

TESIS

**ANALISIS PENGARUH INTERVENSI KESEHATAN LINGKUNGAN BERBASIS
HEALTH BELIEF MODEL (HBM) TERHADAP FAKTOR RISIKO KEJADIAN
DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD) KELURAHAN BENTENG
KOTA PALOPO SULAWESI SELATAN**

ANALYSIS OF THE INFLUENCE OF ENVIRONMENTAL HEALTH
INTERVENTIONS BASED ON THE HEALTH BELIEF MODEL (HBM) ON
THE RISK FACTORS OF DENGUE HEMORRHAGIC FEVER (DHF)
BENTENG VILLAGE PALOPO CITY SOUTH SULAWESI

Disusun dan diajukan oleh :

ANDI MURNI ALWI PALUSERI

K012211020



**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2023**

**ANALISIS PENGARUH INTERVENSI KESEHATAN LINGKUNGAN BERBASIS
HEALTH BELIEF MODEL (HBM) TERHADAP FAKTOR RISIKO DEMAM
BERDARAH DENGUE (DBD) KELURAHAN BENTENG
KOTA PALOPO SULAWESI SELATAN**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi

Ilmu Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh:

ANDI MURNI ALWI PALUSERI

Kepada

PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2023

LEMBAR PENGESAHAN

ANALISIS PENGARUH INTERVENSI KESEHATAN LINGKUNGAN
BERBASIS *HEALTH BELIEF MODEL* (HBM) TERHADAP FAKTOR
RISIKO DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD) KELURAHAN
BENTENG KOTA PALOPO SULAWESI SELATAN

Disusun dan diajukan oleh


ANDI MURNI ALWI PALUSERI
K012211020


Telah dipertahankan di hadapan Panitia ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Magister Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tanggal 04 Agustus 2023 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui,

Pembimbing Utama,


Pembimbing Pendamping,


Prof. dr. Hasanuddin Ishak, M.Sc., Ph.D
NIP. 19650704 199203 1 003


Dr. Syamsuar, SKM., M.Kes., M.Sc., PH
NIP. 19790626 200212 1 002

Dekan Fakultas
Kesehatan Masyarakat

Ketua Program Studi S2
Ilmu Kesehatan Masyarakat


Prof. Sukri Palutturi, SKM., M.Kes., M.Sc., PH., Ph.D
NIP. 19720529 200112 1 001


Prof. Dr. Ridwan, SKM., M.Kes., M.Sc., PH.
NIP. 19671227 199212 1 001

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Andi Murni Alwi Paluseri
NIM : K012211020
Program studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Jenjang : S2

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulissan saya berjudul :

**ANALISIS PENGARUH INTERVENSI KESEHATAN LINGKUNGAN
BERBASIS *HEALTH BELIEF MODEL* (HBM) TERHADAP FAKTOR
RISIKO DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD)
KELURAHAN BENTENG KOTA PALOPO**

adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan orang lain bahwa Tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 07 Agustus 2023.

Yang menyatakan


Andi Murni Alwi Paluseri

PRAKATA

Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh.

Pertama-tama penulis mengucapkan Alhamdulillahirabbilamin kepada Allah SWT karena dengan rahmat, karunia dan petunjuk-Nya sehingga tesis yang berjudul “**Analisis Pengaruh Intervensi Kesehatan Lingkungan Berbasis *Health Belief Model* (HBM) terhadap Faktor Risiko Demam Berdarah Dengue (DBD) di Kelurahan Benteng Kota Palopo**” dapat terselesaikan meski hanya dalam wujud yang sederhana. Shalawat dan salam tak lupa penulis curahkan kepada junjungan besar Nabi Muhammad SAW, keluarga, sahabat dan para pengikut sunnahnya hingga hari kiamat kelak. Penulisan tesis ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar dan yang terpenting adalah penelitian ini dapat menambah wawasan keilmuan penulis sesuai dengan disiplin ilmu yang ditekuni.

Penulisan tesis ini tidak terlepas dari bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, baik secara moril maupun materil. Untuk itu pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Bapak Prof. dr. Hasanuddin Ishak, M.Sc.,Ph.D selaku pembimbing I dan Bapak Dr. Syamsuar Manyullei, SKM., M.Kes., M.Sc.PH selaku pembimbing II yang telah meluangkan banyak waktu dan kesempatan untuk memberikan bimbingan, arahan dan masukan sehingga tesis ini dapat terselesaikan.

2. Ibu Dr. Erniwati Ibrahim, SKM.,M.Kes, Prof. Dr. Masni,Apt.,MSPH, dan Dr.Syahribulan,M.Si selaku tim penguji yang telah memberikan arahan dan masukan-masukan untuk perbaikan penulisan tesis ini.
3. Bapak Prof.Dr.Ridwan,SKM.,M.Kes.,M.Sc.PH selaku ketua program studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat serta staf yang telah banyak membantu selama penulis menjalani masa perkuliahan hingga penyelesaian tesis ini.
4. Seluruh dosen beserta staf program studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat yang telah memberikan bantuan dan ilmu pengetahuan yang sangat berguna kepada penulis selama menempuh pendidikan Magister.
5. Bapak Kepala Bidang P2PL Dinas Kesehatan Kota Palopo, Bapak Kepala Kelurahan Benteng, Bapak Kepala Puskesmas Benteng, Bidan Pustu Kelurahan serta Ketua RW dan RT yang telah membantu penulis dalam proses penelitian di lapangan.
6. Rekan-rekan Mahasiswa (i) Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat dan teman seperjuangan di jurusan kesehatan lingkungan atas kerjasama dan kekompakannya yang selalu memberikan motivasi dan semangat serta kebersamaan kepada penulis selama menempuh pendidikan.
7. Kedua orang tuaku, mertua, serta saudara (i) yang telah memberikan dukungan dan doa serta limpahan kasih sayang yang diberikan kepada penulis.

Akhirnya secara khusus penulis haturkan ucapan terima kasih yang tak terhingga teruntuk suami tersayang Andi Muhammad Faiz, berkat doa dan dorongan moral maupun materil memberikan motivasi terbesar dalam menyelesaikan tesis ini. Rasa sayang yang tak terhingga juga kepada ananda Andi Rumaisha Arsyila dan Andi Muhammad Arshaka yang dengan sabar dan sayang menemani proses perjalanan perkuliahan dan penelitian yang penuh lika liku. Serta kepada semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan namanya satu persatu yang telah memberi dukungan penulis mengucapkan banyak terima kasih. Tiada daya dan upaya melainkan atas kehendak-Nya, semoga segala bantuan yang diberikan memperoleh pahala disisi-Nya. Penulis menyadari bahwa penelitian ini masih jauh dari kesempurnaan, olehnya itu penulis memohon maaf atas segala kesalahan dan kekhilafan selama proses penelitian dan penulisan tesis ini seraya mengharapkan sumbangan pemikiran berupa saran dan kritik konstruktif untuk perbaikan selanjutnya.

Semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi pihak yang menggunakannya sebagai bahan referensi untuk menambah wawasan dalam bidang ilmu pengetahuan yang ditekuni, khususnya bagi mahasiswa kesehatan lingkungan dan bagi mahasiswa di berbagai bidang ilmu lainnya serta masyarakat pada umumnya. Amin.

Makassar, Juli 2023

Penulis

ABSTRAK

Andi Murni Alwi Paluseri. Analisis Pengaruh Intervensi Kesehatan Lingkungan Berbasis *Health Belief Model* (HBM) terhadap Faktor Risiko Demam Berdarah Dengue (DBD) Kelurahan Benten Kota Palopo. (Dibimbing Hasanuddin Ishak dan Syamsuar).

Kota Palopo merupakan salah satu daerah endemik DBD dan dalam lima tahun terakhir angka kejadian DBD-nya berfluktuasi. Intervensi kesehatan lingkungan yang ditujukan untuk meningkatkan perilaku pencegahan penyakit melalui kesadaran yang baik berdasarkan pesan kesehatan yang efektif dapat menjadi salah satu solusinya. Penilaian faktor risiko demam berdarah yang dilakukan dengan mempertimbangkan tempat berkembang biak yang potensial bagi nyamuk *Aedes aegypti* (Maya Index) dan kepadatan larva (Entomologi Index) dapat membantu menentukan target pengendalian dan pemberantasan vektor. Untuk itu penelitian ini ingin mengetahui apakah ada pengaruh intervensi kesehatan lingkungan berbasis Health Belief Model (HBM) terhadap faktor risiko DBD.

Penelitian ini merupakan penelitian eksperimen dengan desain *Quasy experimental* menggunakan rancangan *One Group Pre Post test design*, yaitu dilakukan pengukuran terhadap faktor risiko kejadian DBD (Maya Index, Entomologi Index dan perilaku) sebelum dan sesudah intervensi dilakukan. Teknik pengambilan sampel adalah *total sampling* sehingga seluruh populasi merupakan sampel dalam penelitian yaitu 71 rumah. Data dianalisis menggunakan uji *Mc Nemar*.

Hasil penelitian menunjukkan, terdapat pengaruh intervensi kesehatan berbasis HBM terhadap persepsi kerentanan (p value = 0,021), persepsi keparahan (p value = 0,000), persepsi keuntungan (p value = 0,001), persepsi hambatan (p value = 0,000) dan perilaku mencegah kontak vektor (p value = 0,015). Analisis Maya Index menunjukkan kategori rendah (71,83%) sesudah dilakukan intervensi kesehatan lingkungan berbasis HBM. Untuk indeks entomologi diperoleh nilai CI kategori sedang menjadi rendah, nilai BI dan HI kategori tinggi menjadi sedang setelah dilakukan intervensi. Artinya daerah tersebut beresiko rendah sebagai tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes sp.* dan terjadi penurunan kepadatan larva *Aedes sp.* Setelah dilakukan intervensi. Untuk itu intervensi kesehatan lingkungan berbasis HBM dapat direkomendasikan sebagai upaya dalam menurunkan faktor risiko kejadian DBD.

Kata Kunci : Intervensi, HBM, DBD, Indeks Maya, Indeks Entomologi

ABSTRACT

Andi Murni Alwi Paluseri. Analysis of The Influence of Environmental Health Interventions Based on The Health Belief Model (HBM) on The Risk Factors of Dengue Hemorrhagic Fever (Dhf) Benteng Village Palopo City in 2023. (Supervised by **Hasanuddin Ishak** and **Syamsuar**)

Palopo City is one of the DHF endemic areas and in the last five years the number of DHF incidents has fluctuated. Environmental health interventions aimed at increasing disease prevention behavior through good awareness based on effective health messages can be one of the solutions. Assessment of the risk factors for dengue fever by considering potential breeding grounds for *Aedes aegypti* mosquitoes (Maya Index) and larval density (Entomology Index) can help determine targets for vector control and eradication. For this reason, this study wanted to find out whether there was an effect of environmental health interventions based on the Health Belief Model (HBM) on DHF risk factors.

This research is an experimental study with a Quasy experimental design using the One Group Pre Post test design, which measures the risk factors for DHF events (Maya Index, Entomology Index and behavior) before and after the intervention is carried out. The sampling technique is total sampling so that the entire population is the sample in the study, namely 71 houses. Data were analyzed using the Mc Nemar test.

The results showed that there was an influence of environmental health interventions based on the Health Belief Model (HBM) on perceived susceptibility (p value = 0.021), perceived severity (p value = 0.000), perceived benefits (p value = 0.001), perceived barriers (p value = 0.000) and behavior to prevent contact vector (p value = 0.015). Analysis of the Maya Index shows the low category (71.83%) after environmental health interventions based on HBM. For the entomological index, it was obtained that the CI value in the medium category became low, the BI and HI values in the high category became moderate after the intervention was carried out. This means that the area is at low risk as a breeding ground for *Aedes sp.* mosquitoes and HBM-based environmental health interventions can reduce the density of *Aedes sp.* larvae. For this reason, HBM-based environmental health interventions can be recommended as an effort to reduce the risk factors for DHF.

Keywords : Intervention, HBM, DHF, Maya Index, Entomology Index

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGANTAR.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN	iv
PRAKATA	v
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
DAFTAR SINGKATAN.....	xvi
DAFTAR ISTILAH.....	xvii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian	7
D. Manfaat Penelitian	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	11
A. Tinjauan tentang Demam Berdarah Dengue (DBD)	11
1. Pengertian Demam Berdarah Dengue (DBD).....	11
2. Etiologi Demam Berdarah Dengue (DBD)	12
3. Epidemiologi Demam Berdarah Dengue (DBD).....	13
4. Faktor Risiko Demam Berdarah Dengue (DBD)	14
5. Vektor Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD)	16
B. Tinjauan tentang Health Belief Model (HBM)	23
1. Pengertian <i>Health Belief Model</i> (HBM)	23
2. Perkembangan <i>Health Belief Model</i> (HBM)	25
3. Komponen <i>Health Belief Model</i> (HBM)	26

C. Kerangka Teori.....	28
D. Kerangka Konsep.....	31
E. Hipotesis	32
F. Defenisi Operasional dan Kriteria Objektif	34
G. Tabel Sintesa	38
BAB III METODE PENELITIAN	41
A. Jenis Penelitian	41
B. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	42
C. Populasi dan Sampel Penelitian.....	42
D. Prosedur Penelitian.....	44
E. Pengumpulan Data	45
F. Instrumen Penelitian	50
G. Pengolahan Data	51
H. Analisis Data	52
I. Penyajian Data.....	55
J. Etik Penelitian	55
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	57
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	57
B. Hasil Analisis Univariat.....	59
C. Hasil analisis Bivariat	62
D. Analisis berdasarkan Maya Index	66
E. Analisis berdasarkan Entomologi Index	67
F. Pembahasan Penelitian	69
G. Keterbatasan Penelitian	88
BAB V PENUTUP	89
A. Kesimpulan	89
B. Saran	90
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Definisi Operasional (DO) dan Kriteria Objektif (KO) Penelitian	34
Tabel 2.2. Sintesis artikel yang terkait studi penurunan faktor risiko DBD melalui intervensi kesehatan lingkungan berbasis teori Health Belief Model (HBM).....	38
Tabel 3.1. Rancangan <i>One Group Pre Post test design</i>	41
Tabel 3.2 Hasil uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen	51
Tabel 3.3 Matriks 3X3 Kategori Maya Index berdasarkan Komponen <i>Hygiene Risk Indicator</i> (HRI) dan <i>Breeding Risk Indicator</i> (BRI)	54
Tabel 3.4 <i>Angka Density Figure</i>	55
Tabel 4.1. Distribusi Karakteristik Responden Penelitian RT 03 RW 06 Kelurahan Benteng Kota Palopo	60
Tabel 4.2. Distribusi Jenis Kontainer dan Keberadaan Larva di RT 03 RW 06 Kelurahan Benteng Kota Palopo	61
Tabel 4.3 Analisis Pengaruh Intervensi Kesehatan Lingkungan Berbasis HBM terhadap Persepsi Kerentanan, Persepsi Keparahan, Persepsi Manfaat dan Persepsi Hambatan Responden RT 03 RW 06 Kelurahan Benteng Kota Palopo.....	63
Tabel 4.4. Analisis Pengaruh Intervensi Kesehatan Lingkungan terhadap Perilaku mencegah Kontak Vektor Responden RT 03 RW 06 Kelurahan Benteng.....	65
Tabel 4.5. Distribusi Breeding Risk Index (BRI) dan Hygiene Risk Index (HRI) di RT 03 RW 06 Kelurahan Benteng Kota Palopo.....	66

Tabel 4.6. Analisis Maya Index Sebelum dan Sesudah Intervensi di RT 03 RW 06 Kelurahan Benteng Kota Palopo.....	67
Tabel 4.7. Hasil Pengukuran Indeks Entomologi RT 03 RW 06 Kelurahan Benteng Kota Palopo Sebelum dan Sesudah Intervensi	68

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori Penelitian	30
Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian	31
Gambar 3.1 Skema Alur Penelitian	44
Gambar 4.1 Peta Lokasi Penelitian	57

DAFTAR LAMPIRAN

	Lampiran
Surat Izin Penelitian	1
Etik Penelitian	2
Lembar Persetujuan.....	3
Kuesioner Penelitian	4
Lembar Observasi.....	5
Output Data Analisis	6
Dokumentasi Penelitian	7
Materi Presentasi Penyuluhan	8
Leaflet Penyuluhan	9
Leaflet Kampanye DBD	10
Biodata Peneliti	11

DAFTAR SINGKATAN

DBD	: Demam Berdarah Dengue
WHO	: <i>World Health Organisation</i>
HBM	: <i>Health Belief Model</i>
IR	: <i>Incidence Rate</i>
CFR	: <i>Case Fatality Rate</i>
HI	: <i>House Index</i>
CI	: <i>Kontainer Index</i>
BI	: <i>Breateu Index</i>
DF	: <i>Density Figure</i>
MI	: <i>Maya Index</i>
BRI	: <i>Breeding Risk Index</i>
HRI	: <i>Hygiene Risk Index</i>
RT	: Rukun Tetangga
RW	: Rukun Warga

DAFTAR ISTILAH

- DBD : Penyakit infeksi tropis disebabkan oleh virus *dengue* yang ditularkan melalui gigitan nyamuk
- WHO : Badan PBB yang dibentuk pada tahun 1948 yang bertugas mengatur dan mengoordinasikan isu-isu kesehatan global
- HBM : Sebuah kerangka dalam teori psikologi yang meyakini bahwa melakukan suatu perilaku sehat ditentukan oleh persepsi dan keyakinan yang dimiliki seseorang.
- IR : Jumlah seluruh kasus baru pada suatu populasi pada jangka waktu tertentu
- CFR : Jumlah seluruh kematian akibat satu penyebab dalam jangka waktu tertentu dibagi jumlah seluruh penderita pada waktu yang sama dalam persen
- HI : Jumlah rumah positif jentik dari seluruh rumah yang diperiksa
- CI : Jumlah kontainer yang ditemukan larva dari seluruh kontainer yang diperiksa
- BI : Jumlah kontainer dengan larva dalam 100 rumah
- MI : Indikator untuk melihat kondisi tempat potensial perkembangbiakan nyamuk *Aedes aegypti*
- BRI : Indikator risiko perkembangbiakan nyamuk *Aedes sp.*
- HRI : Indikator risiko kebersihan lingkungan

RT : Lembaga kemasyarakatan pertama penerima aspirasi dan kepentingan masyarakat di desa/kelurahan sebagai perantara penyampaian kebijakan, program, dan kegiatan-kegiatan pemerintah kelurahan, daerah maupun nasional dan juga sebagai lembaga di bawah RW

RW : Lembaga kemasyarakatan pertama penerima aspirasi dan kepe

ntingan masyarakat di desa/kelurahan sebagai perantara penyampaian kebijakan, program, dan kegiatan-kegiatan pemerintah kelurahan, daerah maupun nasional dan juga sebagai lembaga

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Demam berdarah dengue merupakan penyakit infeksi tropis dengan angka kematian yang tinggi di seluruh dunia. Penyakit ini disebabkan oleh virus dengue yang ditularkan melalui gigitan nyamuk. Nyamuk pembawa demam berdarah bersifat antropofilik, lebih suka menghisap darah manusia daripada darah hewan (Sudarto, 2012).

Di seluruh dunia, kejadian DBD meningkat pesat setiap tahun. Menurut data Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dari tahun 1996 hingga 2005, 0,4 hingga 1,3 juta kasus DBD dilaporkan setiap tahun. Pada tahun 2010, kasus DBD meningkat menjadi 3,2 juta. Lima negara dengan angka DBD tertinggi di dunia adalah Brazil dengan 447.446 kasus, diikuti Indonesia dengan 129.435 kasus, Vietnam dengan 91.321 kasus, Meksiko dengan 75.353 kasus, dan Venezuela dengan 61.612 kasus (Wirawan, 2016).

Kasus DBD di Indonesia pertama kali dilaporkan di Surabaya pada tahun 1968. Jumlah kasus terus meningkat setiap tahunnya sejak pertama kali ditemukan. Vektor yang menularkan penyakit ini berasal dari *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. Karakteristik vektor penularan menentukan penyebaran dan waktu infeksi. *Aedes aegypti* lebih menyukai tempat penampungan seperti talang air, pot bunga, pot bunga

dan genangan air lainnya serta bak air, tempat minum hewan peliharaan, kolam renang dan tempat sampah. Karakteristik dan perilaku vektor tersebut dapat menjelaskan cenderung meningkatnya kasus DBD pada musim penghujan dengan bermunculannya tempat perkembangbiakan. karakteristik dan perilaku nyamuk *Aedes sp.* juga menjadi dasar upaya pengendalian penyakit DBD melalui intervensi lingkungan dan perilaku individu dan masyarakat karna dapat mempengaruhi banyaknya kasus (Kemenkes RI, 2021).

Penelitian yang dilakukan oleh Jones dkk (2015) menemukan bahwa persepsi hambatan, manfaat, efikasi diri, dan ancaman (keseriusan dan keparahan) dapat diubah berdasarkan penyampaian sebuah pesan, yang merupakan kerangka teori psikologi yang disebut Health Belief Model, pesan yang disampaikan akan mendorong perubahan perilaku yang optimal. Dalam kerangka ini, persepsi dan keyakinan seseorang diyakini menentukan apakah mereka terlibat dalam perilaku sehat atau tidak. Semakin besar persepsi adanya risiko penyakit (*perception of susceptibility*), semakin besar juga tindakan yang untuk mengurangi risikonya (Hayden, 2017). Manfaat yang dirasakan dapat membimbing seseorang untuk terlibat dalam suatu perilaku karena keyakinan seseorang terhadap nilai atau kegunaan dari perilaku baru tersebut dapat mengurangi risiko berkembangnya penyakit (Thompson, 2010).

Mengetahui persepsi dalam struktur HBM menurut Lennon (2005) dapat digunakan untuk memahami cara membuat pesan kesehatan yang efektif berdasarkan persepsi yang dimiliki untuk mengubah perilaku masyarakat terhadap pencegahan DBD. Wong dan Abubakar (2013) yang melakukan penelitian di Malaysia juga menemukan bahwa kegiatan preventif pengendalian vektor DBD dipengaruhi oleh konstruk yang terkandung dalam HBM. Studi oleh Attamimi dkk (2018) menemukan ada hubungan faktor Keyakinan pada HBM dalam bentuk keparahan, kerentanan, ajakan bertindak dan manfaat yang dirasakan terhadap upaya pencegahan penyakit DBD di wilayah kerja Puskesmas Sukorame Kecamatan Mojokerto Kediri. Selain itu Febriasari dan Kusumawardhani (2019) menemukan bahwa persepsi manfaat yang lebih rendah daripada persepsi hambatan menyebabkan ibu-ibu cenderung tidak terbiasa membersihkan tangki atau menggantung pakaian bekas di luar lemari.

Upaya pencegahan dalam pendekatan kesehatan masyarakat telah berhasil menurunkan banyak kasus terjadinya penyakit (Nelson & Prilleltensky, 2010). Istilah perilaku kesehatan didefinisikan dalam berbagai cara. Perilaku kesehatan adalah tindakan yang diambil orang untuk mempertahankan atau mencapai kesehatan yang baik atau mencegah penyakit. Perilaku kesehatan mencerminkan pemahaman diri tentang arti dan terjadinya masalah kesehatan. Menurut Eldredge dkk (2016), beberapa program peningkatan kesehatan berfokus pada pencegahan primer yaitu mencegah masalah kesehatan sebelum terjadi,

atau pencegahan sekunder yaitu mengurangi efek penyakit atau mengurangi terjadinya penyakit. Dalam penelitian ini, perilaku preventif yang dilihat sebagai fenomena merupakan bagian dari pencegahan primer, yaitu mencegah terjadinya kejadian DBD di masyarakat dengan cara mengurangi faktor risiko DBD. Tindakan ini dapat dibagi menjadi 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, perilaku menggantung baju, menggunakan kelambu dan memakai anti nyamuk (*Center for Disease Control and Prevention*, 2018).

Indonesia merupakan salah satu negara endemis DBD dan jumlah penderita DBD semakin meningkat dari tahun ke tahun. Berdasarkan data Kementerian Kesehatan RI tahun 2021, jumlah kasus DBD di Indonesia sebanyak 73.518 dengan 750 kematian. Provinsi Kepulauan Riau memiliki kejadian DBD (IR) tertinggi yaitu 80,9 per 100.000 penduduk, diikuti oleh Kalimantan Timur dan Bali masing-masing sebesar 78,1 dan 59,8. setiap 100.000 penduduk (Departemen Kesehatan RI, 2021). Sulawesi Selatan termasuk 10 besar provinsi dengan prevalensi DBD tertinggi pada tahun 2021, dengan IR DBD 40,0 dan case fatality rate (CFR) yang cukup tinggi yaitu 0,98% mendekati 1%. CFR lebih besar dari 1% dianggap tinggi. (Kementrian Kesehatan RI, 2021).

Kota Palopo merupakan salah satu kota di Provinsi Sulawesi Selatan dengan angka DBD IR yang fluktuatif. Dalam lima tahun terakhir (2017-2021), yakni pada tahun 2017, terjadi 366 kasus dengan Incidence Rate (IR) sebesar 221,9 per 100.000 penduduk. Pada tahun 2018, terdapat 74 kasus lebih sedikit dan 42,8 IR per 100.000 penduduk. Pada tahun 2019, jumlah orang yang terinfeksi meningkat menjadi 121 orang dengan Incidence Rate (IR) sebesar 65,54 per 100.000 penduduk. Terjadi penurunan lebih lanjut pada tahun 2020 sebanyak 23 kasus dengan Incidence Rate (IR) 12,45 per 100.000 penduduk. Dan pada tahun 2021 jumlah orang yang terinfeksi akan meningkat lagi menjadi 284 orang dengan Incidence Rate (IR) sebesar 153,7 per 100.000 penduduk.

Kelurahan Benteng merupakan salah satu kelurahan di kota Palopo yang mengalami peningkatan kasus DBD dalam tiga tahun terakhir (2020-2022) dan memiliki jumlah kasus DBD tertinggi pada tahun 2022 sebanyak 24 kasus (Dinas Kesehatan Kota Palopo, Bagian P2PL, 2023). Untuk itu peneliti merasa perlu untuk melakukan intervensi kesehatan lingkungan untuk mencoba mencari solusi yang tepat dan lebih baik dalam mengendalikan dan meminimalkan kejadian dan penularan penyakit DBD. Selain itu, belum pernah dilakukan penilaian terhadap tempat-tempat yang memungkinkan sebagai tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes sp.* sebagai vektor penular penyakit DBD atau dikenal dengan istilah Maya Index (MI) dan Entomologi Index

sehingga pemerintah atau lembaga terkait dapat menentukan fokus pengendalian dan pemberantasan vektor tersebut. Harapannya program pengendalian dapat dilakukan dengan lebih efektif dan efisien.

Upaya ini bertujuan untuk merumuskan pesan kesehatan yang efektif berdasarkan persepsi yang ditahan yang dapat dikaitkan dengan intervensi kesehatan lingkungan dan untuk mengubah perilaku menuju pencegahan penyakit dan pencegahan penyakit. , berharap dapat mengajak masyarakat untuk bersama-sama melaksanakan upaya pencegahan. Teori Model Keyakinan Kesehatan (HBM). Oleh karena itu, dalam penelitian ini ingin mengetahui apakah terdapat perbedaan perubahan faktor risiko DBD sebelum dan sesudah dilakukan intervensi kesehatan lingkungan berdasarkan teori health belief model (HBM).

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang penelitian, maka rumusan masalah penelitian ini adalah sebagai berikut.

- a. Apakah terdapat pengaruh intervensi kesehatan lingkungan berbasis Teori HBM terhadap persepsi kerentanan penularan DBD (*Perceived susceptibility*) di Kelurahan Benteng Kota Palopo.
- b. Apakah terdapat pengaruh intervensi kesehatan lingkungan berbasis Teori HBM terhadap persepsi keparahan penyakit DBD (*Perceived severity*) di Kelurahan Benteng Kota Palopo.

- c. Apakah terdapat pengaruh intervensi kesehatan lingkungan berbasis Teori HBM terhadap persepsi keuntungan pencegahan DBD (*Perceived benefit*) di Kelurahan Benteng Kota Palopo.
- d. Apakah terdapat pengaruh intervensi kesehatan lingkungan berbasis Teori HBM terhadap persepsi hambatan pencegahan DBD (*Perceived barrier*) di Kelurahan Benteng Kota Palopo.
- e. Apakah terdapat pengaruh intervensi kesehatan lingkungan berbasis Teori HBM perilaku dalam mencegah kontak vektor di Kelurahan Benteng Kota Palopo.
- f. Apakah terdapat pengaruh intervensi kesehatan lingkungan berbasis Teori HBM terhadap faktor risiko DBD berupa Maya Index di Kelurahan Benteng Kota Palopo.
- g. Apakah terdapat pengaruh intervensi kesehatan lingkungan berbasis Teori HBM terhadap faktor risiko DBD berupa Entomologi Index di Kelurahan Benteng Kota Palopo.

C. Tujuan penelitian

Berdasarkan rumusan masalah penelitian, maka yang menjadi tujuan penelitian ini adalah:

1. Tujuan umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah menganalisis pengaruh intervensi kesehatan lingkungan berbasis teori *Health Belief Model*

(HBM) terhadap faktor risiko berupa indeks Maya, Indeks Entomologi dan perilaku berisiko di Kelurahan Benteng Kota Palopo.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui pengaruh intervensi kesehatan lingkungan berbasis Teori HBM terhadap persepsi kerentanan penularan DBD (*Perceived susceptibility*) di Kelurahan Benteng Kota Palopo.
- b. Untuk mengetahui pengaruh intervensi kesehatan lingkungan berbasis Teori HBM terhadap persepsi keparahan penyakit DBD (*Perceived severity*) di Kelurahan Benteng Kota Palopo.
- c. Untuk mengetahui pengaruh intervensi kesehatan lingkungan berbasis Teori HBM terhadap persepsi keuntungan pencegahan DBD (*Perceived benefit*) di Kelurahan Benteng Kota Palopo.
- d. Untuk mengetahui pengaruh intervensi kesehatan lingkungan berbasis Teori HBM terhadap persepsi hambatan pencegahan DBD (*Perceived barrier*) di Kelurahan Benteng Kota Palopo.
- e. Untuk mengetahui pengaruh intervensi kesehatan lingkungan berbasis Teori HBM perilaku dalam mencegah kontak vektor di Kelurahan Benteng Kota Palopo.
- f. Untuk mengetahui pengaruh intervensi kesehatan lingkungan berbasis Teori HBM terhadap faktor risiko DBD berupa Maya Index di Kelurahan Benteng Kota Palopo.

- g. Untuk mengetahui pengaruh intervensi kesehatan lingkungan berbasis Teori HBM terhadap faktor risiko DBD berupa Entomologi Index di Kelurahan Benteng Kota Palopo.

D. Manfaat Penelitian

Adapun manfaat yang diharapkan dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Manfaat teoritis

Penulis mengharapkan penelitian ini dapat membuka wawasan yang lebih luas dan pengetahuan yang lebih banyak mengenai faktor risiko kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) dan intervensi-intervensi yang dapat dilakukan untuk menurunkan faktor risiko tersebut sehingga dapat meminimalisasi penularan penyakit Demam Berdarah Dengue di suatu wilayah. Serta diharapkan dapat menjadi sarana pengembangan ilmu pengetahuan yang secara teoritis dipelajari selama perkuliahan.

2. Manfaat praktis

- a. Bagi penulis, harapannya penelitian ini menjadi sarana dalam mengimplementasikan dan memanfaatkan pengetahuan penulis tentang faktor risiko kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) dan intervensi yang dapat dilakukan untuk menurunkan dan meminimalkan penularan penyakit DBD.

- b. Bagi peneliti selanjutnya, diharapkan penelitian ini dapat berkontribusi dalam berkembangnya teori tentang upaya-upaya yang dapat dilakukan dalam menurunkan dan meminimalkan risiko terjadinya DBD di suatu daerah.
- c. Bagi praktisi kesehatan, diharapkan dapat membantu dalam menurunkan dan meminimalkan faktor risiko terjadinya DBD di wilayahnya.
- d. Bagi pemerintah daerah, khususnya Kota Palopo Kecamatan Wara Timur Kelurahan Salekoe diharapkan penelitian ini dapat menjadi bahan pertimbangan dan acuan dalam menurunkan dan meminimalkan faktor risiko terjadinya DBD di wilayah tersebut.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan tentang Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD)

1. Pengertian demam berdarah dengue

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit menular disebabkan oleh virus dengue dengan gejala demam mendadak yang tidak dapat dijelaskan selama 2 sampai 7 hari, kelemahan/malaise, gelisah, Nyeri epigastrium dengan tanda kulit seperti *petechie*, *purpura*, *echymosis*, *epistaksis*, perdarahan gusi, *hematemesis*, *melena*, *hepatomegali*, *trombositopen* yang berakibat demam akut sebagai gejala virus dengue. Demam Berdarah Dengue (DBD) ditularkan oleh *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus* (Arsin, 2013). Demam Berdarah Dengue (DBD) khususnya banyak terjadi di daerah tropis dan sering menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB) (Kemenkes RI, 2019).

Penyakit ini disebabkan oleh virus dari famili *Flaviridae* (*arthropod-borne virus = arboviruses*) yang ditularkan oleh serangga. Orang yang terinfeksi satu serotipe virus biasanya memiliki kekebalan terhadap serotipe yang sama untuk jangka waktu tertentu tetapi tidak memiliki kekebalan terhadap serotipe lain, sehingga rentan terhadap serangan demam berdarah. Serangga yang dikenal sebagai vektor primer adalah *Aedes aegypti* dan nyamuk taman *Aedes albopictus*. Kedua spesies nyamuk tersebut ditemukan di seluruh Indonesia kecuali 1000 m dpl (Kristina dkk, 2004). Penyakit demam yang

ditularkan oleh *Aedes aegypti* Selain DBD adalah demam dengue yang dikenal dengan Chikungunya (*Break bone fever*) di Indonesia (Joshi dkk, 2002).

2. Etiologi Demam Berdarah Dengue

Virus dengue penyebab demam berdarah (DD) dan demam berdarah dengue (DBD) termasuk dalam kelompok *B arthropod-borne virus (ordo Arboviridae)*, sekarang dikenal sebagai genus *Flaviviridae*, famili *Flaviviridae*. DEN-1, DEN-2, DEN-3, DEN-4. Orang yang tinggal di daerah endemik dengue dapat terinfeksi 3 atau 4 serotipe seumur hidupnya. Infeksi oleh satu serotipe menghasilkan antibodi terhadap serotipe tersebut dan dengan demikian gagal memberikan perlindungan yang memadai terhadap serotipe lainnya. (Arsin, 2013).

Di Indonesia, empat serotipe virus dengue telah terdeteksi di berbagai daerah dan pengamatan virus dengue telah dilakukan di berbagai rumah sakit sejak tahun 1975, dan keempat serotipe tersebut telah terdeteksi dan ditemukan prevalensinya sepanjang tahun. Serotipe DEN-3 adalah serotipe yang dominan dan dianggap menunjukkan banyak manifestasi klinis yang parah (Arsin, 2013).

Demam berdarah terutama disebabkan oleh virus dengue yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Ae. aegypti*. Setelah terinfeksi oleh gigitan nyamuk, virus dengue tidak aktif selama 3-15 hari. Demam

berdarah ini menyebabkan sakit dan nyeri seperti flu, demam tinggi, anoreksia, sakit kepala, dan ruam kulit (Widayati & Yekti., 2015).

3. Epidemiologi Demam Berdarah Dengue

Dari tahun 2011 sampai dengan tahun 2021 jumlah kabupaten/kota yang terjangkit DBD cenderung meningkat, meskipun terjadi sedikit penurunan dari 477 pada tahun 2020 menjadi 474 kabupaten/kota pada tahun 2021 (Kemenkes RI, 2021). Tahun 2021 terdata 73.518 kasus DBD dengan total 705 kematian. Kasus dan kematian DBD menurun dari tahun 2020 menjadi 108.303 kasus dan 747 kematian. Penanggulangan DBD menggunakan beberapa indikator untuk memantau aktivitas. Dua indikator utama yang digunakan adalah angka kejadian (IR) dan angka kematian (CFR) per 100.000 penduduk (Kemenkes RI, 2021).

Incidence Rate (IR) DBD per 100.000 penduduk menunjukkan kecenderungan penurunan dari 51,5 pada tahun 2019, menjadi 40 dan 27 pada tahun 2020 dan 2021, angka ini masih lebih rendah dibandingkan dengan target nasional sebesar ≤ 49 per 100.000 penduduk. CFR DBD di Indonesia menunjukkan kecenderungan penurunan dalam kurun waktu 2012-2020, yaitu dari 0,9% menjadi 0,69%. Namun demikian, angka ini meningkat menjadi 0,96% pada tahun 2021. Peningkatan ini dapat menjadi evaluasi bagi perawatan pasien DBD baik dari sisi ketepatan waktu penanganan maupun

kualitas pelayanan kesehatan. CFR ini melebihi batas 0,7% yang telah ditetapkan pada target Strategi Nasional Penanggulangan *Dengue*. Meskipun CFR pada tahun 2021 meningkat dibandingkan periode sebelumnya, besarnya berada di bawah 1% yang artinya masih berada pada kategori rendah. CFR dinilai tinggi jika melampaui angka 1%. Terdapat 13 provinsi atau 38,2% provinsi memiliki CFR di atas 1% (Kemenkes RI, 2021).

4. Faktor Risiko Demam Berdarah Dengue

Penularan atau wabah penyakit menular secara epidemiologi dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti Inang, patogen dan lingkungan. Dalam epidemiologi dengue terdapat keterkaitan antara Inang (manusia), pathogen (virus) dan lingkungan (lingkungan fisik, kimia, biologi dan sosial), aspek lingkungan yang berperan dalam reproduksi vektor. Singkatnya, ketiga faktor di atas mempengaruhi wilayah tertentu dalam prevalensi kasus DBD (Arsin, 2013).

Interaksi antara patogen (*Agent*), inang (*Host*), dan lingkungan (*Environment*) berkontribusi pada perkembangan infeksi DBD. Penyebab utama DBD adalah patogen (virus dengue saja), namun tidak semua orang dapat terinfeksi virus dengue karena setiap inang memiliki kekebalan yang berbeda. Selanjutnya adalah lingkungan yang menjadi wadah tumbuhnya nyamuk *Aedes aegypti*. Tidak semua

wadah disukai oleh vektor ini, seperti wadah dengan air yang keruh dan kotor.

- a. *Agent Virus dengue* merupakan penyebab DBD yang tergolong famili *Flaviviridae*, genus *Flaviviridae*, termasuk *arbovirus*, yang ditularkan sebagai vektor infeksi DBD oleh *Aedes aegypti*, termasuk *Aedes albopictus*.
- b. Inang Manusia (*host*) yang dimaksud adalah seseorang yang mungkin terkena penyakit DBD. Inang dipengaruhi oleh usia, ras, sosial ekonomi, gaya hidup, status perkawinan, genetika, gizi, dan kekebalan. Faktor manusia dalam penularan DBD berkaitan erat dengan perilaku seperti partisipasi masyarakat dalam upaya pemberantasan vektor dan migrasi penduduk.
- c. Lingkungan adalah kondisi yang berpengaruh diluar pathogen maupun inang, tetapi dapat berinteraksi dengan pathogen dan inang. Faktor lingkungan yang mempengaruhi antara lain lingkungan fisik (jarak rumah, tata letak rumah, kelembaban rumah, sanitasi lingkungan, musim). Lingkungan biologis seperti tanaman hias/tumbuhan, indeks jentik (*House Index, Container Index, Breteau Index*) (Arsin, 2013).

Beberapa faktor mempengaruhi perkembangan DBD seperti: penurunan status kekebalan masyarakat dan kepadatan populasi pembawa nyamuk karena tingginya jumlah sarang nyamuk, yang biasanya terjadi pada musim hujan. Banyak genangan air di sekitar

pemukiman, antara lain talang air, ban bekas, kaleng bekas, botol, plastik, gelas air mineral bekas, lubang pohon, pelepah daun dan lainnya (Kementrian Kesehatan RI, 2019).

5. Vektor Penyakit Demam Berdarah Dengue

a. Karakteristik *Aedes aegypti*

1) Telur

Telur *Aedes aegypti* umumnya berukuran 0,80 mm dan berwarna hitam. Telurnya berbentuk lonjong dan mengapung sendiri-sendiri di permukaan air jernih atau menempel di dinding bak. Di dalam permukaan dinding vertikal, berisi tempat (wadah) yang airnya sedikit jernih dan terlindung dari sinar matahari, biasanya di dalam rumah atau di taman. Telur diletakkan di dinding wadah air, di permukaan, sendiri-sendiri atau berjajar, membentuk sudut ke permukaan selama istirahat.

2) Larva (Jentik)

Bentuk hewan muda (remaja) yang berkembang melalui metamorfosis adalah larva (larva). Morfologi larva *Aedes aegypti* adalah bentuknya simetris, tanpa kaki dan memanjang, dengan rambut halus sederhana di tubuhnya. Empat perubahan kulit (*molting*) terjadi selama pertumbuhan dan perkembangan larva ini, dan morfologi larva secara berurutan dibagi menjadi empat tahap (*instar*). Larva stadium I, tubuhnya sangat kecil, berwarna transparan, panjang 1-2 mm, duri *toraks* (*toraks*)

berwarna gelap, tanpa corong inspirasi (*siphon*). menjadi hitam. Larva stadium II bertambah besar dari 2,1 menjadi 3,8 mm, duri di dada belum tajam, dan corong pernapasan berwarna hitam. Larva stadium III berukuran 3,9-4,9 mm, dengan duri dada mulai jelas, diikuti corong pernapasan berwarna coklat kehitaman. Larva stadium IV, berukuran 5-6 mm,

3) Pupa

Pupa berbentuk "koma". Bentuknya terlihat lebih besar dari belatung (larva), namun tipis. Pupa *Aedes aegypti* berukuran lebih kecil dibandingkan dengan nyamuk lainnya.

4) Nyamuk Dewasa

Ukuran dewasanya kecil dibandingkan dengan rata-rata nyamuk lainnya. Warna dasarnya hitam dengan corak putih di badan dan kaki. *Aedes aegypti* terdiri dari tiga bagian yaitu kepala, dada dan perut. Kepalanya memiliki sepasang mata majemuk dan antenanya berbulu. Nyamuk betina memiliki organ mulut tipe penusuk-pengisap (*piercing-sucking*) yang lebih menyukai manusia (*anthropophagus*), tetapi nyamuk jantan memiliki bagian mulut yang lebih lemah, sehingga tidak dapat menembus kulit manusia dan tergolong lebih menyukai cairan tumbuhan (*phytophagus*). Nyamuk betina memiliki antena tipe *pilose* dan nyamuk jantan memiliki antena tipe *plumose*.

b. Siklus Hidup Nyamuk

Nyamuk *Aedes aegypti* merupakan salah satu *Diptera* yang mengalami metamorfosis lengkap dan sempurna, melalui empat tahapan siklus hidupnya yang berbeda. Telur, larva, pupa, dewasa. biasanya nyamuk betina. Meski hanya kawin satu kali, nyamuk betina bertelur seumur hidupnya. Untuk bertelur, nyamuk betina menghisap darah (Ishak, 2018).

Selama periode bertelur, nyamuk betina dapat bertelur 100-400 telur. Telur biasanya diletakkan di area yang berdekatan. Misalnya air permukaan di bak mandi yang airnya jernih dan tidak menyentuh tanah secara langsung. Telur nyamuk *Aedes aegypti* dalam air dengan suhu 20°C-40°C menetas menjadi larva dalam 1-2 hari. Laju pertumbuhan dan perkembangan larva dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti suhu, lokasi atau wadah, kondisi keadaan air dan kandungan nutrisi yang terkandung di dalam tempat perkembangbiakan. Faktor lingkungan yang mempengaruhi kepadatan jentik nyamuk *Aedes aegypti* adalah curah hujan dan kelembaban yang sangat berpengaruh terhadap lama hidup vektor nyamuk *Aedes aegypti* untuk bertelur (Ishak dkk 2021). Dalam kondisi optimal, larva menjadi pupa dalam 4-9 hari dan pupa berkembang menjadi dewasa dalam 2-3 hari. Oleh karena itu, pertumbuhan dan perkembangan telur, jentik dan pupa menjadi nyamuk dewasa membutuhkan waktu kurang lebih 7-14 hari.

c. Bionomik nyamuk

Aedes aegypti aktif dari pagi hingga siang hari atau diurnal. Nyamuk betina bertanggung jawab untuk menularkan penyakit karena hanya nyamuk betina yang menghisap darah. Nyamuk melakukan ini untuk mendapatkan protein yang mereka butuhkan saat bertelur. Nyamuk jantan tidak membutuhkan darah dan memperoleh energi dari nektar tumbuhan dan bunga (Arsin, 2013).

Aedes aegypti memiliki kebiasaan menghisap darah beberapa orang secara bergantian (*multiple blood juices*) dalam waktu singkat dan sangat efektif sebagai penular DBD. Hal ini karena manusia cenderung aktif pada siang hari, sehingga nyamuk penghisap darah tidak selalu kenyang ketika manusia sudah beraktivitas, dan nyamuk terbang menggigit orang lain hingga darahnya cukup. . Nyamuk betina memakan darah manusia setiap dua hingga tiga hari. Posisi nyamuk *Aedes aegypti* menghisap darah sejajar dengan permukaan kulit (Arsin, 2013). Setelah menghisap darah, nyamuk betina kawin (*mating*) dan menggunakan nutrisi darah untuk menghasilkan satu set telur (Ishak, 2018). *Aedes aegypti* memiliki kebiasaan bertelur di tempat gelap, air tawar atau cekungan yang sedikit kotor. Nyamuk ini lebih suka di dalam ruangan daripada di luar ruangan. Nyamuk ini tidak hanya menggigit dan menghisap darah antara pukul 08.00-12.00 dan 15.00-17.00 pagi dan sore, tetapi juga berdasarkan penelitian

Syahribulan dkk (2012), bahwa waktu aktivitas mengisap darah nyamuk *Ae.aegypti* dan *Ae.albopictus* di desa Pa'lanassang kelurahan Barombong Makassar ditemukan menghisap darah antara pukul 18.00-20.00 (WITA) malam. Faktor-faktor seperti bau inang, suhu, kelembaban, kadar karbon dioksida, dan warna dapat mempengaruhi kebiasaan makan nyamuk (Arsin, 2013).

Nyamuk *Aedes aegypti* berkembang biak di tempat penampungan air berupa genangan atau wadah yang ditempatkan di dalam dan sekitar rumah dan tempat umum, biasanya berjarak 500 meter dari rumah. Nyamuk *Aedes aegypti* biasanya tidak berkembang biak di genangan air yang bersentuhan langsung dengan tanah. Tempat perkembangbiakan *Aedes aegypti* adalah :

- 1) Tempat menampung air yang diperlukan untuk kebutuhan sehari-hari, seperti tempayan, bak atau ember.
- 2) Tempat menampung air seperti tempat minum untuk hewan peliharaan (ayam, burung dll), produk bekas (kaleng, botol, ban, botol pecah, dll.), dan tempat di mana air biasanya disimpan tetapi tidak untuk penggunaan sehari-hari.
- 3) Tangki dengan wadah alami. Misalnya lubang pohon, lubang batu, urat daun, batok kelapa (termasuk sabut). (Arsin, 2013).

d. Kepadatan vektor

Data tempat perkembangbiakan *Aedes aegypti* diperoleh dengan inspeksi visual larva. Pelaksanaan metode visual dengan

memeriksa keberadaan larva pada setiap genangan air tanpa mengumpulkan larva (Chan, 1985). Menurut WHO (1999 dan 2001) dan Kementerian Kesehatan RI (2005), beberapa ukuran yang digunakan dalam kegiatan surveilans jentik adalah *House Index* (HI), *Container Index* (CI) dan *Breteau Index* (BI).

- 1) HI (House Index) adalah jumlah rumah yang positif larva dari seluruh rumah yang diteliti.

$$HI = \frac{\text{Jumlah rumah positif larva}}{\text{Jumlah rumah yang diperiksa}} \times 100$$

- 2) CI (Container Index) adalah jumlah container yang ditemukan larva dari semua kontainer yang diperiksa.

$$CI = \frac{\text{Jumlah kontainer positif larva}}{\text{Jumlah Kontainer yang diperiksa}} \times 100$$

- 3) BI (Breteau Index) adalah jumlah kontainer yang berisi larva dalam 100 rumah.

$$BI = \frac{\text{Jumlah kontainer positif larva}}{\text{Jumlah rumah yang diperiksa}} \times 100$$

HI adalah representasi prevalensi nyamuk yang lebih baik di suatu wilayah. *Density Figure* (DF) adalah kepadatan larva *Aedes aegypti* skala 1 sampai 9 untuk kombinasi HI, CI dan BI.

Kondisi tempat berkembang biak yang potensial bagi *Aedes aegypti* dapat diidentifikasi dengan memakai indikator Maya Index (MI). MI adalah indeks lain yang digunakan untuk mengidentifikasi lingkungan pemukiman dan masyarakat yang berisiko tinggi, atau yang bukan tempat berkembang biak *Aedes aegypti* didasarkan

pada keadaan kebersihan kawasan dan ketersediaan tempat perkembangbiakan nyamuk yang potensial (Miller dkk, 1992).

MI juga dapat dimanfaatkan sebagai langkah pengendalian lokal DBD, dikarenakan dapat menginformasikan tingkat risiko dan tempat perkembangbiakan yang paling menguntungkan, yang dapat membantu menentukan prioritas dalam mengembangkan program pengendalian jentik nyamuk. Rumah dengan *Hygiene Risk Index* (HRI) tinggi tergolong kotor dan sebaliknya. *Breeding Risk Index* (BRI) menunjukkan bahwa rumah tersebut berisiko tinggi sebagai tempat perkembangbiakan nyamuk. Sebaliknya, jika BRI rendah, maka rumah merupakan tempat perkembangbiakan nyamuk yang berisiko rendah (Satoto 2005).

Menurut Miller (1992), ada tiga kategori tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes aegypti* yaitu tempat yang dapat dikontrol atau dikendalikan (*controllable sites*) oleh manusia seperti ember, pot bunga, talang air, drum minyak, sumur, bak mandi, tempat minum burung, tower, baik air. Selain itu, ada juga tempat sampah dan barang bekas (*disposable sites*) seperti botol bekas, kaleng bekas, ban bekas, ember bekas, lubang bambu, lubang pohon, batok kelapa, genangan air, botol bekas. Tempat yang selalu dipantau (*Undercontrol sites*), seperti kolam yang penuh dengan ikan. MI diperoleh dengan menggabungkan dua indikator berikut:

1) *Breeding Risk Index* (BRI): Indeks Risiko Perkembangbiakan

$$BRI = \frac{\text{Jumlah Controlable Sites rumah yang diperiksa}}{\text{Jumlah Controlable sites postif larva}} \times 100$$

2) *Hygiene Risk Index* (HRI): Indeks Risiko Kesehatan Lingkungan

$$HRI = \frac{\text{Jumlah Disposable sites rumah yang diperiksa}}{\text{Jumlah Disposable sites postif larva}} \times 100$$

Kedua metrik tersebut (BRI dan HRI) pada akhirnya terbagi menjadi tiga kategori: tinggi, sedang, dan tinggi menggunakan perhitungan distribusi tertinggi. BRI dan HRI diplot dalam matriks 3x3 untuk mendapatkan Indeks Maya (MI) dengan kategori tinggi, sedang dan rendah (Lozano dkk. 2002).

B. Tinjauan tentang *Health Belief Model* (HBM).

1. Definisi *Health Belief Model* (HBM)

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menggambarkan kesehatan sebagai keadaan kesejahteraan fisik, mental dan sosial, serta tidak adanya penyakit atau gangguan (WHO, 2020). *Believe* dalam bahasa Inggris artinya percaya. Arti dari kepercayaan menurut beberapa peneliti adalah mempercayai sesuatu yang dapat menyebabkan seseorang bertindak. Misalnya, seseorang yang percaya bahwa belajar sebelum ujian mempengaruhi hasil ujiannya. Keyakinan ini dapat didukung oleh teori-teori lain yang dapat dijelaskan secara logis. Role model adalah seseorang yang menjadi panutan atau yang menjadi acuan tujuan hidup dan cita-cita yang ingin dicapai.

Pemodelan dapat menggambarkan masalah pencegahan dan pengalaman yang menghasilkan hasil positif (Jannah, 2016).

Health Belief Model (HBM) yang dikembangkan oleh Rosenstock (1966) merupakan kerangka teori psikologi yang digunakan untuk menjelaskan mengapa seseorang melakukan atau tidak melakukan sesuatu. Dalam kerangka ini, persepsi dan keyakinan seseorang diyakini menentukan apakah mereka terlibat dalam perilaku sehat atau tidak. Kerentanan penyakit, tingkat keparahan, kemanjuran, dan hambatan perilaku merupakan komponen penting dari HBM dalam memprediksi mengapa orang bertindak untuk menghindari atau mengendalikan keadaan penyakit (Glanz dkk, 2008).

Konsep teori HBM adalah bahwa setiap individu hidup dalam lingkup sosial atau kehidupan masyarakat, dan teori ini menganalisis berbagai faktor yang dapat mempengaruhi partisipasi dalam kesehatan masyarakat. Inilah yang saya lakukan. Becker (1974) mengonsepan model kepercayaan kesehatan melalui pengembangan teori Rosenstock (1974). Menurut Becker (1974), intervensi kesehatan memerlukan partisipasi individu dan mereka percaya bahwa kesehatan yang baik diterjemahkan menjadi hasil yang tinggi. Ini memungkinkan untuk menyelidiki apakah orang melakukan perilaku kesehatan berdasarkan persepsi mereka tentang penyakit dan untuk menentukan pengubah dan kemauan untuk bertindak.

2. Perkembangan *Health Belief Model* (HBM).

Erwin Rosenstock, Stephen Kegeres dan Godfrey Hochbaum, psikolog Leventhal di Departemen Kesehatan AS, mengembangkan *Health Belief Model* (HBM) pada 1950-an untuk menjelaskan mengapa masyarakat tidak dapat berpartisipasi dalam pencegahan penyakit. Pada saat itu, penekanan besar diberikan pada program pencegahan penyakit dan diagnosis dini (Rosenstock, 1974).

Pengembangan HBM memiliki tujuan untuk mempelajari respon terhadap gejala dan respon terhadap diagnosa penyakit, khususnya kepatuhan terhadap protokol kesehatan (Becker, 1974). Perilaku sehat bergantung pada persepsi individu terhadap penyakit, dan cara menghindari penyakit merupakan konsep kunci dalam teori HBM. Ada empat konsep utama yang membentuk teori HBM: kerentanan, keparahan, manfaat, dan hambatan. Komponen lain ditambahkan selama pengembangan HBM dan diperluas untuk memasukkan elemen korektif, yaitu self-efficacy dan isyarat perilaku (Becker, 1974). Selanjutnya, penelitian terkait HBM dikembangkan oleh Jones dkk (2015) konsep yang mendasari HBM adalah bahwa perilaku kesehatan preventif dapat digunakan untuk mengurangi keyakinan dan persepsi individu tentang penyakit dan kejadiannya. strategi. HBM dipengaruhi oleh teori Kurt Lewin bahwa persepsi seseorang terhadap sesuatu dapat mempengaruhi apa yang mereka lakukan atau tidak lakukan (Rosenstock, 1966). Misalnya, masyarakat tetap menyimpan air di

dalam dan sekitar rumah karena merasa tidak berisiko tertular demam berdarah (Achmadi, 2014).

3. Komponen *Health Belief Model* (HBM)

Menurut Rosenstock (1974), komponen HBM adalah:

a. Persepsi Kerentanan (*Perceived Susceptibility*)

Persepsi kerentanan adalah salah satu dari banyak konsep yang mendorong orang untuk terlibat dalam perilaku sehat. Semakin banyak risiko yang dihadapi orang, semakin termotivasi mereka untuk bertindak secara sehat. Orang yang menganggap dirinya berisiko terkena penyakit mengambil langkah dan tindakan untuk mencegah penyakit. Sebaliknya, orang yang menganggap dirinya tidak berisiko akan enggan untuk bertindak sehat.

b. Persepsi Keparahan (*Perceived Severity*)

Persepsi akan keparahan penyakit dapat diperoleh dari informasi medis. Setelah mengetahui keseriusan penyakitnya, orang harus mengambil tindakan pencegahan atau mencari pertolongan medis. Persepsi keseriusan yang diperoleh dari informasi medis membuat masyarakat percaya bahwa menderita penyakit dapat dicegah melalui tindakan perilaku kesehatan.

c. Persepsi Manfaat (*Perceived Benefit*)

Individu dalam bertindak berdasarkan manfaat yang dapat diperoleh. Semakin besar keuntungan yang didapat, semakin besar tindakan preventif dilakukan. Sebaliknya, jika seseorang

menganggap tindakan itu akan membawa sedikit manfaat, maka tindakan itu akan kurang.

d. Persepsi Hambatan (*Perceived Barrier*)

Persepsi hambatan merupakan keyakinan individu terhadap hambatan yang dihasilkan dari tindakan pencegahan yang dilakukan. Semakin kecil tindakan maka semakin besar hambatan yang dihadapi, namun semakin sedikit hambatan maka semakin besar tindakan pencegahan. Aspek negatif dari upaya kesehatan (misalnya, kecemasan, efek samping) atau hambatan yang dirasakan (misalnya, ketidaknyamanan, ketidakpuasan, ketegangan) yang dapat menghambat rekomendasi perilaku.

e. Efikasi Diri (*Self-efficacy*)

Efikasi diri merupakan keyakinan individu terhadap kemampuannya sendiri untuk mengambil tindakan. Jika seseorang berpikir ada manfaat yang bisa diperoleh dari tindakan tersebut, tetapi berpikir tidak bisa, maka tindakan tersebut tidak akan dilakukan. *Self-efficacy* membuat seseorang merasa, bertindak, memotivasi, dan berpikir.

f. Isyarat Bertindak (*Cues to Action*)

Isyarat bertindak merupakan segala sesuatu yang dapat memberikan seseorang motivasi untuk melakukan aktivitas yang bermanfaat, seperti dukungan dari keluarga, dukungan dari teman, atau informasi di media sosial.

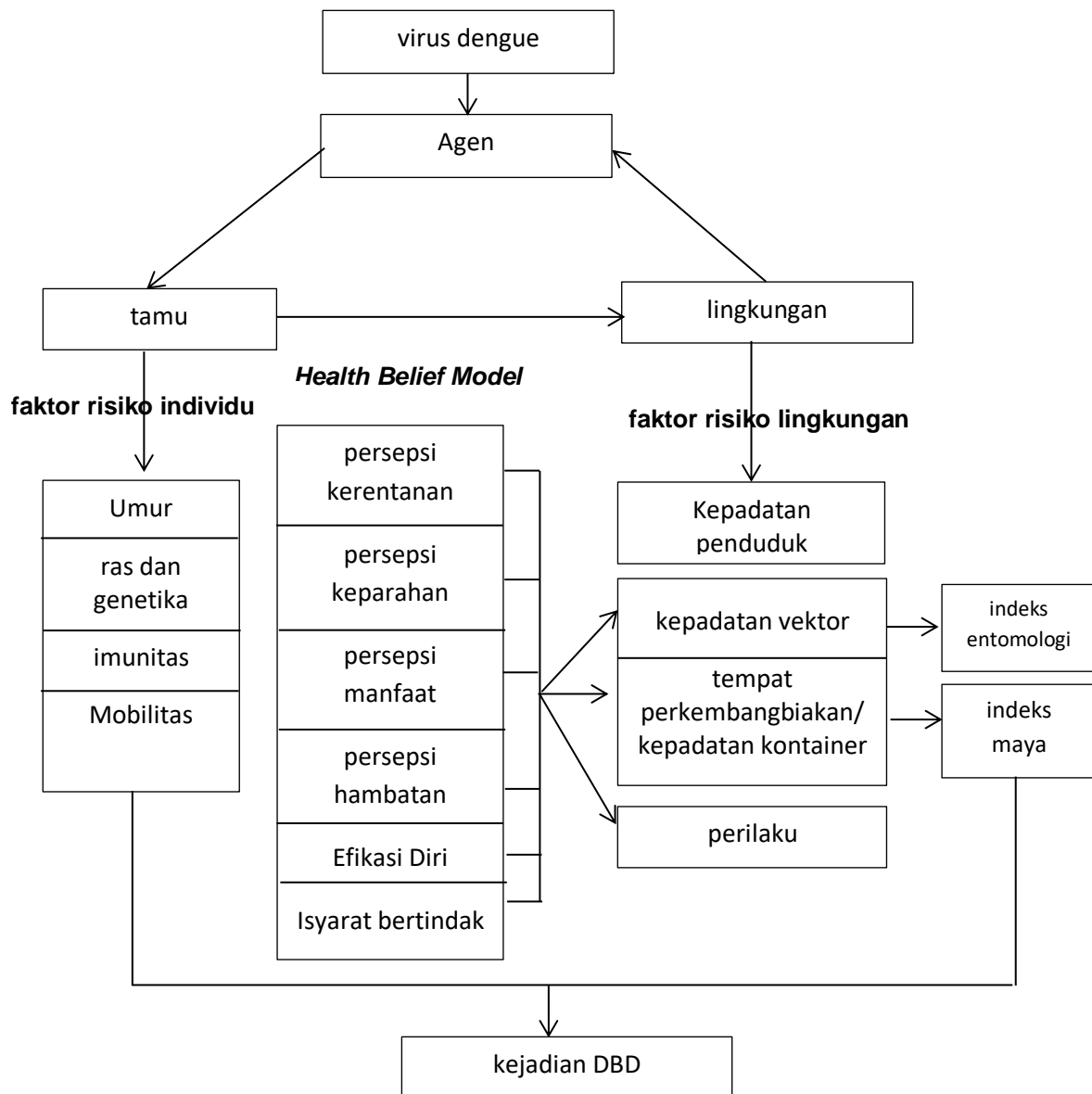
C. Kerangka Teori

Penularan atau kejadian penyakit menular demam berdarah dengue (DBD) secara epidemiologis dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti inang/pejamu, patogen dan lingkungan. Meskipun akar penyebab demam berdarah dengue (DBD) adalah patogen (hanya virus dengue), pejamu dipengaruhi oleh usia, ras, genetika, dan penularan demam berdarah dengue (DBD) juga berhubungan erat dengan perilaku seperti peran serta dalam upaya pemberantasan vektor di masyarakat dan mobilitas penduduk. Lingkungan adalah kondisi yang berpengaruh di luar patogen dan pejamu, tetapi dapat berinteraksi dengan pathogen dan pejamu. Faktor lingkungan yang mempengaruhi antara lain lingkungan fisik (jarak rumah, tata letak rumah, kelembaban rumah, kebersihan lingkungan, musim). Lingkungan biologis seperti tanaman hias/tumbuhan lain dan indeks larva (HI, CI, dan BI) (Arsin, 2013).

Kejadian penyakit demam berdarah dengue (DBD) juga dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain status imun masyarakat yang kurang baik dan padatnya populasi pembawa nyamuk akibat tingginya tempat perkembangbiakan nyamuk yang biasanya terjadi pada musim hujan. Banyak sumber genangan air di sekitar pemukiman, seperti talang air, ban bekas, kaleng, botol, plastik, gelas air mineral bekas, lubang pohon, pelepah daun-daun dan lainnya (Kemenkes RI, 2019).

kepercayaan orang mungkin dia sakit atau berisiko terkena penyakit dapat mengarah pada perilaku sehat (Lennon, 2005). Semakin

besar persepsi memiliki resiko (Persepsi kerentanan) suatu penyakit semakin besar pula memiliki perilaku yang dapat mengurangi risiko tersebut (Hayden, 2017). Sebuah studi yang dilakukan oleh Siddiqui dkk (2016) menyatakan bahwa pengetahuan, persepsi ancaman (persepsi kerentanan dan keparahan) dan *self-efficacy* merupakan prediktor yang penting perilaku pencegahan DBD dilaksanakan pada masyarakat di Karachi, Pakistan. Kerangka kerja ini disusun dalam sebuah pendekatan yang disebut *Health Belief Model* (HBM). HBM memberikan gambaran yang jelas untuk meningkatkan kesadaran DBD dan modifikasi faktor risiko yang berpengaruh. HBM digunakan sebagai kerangka pemikiran menyelidiki dan memahami perilaku Pencegahan DBD (Nimnuan, 2006). Gambaran teori yang termuat dalam tinjauan pustaka dan secara singkat dijelaskan di atas, penulis mencoba menggambarkannya dalam bagan kerangka teori dibawah ini.

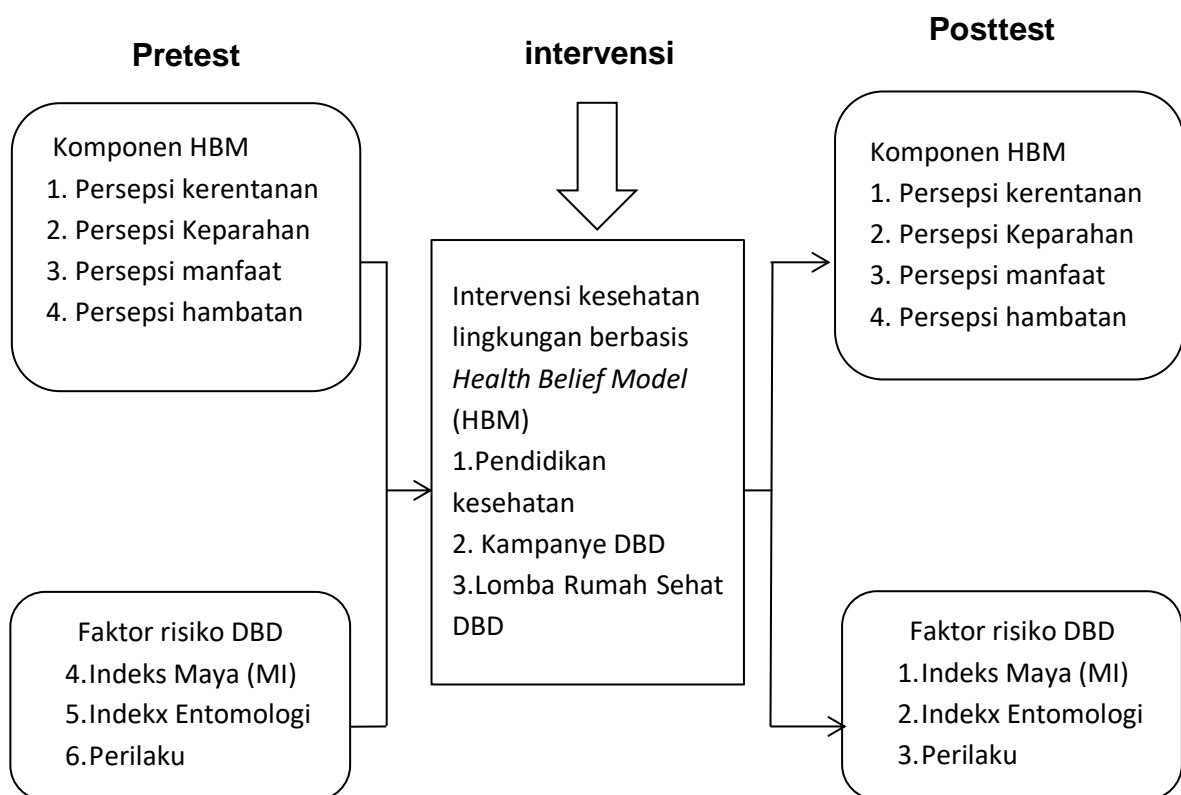


Gambar 2.1. Kerangka teori penelitian

Sumber: Modifikasi Teori Segitiga Epidemiologi Arsin, AA (2013), Kemenkes RI (2019) dan Teori *Health Belief Model*, Rosenstock (1974), dalam Febriasari dan Kusumawardhani (2019)

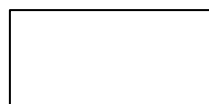
D. Kerangka konsep

Untuk memudahkan pemahaman dalam menganalisis dampak intervensi kesehatan lingkungan berbasis *Health Belief Model* (HBM) terhadap faktor risiko DBD di Kelurahan Benteng Kota Palopo, maka peneliti merumuskan kerangka konseptual sebagai berikut.



Gambar 2.2. Kerangka konsep penelitian

Keterangan :



= variabel independen



= variabel dependen

E. Hipotesis Penelitian

Hipotesis nol (Ho) dalam penelitian ini adalah :

1. Tidak terdapat pengaruh intervensi kesehatan lingkungan berbasis Teori *Health Belief Model (HBM)* terhadap persepsi kerentanan penularan DBD (*Perceived susceptibility*) di Kelurahan Benteng Kota Palopo.
2. Tidak terdapat pengaruh intervensi kesehatan lingkungan berbasis Teori *Health Belief Model (HBM)* terhadap persepsi keparahan penyakit DBD (*Perceived severity*) di Kelurahan Benteng Kota Palopo.
3. Tidak terdapat pengaruh intervensi kesehatan lingkungan berbasis Teori *Health Belief Model (HBM)* terhadap persepsi keuntungan pencegahan DBD (*Perceived benefit*) di Kelurahan Benteng Kota Palopo.
4. Tidak terdapat pengaruh intervensi kesehatan lingkungan berbasis Teori *Health Belief Model (HBM)* terhadap persepsi hambatan pencegahan DBD (*Perceived severity*) di Kelurahan Benteng Kota Palopo.
5. Tidak terdapat pengaruh intervensi kesehatan lingkungan berbasis Teori *Health Belief Model (HBM)* perilaku dalam mencegah kontak vektor di Kelurahan Benteng Kota Palopo.
6. Tidak terdapat pengaruh intervensi kesehatan lingkungan berbasis Teori *Health Belief Model (HBM)* terhadap faktor risiko Demam

Berdarah Dengue (DBD) berupa Maya Index di Kelurahan Benteng Kota Palopo.

7. Tidak terdapat pengaruh intervensi kesehatan lingkungan berbasis Teori *Health Belief Model* (HBM) terhadap faktor risiko Demam Berdarah Dengue (DBD) berupa Entomologi Index di Kelurahan Benteng Kota Palopo.

F. Defenisi Operasional dan Kriteria Objektif

Tabel 2.1.
Definisi Operasional (DO) dan Kriteria Objektif (KO) Penelitian

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional Variabel	Metode ukur	Kriteria Objektif			Skala ukur
				Jawaban	Pertanyaan		
1.	Persepsi kerentanan (<i>Perceived Susceptibility</i>)	Pendapat responden tentang kemudahan terserang penyakitDBD dilihat dari parameter peluang untuk terkenaDBD, gigitan nyamuk, serangan virus <i>Dengue</i> pada tubuh yang tidak sehat dan DBD sebagai penyakitmusiman	Wawancara dengan menggunakan kuesioner		Positif	Negatif	Ordinal
				STS	4	1	
				TS	3	2	
				S	2	3	
				SS	1	4	
				<p>Hasil minimal: 4 Hasil maximal: 16 Interpretasi: Baik: total skor \geq median Buruk: total skor $<$ median</p>			

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional Variabel	Metode ukur	Kriteria Objektif	Skala ukur																	
2.	Persepsi keparahan (<i>Perceived Severity</i>)	Pendapat responden tentang keparahan penyakit DBD dari parameter risiko kematian akibat DBD, infeksi DBD dapat menyerang siapa saja, tanda klinis yang muncul pada infeksi <i>Dengue</i> , fasilitas kesehatan dan, ketakutan masyarakat terhadap DBD, dan rasa takut terkena DBD meskipun bisa sembuh kembali	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Jawaban</th> <th colspan="2">Pertanyaan</th> </tr> <tr> <th>Positif</th> <th>Negatif</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>STS</td> <td>4</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>TS</td> <td>3</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>S</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>SS</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Hasil minimal: 5 Hasil maksimal: 20 Interpretasi: Baik: total skor \geq median Buruk: total skor $<$ median</p>	Jawaban	Pertanyaan		Positif	Negatif	STS	4	1	TS	3	2	S	2	3	SS	1	4	Ordinal
Jawaban	Pertanyaan																					
	Positif	Negatif																				
STS	4	1																				
TS	3	2																				
S	2	3																				
SS	1	4																				
3.	Persepsi keuntungan perilaku sehat (<i>Perceived Benefit</i>)	Pendapat responden tentang keuntungan dari tindakan pencegahan terhadap penyakit DBD dari parameter keuntungan kehadiran dalam penyuluhan kesehatan sebagai upaya mengurangi risiko DBD, keuntungan lingkungan yang bersih dalam upaya pencegahan DBD, keuntungan program 3M dalam pencegahan DBD, keuntungan tidak adanya genangan air sebagai upaya meminimalisir risiko terjadinya DBD, dan keuntungan penggunaan pembasmi nyamuk	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Jawaban</th> <th colspan="2">Pertanyaan</th> </tr> <tr> <th>Positif</th> <th>Negatif</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>STS</td> <td>4</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>TS</td> <td>3</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>S</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>SS</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Hasil minimal: 5 Hasil maksimal: 20 Interpretasi: Baik: total skor \geq median Buruk: total skor $<$ median</p>	Jawaban	Pertanyaan		Positif	Negatif	STS	4	1	TS	3	2	S	2	3	SS	1	4	Ordinal
Jawaban	Pertanyaan																					
	Positif	Negatif																				
STS	4	1																				
TS	3	2																				
S	2	3																				
SS	1	4																				

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional Variabel	Metode ukur	Kriteria Objektif	Skala ukur																	
4.	Persepsi tentang hambatan (<i>Perceived Barier</i>)	Pendapat responden tentang hambatan dalam melakukan tindakan pencegahan DBD dari parameter bahaya penggunaan abate bagi kesehatan, besarnya biaya yang dibutuhkan dalam praktik pencegahan DBD, keterbatasan waktu untuk membersihkan bak mandi dan mengawasi tempat penampungan air dan ketidaknyamanan dalam penggunaan kelambu	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Jawaban</th> <th colspan="2">Pertanyaan</th> </tr> <tr> <th>Positif</th> <th>Negatif</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>STS</td> <td>4</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>TS</td> <td>3</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>S</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>SS</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Hasil minimal: 4 Hasil maximal: 16 Interpretasi: Baik: total skor \geq median Buruk: total skor $<$ median</p>	Jawaban	Pertanyaan		Positif	Negatif	STS	4	1	TS	3	2	S	2	3	SS	1	4	Ordinal
Jawaban	Pertanyaan																					
	Positif	Negatif																				
STS	4	1																				
TS	3	2																				
S	2	3																				
SS	1	4																				
6.	<i>Maya Index</i>	<i>Maya Index</i> adalah indikator untuk melihat kondisi tempat potensial perkembangbiakan nyamuk <i>Aedes aegypti</i> dinilai dengan parameter <i>Hygiene Risk Indicator</i> (HRI) dan <i>Breeding Risk Indicator</i> (BRI)	Observasi Dengan lembar Observasi	<table border="1"> <thead> <tr> <th>HRI BRI</th> <th>Rendah (1)</th> <th>Sedang (2)</th> <th>Tinggi (3)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Rendah (1)</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>Sedang (2)</td> <td>D</td> <td>E</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td>Tinggi (3)</td> <td>G</td> <td>H</td> <td>I</td> </tr> </tbody> </table> <p>Interpretasi MI rendah : A,B,D MI sedang : C,E,G MI tinggi : F,I,H</p>	HRI BRI	Rendah (1)	Sedang (2)	Tinggi (3)	Rendah (1)	A	B	C	Sedang (2)	D	E	F	Tinggi (3)	G	H	I	Ordinal	
HRI BRI	Rendah (1)	Sedang (2)	Tinggi (3)																			
Rendah (1)	A	B	C																			
Sedang (2)	D	E	F																			
Tinggi (3)	G	H	I																			

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional Variabel	Metode ukur	Kriteria Objektif	Skala ukur																	
7.	Perilaku	Tindakan yang dilakukan responden untuk mencegah kontak dengan vektor yang diukur melalui parameter tidak menggantung pakaian di luar lemari, menggunakan anti nyamuk agar terhindar gigitan nyamuk, melakukan kegiatan 3M dan menanam tanaman pengusir nyamuk	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	<table border="1" data-bbox="1413 376 1787 603"> <thead> <tr> <th data-bbox="1413 376 1541 448" rowspan="2">Jawaban</th> <th colspan="2" data-bbox="1541 376 1787 411">Pertanyaan</th> </tr> <tr> <th data-bbox="1541 411 1668 448">Positif</th> <th data-bbox="1668 411 1787 448">Negatif</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1413 448 1541 485">STS</td> <td data-bbox="1541 448 1668 485">4</td> <td data-bbox="1668 448 1787 485">1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1413 485 1541 521">TS</td> <td data-bbox="1541 485 1668 521">3</td> <td data-bbox="1668 485 1787 521">2</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1413 521 1541 558">S</td> <td data-bbox="1541 521 1668 558">2</td> <td data-bbox="1668 521 1787 558">3</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1413 558 1541 603">SS</td> <td data-bbox="1541 558 1668 603">1</td> <td data-bbox="1668 558 1787 603">4</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="1509 608 1742 671">Hasil minimal: 4 Hasil maximal: 16</p> <p data-bbox="1451 708 1800 802">Interpretasi: Baik: total skor \geq median Buruk: total skor $<$ median</p>	Jawaban	Pertanyaan		Positif	Negatif	STS	4	1	TS	3	2	S	2	3	SS	1	4	Ordinal
Jawaban	Pertanyaan																					
	Positif	Negatif																				
STS	4	1																				
TS	3	2																				
S	2	3																				
SS	1	4																				

G. Tabel Sintesa

Tabel 2.2.

Sintesis artikel yang terkait pengaruh intervensi kesehatan lingkungan berbasis teori Health Belief Model (HBM) terhadap faktor risiko DBD

No	Penulis	Judul Artikel	Metode	Hasil
1.	Astuti, E.P, dkk (2016)	Risiko Penularan Demam Berdarah Dengue berdasarkan Maya Indeks dan Indeks Entomologi di Kota Tangerang Selatan, Banten	Cross Sectional	Kota Tangerang Selatan termasuk tingkat risiko penularan DBD kategori sedang. Berdasarkan analisis Maya Indeks dan kepadatan larva,
2.	Wahyudi,Y dan Ningrum,L.S (2021)	Aplikasi Program Pencegahan DBD Terhadap Perilaku Masyarakat Dalam Pengawasan Dan Pemberantasan Jentik Nyamuk Demam Berdarah Dengue Dengan Menerapkan Teori HBM	<i>Quasy experimental</i> dengan pendekatan <i>One Group Pre Post test design</i>	program pencegahan DBD efektif dalam pemberantasan larva nyamuk <i>Aedes sp.</i> di Dusun Ngrancah Desa Senggreng Kecamatan Sumberpucung. indikator <i>Health Belief Model</i> mempengaruhi peningkatan skor perilaku pencegahan DBD
3.	Prasetyowati, H. dkk (2018)	Risiko Penularan DBD Berdasarkan <i>Maya Index</i> dan <i>Key Kontainer</i> pada Rumah Tangga Kasus dan Kontrol di Kota Bandung	penelitian analitik-observasional dengan pendekatan desain kasus kontrol berpasangan	<i>Breeding Risk Index</i> (BRI), <i>Hygiene Risk Index</i> (HRI), serta <i>Maya Index</i> (MI) di wilayah Kota Bandung termasuk kategori sedang baik pada rumah tangga kasus maupun kontrol. <i>Key kontainer</i> yang ditemukan di rumah tangga kasus dan kontrol adalah dispenser, bak mandi dan ember.

No	Penulis	Judul Artikel	Metode	Hasil
4.	Attamimy, H.B, dkk (2018)	Aplikasi <i>Health Belief Model</i> pada Perilaku Pencegahan Demam Berdarah <i>Dengue</i>	Deskriptif analitik, dengan studi korelasi dan rancang bangun cross sectional.	Penelitian di wilayah kerja Puskesmas Sukorame Kecamatan Mojojoto Kota Kediri menemukan Ada hubungan faktor Persepsi berupa keparahan, kerentanan, isyarat melakukan tindakan serta manfaat yang dirasakan terhadap upaya pencegahan DBD
5.	Febriasari, S.G dan Kusumawardhani D.E (2019)	Kepercayaan dan Perilaku Pencegahan demam berdarah <i>Dengue</i> pada Ibu Rumah Tangga Berdasarkan <i>Health Belief Model</i>	disain studi kualitatif analisis tematik <i>Health Belief Model</i> (HBM)	ibu-ibu cenderung untuk berperilaku tidak membersihkan tempat penampungan air serta memilikikebiasaan menggantung pakaian bekas pakai di luar lemari karena persepsi manfaat yang lebih rendah daripada persepsi hambatan
6.	Utama,Budi (2020)	<i>Pengaruh Komunikasi Interpersonal terhadap Peningkatan Perilaku Pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) di Wilayah Kerja Puskesmas Meo-Meo Kota Baubau</i>	<i>Quasi experiment</i> dengan desain <i>nonrandomized pretest-posttest control grup</i>	sebelum dan setelah komunikasi interpersonal dan penyuluhan rata-rata skor pengetahuan, sikap dan, tindakan tentang DBD meningkat. Sedangkan perbandingan kelompok intervensi signifikan dari kelompok kontrol dengan ($p < 0,05$) yaitu pengetahuan ($p = 0,000$), sikap ($p = 0,021$), dan tindakan ($p = 0,001$) tentang DBD. Komunikasi interpersonal lebih memiliki pengaruh daripada penyuluhan
7.	Pratiwi, C.l (2018)	Pengaruh Keikutsertaan Lomba Kampung Tanggap DBD Terhadap Indeks	<i>cross sectional</i>	hasil <i>p-value</i> CI=0,082 ($p > 0,05$), HI=0,044 ($p < 0,05$) dan BI=0,040 ($p < 0,05$). Disimpulkan bahwa pada indeks entomologi HI dan BI terdapatperbedaan yang bermakna antara

No	Penulis	Judul Artikel	Metode	Hasil
		Entomologi Pada Kelurahan Tanjungrejo, Kecamatan Sukun, Kota Malang		rumah yang mengikuti lomba dengan rumah yang tidak mengikuti lomba kampung tanggap DBD
8.	Widhihutami, Hayuning. (2018)	Perbandingan Angka Kepadatan Vektor DBD Antara RT yang Mengikuti dan yang Tidak Mengikuti Program Tanggap DBD di Kel. Bandungrejosari Kecamatan Sukun Kota Malang.	desain <i>quasi eksperimental</i> pada wilayah intervensi dan wilayah kontrol, dan menggunakan <i>pre-sample</i> dan <i>post-sample</i>	pengamatan angka kepadatan vektor sebelum dan sesudah program kampung tanggap DBD menunjukkan program tersebut tidak efektif untuk menurunkan <i>HI</i> , <i>CI</i> , dan <i>BI</i> di Kelurahan Bandungrejosari.
9.	Wati, J.E (2018)	Hubungan Faktor-Faktor Dalam Teori <i>Health Belief Model</i> Dengan <i>Maya Index</i> Di Kelurahan Tanjungrejo, Kecamatan Sukun, Kota Malang	observasional analitik dengan pendekatan <i>cross sectional</i>	tidak satupun faktor-faktor dalam Teori <i>Health Belief Model</i> berhubungan dengan <i>Maya Index</i> ($p > 0,05$). Namun secara keseluruhan berdasarkan analisis masing-masing variabel diketahui bahwa kategori baik pada semua faktor-faktor <i>Health Belief Model</i> dan kategori rendah untuk <i>Maya Index</i> adalah di atas 50%.