

KEPERCAYAAN DAN PERILAKU PENCEGAHAN DEMAM BERDARAH DENGUE PADA IBU RUMAH TANGGA BERDASARKAN *HEALTH BELIEF MODEL*

Sri Gusni Febriasari
srigusni123@gmail.com
Fakultas Psikologi, Universitas Indonesia

Dianti Endang Kusumardhani
dianti.kusumawardhani@gmail.com
Fakultas Psikologi, Universitas Indonesia

Abstrak: Penelitian ini mengeksplorasi persepsi terhadap perilaku pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) serta kebiasaan/perilaku pencegahan yang dilakukan ibu rumah tangga khususnya di Kecamatan Jagakarsa yang memiliki risiko tinggi terkena kasus DBD. Temuan dapat digunakan untuk mengembangkan pesan untuk mempromosikan/meningkatkan perilaku pencegahan DBD. Penelitian ini menggunakan desain studi kualitatif analisis tematik *Health Belief Model* (HBM) dengan pengumpulan data melalui wawancara semi terstruktur kepada 6 orang ibu rumah tangga. Hasil yang didapatkan adalah persepsi *barrier* (hambatan) lebih besar daripada persepsi *benefit* (manfaat) pada ibu rumah tangga di Kecamatan Jagakarsa. Kesimpulan dari penelitian ini adalah persepsi *benefit* (manfaat) yang lebih rendah daripada persepsi *barrier* (hambatan) membuat ibu-ibu memiliki kecenderungan untuk tidak berperilaku membersihkan tempat penampungan air serta kebiasaan menggantung pakaian bekas pakai di luar lemari.

Kata Kunci: demam berdarah dengue, *health belief model*, persepsi, pencegahan.

Abstract: This study explored perceptions of Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) preventive behavior as well as preventive behaviors among mothers in Jagakarsa District. The finding might be used to develop messages for improving DHF preventive behavior. This study used qualitative design, a thematic analysis using Health Belief Model (HBM) by collecting data through semi-structured interviews 6 mothers. The finding of the study was the perceive of barriers were greater than the perceive of benefits among mothers in Jagakarsa Subdistrict. The conclusion of this study was a likelihood not to perform DHF preventive behavior such as don't clean water container regularly and hanging used clothes outisde cupboard as a caused by the greater perceive of barriers than the benefit.

Keywords: : beliefs, dengue haemorrhagic fever, health belief model, prevention

PENDAHULUAN

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan sebuah masalah kesehatan masyarakat dunia (Murray, Quam, dan Wilder-Smith, 2013). Gubler (2011), menyatakan bahwa DBD menjadi perhatian selain karena kenaikan

insidennya, namun juga disebabkan belum tersedianya obat untuk penyembuhan serta vaksin untuk pencegahannya. Hal ini yang kemudian dapat berakibat fatal terutama pada anak-anak. Belum ditemukannya obat spesifik maupun vaksin untuk pencegahannya,

membuat pencegahan dan pengendaliannya sangat tergantung pada upaya pengendalian vektor utamanya, yaitu *Aedes Aegypti* (Hasyimi, Ariati, & Hananto, 2011). 2,5 milyar orang (2/5 penduduk dunia) mempunyai risiko untuk terkena virus dengue (*World Health Organization* 2017a). Di Asia Tenggara, 1,3 milyar orang berisiko terkena virus dengue. Pada tahun 2006, dilaporkan terdapat Kejadian Luar Biasa (KLB) akibat virus dengue di 10 negara-negara Asia Tenggara. Selama beberapa tahun terakhir penyakit DBD telah menyebar dan mengalami peningkatan kasus. Indonesia merupakan negara penyumbang kasus terbanyak di wilayah Asia tenggara yaitu sebanyak 125.045 kasus per tahunnya, dan menempati urutan nomor 2 kasus DBD terbanyak setelah negara Brazil (389.646 kasus) (*World Health Organization*, 2017b). Di Indonesia, kasus DBD pertama kali ditemukan pada tahun 1968, dimana sebanyak 58 orang terinfeksi dan 24 orang diantaranya meninggal dunia, dengan angka kematian mencapai 41,3% (Kementerian Kesehatan, 2010). Dari kasus yang dilaporkan pada tahun 2016, terdapat 10 provinsi dengan angka kesakitan lebih dari 49 per 100.000 penduduk. Provinsi dengan angka kesakitan DBD tertinggi yaitu Bali sebesar 515.90 per 100.000 penduduk, Kalimantan Timur sebesar 305,95 per 100.000 penduduk, serta DKI Jakarta sebesar 198.71 per 100.000 penduduk. DKI Jakarta menjadi provinsi dengan angka kesakitan tertinggi pada tahun 2016 setelah Bali dan Kalimantan Timur. Angka Kesakitan DBD di DKI Jakarta mengalami kenaikan drastis yaitu pada tahun 2015 sebesar 48.55 per

100.000 penduduk menjadi 198.71 per 100.000 pada tahun 2016 (Kementerian Kesehatan, 2017). Jakarta Selatan, merupakan daerah dengan kasus DBD tertinggi di wilayah DKI Jakarta pada tahun 2016. Sejak Januari hingga akhir November 2016, kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) di wilayah Kecamatan Jagakarsa tertinggi di Jakarta Selatan, yakni 740 kasus dari total 4.281 kasus DBD di Jakarta Selatan (Zafira, 2016).

Berdasarkan data yang didapat dari Kementerian Kesehatan (2016a) disebutkan bahwa proporsi penderita terbanyak yang mengalami DBD di Indonesia ada pada golongan anak-anak usia 5-14 tahun, mencapai 42,72% dan yang kedua adalah pada rentang usia 15-44 tahun, mencapai 34,49%. Sebanyak 69,8% anak-anak Indonesia usia 5 tahun pernah terinfeksi demam berdarah dengue setidaknya sekali. Frekuensi infeksiya meningkat menjadi lebih dari 80% untuk anak usia 10 tahun. Data tersebut mengonfirmasi tingginya penyebaran penyakit mematikan ini dan pentingnya pencegahan serta pengendaliannya. Penelitian yang dilakukan oleh Sholihah (2012), di Surabaya menunjukkan bahwa kondisi sanitasi lingkungan dan pengetahuan berpengaruh terhadap kejadian DBD (p value = 0,026). Kondisi sanitasi lingkungan yang kurang memenuhi syarat (keberadaan kontainer kebutuhan sehari-hari dan di sekitar rumah yang memungkinkan menjadi tempat keberadaan jentuk nyamuk). Pencegahan adalah kunci utama dari pengendalian DBD, dan dapat dicapai dengan pengendalian vektor dan perlindungan diri dari kontak dengan vektor (*World*

Health Organization and the Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR), 2009). Orang tua memiliki peranan penting dalam pencegahan DBD pada anak-anak. Untuk itu, orang tua perlu mendapat informasi kesehatan yang tepat mengenai pengendalian DBD.

Penyakit DBD adalah penyakit yang disebabkan oleh virus dengue yang tergolong *Arthropod-Borne Virus*, genus *Flavivirus*, dan famili *Flaviviridae* (Kementerian Kesehatan, 2017). Nyamuk tersebut merupakan spesies nyamuk yang terutama menggigit pada siang hari, dengan peningkatan aktivitas menggigit sekitar dua jam sesudah matahari terbit dan beberapa jam sebelum matahari tenggelam. Nyamuk *Ae. Aegypti* betina akan menggigit lebih banyak manusia pada periode tersebut (*World Health Organization*, 2012). Masa inkubasi dari penyakit ini adalah 4-7 hari (kisaran 3-14 hari). Saat ini, DBD menjadi endemis di sebagian besar negara tropis. DBD ditandai dengan permeabilitas pembuluh darah yang meningkat, hipovolemia, dan mekanisme pembekuan darah yang abnormal (*World Health Organization*, 2017a). Nyamuk menjadi infeksius 8-12 hari sesudah menghisap darah penderita viremia dan tetap infeksius selama hidupnya (Chin, 2009).

Penelitian yang dilakukan oleh Dammert, Galdo dan Galdo (2014), menyebutkan bahwa terpaan terhadap informasi kesehatan pada rumah tangga mendorong mereka melakukan upaya pengendalian DBD. Oleh karena itu, penting agar orang tua memperoleh informasi yang tepat. Akan tetapi, banyaknya kejadian DBD yang menimpa

masyarakat terutama anak-anak sekolah menunjukkan bahwa pengetahuan, sikap, dan prakteknya belum seperti yang diharapkan. Penelitian ini dilakukan untuk memprediksi mengapa seseorang mempraktikkan perilaku kesehatan tertentu serta menjelaskan kondisi di mana seseorang dapat mengubah perilaku kesehatannya dengan mengadopsi praktik kesehatan yang baik. Pesan-pesan persuasi yang meningkatkan perasaan rentan dimungkinkan dapat mendorong seseorang untuk mengubah perilaku lebih sehat (Nimnuan, 2006). Pesan persuasi dapat diberikan kepada masyarakat melalui pendidikan kesehatan atau saluran-saluran yang berbeda seperti media massa maupun media elektronik untuk menyampaikan pesan pencegahan dari sebuah penyakit yang tidak diinginkan atau untuk meningkatkan perilaku kesehatan. Akan tetapi, hasil yang diinginkan tidak dapat diperoleh bila persepsi seseorang terhadap perilaku tertentu belum dipelajari sebelum diberikan pendidikan/penyuluhan kesehatan.

Health Belief Model (yang selanjutnya ditulis HBM) yang dikembangkan oleh Rosenstock (1966) merupakan sebuah kerangka dalam teori psikologi yang digunakan untuk menjelaskan alasan seseorang melakukan atau tidak melakukan sesuatu. Kerangka ini meyakini bahwa melakukan suatu perilaku sehat ditentukan oleh persepsi dan keyakinan yang dimiliki seseorang. HBM pertama kali diungkapkan oleh sekelompok psikolog di Amerika Serikat pada akhir tahun 1950-an (Rosenstock, 1966). Pada saat itu penekanan besar ditempatkan pada

program-program untuk pencegahan penyakit dan pendeteksian dini. Penelitian terkait HBM kemudian dikembangkan oleh Jones dkk., (2015) yang mengungkapkan bahwa konsep yang mendasari HBM adalah bahwa perilaku pencegahan dalam kesehatan ditentukan oleh keyakinan pribadi atau persepsi tentang suatu penyakit dan strategi yang tersedia untuk mengurangi kejadiannya. HBM dipengaruhi oleh teori Kurt Lewin yang menyatakan bahwa persepsi seseorang terhadap sesuatu akan dapat mempengaruhi apa yang akan dilakukan atau tidak dilakukan seseorang (Rosenstock, 1966). Sebagai contoh, seseorang tetap akan berperilaku membiarkan genangan air berada di dalam dan luar rumah karena memiliki persepsi bahwa dia tidak berisiko terkena penyakit DBD (Achmadi, 2014).

Konstruksi utama dari teori HBM antara lain adalah persepsi keparahan, persepsi kerentanan, persepsi kebermanfaatan, persepsi hambatan, dan cues to action. Masing-masing konstruk, baik secara sendiri-sendiri maupun kombinasi dapat digunakan untuk menjelaskan perilaku kesehatan. Teori ini menegaskan bahwa keberadaan persepsi-persepsi tersebut mengarahkan terjadinya sebuah perilaku (Hayden, 2017). HBM menyediakan sebuah kerangka yang jelas untuk meningkatkan kesadaran akan DBD dan modifikasi faktor-faktor risiko yang mempengaruhi. HBM digunakan sebagai kerangka berpikir untuk mengeksplorasi dan memahami perilaku pencegahan DBD (Nimnuan, 2006). Penelitian yang dilakukan Siddiqui dkk. (2016), menyatakan bahwa pengetahuan, persepsi ancaman (persepsi keparahan

dan kerentanan) serta *self-efficacy* adalah prediktor yang signifikan dari tindakan pencegahan DBD yang dilakukan pada penduduk di Karachi, Pakistan. Hal ini menurut Lennon (2005) dikarenakan dengan mengetahui persepsi dalam konstruk HBM tersebut dapat digunakan untuk memahami bagaimana menyusun pesan-pesan kesehatan yang efektif berdasarkan persepsi yang dimiliki untuk mengubah perilaku seseorang terhadap pencegahan DBD. Penelitian yang dilakukan Wong dan Abubakar (2013) menyebutkan kegiatan pencegahan untuk mengontrol vektor DBD dipengaruhi oleh konstruk-konstruk yang terdapat pada HBM. Sebuah pesan yang disampaikan akan menyebabkan perubahan perilaku yang optimal jika telah berhasil menasar persepsi *barriers, benefits, self-efficacy, dan threat (seriousness dan severity)* (Jones dkk., 2015).

Keyakinan seseorang akan kemungkinan dia terkena suatu penyakit atau berisiko terhadap suatu penyakit dapat mengarahkan suatu perilaku sehat yang dilakukan (Lennon, 2005). Semakin besar persepsi memiliki risiko (persepsi kerentanan) suatu penyakit, semakin besar pula memiliki perilaku yang dapat mengurangi risiko tersebut (Hayden, 2017). Persepsi kebermanfaatan dapat mengarahkan seseorang melakukan perilaku karena keyakinan yang seseorang dari nilai atau kegunaan dari perilaku baru dalam menurunkan risiko dari perkembangan sebuah penyakit (Thompson dan Caltabiano, 2010). Sebaliknya, keyakinan seseorang terhadap rintangan atau hambatan yang akan dihadapi ketika mengadopsi perilaku yang baru dapat mengarahkan seseorang

untuk tidak melakukan perilaku tertentu (Patterson dkk., 2018). Hambatan ini dapat berupa persepsi bahwa perilaku yang dilakukan memakan waktu, tidak nyaman, serta membutuhkan biaya yang mahal (Thompson dan Caltabiano, 2010). Achmadi (2014), menyatakan bahwa seseorang akan mengambil keputusan dan melakukan sesuatu berkenaan dengan kesehatan (misalnya melakukan pencegahan DBD seperti menghilangkan genangan air pada pot tanaman secara berkala) ketika merasa hal negatif bisa dicegah (misalnya terkena penyakit DBD). Memiliki harapan positif bahwa dengan mengikuti rekomendasi yang dianjurkan akan memperoleh keuntungan yakni mencegah hal negatif tersebut (terkena penyakit DBD) dan percaya bahwa akan berhasil (tidak terkena penyakit DBD) jika menghilangkan genangan air pada pot tanaman secara berkala.

Hasil meta-analisis dari 18 penelitian HBM, Carpenter (2010) menemukan bahwa persepsi manfaat dan hambatan secara konsisten merupakan prediktor terkuat dalam sebuah perilaku. Champion dan Skinner (2008) menyampaikan bahwa persepsi manfaat dan hambatan memungkinkan dapat memprediksi perilaku dengan lebih baik ketika persepsi kerentanan dan kesakitan lebih besar. Mereka mencatat bahwa dalam kondisi persepsi kerentanan dan kesakitan yang rendah, manfaat dan hambatan untuk terlibat dalam perilaku yang berhubungan dengan kesehatan tidak akan menonjol. Perilaku tersebut dapat dicapai ketika persepsi akan manfaat sangat tinggi dan persepsi akan hambatan sangat rendah.

Dorongan pendekatan kesehatan

masyarakat pada pencegahan bertujuan untuk mengurangi tekanan lingkungan dan untuk memperbesar resistensi host terhadap tekanan tersebut. Pendekatan kesehatan masyarakat pada pencegahan telah berhasil mengurangi insiden terjadinya banyak penyakit (Nelson & Prilleltensky, 2010). Istilah perilaku kesehatan didefinisikan dalam beragam cara. Perilaku kesehatan adalah aksi yang dilakukan oleh orang untuk memelihara atau mencapai kesehatan dan atau mencegah penyakit. Perilaku kesehatan merefleksikan pemahaman dirinya tentang arti dan kejadian gangguan kesehatan. Eldredge, dkk., (2016), menyatakan bahwa beberapa program peningkatan kesehatan mengarahkan pada *primary prevention* yaitu mencegah sebuah masalah kesehatan sebelum hal itu terjadi maupun *secondary prevention*, yaitu mengurangi konsekuensi yang diakibatkan dari sebuah penyakit ataupun memperlambat perkembangannya. Pada penelitian ini, perilaku pencegahan yang akan dilihat fenomenanya merupakan bagian dari *primary prevention*, yaitu mencegah terjadinya kejadian DBD di masyarakat. Perilaku pencegahan DBD adalah sebuah upaya menghindari gigitan nyamuk (*Center for Disease Control and Prevention*, 2018).

Perilaku tersebut dapat dibagi menjadi 2 (dua) bagian, yaitu mengurangi/menghilangkan tempat perkembangbiakan vektor serta menghindari kontak dengan vektor. Perilaku mengurangi/menghilangkan tempat perkembangbiakan nyamuk antara lain adalah menguras/membersihkan tempat yang sering dijadikan tempat penampungan air

seperti bak mandi, ember air, tempat penampungan air minum, wadah pot tanaman, mainan anak-anak, dan lain-lain), menutup tempat penampungan air seperti drum, kendi, toren air, dan sebagainya, memanfaatkan kembali atau mendaur ulang barang bekas yang memiliki potensi menjadi tempat perkembangbiakan vektor penular DBD, serta menghindari kebiasaan yang dapat membuat tempat peristirahatan nyamuk (menggantung pakaian di dalam rumah) (Kementerian Kesehatan, 2016b). Perilaku menghindari kontak dengan vektor antara lain adalah dengan menggunakan lotion anti nyamuk, menggunakan pakaian lengan panjang, memasang kasa jaring pada jendela, dan lain-lain (*Center for Disease Control and Prevention*, 2018).

Pemerintah Republik Indonesia melalui Kementerian Kesehatan, Direktorat Jendereal. Pada penelitian ini, perilaku pencegahan DBD terfokus pada membersihkan tempat penampungan air (bak/ember mandi, dispenser, dan kulkas) serta tidak menggantung pakaian bekas pakai di luar lemari. Penelitian ini dilakukan untuk menerapkan model psikologis HBM untuk menentukan persepsi partisipan terhadap DBD serta perilaku pencegahan yang mereka lakukan. Mengidentifikasi dan memahami persepsi partisipan terhadap perilaku pencegahan DBD dapat memfasilitasi strategi pengembangan pesan dalam mempromosikan/meningkatkan perilaku pencegahan DBD.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan disain studi kualitatif dengan metode

pengumpulan data melalui wawancara semi terstruktur dengan menggunakan dasar teori *Health Belief Model* (HBM). Teknik ini memungkinkan wawancara berkembang searah dengan jawaban yang diberikan oleh responden terhadap pertanyaan yang diberikan oleh peneliti. Rancangan kualitatif yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan fenomenologi. Fenomenologi merupakan sebuah rancangan di mana peneliti mendeskripsikan pengalaman kehidupan manusia tentang suatu fenomena tertentu seperti yang dijelaskan oleh para partisipan. Deskripsi ini berujung pada inti sari pengalaman beberapa individu yang telah mengalami semua fenomena tersebut (Giorgi, 2009). Creswell (2014), menemukan bahwa fenomenologi umumnya terdiri dari tiga sampai sepuluh partisipan. Penelitian ini dilakukan pada bulan September-Oktober 2018 dengan target pada orang tua yang memiliki anak berusia 5-12 tahun. Pemilihan partisipan ini dikarenakan anak-anak berusia 5-12 tahun merupakan kelompok usia paling rentan terkena penyakit DBD, dan orang tua yang dalam penelitian ini dibatasi untuk Ibu-Ibu. Ibu-Ibu memiliki peran sangat penting di dalam keluarga untuk mencegah terjadinya DBD pada anak-anak. Hal ini menurut *Kaiser Family Foundation*, dikarenakan sebagian besar dari pembuat keputusan dalam perawatan kesehatan keluarga adalah ibu. Tiga perempat ibu memilih dokter anak-anak mereka dan menindaklanjutinya dengan perawatan yang disarankan. Hanya 16 persen ayah yang memiliki tanggung jawab utama untuk membawa anak-anak mereka ke dokter. Bahkan dengan berasumsi bahwa sebagian besar

pasangan mendiskusikan keputusan kesehatan keluarga besar bersama-sama, wanitalah yang mengarahkan dan mengimplementasikan keputusan tersebut (Graham, 2015).

Karakteristik yang dipilih oleh peneliti adalah ibu-ibu orang tua siswa SDN Ciganjur 02 yang berusia 5-12 tahun dan berdomisili di Kecamatan Jagakarsa, Jakarta Selatan. Wawancara dilakukan sambil merekamnya dengan audiotape lalu mentranskripsinya (Creswell, 2014). Wawancara dilakukan kepada 6 (enam) orang Ibu-Ibu di Kecamatan Jagakarsa berdasarkan konstruk HBM dengan daftar

pertanyaan yang telah disusun untuk mengetahui persepsi mereka terhadap perilaku pencegahan DBD serta perilaku pencegahan DBD mereka.

Daftar pertanyaan dalam wawancara berdasarkan item pengetahuan dasar mengenai DBD yang terdiri dari penyebab DBD, tanda dan gejala DBD, penularan DBD, serta pencegahan DBD. Selain itu, wawancara dilakukan berdasarkan konstruk HBM yang terdiri dari persepsi kerentanan, persepsi keseriusan, persepsi hambatan serta persepsi manfaat. Item pertanyaan tersebut dapat dilihat dalam tabel 1.

Tabel 1. Daftar Pertanyaan Wawancara Berdasarkan Konstruk HBM

No	Pertanyaan	Kategori
1	Menurut Ibu, apakah DBD adalah penyakit yang serius?	<i>Perceived Seriousness</i>
2	Menurut Ibu, apakah DBD dapat mengakibatkan kematian?	<i>Perceived Seriousness</i>
3	Menurut Ibu, apakah jika terdapat anggota keluarga ibu yang terkena DBD juga menjadi beban/ menyusahkan bagi seluruh anggota keluarga?	<i>Perceived Seriousness</i>
4	Menurut ibu, siapa saja yang bisa terkena penyakit DBD?	<i>Perceived Suscpetibility</i>
5	Menurut Ibu, apakah seorang anak yang telah sembuh dari DBD tidak akan kembali terserang DBD?	<i>Perceived Suscpetibility</i>
6	Menurut Ibu, apakah setiap orang harus mengurangi tem-pat perkembang biakan nyamuk di sekitar tempat tinggal-nya?	<i>Perceived Benefit</i>
7	Menurut Ibu, apakah Ibu akan berpartisipasi dalam kegiatan pencegahan DBD?	<i>Perceived Benefit</i>
8	Apakah Ibu memiliki saudara/anggota keluarga/ tetangga yang pernah terkena DBD?	<i>Cues to action</i>
9	Apakah Ibu pernah mendapat informasi mengenai DBD?	<i>Cues to action</i>
10	Melalui media apa informasi/pesan mengenai DBD Ibu peroleh?	<i>Cues to action</i>
11	Apakah kesibukan ibu membuat ibu tidak memiliki waktu untuk mengurus tempat penampungan air secara rutin minimal seminggu sekali?	<i>Barriers</i>
12	Apa yang menyebabkan seseorang menggantung pakaian bekas pakai di luar lemari?	<i>Barriers</i>

Tabel 2. Pertanyaan Peneliti

Pertanyaan/Pernyataan Peneliti	Tema
Mbak X, pernah mendengar penyakit demam berdarah (DBD) gak?	<i>Cues to Action</i>
Menurut Mbak X, DBD itu penyakit yang bagaimana sih mbak?	<i>Perceived Seriousness</i>
Berarti menurut Mbak X tadi bisa menyebabkan kematian ya?	<i>Perceived Seriousness</i>
Penyebabnya apa sih mbak?	<i>Perceived Seriousness</i>
Mengandung virus ya, nah kira-kira kenapa sih seseorang itu akhirnya bisa apa kena nyamuk Aedes aegypti, penyebabnya apa kalau menurut Mbak X?	Pengetahuan
Itu menurut Mbak X bisa nyebabin demam berdarah?	<i>Cues to action</i>
Itu berarti Mbak X mendapat himbauan itu dari RT ya.	<i>Cues to action</i>
Biasanya kalau RT itu kasih himbauannya lewat apa mbak?	<i>Cues to action</i>
Biasanya mereka tuh datangnya apa seberapa sering mbak	<i>Cues to action</i>
Oh beberapa kali	<i>Perceived Susceptibility</i>
kalau menurut Mbak X nih jika seorang anak/ seseorang pernah kena DBD, dia gak bisa kena lagi menurut Mbak X bagaimana?	<i>Perceived Susceptibility</i>
Kalau misalkan seorang anak gizinya bagus dia bisa men-gurangi risiko DBD gak sih mbak?	<i>Perceived Susceptibility</i>
Misal tidur cukup, istirahat cukup bisa ngurangin risiko kena DBD gak?	<i>Perceived Susceptibility</i>
Menurut Mbak X gimana caranya biar keluarga Mbak X itu gak kena DBD, usaha-usaha apa yang mbak lakukan?	<i>Perceived Benefit</i>
Nah kira-kira Mbak X bilang membersihkan bak mandi, genangan-genangan itu sebaiknya atau yang udah mba ocha lakukan di keluarga seberapa sering sih mbak?	<i>Perceived Benefit</i>
Tadi bak, berarti Mbak X pake bak mandi juga?	
Segede apa sih mbak itu ukurannya?	
Nah, biasanya ngebersihinnya seberapa sering mbak?	
Biasanya kalau ngebersihin itu Mbak X cukup kita kasih air oles-oles aja apa perlu pake sabun juga sih Mbak X?	<i>Perceived Benefit</i>
Trus kalau menurut Mbak X, yang bisa kena DBD itu siapa aja mbak?	<i>Perceived Susceptibility</i>
Semuanya ya, nah tadi Mbak X bilang di keluarga Mbak X ngebersihin ini, nah kalau gantungan-gantungan masih gak nih?	<i>Perceived Benefit</i>
Kenapa tuh ya kalau menurut Mbak X sendiri?	<i>Perceived Benefit</i>
Jadi masih tetep di ini ya?	<i>Perceived Benefit</i>
Biasanya kalau nyemprot tuh kalau pas ada nyamuk aja atau?	<i>Perceived Benefit</i>
Kalau pake lotion sering gak mbak?	<i>Perceived Benefit</i>
Oh ok-ok ok	<i>Perceived Benefit</i>
Kira-kira kalau dari RT kasih himbauan, biasanya apa sih yang mereka sampaikan, biasanya meriksa jentik juga gak?	<i>Cues to Action</i>
Nah terus, misalkan dia ngeliat-ngeliat jentik tuh dia nga-sih pesen apa lagi mbak? Biasanya dari rt apa dari pusk-esmas juga pernah datang mbak?	
Kader	
Biasanya apa tuh mbak yang dikasih tau?	<i>Cues to Action</i>
Pemeriksaan jentik di lingkungan rumah Mbak X kapan tuh mbak terakhir kira-kira?	<i>Cues to Action</i>

Pertanyaan/Pernyataan Peneliti	Tema
Berarti gak seminggu sekali ya?	<i>Cues to Action</i>
Trus kulkas Mbak X ada?	<i>Cues to Action</i>
Dibersihkan sering juga?	<i>Perceived Benefit</i>
kalau pot-pot bunga ada gak mbak? biasanya pot bunga kan ada mangkoknya tuh ya di bawah tuh	<i>Perceived Benefit</i>
Mbak X pernah denger PSN gak?	<i>Perceived Benefit</i>
Nah, Mbak X kalau mbak dapet dapet informasi atau pesan kesehatan tentang penyakit DBD, Mbak X itu lebih seneng mendapat penyuluhan biasa, ataupun kayak kertas atau media-media kertas gitu atau lebih suka yang memnafaat-kan teknologi misalkan yang pake wa atau video?	Preferensi saluran pen-yampaian pesan kesehatan tentang DBD Preferensi saluran pen-yampaian pesan kesehatan tentang DBD
Suka tulisan aja atau video atau gambar	<i>WhatsApp</i>
Mbak X berarti sehari-hari pake <i>handphone</i> ?	<i>WhatsApp</i>
Layanan yang sering dipake apa mbak?	<i>WhatsApp</i>
Dari yang tadi Mbak X udah sampaikan, kira-kira strategi apa yang paling efektif utk menghindari kita terkena DBD?	<i>Perceived Benefit</i>
Oya mbak, di daerah tempat Mbak X pernah ada yang terkena DBD mbak?	<i>Cues to Action</i>
Tahun berapa ya mbak itu?	<i>Cues to Action</i>
Oya Mbak X pernah dapat himbauan untuk periksa jentik sendiri?	<i>Cues to Action</i>
Oh berarti Mbak X bisa meriksa jentik ya?	<i>Cues to Action</i>
Oh berarti diajarin sama kader atau orang puskesmas ya?	<i>Cues to action</i>

Prosedur yang dilakukan oleh peneliti selama penelitian adalah sebagai berikut.

1. Peneliti menyiapkan panduan wawancara dan melakukan kaji etik terhadap panduan tersebut.
2. Peneliti bekerja sama dengan pihak sekolah untuk memilihkan sejumlah orang tua siswa sebagai partisipan penelitian
3. Peneliti kemudian meminta bantuan pihak sekolah untuk memberikan surat undangan wawancara kepada partisipan disertai dengan lembar informed consent
4. Peneliti mengumpulkan partisipan sesuai dengan jadwal wawancara.
5. Peneliti melaksanakan wawancara satu per satu dengan Ibu-Ibu pada tanggal 28 September 2018 dan 2 Oktober 2018
6. Peneliti merekam proses wawancara

dengan perekam suara

7. Peneliti melakukan transkrip dari rekaman suara
8. Peneliti melakukan analisis kualitatif terhadap hasil wawancara dari notulen dan transkrip.

Hasil wawancara diolah dengan proses coding berdasarkan konstruk *Health Belief Model* (HBM). Peneliti memberikan kode-kode pada hasil transkrip sesuai dengan tema-tema yang muncul. Setelah itu, peneliti melakukan kategorisasi dari hasil coding dari keenam partisipan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Partisipan penelitian ini adalah 6 (enam) ibu-ibu orang tua siswa kelas 2, 3 dan 4 SDN Ciganjur 02. Data demografis partisipan pada studi baseline dapat dilihat pada tabel 2.

Tabel 3. Data Demografi Partisipan Studi Baseline

Nama	Usia	Pendidikan Terakhir	Pekerjaan	Pendapatan keluarga per bulan
Partisipan 1	35 thn	SMA	Ibu rumah tangga	2000.000 – 5000.000
Partisipan 2	38 thn	SMA	Ibu rumah tangga	5000.000 – 7000.0000
Partisipan 3	45 thn	SMA	Ibu rumah tangga	2000.000 – 5000.000
Partisipan 4	42 thn	D-III	Ibu rumah tangga	< 2000.000
Partisipan 5	25 thn	SMA	Ibu rumah tangga	< 2000.0000
Partisipan 6	45 thn	SD	Ibu rumah tangga	

Rata-rata usia partisipan adalah 38 tahun dengan rentang usia 25 -45 tahun serta 2 dari 6 ibu-ibu memiliki penghasilan keluarga kurang dari Rp. 2000.000 per bulan, dan sebagian besar peserta (4 dari 6 ibu-ibu) memiliki pendidikan terakhir SMA. Dari 6 partisipan yang diwawancara, terdapat 1 orang ibu yang menggunakan bak sebagai tempat penampungan air untuk mandi, 1 orang menggunakan shower dan 4 orang menggunakan bak penampungan air. Kasus DBD pada kedua anaknya ditemukan pada Ibu yang memiliki bak mandi di rumahnya. Dari ke enam ibu-ibu yang diwawancara, tidak ada yang menggunakan pot tanaman yang di bawahnya terdapat mangkuk penahan air.

Keyakinan bahwa Anggota Keluarga Rentan Terkena Penyakit DBD

Seluruh partisipan meyakini bahwa seluruh anggota keluarga mereka memiliki risiko terkena DBD. Namun beberapa partisipan berpikir bahwa dengan kondisi tubuh yang prima dan dengan gizi yang baik akan menghindarkan mereka dari terinfeksi DBD. Mereka juga percaya bahwa seorang anak/seseorang tidak memperoleh kekebalan ketika telah terkena DBD. Gambaran persepsi kerentanan dapat dilihat dalam kutipan berikut:

“Siapa pun dia bisa terkena DBD, mudah-mudahan keluarga saya gak yah (tertawa).”

(Partisipan 1)

“Siapa aja pasti bisa kena, gak gede gak kecil gak tua gak muda.”

(Partisipan 2)

“Trombosit ya karena trombosit anak turun, gak hanya anak-anak sih ya dewasa semua bisa kena, kekebalan tubuh turun ya”

(Partisipan 4)

“Ya siapa aja di keluarga itu”

(Partisipan 5)

“ya semua bisa, gak tua, gak muda semua bisa, ya namanya penyakit”

(Partisipan 6)

Keyakinan bahwa Penyakit DBD adalah Penyakit yang Serius

Seluruh partisipan percaya bahwa DBD merupakan penyakit yang serius dan dapat berakibat fatal (menyebabkan kematian). Partisipan juga meyakini bahwa jika anak atau anggota keluarga mereka ada yang terkena DBD dapat menjadi beban bagi seluruh anggota keluarga lainnya.

“Penyakit yang membahayakan ya mematikan dan harus apa sih jika terdeteksi harus segera ditangani.”

(Partisipan 1)

“Kalau menurut saya sih penyakit berbahaya ya soalnya kan anak saya pernah ngalamin 2-2nya, jadi ya pokoknya dari awalnya panas kalau kondisi badannya dia gak fit jadinya kayak gitu kondisi badannya kurang bagus, kekebalan tubuhnya kurang bagus jadi kan gampang kena penyakit. Nah apalagi kan demam berdarah gampang banget ini kena kan, ya udah penyakit berbahaya banget kalau menurut saya.”

(Partisipan 2)

“E...kayak, tetangga ku kan pernah kena tuh pertama badannya panas panas tinggi dikiranya sakit biasa, tau-taunya sekali dibawa ke rumah sakit ternyata DBD. Kalau tidak ditolong ya berbahaya.”

(Partisipan 3)

“Trombosit ya karena trombosit anak turun, gak hanya anak-anak sih ya dewasa semua bisa kena, kekebalan tubuh turun ya”

(Partisipan 4)

“Penyakit yang serius banget ya, bisa mematikan”

(Partisipan 5)

“Penyakit yang berbahaya lah istilahnya, bener-bener yang

berbahaya banget”

(Partisipan 6)

Keyakinan akan Manfaat Perilaku Pencegahan Penyakit DBD

Peserta meyakini bahwa mengurangi tempat perkembangbiakan nyamuk dapat menghindari anak dan keluarganya dari DBD. Mengurangi tempat perkembangbiakan nyamuk dengan membersihkan bak/ember, membersihkan dispenser, belakang kulkas serta tidak menggantung pakaian bekas pakai di luar lemari diyakini bermanfaat untuk menghindari seseorang terkena DBD.

Keyakinan akan Hambatan yang diperoleh dari Perilaku Pencegahan Penyakit DBD

Namun, 4 dari 6 peserta tidak melakukannya secara rutin 1 minggu sekali. Hambatan yang dihadapi oleh Ibu-Ibu untuk dapat melakukan perilaku mengurangi tempat perkembangbiakan nyamuk seminggu sekali adalah terkait persepsi ketiadaannya waktu untuk melakukan pembersihan tempat-tempat tersebut secara teratur sehingga beberapa Ibu-Ibu hanya melakukan kegiatan tersebut sesempatnya saja. Seperti kutipan berikut.

“Kalau seminggu sekali belum ya sesempetnya aja sih, cuma jangan sampe banyak nyamuk di dalamnya di dalam rumah jangan sampe banyak nyamuk, sekeliling jangan sampe banyak nyamuk aja.”

(Partisipan 2)

“Palingan 2 minggu sekali karena ada pengecekan dari RT.”

(Partisipan 5)

“ya selagi sempet kita lakuin atau kita rapih-rapihin gitu, ya sesempetnya aja.”

“Dibersihin sih, Cuma kadang kadang 2 bulan sekali sih.”

(Partisipan 6)

Selain itu, dua dari enam partisipan yang tidak melakukan pembersihan secara rutin karena menganggap dispenser/kulkas dalam keadaan bersih dan tidak terdapat air yang menggenang. Karena alasan ini para Ibu mungkin tidak menyadari bahwa mereka membiakkan nyamuk dan berpotensi meningkatkan risiko terkena DBD.

“Gak pernah menghitung seberapa seringnya, tapi kalau ngeliat kotor dipegang licin ya dibersihkan Untuk waktunya gak pernah ditentukan.”

(Partisipan 1)

“Soalnya kita lihat gak ada airnya jadi gak kita bersihin.”

(Partisipan 5)

Melakukan kegiatan pencegahan DBD dengan membersihkan tempat-tempat penampungan air pun perlu dilakukan dengan tepat. Berdasarkan hasil wawancara dengan beberapa ibu, mereka masih melakukan dengan hanya menggosok-gosoknya saja dengan tangan. Pembersihan tidak hanya dilakukan dengan menggosok tanpa menyikatnya dengan sabun. Hal ini dikarenakan telur nyamuk cenderung lengket sehingga lebih rekat ke dinding permukaan penampungan air.

Gambaran Cues to Action

Sampai dengan pengambilan data dilakukan, ibu-ibu telah mendapatkan isyarat untuk melakukan sesuatu (*cues to action*) terkait DBD melalui adanya keluarga maupun kerabat yang terkena DBD serta adanya pemeriksaan jentik dari pihak kelurahan. Berdasarkan informasi dari juru jentik dan ibu-ibu, pemeriksaan jentik dari pihak kelurahan sendiri tidak semua dilakukan secara rutin. Pesan pengingat sebagai salah satu *cues to action* perlu diberikan kepada ibu-ibu untuk dapat selalu membersihkan tempat-tempat penampungan air secara benar dan rutin seminggu sekali.

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan pada 6 (enam) ibu-ibu di Kecamatan Jagakarsa didapati bahwa seluruh Ibu-Ibu memiliki keyakinan bahwa perlu dilakukan upaya-upaya dalam rumah tangga untuk melakukan pencegahan kejadian DBD. Akan tetapi, para ibu belum mengetahui secara utuh gerakan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) sebagai upaya pencegahan terhadap kejadian DBD. Hal ini dapat dilihat dari pembersihan bak mandi, kulkas, dan dispenser yang belum dilakukan secara rutin seminggu sekali melainkan hanya dilakukan sesempat dan seingatnya saja. Persepsi *barrier* (hambatan) yang lebih besar dari pada persepsi *benefit* (manfaat) yang dimiliki Ibu-Ibu yang memiliki anak usia 5-12 tahun di kecamatan Jagakarsa membuat ibu-ibu memiliki kecenderungan untuk tidak berperilaku membersihkan bak/ember, dispenser, dan kulkas seminggu sekali serta kebiasaan menggantung pakaian bekas pakai. Para ibu telah mengetahui upaya pencegahan DBD

tersebut dengan membersihkan tempat-tempat penampungan air, namun mereka memiliki persepsi *barrier* besar untuk melakukan perilaku tersebut, yang akhirnya melemahkan persepsi *benefit*. Hal ini membuat ibu-ibu tidak melakukan perilaku pencegahan secara rutin.

Barrier mereka adalah tidak ada waktu untuk melakukan perilaku membersihkan tempat-tempat penampungan air, misalkan alasan mengurus anak. Hal ini sejalan dengan hasil meta-analisis dari 18 penelitian HBM oleh Carpenter (2010) yang menemukan bahwa persepsi manfaat dan hambatan secara konsisten merupakan prediktor terkuat dalam sebuah perilaku. Dalam penelitian ini, kecenderungan untuk tidak melakukan perilaku pencegahan dapat diakibatkan dari persepsi manfaat yang lebih rendah daripada persepsi hambatannya. Hal ini sejalan dengan pendapat Champion dan Skinner (2008), yang menyatakan bahwa suatu perilaku akan dapat dicapai ketika persepsi akan manfaat sangat tinggi dan persepsi akan hambatan sangat rendah. Mereka mencatat bahwa dalam kondisi persepsi kerentanan dan kesakitan yang rendah, manfaat dan hambatan untuk terlibat dalam perilaku yang berhubungan dengan kesehatan tidak akan menonjol. Perilaku tersebut dapat dicapai ketika persepsi akan manfaat sangat tinggi dan persepsi akan hambatan sangat rendah. Menurut Hanklang, Ratanasiripong, dan Sivasan (2018), hal ini menjadi penting untuk meningkatkan persepsi manfaat dari pencegahan suatu penyakit sehingga seseorang dapat mencari solusi untuk mengurangi hambatan-hambatan yang akan dijumpai dalam perilaku pencegahan

tersebut dan melakukan upaya atau berperilaku untuk mencegah penyakit DBD. HBM menyatakan bahwa seseorang akan mengambil tindakan untuk mencegah suatu penyakit ketika mereka percaya bahwa melakukan tindakan tertentu akan mengurangi keseriusan dan kerentanan terhadap suatu penyakit atau mengarahkan pada hasil positif lainnya (persepsi manfaat) serta memiliki keyakinan yang rendah akan hal-hal negatif yang muncul dari suatu perilaku kesehatan tertentu (persepsi hambatan) (Jones dkk., 2015).

PENUTUP

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk memahami persepsi partisipan terhadap perilaku pencegahan DBD serta perilaku pencegahan pada partisipan. Persepsi *barrier* (hambatan) yang lebih besar dibandingkan persepsi *benefit* (manfaat) yang dimiliki partisipan membuat partisipan memiliki kecenderungan untuk tidak melakukan perilaku pencegahan DBD (menguras bak mandi, dispenser, serta kulkas secara rutin seminggu sekali serta tidak menggantung pakaian bekas pakai di luar lemari). Oleh karena itu, perlu adanya sebuah metode untuk membuat ibu-ibu dapat melakukan upaya pencegahan secara rutin. Peneliti menyarankan pemberian pesan melalui saluran telepon genggam dengan fitur *WhatsApp* dapat diterapkan pada Ibu-Ibu di Kecamatan Jagakarasa mengingat mereka menggunakan telepon genggam (dalam penelitian ini telepon genggam dengan kategori *smartphone*) sebagai alat komunikasi sehari-hari. Ibu-ibu lebih memilih mendapat pesan kesehatan

melalui penggunaan *smartphone* dengan alasan lebih mudah untuk diakses serta lebih mudah untuk dibaca. Telepon genggam sebagai salah satu *channel* atau saluran yang dapat mencapai anggota kelompok target (dalam penelitian ini adalah ibu-ibu yang memiliki anak-anak usia 5-12 tahun di Kecamatan Jagakarsa, Jakarta Selatan) memiliki tipe pengaruh perubahan perilaku (Buunk & Vugt, 2013). Strategi yang kemudian peneliti sarankan untuk dilakukan adalah pembuatan

pesan persuasi yang dapat dapat meningkatkan persepsi *benefit* serta mengurangi *barrier* pada ibu-ibu. Pesan yang akan diberikan untuk meningkatkan perilaku pencegahan DBD melalui penekanan akan manfaat yang akan didapat dari membersihkan tempat-tempat penampungan air secara rutin seminggu sekali serta meletakkan pakaian yang telah dipakai di tempat bersih dan tertutup, menanggulangi atau melemahkan hambatan-hambatan yang ada.

PUSTAKA ACUAN

- Achmadi, U. F. (2014). *Kesehatan masyarakat: Teori dan aplikasi*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Buunk, A. P., & Van Vugt, M. (2013). *Applying social psychology: From problems to solutions*. London: Sage Publications Ltd.
- Carpenter, C. J. (2010). A meta-analysis of the effectiveness of health belief model variables in predicting behavior. *Health Communication*, 25 (8), 661-669.
- Center for Disease Control and Prevention (2018). *How to reduce your risk of dengue infection*, diakses dari <https://www.cdc.gov/dengue/prevention/>.
- Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). The health belief model. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*, 4, 45-65.
- Chin, J. (2009). *Manual Pemberantasan Penyakit Menular*. Jakarta: Infomedika.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5thed). California, USA: SAGE Publications,
- Dammert, A. C., Galdo, J. C., & Galdo, V. (2014). Preventing dengue through mobile phones: evidence from a field experiment in Peru. *Journal of Health Economics*, 35, 147-161.
- Eldredge, L. K. B., Markham, C. M., Ruitter, R. A., Kok, G., Fernandez, M. E., & Parcel, G. S. (2016). *Planning health promotion programs: An intervention mapping approach*. USA: John Wiley & Sons.
- Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology: A modified Husserlian approach*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Graham, R. (2015). *Don't blame parents for vaccine resistance*. Diakses dari <https://slate.com/human-interest/2015/02/women-and-vaccine-resistance-mothers-make-health-care-decisions-for-their-families-including-whether-to-vaccinate.html>.
- Gubler, D. J. (2011). Dengue, urbanization and globalization: the unholy trinity of the 21st century. *Tropical Medicine and Health*, 39 (4), 3-11.

- Hanklang, S., Ratanasiripong, P., & Sivasan, S. (2018). Effectiveness of the intervention program for dengue hemorrhagic fever prevention among rural communities in Thailand: A quasi-experimental study. *Journal of Health Research*, 32 (5), 352-363.
- Hasyimi, M., Ariati, Y., & Hananto, M. (2011). Hubungan tempat penampungan air minum dan faktor lainnya dengan kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) di Provinsi DKI Jakarta dan Bali. *Media Litbang Kesehatan*, 21 (2), 55-61.
- Hayden, J. A. (2017). Introduction to health behavior theory. USA: Jones & Bartlett Learning.
- Jones, C. L., Jensen, J. D., Scherr, C. L., Brown, N. R., Christy, K., & Weaver, J. (2015). The health belief model as an explanatory framework in communication research: exploring parallel, serial, and moderated mediation. *Health Communication*, 30 (6), 566-576.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2010). Demam Berdarah Dengue di Indonesia Tahun 1968-2009. *Buletin Jendela Epidemiologi*, 2, 1-14.
-
- _____. (2016a). *Penderita DBD tertinggi pada anak sekolah*. Diakses dari <http://www.depkes.go.id/article/view/16031400001/penderita-dbd-tertinggi-pada-anak-sekolah.html>.
-
- _____. (2016b). Menkes: Dibanding Fogging, PSN 3M Plus Lebih Utama Cegah DBD. dilihat 22 april 2018 (<http://www.depkes.go.id/article/view/16021500003/menkes-dibanding-fogging-psn-3m-plus-lebih-utama-cegah-dbd.html>).
-
- _____. (2017). Profil kesehatan Indonesia tahun 2016. Diakses dari <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-Indonesia-2016.pdf>.
- Lennon, J. (2005). The Use of the Health Belief Model in Dengue Health Education. *Dengue Bulletin*, 29, 217-219.
- Murray, N. E. A., Quam, M. B., & Wilder-Smith, A. (2013). Epidemiology of dengue: past, present and future prospects. *Clinical epidemiology*, 5, 299-309.
- Nelson, G., & Prilleltensky, I. (2010). *Community psychology: In pursuit of liberation and well-being*. United Kingdom: Palgrave Macmillan.
- Nimnuan, C. (2006). An exploration of the perceptions toward dengue fever and preventive practices among villagers in the outskirts of Bangkok: An application of the health belief model. *Thesis*. Thailand: Assumption University.
- Patterson, N. M., Bates, B. R., Chadwick, A. E., Nieto-Sanchez, C., & Grijalva, M. J. (2018). Using the health belief model to identify communication opportunities to prevent Chagas disease in Southern Ecuador. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 12 (9), 1-14.
- Rosenstock, I. M. (1966). Why people use health services. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 94-127.
- Sholihah, Q. (2014). Hubungan kondisi sanitasi lingkungan, pengetahuan

- dan tingkat pendidikan terhadap kejadian demam berdarah dengue (dbd) di kelurahan lontar kecamatan sambikereb kota surabaya. *Swara Bhumi*, 3 (3), 219-228
- Siddiqui, T. R., Ghazal, S., Bibi, S., Ahmed, W., & Sajjad, S. F. (2016). Use of use of the health belief model for the assessment of public knowledge and household preventive practices in karachi, pakistan, a dengue-endemic city. *PLoS Neglected Tropical Disease*, 10 (11), 1-15.
- Thompson, F., & Caltabiano, M. L. (2010). The health belief model and dengue fever preventative behaviours: a pilot programme. *International Journal of Health Promotion and Education*, 48 (1), 9-19.
- Wong, L. P., & AbuBakar, S. (2013). Health beliefs and practices related to dengue fever: a focus group study. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 7 (7), 1-9.
- World Health Organization and the Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR). (2009). *Dengue: guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control*. Diakses dari <https://apps.who.int/iris/bitstream/>