

GAMBARAN PERILAKU KELUARGA DAERAH RURAL DAN URBAN DALAM PENCEGAHAN KEJADIAN DEMAM BERDARAH DI DAERAH ENDEMIS DEMAM BERDARAH

Anik Fiatur Rohmaniah¹, Yulia Susanti², Livana PH²

¹Rumah Sakit Baiturrahman Kendal

²Program Studi Ners, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kendal

Email: livana.ph@gmail.com

ABSTRAK

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di Indonesia yang jumlah penderita dan penyebarannya cenderung meningkat. Jumlah kasus DBD tercatat 49,868 kasus, dengan angka kematian sebesar 0,80%. Kejadian DBD pada daerah rural ditunjukkan dengan adanya perilaku penyebab DBD diantaranya terdapat tumpukan sampah, menggantung pakaian di dalam kamar, tidak menyingkirkan barang-barang bekas. Perilaku daerah urban adanya saluran limbah yang tidak dibersihkan, lahan kosong yang tidak dibersihkan dan banyak persawahan. Tujuan. Penelitian bertujuan mengetahui gambaran perilaku keluarga daerah rural dan urban dalam pencegahan kejadian demam berdarah di daerah endemis. Metoda. Metode penelitian ini menggunakan survey deskriptif kuantitatif dan alat ukur menggunakan kuesioner yang terdiri 68 pernyataan. Sampel penelitian daerah rural 309 orang dan daerah urban 371 orang. Hasil penelitian ini didapatkan bahwa perilaku keluarga di daerah rural baik (51,5%), pengetahuan baik (59,2%), sikap kurang baik (50,8%), dan tindakan kurang baik (51,8%), Perilaku keluarga di daerah urban kurang baik (53,4%), pengetahuan baik (81,4%), sikap kurang baik (54,2%) dan tindakan baik (52,3%). Hasil. Hasil penelitian ini direkomendasikan kepada masyarakat agar lebih bertanggung jawab dalam berperilaku sebagai upaya pencegahan DBD dengan selalu menerapkan 3M (Mengubur, Menguras dan Menutup), menggunakan obat anti nyamuk dan pengelolaan sampah secara mandiri.

Kata kunci: perilaku, DBD, rural dan urban

ABSTRACT

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) is a public health problem in Indonesia that the number of sufferers and their distribution tends to increase. Number of dengue cases recorded 49.868 cases, with a mortality rate of 0.80%. Incidence of dengue in rural areas indicated by the behavior causes dengue which there are piles of garbage, hanging clothes in the room, did not get rid of second-hand goods. While the behavior of their urban area sewer is not cleaned, vacant land that had not been cleaned and the many rice fields. The study aims to find a picture of the behavior of rural and urban families in preventing the incidence of dengue in endemic areas. This research method using descriptive quantitative survey and measurement tools using a questionnaire comprising 68 statemen. The research sample was 309 rural and 371 urban areas. The results of this study found that the behavior of families in both rural areas (51.5%), good knowledge (59.2%), a lack of good (50.8%), and the action is not good (51.8%), family Behavior in poor urban areas (53.4%), good knowledge (81.4%), a lack of good (54.2%) and action (52.3%). The results of this study recommended to people to behave more responsibly in the effort to prevent dengue by always applying 3M (Bury, draining and Closing), using anti-mosquito chemical and waste management independently.

Keywords : behavior, DHF, rural and urban

PENDAHULUAN

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) ditemukan hampir di seluruh belahan dunia terutama di negara-negara tropik dan subtropik, baik sebagai penyakit endemik maupun epidemik. Hasil studi

epidemiologik menunjukkan bahwa DBD menyerang kelompok umur balita sampai umur 15 tahun (Djunaedi, 2006). Peningkatan kasus DBD di dunia dalam 5 tahun terakhir mencapai 30 kali lipat, dengan perkiraan 100 juta kasus demam dengue, 500.000 kasus

demam berdarah dengue, dan 25 kasus yang dinyatakan meninggal dunia (Sivanathan, 2006). Laporan dari Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2011 kasus DBD tercatat 49,868 kasus, dengan angka kematian sebesar 0,80% (Kementerian Kesehatan, 2012). Jawa Tengah tahun 2014 tercatat 11,45% (Dinkes, Prov. Jateng, 2014). Kasus DBD di Kabupaten Kendal tahun 2015 tercatat 568 kasus (Dinas Kesehatan. Kab. Kendal, 2015). Penyebaran penyakit DBD yang cukup luas di Indonesia dikarenakan oleh virus dengue. Oleh karena itu, upaya - upaya pencegahan DBD dan penanggulangan telah dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kendal. Program pencegahan yang dilakukan seperti menjaga kebersihan lingkungan serta mencegah perkembangbiakan nyamuk dan pemberantasan sarang nyamuk dengan program 3M Mengubur, Menguras dan Menutup (Hermawan, 2015). Menurut penelitian yang dikemukakan oleh Angraeni (2010) Pencegahan DBD dapat dilakukan dengan beberapa tehnik, antara lain kimia, biologi, dan fisika.

Pencegahan DBD diantaranya dengan cara kimia. Pengendalian secara kimia meliputi pengasapan dan abatisasi. Pencegahan dengan cara biologi, yaitu pencegahan atau pengendalian biologis yang dilakukan dengan cara memelihara jenis ikan pemakan jentik seperti ikan nila merah, ikan guppy, dan ikan cupang. cara pencegahan atau pengendalian secara fisik dengan cara melakukan 3M plus (Soedarto, 2012). Hasil penelitian, menunjukkan pencegahan penyakit demam berdarah dilakukan dengan partisipasi atau keterlibatan, bersama-sama dengan instansi lain termasuk swasta dan sektor publik. Pencegahan DBD sangat erat hubungannya

dengan perilaku keluarga (Mudin, 2015).

Hasil penelitian Mahardika (2009) mengatakan perilaku kesehatan dengan kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD), yaitu membersihkan tempat penampungan air, menutup tempat penampungan air, menguras tempat penampungan air, mengubur barang-barang bekas, membuang sampah pada tempatnya dan membakarnya, menggantung pakaian dan memakai lotion anti nyamuk. Perilaku keluarga terhadap pencegahan DBD dipengaruhi oleh faktor informasi. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa seluruh responden yang mendapatkan informasi tentang DBD dan sebagian besar mendapatkan sumber informasi dari petugas kesehatan (Ratnawati, Maryati & Hardika, 2013).

Hasil penelitian menunjukkan gambaran perilaku pemberantasan sarang nyamuk di desa grogol kecamatan grogol Kabupaten Sukoharjo yaitu tempat penampungan air tidak ditutup, menggantung pakaian di dalam kamar, tidak menyingkirkan barang-barang bekas. Karena partisipasi masyarakat yang kurang dalam pencegahan sarang nyamuk menyebabkan terjadinya DBD (Purnama, 2012).

Kejadian DBD di perkotaan kecamatan Gambir Jakarta Pusat disebabkan kepadatan penduduk karena kasus, insiden dan CFR setiap tahun meningkat (Afira, 2013). Hasil penelitian menunjukkan wilayah perkotaan di Kota Makasar Tahun 2013 terdapat densitas larva yang tinggi, rumah yang padat hunian, ventilasi rumah tidak berkasa, dan rumah yang lembab merupakan penyebab kejadian DBD (Maria, Ishak & Selomo, 2013). Hasil Penelitian Kabupaten Banjarnegara menunjukkan *Aedes aegypty* dan *Aedes Albopictus*

merupakan vektor DBD. *Aedes aegypti* lebih banyak ditemukan di perkotaan pada areal permukiman dimana keberadaan tanaman lebih dominan. *Aedes albopictus* lebih banyak ditemukan di pedesaan pada areal permukiman yang dikelilingi kebun dimana keberadaan tanaman pekarangan lebih dominan (Pramestuti & Djati, 2013). Hasil penelitian menunjukkan perilaku masyarakat dalam pencegahan DBD adalah membersihkan rumah dan lingkungan sekitarnya dan pemakaian obat anti nyamuk (Sitorus, 2009).

METODE PENELITIAN

Desain penelitian yang digunakan adalah survey deskriptif kuantitatif. Penelitian ini dilaksanakan di Kelurahan Langenharjo dan Desa Jenarsari pada bulan September 2015-Maret 2016. Teknik pengambilan sampel sampel secara acak stratifikasi (Stratified Simple Random Sampling). Sampel penelitian daerah rural 309 orang dan daerah urban 371 orang. Alat ukur menggunakan kuesioner yang terdiri 68 pernyataan.

HASIL PENELITIAN

Hasil penelitian disajikan pada table berikut.

Tabel 1.
Karakteristik responden rural (n=309) dan urban (n=371)

Karakteristik	Rural		Urban	
	f	%	f	%
Usia				
>25-60	208	67,3	217	58,5
18-25	101	32,7	154	41,6
Jenis kelamin				
Perempuan	214	69,3	199	53,6
Laki-laki	95	30,7	172	46,4
Pendidikan				
SD	231	74,8	38	10,2
SLTP	41	13,3	102	27,5
SLTA	24	7,8	179	48,2
PT	13	4,2	52	14
Pekerjaan				
Tidak bekerja	175	56,6	97	26,1
Bekerja	134	43,4	274	73,9
Tipe keluarga				
Keluarga inti	199	64,4	280	75,5
Keluarga besar	110	35,6	91	24,5
Kejadian DBDF				
Tidak pernah	259	83,8	309	83,3
Pernah	50	16,2	62	16,7

Tabel 2.
Perilaku keluarga dalam pencegahan kejadian DBD di daerah rural (n=309) dan urban (n=371)

Variabel	Rural		Urban	
	f	%	f	%
Perilaku keluarga dalam pencegahan DBD				
Baik	159	51,5	173	46,6
Kurang baik	150	48,5	198	53,4
Pengetahuan				
Baik	183	59,2	302	81,4
Kurang baik	126	40,8	69	18,6
Sikap				
Baik	152	49,2	170	45,8
Kurang baik	157	50,8	201	54,2
Tindakan				
Baik	149	48,2	194	52,3
Kurang baik	160	51,8	177	47,7

PEMBAHASAN

Hasil penelitian didapatkan bahwa mayoritas karakteristik responden daerah rural dan urban berusia >25-60 tahun. Hasil penelitian ini sesuai dengan teori Padila (2013) menyatakan bahwa usia dewasa akhir akibat perubahan fisik yang menua maka perubahan ini akan sangat berpengaruh terhadap peran dan hubungan dirinya dengan lingkungan. Teori Hurlock (2010), menyatakan bahwa seseorang dengan usia dewasa biasanya lebih dekat dengan keluarganya atau memikirkan keluarganya. Hasil penelitian ini jika dikaitkan dengan penelitian Susanti (2014) menunjukkan bahwa tentang dukungan keluarga sebagian besar berusia dewasa akhir. Hal tersebut berarti usia dewasa akhir sangat penting bagi keluarga dalam perannya sebagai pemberi asuhan untuk kesehatan keluarganya.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa karakteristik responden daerah rural dan urban sebagian besar berjenis kelamin perempuan. Hal tersebut menggambarkan bahwa responden di dominasi oleh perempuan. Hasil penelitian ini dikaitkan dengan teori Skillebeck dan

Pane (2007) menyatakan bahwa perempuan di dalam keluarga lebih telaten terhadap menjaga kesehatan keluarga dibandingkan dengan pria.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pekerjaan responden daerah rural sebagian besar tidak bekerja, sedangkan daerah urban sebagian besar bekerja. Hasil penelitian ini sesuai dengan teori Notoatmodjo (2012) menyatakan bahwa seseorang dengan bekerja akan mendapat penghasilan, seseorang tersebut akan mampu untuk memenuhi kebutuhan hidup termasuk melakukan pencegahan terhadap kejadian DBD. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Sigarki (2009) menyatakan bahwa sebagian besar responden tidak bekerja sebanyak 88,1%. responden yang yang tidak bekerja mempunyai kesempatan yang lebih besar untuk waktu dan perannya dalam keluarga, sehingga dapat menghindari kejadian DBD dibandingkan dengan yang bekerja tidak mempunyai waktu dan perannya dalam keluarga karena setelah bekerja memilih beristirahat.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendidikan responden daerah rural mayoritas SD sedangkan

daerah urban berpendidikan SMA. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Sigarki (2009) menyatakan bahwa sebagian besar responden berpendidikan SD sebanyak 66,7%. Responden yang berpendidikan rendah akan memiliki wawasan yang kurang sehingga dalam pencegahan kejadian DBD belum bisa berkurang. Berdasarkan teori Wawan (2010) menunjukkan bahwa pendidikan dapat mempengaruhi perilaku seseorang akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk sikap, serta berperan dalam pembangunan. pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi. Hasil penelitian lain oleh Ratnawati, Maryati dan Mahardika (2013) menyatakan bahwa sebagian besar responden berpendidikan Menengah (SMA). Responden yang berpendidikan SMA akan mempengaruhi perilaku keluarga terhadap pencegahan DBD yang sebagian besar akan melakukan pencegahannya. Hal ini dikarenakan responden memiliki wawasan yang cukup sehingga kejadian DBD bisa berkurang.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa karakteristik responden daerah rural dan daerah urban sebagian besar keluarga inti. Hal tersebut menggambarkan bahwa tipe keluarga masyarakat daerah rural dan urban sama rata-rata adalah keluarga kecil atau inti. Hasil penelitian ini sesuai dengan teori Friedman (2010) menyatakan bahwa tipe keluarga meliputi keluarga inti yaitu keluarga yang terbentuk karena pernikahan dan memiliki peran sebagai orang tua yang terdiri dari suami, istri, dan anak-anak baik biologis, adopsi atau keduanya yaitu biologis dan adopsi. Sedangkan keluarga besar yaitu keluarga inti dan individu yang mempunyai hubungan darah yang biasanya merupakan anggota

keluarga asal dari salah satu pasangan keluarga inti. Keluarga tersebut mencakup kakek atau nenek, paman atau bibi, sepupu, keponakan, dan sebagainya. Hasil penelitian lain menunjukkan bahwa tipe keluarga sebagian besar keluarga inti sebanyak 75,9%, dimana terdiri ayah ibu dan anak. (Susanti, 2014).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kejadian DBD daerah rural sebagian besar pernah menderita DBD sebanyak 16,2%. Sedangkan kejadian DBD daerah urban sebagian besar tidak pernah menderita DBD dan yang menderita DBD sebanyak 16,7%. Hal ini didukung oleh penelitian Zulkarni, Siregar dan Dameria (2009), menunjukkan bahwa kejadian demam berdarah disebabkan karena kondisi lingkungan yang kurang baik, yaitu terdapat tempat penampungan air yang tidak terkontrol, barang-barang bekas, kondisi lingkungan yang kurang baik ini menyebabkan tempat perkembangbiakan nyamuk. Hasil penelitian daerah rural jika dikaitkan dengan penelitian Maria, Ishak dan Selomo (2013) menyatakan bahwa densitas larva yang tinggi, rumah yang padat hunian, ventilasi rumah tidak berkasa, dan rumah yang lembab merupakan penyebab kejadian DBD. Hasil penelitian daerah rural jika dikaitkan dengan penelitian Adyatma, Ishak dan Ibrahim (2010) menyatakan bahwa keadaan lingkungan masyarakat tidak memenuhi syarat, tidak melakukan pengolahan sampah, tidak melakukan pengolahan barang bekas. Pencegahan DBD yang tidak dilakukan sangat beresiko terjadinya demam berdarah.

Hasil penelitian daerah rural menunjukkan sebagian besar 51,5% perilaku keluarga dalam pencegahan kejadian DBD dengan kategori baik. Hal ini menunjukkan bahwa

masyarakat daerah rural melakukan pencegahan DBD yaitu melakukan 3M, menggunakan obat anti nyamuk, dan tingkat pengetahuan baik. Dilihat dari karakteristik responden sebagian besar tidak bekerja, sehingga untuk waktu rawat dengan keluarga lebih banyak dibandingkan dengan responden yang sibuk bekerja. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Padungge (2013), menyatakan bahwa perilaku pencegahan DBD di Desa Luhu kategori baik, dalam hal ini keluarga selalu menggunakan obat anti nyamuk, menutup tempat penampungan air dan mengubur barang-barang bekas. Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar perilaku keluarga daerah rural dalam pencegahan kejadian DBD (48,5%) dengan kategori kurang baik. Peneliti berasumsi sesuai observasi saat penelitian hal tersebut dikarenakan masyarakat kurang peduli dan kurang aktif terhadap kebersihan lingkungan sehingga banyak terdapat genangan air, kebun yang tidak dibersihkan dan menggantungkan pakaian di dalam kamar.

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Purnomo, Astuti dan Darnoto (2012), menyatakan bahwa Desa Grogol terdapat 60% responden dengan bak mandi positif jentik, 50% responden tidak menutup tempat penampungan air dan 10% terdapat jentik pada tempat penampungan air, 60% tidak menyingkirkan barang-barang bekas dan 70% responden menggantung pakaian di dalam kamar.

Hasil penelitian daerah rural menunjukkan sebagian besar masyarakat mempunyai pengetahuan baik sebanyak 59,2%. Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat mengetahui informasi dari media seperti televisi, radio dan petugas kesehatan, biarpun mereka mempunyai pendidikan rendah tetapi

mereka memiliki pengetahuan yang baik. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Cindi, Paendong dan Nursalam (2015), menyatakan bahwa pengetahuan keluarga di Desa Tresono dengan kategori baik. Hal ini dipengaruhi oleh pendidikan kesehatan dari petugas kesehatan. Hasil penelitian daerah urban sebagian besar 81,4% dengan kategori baik. Hasil penelitian lain menunjukkan perilaku masyarakat sebagian besar didasarkan pada pengetahuan baik tentang pemberantasan penyakit demam berdarah (Pangemanan & Nelwan, 2010).

Hasil penelitian daerah rural menunjukkan sebagian besar masyarakat mempunyai sikap kurang baik sebanyak 50,8%. Hal ini sesuai dengan pernyataan kuesioner menunjukkan bahwa masyarakat kurang menyikapi tentang penggunaan fogging, bubuk abate, pengelolaan sampah padat, mengganti air dalam wadah, masih menyimpan barang-barang bekas, membuang sampah pada tempatnya tidak termasuk dalam pencegahan DBD sehingga kurang menyikapi. Hasil penelitian didukung oleh Padungge (2013) menyatakan bahwa sikap keluarga tentang pencegahan DBD dikategorikan kurang baik sebesar 76% disebabkan karena keluarga kurang menyikapi tentang pencegahan DBD diantaranya fogging, membuang sampah pada tempatnya dan menggunakan kelambu.

Hasil penelitian daerah urban sebanyak 54,2% dengan kategori kurang baik. Hasil penelitian jika dikaitkan dengan penelitian Abdullah (2014) menyatakan bahwa sikap responden tentang pencegahan DBD masih kurang baik, dilihat dari sikap masyarakat dalam membuang sampah atau barang bekas yang tidak digunakan dibuang

ke sungai, hal ini dapat berdampak besar pada perkembangbiakan nyamuk. Hasil penelitian daerah rural menunjukkan sebagian besar masyarakat mempunyai tindakan kurang baik sebanyak 51,8%. Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat kurang melakukan tindakan pencegahan DBD. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Abdullah (2014) menyatakan bahwa tindakan responden tentang pencegahan DBD kurang baik. Hal ini disebabkan karena kurangnya penyuluhan dari dinas kesehatan atau pihak terkait tentang bahaya DBD. Hasil penelitian daerah urban menunjukkan sebagian besar masyarakat mempunyai tindakan baik sebanyak 52,3%. Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat selalu menggunakan obat anti nyamuk, membersihkan lingkungan, membuang sampah pada tempatnya, melakukan 3M. Hasil penelitian ini didukung oleh Pangemanan dan Nelwan (2010) menyatakan bahwa tindakan responden dalam pemberantasan DBD ditemukan 62,61% dengan kategori baik, karena disediakan oleh pemerintah kendaraan pengangkutan sampah.

SIMPULAN DAN SARAN

Karakteristik keluarga Daerah Rural sebagian besar berusia >25-60 tahun, berjenis kelamin perempuan, tidak bekerja, pendidikan terakhir SD, keluarga inti, tidak pernah menderita DBD. Karakteristik keluarga Daerah Urban sebagian besar berusia >25-60 tahun, berjenis kelamin perempuan, bekerja, pendidikan SMA, keluarga inti, tidak pernah menderita DBD.

Perilaku keluarga dalam pencegahan DBD daerah Rural sebagian besar dalam kategori baik. Pengetahuan keluarga dalam

pencegahan DBD daerah Rural sebagian besar dalam kategori baik. Sikap keluarga dalam pencegahan DBD daerah Rural sebagian besar dalam kategori kurang baik. Tindakan keluarga dalam pencegahan DBD daerah Rural sebagian besar dalam kategori kurang baik.

Perilaku keluarga dalam pencegahan kejadian DBD daerah Urban sebagian besar dalam kategori kurang baik. Pengetahuan keluarga dalam pencegahan kejadian DBD daerah Urban sebagian besar dalam kategori baik. Sikap keluarga dalam pencegahan kejadian DBD daerah Urban sebagian besar dalam kategori kurang baik. Tindakan keluarga dalam pencegahan kejadian DBD daerah Urban sebagian besar dalam kategori baik.

Hasil penelitian ini diharapkan Masyarakat bertanggung jawab dalam melakukan perilaku yang baik kepada anggota keluarga dalam upaya pencegahan demam berdarah. Caranya yaitu melakukan 3M, menggunakan obat anti nyamuk dan pengelolaan sampah secara mandiri.

DAFTAR PUSTAKA

Abdullah. (2014). Gambaran Perilaku Masyarakat Dalam Pencegahan DBD Di Desa Labanu Kecamatan Tibawa Kabupaten Gorontalo. Jurusan Ilmu Keperawatan. FKII UNG.

Adyatma, Ishak & Ibrahim. (2010). Hubungan Anatara Lingkungan Fisik Rumah, Temapt Penampungan Air Dan Sanitasi Lingkungan Dengan Kejadian DBD Di Kelurahan Tidung Kecamatan Rappocini Kota Makassar. FKM: Universitas Hasanudin. Tidak dipublikasi.

- Cindi, Paendong & Nursalam. (2015). Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Masyarakat Dengan Pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) Di Wilayah Kerja Puskesmas Taratara Kecamatan Tomohon Barat. Fakultas keperawatan. Universitas Sariputra Indonesia Tomohon. Tidak Dipublikasikan.
- Kementrian kesehatan RI. (2012). Jumlah Kasus DBD Di Indonesia. <http://repository.upi.edu/operator> /. Diakses 30/09/2015.
- Mahardika. (2009). Hubungan Antara Perilaku Kesehatan Dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue Di Wilayah Kerja Puskesmas Cepiring Kecamatan Cepiring Kabupaten Kendal. [Skripsi]. Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang.
- Maria, Ishak & Selomo. (2013). Faktor Risiko Kejadian Demam Berdarah Dengue Di Kota Makasar . Fakultas Kesehatan Masyarakat: UNHAS.
- Mudin. (2015). Dengue Inciden and the Prevention and Control Program in Malaysia. Head of Vektor Born Disease Sector: Ministry of Heart Malaysia.
- Padila. (2013). Buku Ajar Keperawatan Gerontik. Yogyakarta: Nuha Medika. Padungge. (2013). Gambaran Perilaku Keluarga Tentang Upaya Pencegahan DBD Program Studi Ilmu Keperawatn. Universitas Negeri Gorontalo.
- Pangemanan & Nelwan. (2010). Perilaku Masyarakat Tentang Program Pemberantasan Penyakit DBD Di Kabupaten Minahasa. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Sam Ratulangi. Manado
- Purnama, Astuti & Darnoto. (2012). Gambaran Perilaku Pemberantasan Sarang Nyamuk di Desa Grogol Kecamatan Grogol Kabupaten Sukoharjo. FIK: Universitas Muhammadiyah Surakarta. Publikasi.
- Ratnawati, Maryati & Hardika (2013). Gambaran Perilaku Keluarga Terhadap Pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD). Progam Studi D3 Keperawatan: STIKES Pemkab Jombang.
- Sigarki. (2009). Karakteristik, Pengetahuan Dan Sikap Ibu Terhadap Penyakit Demam Berdarah Dengue. Ilmu Kesehatan Masyarakat. Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Indonesia Jakarta.
- Sivanathan .M.M. (2006). The ecology and biologi of *Aedes aegypti* and *aedes albopictus* (skute) (diptera:culicidae) and the resistance status of *Aedes albopictus* (Field strain) againt organophosphates in Penang, Malaysia. Penang: Universiti Sains Malaysia. Di Publikasi
- Soedarto. (2012). Demam Berdarah Dengue . Jakarta: Sagung Seto.
- Susanti. (2014). Hubungan Dukungan Keluarga Dalam Pencegahan Dengan Kejadian Demam Berdarah Pada Anggota Keluarga Di Kel. Langenharjo Kab. Kendal. Depok: Universitas Indonesia. Prossding.
- Zulkarni, Siregar & Dameria. (2009). Hubungan Kondisi Sanitasi Lingkungan Rumah Tangga dengan Keberadaan Jentik Vektor Dengue. Program Studi Ilmu Lingkungan: Universitas Riau. Tidak Dipublikasikan.