini juga didukung oleh penelitian

Universitas Indonesia

Amien (2002) juga menemukan bahwa ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan partisipasi masyarakat dalam penanggulangan DBD di Jakarta Timur, Ibu yang lulusan SMA 64, 8%, Ibu yang memiliki tingkat pendidikan lebih tinggi memiliki peluang 1,4 kali untuk lebih berpartisipasi dalam penanggulangan DBD di Jakarta Timur dibandingkan dengan ibu yang berpendidikan rendah.

Fitrajaya (2002) juga menyatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka semakin mudah untuk menerima ide baru sehingga semakin mudah mempengaruhi pelaksanaan kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN). Hasil penelitian lainnya yang mendukung adalah hasil penelitian Sukmawati (2008) yang mengatakan ada pengaruh signifikan antara tingkat pengetahuan dan partisipasi masyarakat dalam pencegahan DBD. Anak yang memiliki pengetahuan rendah, maka akan berpartisipasi rendah pula, begitupun sebaliknya. Hal ini juga tidak bertentangan dengan hasil penelitian bahwa tingkat pendidikan SMA sebanyak 49 %.

Penelitian Amien (2002) yang menyatakan adanya pengaruh antara intensitas informasi dengan partisipasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu yang intensitas informasinya cenderung partisipasinya lebih tinggi (65,3%). Partisipasi merupakan bentuk keterikatan masyarakat yang diharapkan oleh pemerintah. Keterikatan ini pula yang diharapkan dari penerapan program RW 09, seperti yang tercermin dari salah satu tujuan dari RW 09, yaitu meningkatkan kewaspadaan dan kesiapsiagaan masyarakat RW terhadap resiko dan bahaya yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan seperti bencana, wabah penyakit, dan sebagainya. Tujuan dari RW 09 tersebut dapat dilakukan oleh masyarakat dalam Program RW Siaga berupa transportasi siaga.

Penelitian Amien (2002) menyimpulkan bahwa hanya faktor penghasilan dan pendidikan yang dinyatakan paling mempengaruhi partisipasi

Universitas Indonesia

masyarakat untuk mencegah kejadian DBD. Penelitian ini dilakukan dengan desain deskriptif sederhana melalui survey dengan teknik wawancara.

Berdasarkan hasil analisa bivariat didapatkan hasil bahwa tidak ada hubungan antara motivasi dan partisipasi ($p \text{ value} = 0,888$). Akan tetapi ada kecenderungan bahwa warga dengan motivasi tinggi akan 1,1 kali lebih berpartisipasi tinggi. Mardianto (2003), mengatakan bahwa banyak program pembangunan yang kurang memperoleh partisipasi dari masyarakat karena kurangnya kesempatan yang diberikan kepada masyarakat untuk berpartisipasi, khususnya yang menyangkut pengambilan keputusan dalam perencanaan pembangunan, pemantauan dan evaluasi. Program seperti PSN dari Kelurahan merupakan salah satu program yang melibatkan masyarakat, termasuk masyarakat di RW 09 Kelurahan Pondok Cina ini sehingga bisa dilihat dari hasil penelitian, partisipasi masyarakat mencapai 55 %.

6.2 Keterbatasan Penelitian

Kader kesehatan mempunyai keterbatasan waktu untuk menemani, sehingga peneliti menyebarkan kuisioner sendiri. Beruntungnya masyarakat Pondok Cina tidak keberatan untuk menerima orang asing dalam menunjang penelitian di wilayah tersebut.

6.3 Implikasi Keperawatan

6.3.1 Pelayanan Keperawatan Komunitas

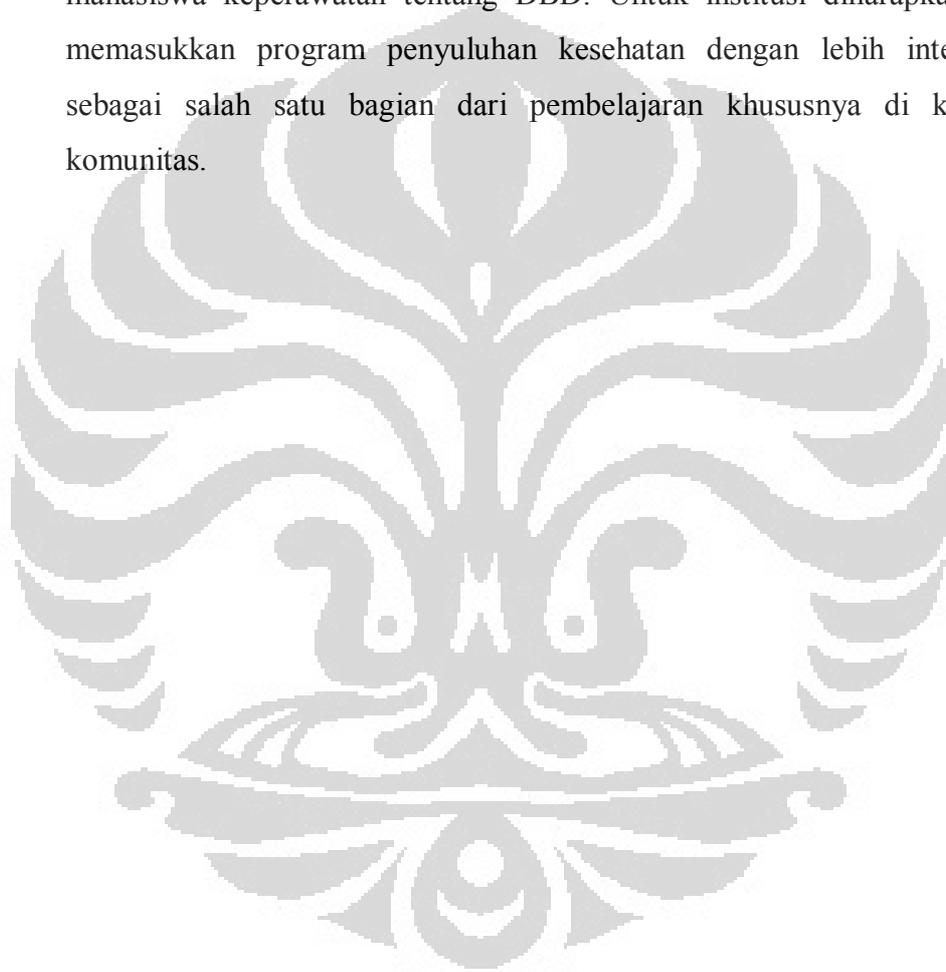
Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi tentang motivasi dan partisipasi masyarakat dalam mencegah DBD. Dengan adanya gambaran tentang motivasi dan partisipasi masyarakat diharapkan dapat mencegah angka kejadian DBD, Puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat, dengan adanya puskesmas diharapkan peran aktif dari petugas kesehatan untuk melakukan penyuluhan kesehatan

6.3.2 Peneliti Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi tambahan informasi bagi penelitian selanjutnya maupun dapat di *sharing* ke RW lain dan warga lain terkait motivasi dan partisipasi masyarakat di wilayah endemis DBD.

6.3.3 Pendidikan Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan untuk meningkatkan pengetahuan mahasiswa keperawatan tentang DBD. Untuk institusi diharapkan dapat memasukkan program penyuluhan kesehatan dengan lebih intens lagi sebagai salah satu bagian dari pembelajaran khususnya di keilmuan komunitas.



BAB 7

PENUTUP

Penutup merupakan bab terakhir dalam penelitian ini. Di dalam bab penutup ini, peneliti mengambil beberapa kesimpulan berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan terkait karakteristik warga, motivasi dan partisipasi warga dalam pencegahan DBD. Selain itu, peneliti juga memberikan saran kepada bidang pelayanan kesehatan dan bidang penelitian terkait penelitian ini

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan pada bab sebelumnya, maka dapat diambil kesimpulan gambaran:

- a. Sebagian besar warga RW 09 Kelurahan Pondok Cina yang terlibat dalam penelitian ini 65 % berada dalam rentang usia 20-37 tahun
- b. Mayoritas warga RW 09 Kelurahan Pondok Cina yang terlibat dalam penelitian ini dengan jenis kelamin berjumlah 75 orang (75%)
- c. Warga RW 09 Kelurahan Pondok Cina yang terlibat dalam penelitian ini dengan terbanyak tingkat pendidikan Sekolah Menengah Atas 49 orang (49%)
- d. Warga RW 09 Kelurahan Pondok Cina yang terlibat dalam penelitian ini dengan rata-rata Penghasilan per bulan, lebih banyak berpenghasilan dibawah Upah Minimum Regional (UMR) sebanyak 53 orang (53%),
- e. Mayoritas warga RW 09 Kelurahan Pondok Cina yang terlibat dalam penelitian ini sebanyak 72 orang (72%) pernah mendapatkan penyuluhan DBD.
- f. Mayoritas warga RW 09 Kelurahan Pondok Cina yang terlibat dalam penelitian ini sebanyak 70 orang (70%) terdapat anggota keluarga yang pernah mengalami DBD.
- g. Warga RW 09 Kelurahan Pondok Cina yang terlibat dalam penelitian ini, lebih banyak mempunyai motivasi tinggi dalam mencegah DBD yaitu 53 orang (53%).

- h. Warga RW 09 Kelurahan Pondok Cina yang terlibat dalam penelitian ini, lebih banyak mempunyai partisipasi yang tinggi dalam mencegah DBD yaitu sebanyak 55 orang (55%).

7.2 Saran

7.2.1 Warga RW 09

- a. Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi dasar pemikiran bagi warga untuk meningkatkan motivasi dan partisipasi dalam mencegah DBD
- b. Diharapkan adanya peningkatan program dari pihak pemerintah maupun swasta dalam mencegah angka kejadian DBD.

7.2.2 Bidang Keperawatan Komunitas

Dapat menjadi informasi tambahan untuk menyusun rencana penyuluhan kesehatan dengan tujuan mencegah angka kejadian DBD yang bisa di *sharing* dengan RW lain maupun masyarakat luas.

7.2.3 Penelitian Selanjutnya

- a. Diharapkan hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan informasi penelitian selanjutnya yang berkaitan
- b. Diharapkan penelitian selanjutnya mampu memperluas area penelitian dengan desain penelitian yang berbeda
- c. Diharapkan penelitian selanjutnya mampu menggunakan teknik pengambilan sampel yang berbeda dan dengan jumlah yang lebih besar
- d. Diharapkan penelitian selanjutnya mampu memperkirakan waktu dalam pengambilan data yang disesuaikan waktu responden dengan jadwal kuliah yang cukup padat
- e. Diharapkan penelitian selanjutnya mampu untuk melakukan validitas secara berulang sehingga dapat diperoleh instrumen penelitian dengan tingkat validitas yang tinggi

DAFTAR REFERENSI

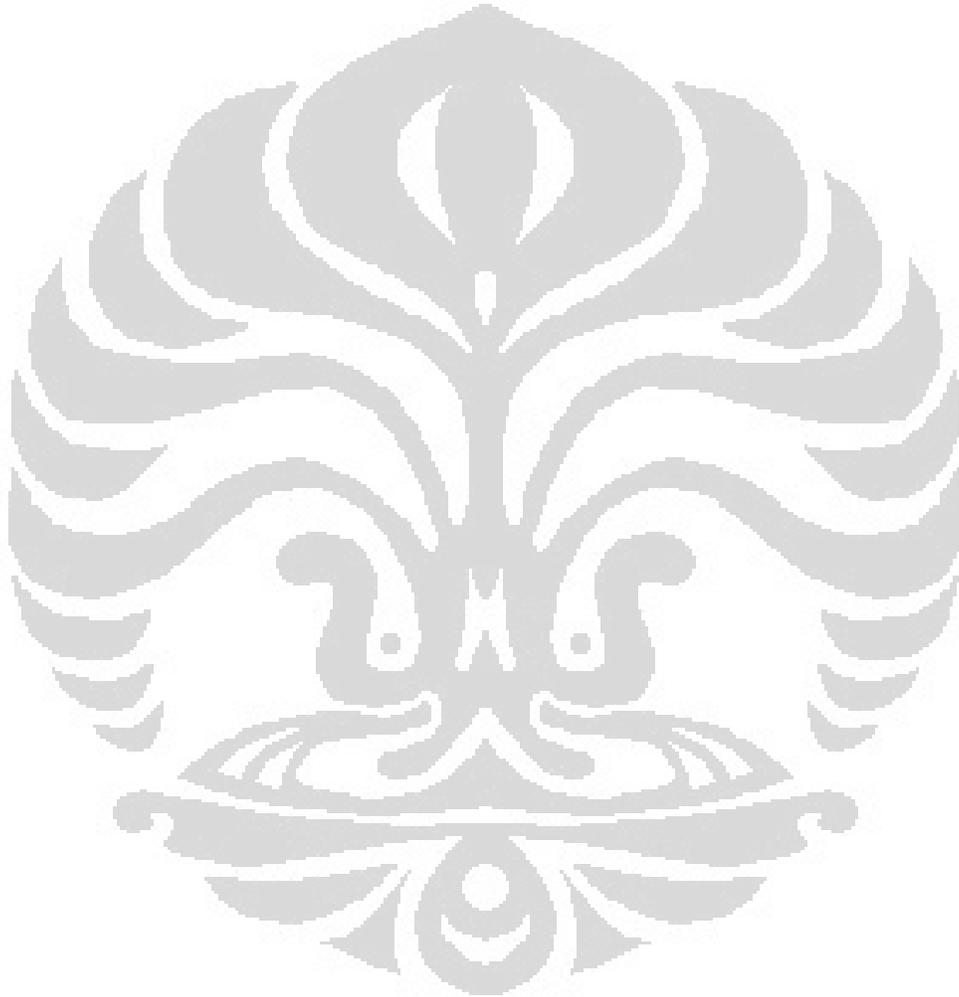
- Amien, M.A (2002). *Faktor-faktor yang mempengaruhi partisipasi masyarakat dalam menanggulangi Demam Berdarah Dengue (DBD) di Kelurahan Lubang Buaya, Kecamatan Cipayung, Jakarta Timur*. Tesis. Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Indonesia.
- Asnawi, S. (2002). *Teori Motivasi dalam Pendekatan Psikologi Industri dan Organisasi*. Jakarta: Studia Press
- Budi, B.W. (2007). *Hubungan struktural tingkat pendidikan, pengalaman kerja, dan usia guru dengan motivasi kerja dan keefektifan kerja tim guru sekolah dasar*. Skripsi. Universitas Negeri Malang
- Fajri, E.Z & Senja, A. R (2000). *Kamus besar bahasa Indonesia*. Jakarta: Difa Publisher.
- Fauzi, A (2004). *Psikologi umum untuk IAIN, STAIN, PTAIS Fakultas Tarbiyah Komponen MKDK*. Bandung: Pustaka Setia.
- Fitrajaya, D. (2002). *Pengetahuan dan sikap masyarakat Kelurahan Tanjung Hulu terhadap PSN DBD*. Skripsi. Fakultas Kesehatan Masyarakat ,Universitas Indonesia.
- Hadinegoro, SR., Soegijanto, S., Wuryadi, S. (1999) *Tatalaksana demam berdarah dengue*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Hasibuan, M. (2001) *Manajemen sumber daya manusia*. Jakarta: Bumi Aksara
- Nursalam, M. (2002). *Manajemen Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Kamus Besar Bahasa Indonesia (2002)
- Manalu, E (2009). *Determinan Partisipasi Keluarga dalam tindakan pencegahan Demam Berdarah Dengue di Kecamatan Bukit Raya Kota Pekanbaru*. Tesis. Universitas Sumatera Utara
- Mangkunegara, P. (2002). *Manajemen sumber daya manusia perusahaan*. Bandung: Remaja Rosdakarya
- Mardianto, S (2003). *Kemiskinan di Indonesia*. Skripsi. Universitas Syiah Kuala.

- Marquis, B.L. & Huston, C. J. (2000). *Leadership roles and management function in nursing*. (3rd edition). Philadelphia: JB. Lippincott Company.
- Meyer, P.J (1997). *A world of success*. Texas: Success Motivation Institute Inc
- Notoatmodjo, Soekidjo (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. (2007). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Pancaningrum, D & Budi, I.W. (2004). Gambaran tingkat pengetahuan Keluarga mengenai pencegahan penyakit DBD DI RW 09 Kelurahan Pondok Cina, Kec. Beji Kota Depok Tahun 2004. Lap. Penelitian. Fakultas Ilmu Keperawatan UI.
- Papu, J.(2006). “Faktor-faktor yang mempengaruhi motivasi”, <http://www.e-sikologi.com/masalah/faktor>. Diambil tanggal 7 Juni 2012
- Robbins, S.P (2001). *Perilaku organisasi; konsep, kontroversi, aplikasi*. Edisi (terjemahan). Jakarta: Prenhellindo.
- Scholl, R., Bregman, R. & Stagg, I. (2002). *Management*. Victoria: Prentice Hall
- Siagian, S.P (2002). *Kiat meningkatkan produktivitas kerja*. Jakarta: Rineka Cipta
- Sudrajat, A. *Lesson study untuk meningkatkan hasil dan pembelajaran*. <http://www.akhmadsudrajat.com> diunduh tanggal 22 Juni 2012
- Sulistyowati, M (2002) *Kemauan Membiayai Pada Masyarakat Menengah Atas Dalam Program Penanggulangan penyakit Demam Berdarah Di Kotamadya Surabaya*. Tesis. Universitas Gajah Mada
- Suwasono, H. (2001). Pengembangan metode pemberantasan Demam Berdarah Dengue di daerah endemis Kabupaten Grobogan Jawa Tengah. Diambil tanggal 22 Juni 2012 dari <http://digilib.litbang.depkes.go.id/go.php?id=jkpkbppk-gdl-res-2011-hadi1072-demamq=demam+berdarah>.
- Tri, Y.P (2008). *Hubungan Tingkat Pendidikan dan Motivasi Ibu Rumah Tangga dengan Upaya Pemberantasan Sarang Nyamuk (Menguras, Menutup, dan Mengubur) di Desa Pilangsari Kecamatan Ngrampal Kabupaten Sragen*. Tesis. Pascasarjana Program Studi Magister Kedokteran Keluarga. Universitas Sebelas Maret Surakarta.
- Yudhastuti, R. Dan Vidiyani, A. (2005). Hubungan kondisi lingkungan, kontainer dan perilaku masyarakat dengan keberadaan jentik nyamuk aedes aegypti daerah endemis Demam Berdarah Dengue Surabaya. Diambil dari

Universitas Indonesia

<http://www.journal.unair.ac.id/filerPDF/KESLING-1-2-08.pdf> pada tanggal 22 Juni 2008

Zulkifli.(2005). Faktor-faktor yang mempengaruhi praktek pemberantasan habitat *Aedes aegypti* pada lingkungan pemukiman di Kecamatan Medan Maimun Kotamadya Medan Tahun 1997. Diambil pada 22 Juni 2012 dari <http://digilib.depkes.go.id/go.php?id=jkpkbppk-gdl-res-1997-zulkifli-1975-habitat&q=demam+berdarah>,



Universitas Indonesia

Lampiran 1. Surat Ijin Penelitian



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021) 78849120, 78849121 Fax. 7864124
Email : fonui1@cbn.net.id Web Site : http://www.fikui.or.id

Nomor : *1220* /H2.F12.D1/PDP.04.0 4/2012

20 Maret 2012

Lamp : --

Perihal : Permohonan ijin penelitian

Yth.
Kepala Kelurahan Pondok Cina
Kecamatan Beji
Depok

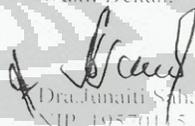
Dalam rangka penyelesaian tugas akhir (skripsi) bagi mahasiswa Program Studi Sarjana (S1) Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK UI):

No.	Nama Mahasiswa	NPM	Judul Penelitian
1.	Lina Gustiana	0806457123	"Tingkat Pengetahuan Warga tentang Diabetes Melitus Tipe-2 di Depok"
2.	Prima Dian Putri	0806457193	"Motivasi dan Partisipasi Masyarakat dalam Mencegah Angka Kejadian DBD di Kelurahan Pondok Cina, Kecamatan Beji, Kota Depok"

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Bapak/Ibu mengizinkan mahasiswa FIK-UI tersebut untuk melakukan pengumpulan data di Kelurahan Pondok Cina, Depok pada bulan Maret - Mei 2012.

Atas perhatian dan ijin yang diberikan, disampaikan terima kasih.

Wakil Dekan,


Dra. Jumaiti Sahar, Ph.D
NIP. 19570115 198003 2 002

Lembutan:

1. Dekan FIK UI
2. Sekretaris FIK UI
3. Manajer Pendidikan dan Riset FIK UI

(lanjutan)



PEMERINTAH KOTA DEPOK KANTOR KESBANGPOL DAN LINMAS

Jl. Pemuda No. 70B Pancoranmas - Depok 16431
Telp./Fax. (021) 77204704

SURAT REKOMENDASI

Nomor: 70 / 239 - Kesbang Pol & Linmas

Membaca : Surat dari Universitas Indonesia Fakultas Ilmu Keperawatan No. 1213/H2.F12.D1/PDP.04.04/2012 tanggal 19 Maret 2012 perihal Permohonan Ijin Penelitian

Memperhatikan : 1. Peraturan Daerah Nomor 8 tahun 2008, tentang : Organisasi Perangkat Daerah (OPD)
2. Peraturan Walikota Depok Nomor 42 tahun 2008, tentang : Rincian tugas fungsi dan tata kerja Kantor Kesbang Pol & Linmas (Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat)

Mengingat : Kegiatan yang bersangkutan tersebut diatas maka;
Dengan ini kami tidak keberatan dilakukannya Penelitian oleh:

Nama (NPM) : Prima Dian Putri (0806457193)
Alamat / Telp : Jl. Kopi Utara IV No. 49/017 Perumnas Halim Kec. Kedaton, Bandar Lampung/Telp. 085782121651/Telp. 085726252074

Jurusan : Ilmu Keperawatan
Judul : "Motivasi dan Partisipasi Masyarakat dalam mencegah Angka Kejadian DBD di Kelurahan Pondok Cina, Kecamatan Beji Kota Depok".
Lama Waktu : 13 April 2012 s/d 14 Juni 2012
Tempat : Dinas Kesehatan Kota Depok

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Melakukan kegiatan PKL/ magang/ , riset/pengumpulan data/ observasi/ serta kerjasama dengan Perguruan Tinggi/ universitas, yang bersangkutan harus melaporkan kedatangannya kepada Kepala : Dinas/ Instansi/ Badan/ Lembaga/ Kantor/ Bagian yang dituju, dengan menunjukkan surat pemberitahuan ini;
2. Tidak dibenarkan melakukan kegiatan yang tidak sesuai/ tidak ada kaitannya dengan judul penelitian/ topik masalah/ tujuan akademik;
3. Apabila masa berlaku surat pemberitahuan ini berakhir sedangkan kegiatan dimaksud belum selesai, perpanjangan izin kegiatan harus diajukan oleh instansi pemohon;
4. Sesudah selesai melakukan kegiatan , yang bersangkutan wajib melaporkan hasilnya kepada Walikota Depok, Up. Kepala Kantor Kesbang Pol & Linmas - Kota Depok;
5. Surat ini akan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata yang bersangkutan tidak memenuhi ketentuan-ketentuan seperti tersebut diatas.

Depok, 12 April 2012

a.n. KEPALA KANTOR KESBANG POL & LINMAS



Tembusan :

1. Walikota Depok Cq.Staf Ahli Bid.Pembangunan Setda Kota Depok (sebagai laporan);
2. Ka. Dinas Kesehatan Kota Depok;
3. Lurah Pondok Cina Kota Depok;
4. Camat Beji Kota Depok;
5. Wakil Dekan FIK UI Depok;;
6. Ybs;

Lampiran 2. *Informed Concern*

Lembar Persetujuan Responden (*Informed Consent*)

Judul Penelitian : **Motivasi dan Partisipasi warga dalam mencegah angka kejadian DBD di RW 09 Kelurahan Pondok Cina Kecamatan beji, Depok**

Peneliti : Prima Dian Putri

NPM : 0806457193

Alamat : Jalan Margonda Raya gang Haji Marsaid RT/RW 03/12, nomor 102, kel. Kemiri Muka, kec. Beji, Depok 16423

No Telepon : 085782121651

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui lebih jauh tentang motivasi dan partisipasi warga dalam mencegah angka kejadian DBD. Penelitian ini melibatkan warga RW 09 Kelurahan Pondok Cina yang memenuhi kriteria sebagai responden. Warga yang terpilih akan berpartisipasi dalam penelitian ini. Anda dimohon untuk berpartisipasi dalam penelitian. Keputusan Anda untuk mengisi kuesioner ini atas dasar sukarela. Apabila Anda memutuskan untuk berpartisipasi, Anda bebas dan berhak untuk mengundurkan diri dari penelitian ini.

Peneliti akan menjaga kerahasiaan dan keterlibatan Anda dalam penelitian ini. Semua kuesioner yang telah terisi hanya akan diberikan nomor kode yang tidak bias digunakan untuk mengidentifikasi identitas Anda. Siapa pun yang bertanya tentang keterlibatan Anda dan apa yang Anda jawab di penelitian ini, Anda berhak untuk tidak menjawabnya. Namun, jika diperlukan catatan penelitian ini dapat dijadikan barang bukti apabila pengadilan memintanya.

Setelah membaca informasi di atas dan memahami tentang tujuan penelitian dan peran yang diharapkan dari saya dalam penelitian ini, saya setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Depok, Mei 2012

Tanda tangan

Responden

Lampiran 3. Instrumen Penelitian

KUISIONER

Kode
Responden

Petunjuk Umum:

- Isilah terlebih dahulu data pribadi Anda pada bagian yang telah tersedia.
- Bacalah setiap pertanyaan dengan baik dan istilah menurut keyakinan dan kejujuran Anda.
- Semua jawaban yang Anda berikan, tidak akan berakibat buruk bagi Anda dan kerahasiaan terjamin.
- Periksalah terlebih dahulu semua pertanyaan telah terisi sebelum Anda mengembalikan kuesioner ini pada peneliti.
- Terima kasih atas kesediaan Anda untuk mengisi kuesioner ini.

--	--	--

A. Data Pribadi

1. Inisial Nama:
2. Usia :....tahun

B. Karakteristik Responden. Lingkari jawaban yang sesuai

1. Jenis kelamin
 - a. Laki-laki
 - b. Perempuan
2. Pendidikan terakhir
 - a. TK
 - b. SD
 - c. SMP
 - d. SMA
 - e. Sarjana
 - f. Lain-lain....
3. Penghasilan rata-rata per bulan
 - a. Dibawah UMR (Rp 0 - Rp 1.459.999)
 - b. Sama dengan UMR (sama dengan Rp 1.460.000)
 - c. Diatas dengan UMR (diatas Rp 1.460.000):

C. Pengalaman mendapatkan penyuluhan pencegahan DBD

(lanjutan)

D. Kuisisioner Motivasi masyarakat untuk mencegah DBD

Petunjuk pengisian:

- Berikan tanda **CHECKLIST** (√) pada pertanyaan yang Anda anggap benar
 - Jika salah mengisi, coret jawaban tersebut dan diberi tanda (√) pada jawaban yang Anda anggap benar
 - Pilihlah salah satu jawaban
- SS** = Sangat Setuju
S = Setuju
R = Ragu-Ragu
TS = Tidak Setuju
STS = Sangat Tidak Setuju

No.	Pernyataan	SS	S	RR	TS	STS
1.	Saya melakukan pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) dengan kesadaran sendiri					
2.	Saya melakukan pencegahan DBD karena terpaksa					
3.	Saya melakukan pencegahan DBD karena ingin dipuji orang lain					
4.	Saya baru melakukan pencegahan DBD setelah ada himbauan dari kader atau pak RT/RW					
5.	Saya melakukan pencegahan DBD karena pencegahan adalah upaya yang penting bagi kesehatan saya					
6.	Saya melakukan pencegahan DBD karena malu pada tetangga yang sudah melakukannya					
7.	Saya melakukan pencegahan DBD hanya agar menjadi juara pada lomba kebersihan di lingkungan RT/RW					
8.	Saya melakukan pencegahan DBD hanya karena pencegahan itu diwajibkan oleh RT/RW					
9.	Saya melakukan pencegahan DBD karena ikut-ikutan masyarakat sekitar yang sudah melakukannya					
10.	Saya melakukan pencegahan DBD dengan tujuan mendapatkan imbalan (uang/hadiah) dari RT/RW					

(lanjutan)

E. Kuisisioner Partisipasi masyarakat untuk mencegah DBD. Beri (**tanda checklist** (√) ada jawaban yang telah disediakan dalam kotak.

Keterangan :

SL=Selalu

SR=Sering

P=Pernah

KK=Kadang-kadang

TP=Tidak Pernah

No.	Pernyataan	SL	S	P	KK	TP
1.	Saya menggantung pakaian kotor saya, di kamar atau diluar kamar lebih dari 3 hari					
2.	Saya membuang sampah pada tempat yang telah disediakan					
3.	Bila tidur, saya menggunakan lotion anti nyamuk atau obat nyamuk (bakar/semprot/elektrik)					
4.	Saya ikut mengantarkan penderita dengan gejala mirip DBD, ke tempat pelayanan kesehatan (rumah sakit/puskesmas)					
5.	Saya mengikuti penyuluhan mengenai pencegahan DBD					
6.	Saya ikut melakukan abatisasi (menaburkan bubuk abate) untuk mencegah berkembangnya nyamuk					
7.	Saya ikut melakukan gerakan 3M (menguras bak mandi, menutup tempat penampungan air dan mengubur barang bekas) setiap minggu					
8.	Saya ikut menyebarkan informasi mengenai DBD sebatas yang saya tahu					
9.	Saya bersedia dilakukan <i>fogging</i> (pengasapan) di rumah saya					

Kuisisioner ini hasil modifikasi dari kuisisioner

Saputra, F & Muhajir (2008) *Partisipasi masyarakat dalam mencegah DBD di RW Siaga Depok.*

Hasil Uji Validitas dan Realibilitas Kuisiонер

HASIL SPSS KUISIОНER MOTIVASI

Reliability

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.752	16

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
motivasi 1	4.63	.490	30
motivasi 2	4.47	.571	30
motivasi 3	4.53	.507	30
motivasi 4	4.37	.669	30
motivasi 5	3.27	1.285	30
motivasi 6	3.67	1.028	30
motivasi 7	4.83	.379	30
motivasi 8	4.67	.479	30
motivasi 9	4.20	.887	30
motivasi 10	3.77	1.278	30
motivasi 11	2.90	1.348	30
motivasi 12	2.30	.837	30
motivasi 13	3.90	.712	30
motivasi 14	4.50	.509	30
motivasi 15	4.67	.661	30
motivasi 16	4.40	.675	30

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
motivasi 1	60.43	35.289	.281	.746
motivasi 2	60.60	34.800	.303	.744
motivasi 3	60.53	35.361	.257	.748
motivasi 4	60.70	33.321	.440	.734
motivasi 5	61.80	27.959	.556	.715
motivasi 6	61.40	29.352	.607	.710
motivasi 7	60.23	35.495	.338	.745
motivasi 8	60.40	34.938	.353	.743
motivasi 9	60.87	32.120	.424	.732
motivasi 10	61.30	30.424	.362	.743
motivasi 11	62.17	27.937	.520	.721
motivasi 12	62.77	34.323	.219	.752
motivasi 13	61.17	34.695	.234	.749
motivasi 14	60.57	36.116	.130	.754
motivasi 15	60.40	34.455	.293	.745
motivasi 16	60.67	34.713	.252	.748

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
65.07	37.168	6.097	16

Hasil Olah Data Kuisiner Partisipasi**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.698	13

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
partisipasi 1	3.60	1.303	30
partisipasi 2	3.50	1.480	30
partisipasi 3	4.63	.490	30
partisipasi 4	2.67	1.647	30
partisipasi 5	1.83	1.234	30
partisipasi 6	2.47	1.137	30
partisipasi 7	2.33	1.155	30
partisipasi 8	2.33	1.093	30
partisipasi 9	3.57	1.478	30
partisipasi 10	2.40	1.522	30
partisipasi 11	3.93	1.285	30
partisipasi 12	3.10	1.845	30
partisipasi 13	4.07	1.363	30

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
partisipasi 1	36.83	68.420	-.173	.742
partisipasi 2	36.93	60.547	.159	.705
partisipasi 3	35.80	63.545	.334	.690
partisipasi 4	37.77	59.426	.167	.708
partisipasi 5	38.60	55.559	.506	.657
partisipasi 6	37.97	58.861	.358	.678
partisipasi 7	38.10	55.748	.540	.655
partisipasi 8	38.10	57.541	.462	.666
partisipasi 9	36.87	55.016	.419	.666
partisipasi 10	38.03	48.378	.741	.611
partisipasi 11	36.50	56.328	.436	.666
partisipasi 12	37.33	54.092	.328	.684
partisipasi 13	36.37	60.447	.193	.699

**Hasil Olah Data Penelitian Univariat dan Bivariat
Hasil uji univariat (lanjutan)**

Statistics

		usia	pendidikan terakhir	jenis kelamin	penghasilan per bulan rata-rata	pengalaman mendapatkan penyuluhan pencegahan DBD	riwayat keluarga DBD
N	Valid	100	100	100	100	100	100
	Missing	0	0	0	0	0	0
	Mean	36.79	3.62	1.75	1.78	1.28	1.70
	Median	33.50	4.00	2.00	1.00	1.00	2.00
	Std. Deviation	12.025	.962	.435	.894	.451	.46
	Skewness	.956	-.627	-1.172	.451	.995	-.88
	Std. Error of Skewness	.241	.241	.241	.241	.241	.24
	Minimum	20	1	1	1	1	1
	Maximum	70	5	2	3	2	2

usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20	3	3.0	3.0	3.0
	21	2	2.0	2.0	5.0
	23	1	1.0	1.0	6.0
	24	4	4.0	4.0	10.0
	25	4	4.0	4.0	14.0

26	2	2.0	2.0	16.0
27	4	4.0	4.0	20.0
28	7	7.0	7.0	27.0
29	7	7.0	7.0	34.0
30	6	6.0	6.0	40.0
31	2	2.0	2.0	42.0
32	5	5.0	5.0	47.0
33	3	3.0	3.0	50.0
34	2	2.0	2.0	52.0
35	5	5.0	5.0	57.0
36	6	6.0	6.0	63.0
37	2	2.0	2.0	65.0
38	1	1.0	1.0	66.0
39	1	1.0	1.0	67.0
40	5	5.0	5.0	72.0
41	1	1.0	1.0	73.0
42	4	4.0	4.0	77.0
43	1	1.0	1.0	78.0
45	1	1.0	1.0	79.0
47	1	1.0	1.0	80.0
48	1	1.0	1.0	81.0
49	2	2.0	2.0	83.0
51	1	1.0	1.0	84.0
52	1	1.0	1.0	85.0
53	1	1.0	1.0	86.0
54	2	2.0	2.0	88.0
55	2	2.0	2.0	90.0
57	1	1.0	1.0	91.0
60	3	3.0	3.0	94.0
61	1	1.0	1.0	95.0
62	1	1.0	1.0	96.0
64	1	1.0	1.0	97.0
65	2	2.0	2.0	99.0

70	1	1.0	1.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

jenis kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid laki-laki	25	25.0	25.0	25.0
perempuan	75	75.0	75.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

pendidikan terakhir

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid TK	2	2.0	2.0	2.0
SD	13	13.0	13.0	15.0
SMP	21	21.0	21.0	36.0
SMA	49	49.0	49.0	85.0
Sarjana	15	15.0	15.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

penghasilan per bulan rata-rata

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent

Valid	Dibawah UMR (dibawah Rp 1.460.000)	53	53.0	53.0	53.0
	Sama dengan UMR (sama dengan Rp 1.460.000)	16	16.0	16.0	69.0
	Diatas UMR (diatas Rp 1.460.000)	31	31.0	31.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

pengalaman mendapatkan penyuluhan pencegahan DBD

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid pernah	72	72.0	72.0	72.0
belum pernah	28	28.0	28.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

1.

riwayat keluarga DBD

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ada	30	30.0	30.0	30.0
tidak ada	70	70.0	70.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

Statistics

nilai total motivasi

N	Valid	100
	Missing	0
Mean		41.68
Median		42.00
Mode		42
Std. Deviation		4.936
Skewness		-.227
Std. Error of Skewness		.241
Range		22

Minimum	28
Maximum	50

motivasi kategorik

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid motivasi rendah	47	47.0	47.0	47.0
motivasi tinggi	53	53.0	53.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

Statistics

partisipasi total

N	Valid	100
	Missing	0
Mean		28.80
Median		29.00
Mode		29
Std. Deviation		4.997
Skewness		-.006
Std. Error of Skewness		.241
Range		23
Minimum		18
Maximum		41

partisipasi kategorik

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid partisipasi rendah	45	45.0	45.0	45.0
partisipasi tinggi	55	55.0	55.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

Hasil uji bivariat (lanjutan)

UsiaKat * motivasi kategorik Crosstabulation

			motivasi kategorik		Total
			motivasi rendah	motivasi tinggi	
UsiaKat	Usia 20 - 37	Count	31	34	65
		% within UsiaKat	47.7%	52.3%	100.0%
	Usia 38 - 70	Count	16	19	35
		% within UsiaKat	45.7%	54.3%	100.0%
Total		Count	47	53	100
		% within UsiaKat	47.0%	53.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.036 ^a	1	.850		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.036	1	.850		
Fisher's Exact Test				1.000	.509
Linear-by-Linear Association	.035	1	.851		
N of Valid Cases ^b	100				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16,45.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for UsiaKat (Usia 20 - 37 / Usia 38 - 70)	1.083	.475	2.468
For cohort motivasi kategorik = motivasi rendah	1.043	.671	1.623
For cohort motivasi kategorik = motivasi tinggi	.964	.657	1.413

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for UsiaKat (Usia 20 - 37 / Usia 38 - 70)	1.083	.475	2.468
For cohort motivasi kategorik = motivasi rendah	1.043	.671	1.623
For cohort motivasi kategorik = motivasi tinggi	.964	.657	1.413
N of Valid Cases	100		

jenis kelamin * motivasi kategorik Crosstabulation

			motivasi kategorik		Total
			motivasi rendah	motivasi tinggi	
jenis kelamin	laki-laki	Count	15	10	25
		% within jenis kelamin	60.0%	40.0%	100.0%
	perempuan	Count	32	43	75
		% within jenis kelamin	42.7%	57.3%	100.0%
Total		Count	47	53	100
		% within jenis kelamin	47.0%	53.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.261 ^a	1	.133		
Continuity Correction ^b	1.619	1	.203		
Likelihood Ratio	2.266	1	.132		
Fisher's Exact Test				.167	.102
Linear-by-Linear Association	2.239	1	.135		
N of Valid Cases ^b	100				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,75.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.261 ^a	1	.133		
Continuity Correction ^b	1.619	1	.203		
Likelihood Ratio	2.266	1	.132		
Fisher's Exact Test				.167	.102
Linear-by-Linear Association	2.239	1	.135		
N of Valid Cases ^b	100				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,75.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for jenis kelamin (laki-laki / perempuan)	2.016	.802	5.067
For cohort motivasi kategorik = motivasi rendah	1.406	.930	2.127
For cohort motivasi kategorik = motivasi tinggi	.698	.415	1.171
N of Valid Cases	100		

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pendidikan terakhir * motivasi kategorik	100	100.0%	0	.0%	100	100.0%

pendidikan terakhir * motivasi kategorik Crosstabulation

			motivasi kategorik		Total
			motivasi rendah	motivasi tinggi	
pendidikan terakhir	TK	Count	1	1	2
		% within pendidikan terakhir	50.0%	50.0%	100.0%
	SD	Count	11	2	13
		% within pendidikan terakhir	84.6%	15.4%	100.0%
	SMP	Count	12	9	21
		% within pendidikan terakhir	57.1%	42.9%	100.0%
	SMA	Count	22	27	49
		% within pendidikan terakhir	44.9%	55.1%	100.0%
	Sarjana	Count	1	14	15
		% within pendidikan terakhir	6.7%	93.3%	100.0%
Total		Count	47	53	100
		% within pendidikan terakhir	47.0%	53.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18.142 ^a	4	.001
Likelihood Ratio	20.887	4	.000
Linear-by-Linear Association	14.283	1	.000
N of Valid Cases	100		

a. 2 cells (20,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,94.

penghasilan per bulan rata-rata * motivasi kategorik Crosstabulation

			motivasi kategorik		Total
			motivasi rendah	motivasi tinggi	
penghasilan	Dibawah UMR	Count	27	26	53

per bulan rata-rata	(dibawah Rp 1.460.000)	% within penghasilan per bulan rata-rata	50.9%	49.1%	100.0%
	Sama dengan UMR (sama dengan Rp 1.460.000)	Count % within penghasilan per bulan rata-rata	7 43.8%	9 56.2%	16 100.0%
	Diatas UMR (diatas Rp 1.460.000)	Count % within penghasilan per bulan rata-rata	13 41.9%	18 58.1%	31 100.0%
Total		Count % within penghasilan per bulan rata-rata	47 47.0%	53 53.0%	100 100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.718 ^a	2	.698
Likelihood Ratio	.719	2	.698
Linear-by-Linear Association	.673	1	.412
N of Valid Cases	100		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,52.

pengalaman mendapatkan penyuluhan pencegahan DBD * motivasi kategorik Crosstabulation

			motivasi kategorik		Total
			motivasi rendah	motivasi tinggi	
pengalaman mendapatkan penyuluhan pencegahan DBD	pernah	Count	30	42	100
		% within pengalaman mendapatkan penyuluhan pencegahan DBD	41.7%	58.3%	

belum pernah	Count	17	11	
	% within pengalaman mendapatkan penyuluhan pencegahan DBD	60.7%	39.3%	100
Total	Count	47	53	
	% within pengalaman mendapatkan penyuluhan pencegahan DBD	47.0%	53.0%	100

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	2.936 ^a	1	.087		
Continuity Correction ^b	2.221	1	.136		
Likelihood Ratio	2.945	1	.086		
Fisher's Exact Test				.118	.068
Linear-by-Linear Association	2.907	1	.088		
N of Valid Cases ^b	100				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,16.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pengalaman mendapatkan penyuluhan pencegahan DBD (pernah / belum pernah)	.462	.190	1.127
For cohort motivasi kategorik = motivasi rendah	.686	.458	1.028
For cohort motivasi kategorik = motivasi tinggi	1.485	.900	2.448

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pengalaman mendapatkan penyuluhan pencegahan DBD (pernah / belum pernah)	.462	.190	1.127
For cohort motivasi kategorik = motivasi rendah	.686	.458	1.028
For cohort motivasi kategorik = motivasi tinggi	1.485	.900	2.448
N of Valid Cases	100		

riwayat keluarga DBD * motivasi kategorik Crosstabulation

			motivasi kategorik		Total
			motivasi rendah	motivasi tinggi	
riwayat keluarga DBD	ada	Count	14	16	30
		% within riwayat keluarga DBD	46.7%	53.3%	100.0%
	tidak ada	Count	33	37	70
		% within riwayat keluarga DBD	47.1%	52.9%	100.0%
Total		Count	47	53	100
		% within riwayat keluarga DBD	47.0%	53.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.002 ^a	1	.965		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.002	1	.965		
Fisher's Exact Test				1.000	.570

Linear-by-Linear Association	.002	1	.965	
N of Valid Cases ^b	100			

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,10.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for riwayat keluarga DBD (ada / tidak ada)	.981	.416	2.312
For cohort motivasi kategorik = motivasi rendah	.990	.627	1.562
For cohort motivasi kategorik = motivasi tinggi	1.009	.676	1.507
N of Valid Cases	100		

UsiaKat * partisipasi kategorik Crosstabulation

			partisipasi kategorik		Total
			partisipasi rendah	partisipasi tinggi	
UsiaKat	Usia 20 - 37	Count	33	32	65
		% within UsiaKat	50.8%	49.2%	100.0%
	Usia 38 - 70	Count	12	23	35
		% within UsiaKat	34.3%	65.7%	100.0%
Total		Count	45	55	100
		% within UsiaKat	45.0%	55.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.498 ^a	1	.114		
Continuity Correction ^b	1.876	1	.171		

Likelihood Ratio	2.530	1	.112		
Fisher's Exact Test				.142	.085
Linear-by-Linear Association	2.473	1	.116		
N of Valid Cases ^b	100				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,75.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for UsiaKat (Usia 20 - 37 / Usia 38 - 70)	1.977	.844	4.627
For cohort partisipasi kategorik = partisipasi rendah	1.481	.883	2.484
For cohort partisipasi kategorik = partisipasi tinggi	.749	.531	1.057
N of Valid Cases	100		

jenis kelamin * partisipasi kategorik Crosstabulation

			partisipasi kategorik		Total
			partisipasi rendah	partisipasi tinggi	
jenis kelamin	laki-laki	Count	16	9	25
		% within jenis kelamin	64.0%	36.0%	100.0%
	perempuan	Count	29	46	75
		% within jenis kelamin	38.7%	61.3%	100.0%
Total		Count	45	55	100
		% within jenis kelamin	45.0%	55.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.862 ^a	1	.027		
Continuity Correction ^b	3.892	1	.049		
Likelihood Ratio	4.872	1	.027		
Fisher's Exact Test				.037	.024
Linear-by-Linear Association	4.813	1	.028		
N of Valid Cases ^b	100				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,25.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for jenis kelamin (laki-laki / perempuan)	2.820	1.102	7.216
For cohort partisipasi kategorik = partisipasi rendah	1.655	1.099	2.493
For cohort partisipasi kategorik = partisipasi tinggi	.587	.338	1.020
N of Valid Cases	100		

1. Tingkat pendidikan dengan partisipasi

pendidikan terakhir * partisipasi kategorik Crosstabulation

			partisipasi kategorik		Total
			partisipasi rendah	partisipasi tinggi	
pendidikan terakhir	TK	Count	1	1	2
		% within pendidikan terakhir	50.0%	50.0%	100.0%

SD	Count	6	7	13
	% within pendidikan terakhir	46.2%	53.8%	100.0%
SMP	Count	10	11	21
	% within pendidikan terakhir	47.6%	52.4%	100.0%
SMA	Count	22	27	49
	% within pendidikan terakhir	44.9%	55.1%	100.0%
Sarjana	Count	6	9	15
	% within pendidikan terakhir	40.0%	60.0%	100.0%
Total	Count	45	55	100
	% within pendidikan terakhir	45.0%	55.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.237 ^a	4	.994
Likelihood Ratio	.238	4	.993
Linear-by-Linear Association	.158	1	.691
N of Valid Cases	100		

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6.441 ^a	2	.040
Likelihood Ratio	6.560	2	.038
Linear-by-Linear Association	6.226	1	.013
N of Valid Cases	100		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,20.

pengalaman mendapatkan penyuluhan pencegahan DBD * partisipasi kategorik Crosstabulation

			partisipasi kategorik		Total
			partisipasi rendah	partisipasi tinggi	
pengalaman mendapatkan penyuluhan pencegahan DBD	pernah	Count % within pengalaman mendapatkan penyuluhan pencegahan DBD	28 38.9%	44 61.1%	72 100.0%
	belum pernah	Count % within pengalaman mendapatkan penyuluhan pencegahan DBD	17 60.7%	11 39.3%	28 100.0%
Total		Count % within pengalaman mendapatkan penyuluhan pencegahan DBD	45 45.0%	55 55.0%	100 100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.880 ^a	1	.049		
Continuity Correction ^b	3.048	1	.081		
Likelihood Ratio	3.879	1	.049		
Fisher's Exact Test				.073	.040
Linear-by-Linear Association	3.841	1	.050		
N of Valid Cases ^b	100				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,60.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper

Odds Ratio for pengalaman mendapatkan penyuluhan pencegahan DBD (pernah / belum pernah)	.412	.168	1.007
For cohort partisipasi kategorik = partisipasi rendah	.641	.423	.970
For cohort partisipasi kategorik = partisipasi tinggi	1.556	.947	2.554
N of Valid Cases	100		

riwayat keluarga DBD * partisipasi kategorik Crosstabulation

			partisipasi kategorik		Total
			partisipasi rendah	partisipasi tinggi	
riwayat keluarga DBD	ada	Count	12	18	30
		% within riwayat keluarga DBD	40.0%	60.0%	100.0%
	tidak ada	Count	33	37	70
		% within riwayat keluarga DBD	47.1%	52.9%	100.0%
Total		Count	45	55	100
		% within riwayat keluarga DBD	45.0%	55.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.433 ^a	1	.511		
Continuity Correction ^b	.192	1	.661		
Likelihood Ratio	.435	1	.509		
Fisher's Exact Test				.661	.332
Linear-by-Linear Association	.429	1	.513		

N of Valid Cases ^b	100			
-------------------------------	-----	--	--	--

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,50.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for riwayat keluarga DBD (ada / tidak ada)	.747	.314	1.781
For cohort partisipasi kategorik = partisipasi rendah	.848	.513	1.404
For cohort partisipasi kategorik = partisipasi tinggi	1.135	.787	1.638
N of Valid Cases	100		

motivasi kategorik * partisipasi kategorik Crosstabulation

			partisipasi kategorik		Total
			partisipasi rendah	partisipasi tinggi	
motivasi kategorik	motivasi rendah	Count	22	25	47
		% within motivasi kategorik	46.8%	53.2%	100.0%
	motivasi tinggi	Count	23	30	53
		% within motivasi kategorik	43.4%	56.6%	100.0%
Total		Count	45	55	100
		% within motivasi kategorik	45.0%	55.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.117 ^a	1	.732		
Continuity Correction ^b	.020	1	.888		
Likelihood Ratio	.117	1	.732		

Fisher's Exact Test				.841	.444
Linear-by-Linear Association	.116	1	.733		
N of Valid Cases ^b	100				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 21,15.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for motivasi kategorik (motivasi rendah / motivasi tinggi)	1.148	.521	2.528
For cohort partisipasi kategorik = partisipasi rendah	1.079	.700	1.663
For cohort partisipasi kategorik = partisipasi tinggi	.940	.658	1.343
N of Valid Cases	100		

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Prima Dian Putri
Jenis Kelamin : Perempuan
Tempat tanggal lahir : Bandarlampung, 3 Oktober 1990
Agama : Islam
Alamat : Jalan Kopi Utara 4 No. 149 Perumnas Way Halim Bandarlampung
Email : pdianputri@gmail.com
Twitter : @primadianp
No. HP : 085782121651



PENDIDIKAN FORMAL

No.	Riwayat Pendidikan	Tahun
1	TK TARUNA JAYA BANDAR LAMPUNG	1995-1996
2	SD AL AZHAR 1 BANDAR LAMPUNG	1996-2002
3	SMP N 2 BANDAR LAMPUNG	2002-2005
4	SMA N 2 BANDAR LAMPUNG	2005-2008
5	S1 FIK UI Program Studi Ilmu Keperawatan	2008