

TESIS
**PENGARUH PELATIHAN DAN PENDAMPINGAN PSN 3M PLUS
TERHADAP PERILAKU SANTRI SERTA KEBERADAAN
LARVA *Aedes aegypti* DI PONDOK PESANTREN
DARUL ARQAM MAKASSAR**

Disusun dan diajukan oleh

**FITRIANA SALAM
K012201032**



**PROGRAM STUDI S2 KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2022**

LEMBAR PENGESAHAN

PENGARUH PELATIHAN DAN PENDAMPINGAN PSN 3MPLUS TERHADAP
PERILAKU SANTRI SERTA KEBERADAAN LARVA *Aedes Aegypti*
DI PONDOK PESANTRENDARUL ARQAM MAKASSAR
TAHUN 2022

Disusun dan diajukan oleh

FITRIANA
K012201032

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 22 Februari 2023 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui,

Pembimbing Utama,

Dr. Emiwati Ibrahim, SKM., M.Kes
NIP. 19730319 2005012 001



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

Pembimbing Pendamping,

Prof. dr. Hasanuddin Ishak, M.Sc., Ph.D
NIP. 19650704 1992031 003



Prof. Dr. Masni, Apt., MSPH.
NIP. 19590605 198601 2 001

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : FITRIANA SALAM
NIM : K012201032
Program studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Jenjang : S2

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulissan saya berjudul :

**PENGARUH PELATIHAN DAN PENDAMPINGAN PSN 3M PLUS TERHADAP
PERILAKU SANTRI SERTA KEBERADAAN LARVA *Aedes Aegypti* DI PONDOK
PESANTREN DARUL ARQAM MAKASSAR
TAHUN 2022**

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, 22 februari 2023.

Yang menyatakan



Fitriana Salam

ABSTRAK

FITRIANA *Pelatihan dan Pendampingan PSN 3M Plus Terhadap Perilaku Santri serta Keberadaan Larva Aedes aegypti di Pondok Pesantren Darul Arqam Makassar.* (Dibimbing oleh **Erniwati Ibrahim** dan **Hasanuddin Ishak**)

Pendampingan dan pelatihan PSN 3M Plus melalui pendekatan perubahan perilaku terkhusus pengaruh pengetahuan dan sikap santri pada lingkup Pondok Pesantren adalah cara paling efektif dan tepat dalam pencegahan dan pemberantasan DBD. Adapun penelitian ini bertujuan untuk menganalisa pengaruh pelatihan dan pendampingan PSN 3M Plus pada Santri.

Jenis penelitian ini adalah kuantitatif dengan *pra eksperimental design* dengan *one group pre-test post-test*. Sample: Penelitian ini melibatkan santri sebanyak 70 orang dengan teknik *Purposive Sampling* dan sampel kontainer ditentukan dengan metode *total sampling*, diperoleh sampel berjumlah 42 kontainer. Perilaku diukur melalui pengetahuan, sikap dengan menggunakan kuesioner dan tindakan serta keberadaan larva pada kontainer menggunakan lembar observasi. Analisis data menggunakan *Mc Nemar Test*.

Terdapat pengaruh signifikan Pelatihan dan pendampingan PSN 3M plus pada partisipan terkait pengetahuan ($p = 0,041$), sikap ($p = 0,021$), sedangkan tidak terdapat pengaruh signifikan terkait tindakan ($p = 0,146$) dan Keberadaan Larva *Aedes aegypti* ($p = 0,250$).

Pelatihan dan pendampingan memberikan pengaruh yang signifikan pada pengetahuan dan sikap, tapi tidak memberikan pengaruh yang signifikan pada tindakan serta keberadaan larva *Aedes aegypti*. Kegiatan Pelatihan dan Pendampingan PSN 3M Plus pada Santri diharapkan senantiasa dilakukan untuk meningkatkan Pengetahuan akan pentingnya melaksanakan PSN 3M Plus serta konsisten dalam pengaplikasiannya.

Kata Kunci : DBD, PSN 3M Plus, Perilaku, Santri, *Aedes aegypti*.

ABSTRACT

FITRIANA *PSN 3M Plus Training and Assistance for Behavior Students as well as Existence Aedes aegypti larvae in Boarding School Darul Arqam Makassar.*
(Supervised by **Erniwati Ibrahim** and **Hasanuddin Ishak**)

PSN 3M Plus assistance and training through approach change behavior especially influence knowledge and attitude students on scope Cottage Boarding school is the most effective and appropriate way in prevention and eradication of dengue. As for research this aim for analyze influence PSN 3M Plus training and mentoring for Santri.

Type research this is quantitative with *preexperimental design* with *one group pre-test post-test*. Sample: Research this involve Students as many as 70 people with technique *Purposive Sampling* and samples container determined with method *total sampling*, obtained sample totaling 42 containers. Behavior be measured through knowledge, attitude with use questionnaire and action as well as presence of larvae in containers use sheet observation. Data analysis using *Mc Nemar Test*.

There is influence significant PSN 3M plus training and assistance to participants related knowledge ($p = 0,041$), attitude ($p = 0,021$), whereas no there is influence significant related action ($p = 0,146$) and the presence of *Aedes aegypti* larvae ($p = 0,250$).

Training and mentoring give significant influence on knowledge and attitudes, but no give significant influence on action as well as presence of *Aedes aegypti* larvae. Activity 3M Plus PSN Training and Assistance for Santri expected always conducted for increase Knowledge will importance implementing PSN 3M Plus as well consistent in its application.

Keywords : DHF, PSN 3M Plus, Behavior, Santri, *Aedes aegypti*.

PRAKATA

Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh

Puji syukur penulis panjatkan Kehadirat Allah swt, atas limpahan rahmat dan hidayah yang tiada henti diberikan kepada hamba-Nya. Salam dan shalawat tak lupa kita kirimkan kepada Rasulullah Muhammad saw beserta para keluarga dan sahabatnya. Alhamdulillah seluruh rangkaian proses penyusunan tesis yang berjudul “Pengaruh Pelatihan dan Pendampingan PSN 3M Plus terhadap Perilaku Santri serta keberadaan Larva *Aedes aegypti* di Pondok Pesantren Darul Arqam Makassar 2022” dapat terselesaikan sekaligus sebagai syarat dalam menyelesaikan studi pada Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

Penulis berharap semoga hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu acuan dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Berbagai tantangan telah penulis hadapi dalam menyelesaikan penulisan tesis ini namun berkat ikhtiar, tawaqqal dan dukungan dari berbagai pihak akhirnya tesis ini dapat terselesaikan. Dengan segala kerendahan hati dan rasa hormat penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang tulus dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc., selaku Rektor Universitas Hasanuddin.

2. Bapak Prof. Sukri Palutturi, SKM, M. Kes, M.Sc. PH, Ph. D selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
3. Ibu Prof.Dr. Masni. Apt., MSPH. Selaku Ketua Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
4. Ibu Dr. Erniwati Ibrahim, SKM., M. Kes. selaku Ketua Departemen Kesehatan Lingkungan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin sekaligus sebagai Dosen Pembimbing I Penulis yang telah memberikan nasihat dan dukungan dalam mengenyam pendidikan di bangku perkuliahan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
5. Bapak Prof. Dr. Hasanuddin Ishak, M.Sc., PH Selaku Dosen Pembimbing II atas kesediaan waktu dalam memberikan bimbingan dan arahan serta solusi yang sangat bermanfaat sehingga tesis ini tersusun dengan baik.
6. Tim penguji Bapak Dr. Syamsuar Manyullei, SKM., M. Kes., M.Sc. PH, Bapak Dr. Wahiduddin, SKM., M. Kes, Ibu Dr. Syahribulan, M. Si atas kesediaan waktu dalam memberikan banyak masukan serta arahan guna penyempurnaan penyusunan tesis ini.
7. Pondok Pesantren Darul Arqam Muhammadiyah Makassar mulai dari Pimpinan dan Jajarannya yang telah memberikan izin dan kesempatan kepada Peneliti untuk melaksanakan penelitian di Instansinya,

terkhusus kepada responden para santriwan yang telah bersedia penuh menjadi responden dalam penelitian ini.

8. Teman-teman program pascasarjana fakultas kesehatan masyarakat angkatan 2020, bagian akademik pascasarjana IKA FKM Unhas, teman-teman kelas B dan teman seperjuangan departemen Kesehatan Lingkungan atas kekompakan, kebersamaan, semangat, kerjasama, motivasi dan segala kenangan indah yang telah diberikan kepada penulis selama mengikuti perkuliahan dan penelitian.
9. Kepada Teman seperjuangan dalam melakukan penelitian Tanti Fajrah Ihsani dan Raflesia Yuannisa Roreng yang telah menjadi teman penulis dalam melakukan penelitian, menemani dan menyemangati penulis untuk tetap bertahan sampai akhir serta memberikan kontribusi yang besar selama berada di lokasi penelitian sehingga sangat membantu penulis dalam penyusunan Tesis ini.
10. Kepada keluarga besar PT.BBG atas kesempatan berkarir yang diberikan, dengan banyak kesempatan belajar dan terus bertumbuh ditengah sedang menjalani Pendidikan, dimana support dari seluruh tim yang sangat positif dan terkhusus kepada ibu drg. Fika Kurniawaty atas kepercayaan dan amanah yang diberikan merupakan energi positif yang luar biasa diterima oleh penulis, semoga Allah membalas segala kebaikannya.

11. Kepada Karib Kerabat yang tidak sempat penulis tuliskan namanya satu persatu, atas dukungan serta semangat dan doa-doa yang telah diberikan selama proses pendidikan dan penyelesaian tesis ini.

Teristimewa tesis ini ananda persembahkan kepada kedua orang tua terkasih dan tersayang Ayahanda Bapak Abdul Salam dan Ibunda Hj.St. Nurfiah Idris S. Pd atas doa, dukungan dan kesabaran yang tiada henti kepada penulis dalam menyelesaikan studi. Terima kasih juga kepada Kakakku Yuliana, S, Si., Apt dan Adikku Nurul Sakinah Salam S. Pd yang senantiasa memberikan doa dan motivasi positif.

Terakhir, penulis ucapkan terimakasih kepada diri sendiri atas keikhlasan penuntut ilmu dan keinginan untuk terus belajar, keikhlasan bertanggungjawab pada diri sendiri, percaya diri kerja ikhlas, kerja cerdas dan kerja keras yang terus dijaga, semangat serta jatuh bangun yang telah dilewati, thank you for making it here, so proud to my self because Allah. Penulis menyadari bahwa tesis ini belum seutuhnya sempurna. Oleh karena itu, besar harapan penulis kepada pembaca atas kontribusinya baik berupa kritik yang tajam maupun saran yang membangun.

Semoga Allah swt senantiasa melimpahkan rahmat-Nya kepada kita semua dan apa yang disajikan dalam tesis ini dapat bermanfaat bagi semua pihak. Aamiin.

Wassalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatu

Makassar, 14 Februari 2023

Penyusun

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
PERNYATAAN KEASLIAN	iii
ABSTRAK	iv
ABSTRACT	v
PRAKATA	vi
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR HISTOGRAM	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
DAFTAR SINGKATAN	xvi
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah	11
C. Tinjauan Penelitian	12
D. Manfaat Penelitian	13
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Umum Tentang Demam Berdarah Dengue (DBD)	15
B. Tinjauan Umum Tentang <i>Aedes aegypti</i>	21
C. Tinjauan Umum Tentang PSN 3M Plus	30
D. Tinjauan Umum Tentang Pelatihan dan pendampingan	38
E. Tinjauan Umum Tentang Perilaku.....	44

F. Tinjauan Umum Tentang Pondok Pesantren	61
G. Tabel Sintesa	73
H. Kerangka Teori Penelitian.....	80
I. Kerangka Konsep	81
J. Hipotesis Penelitian	82
K. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif	83
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Jenis dan Desain Penelitian.....	91
B. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	92
C. Populasi dan Sampel Penelitian	92
D. Variabel Penelitian	96
E. Tahapan Penelitian	97
F. Instrumen Pengumpulan Data	98
G. Kontrol Kualitas.....	98
H. Etika Penelitian	99
I. Pengolahan Data.....	100
J. Analisis Data.....	100
K. Penyajian Data.....	101
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	102
B. Hasil Penelitian.....	105
C. Pembahasan.....	117
D. Keterbatasan Penelitian.....	141
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan.....	143
B. Saran.....	144
DAFTAR PUSTAKA.....	146
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

No. Tabel	Halaman
Tabel 4.1	Distribusi Responden Berdasarkan Umur di Pondok Pesantren Darul Arqam Muhammadiyah Gombara Makassar.....105
Tabel 4.2	Distribusi Responden Berdasarkan Kelas di Pondok Pesantren Darul Arqam Muhammadiyah Gombara Makassar.....106
Tabel 4.3	Distribusi Keberadaan Larva <i>Aedes aegypti</i> berdasarkan Area dan Jenis Kontainer di Pondok Pesantren Darul Arqam Muhammadiyah Gombara Makassar.....111
Tabel 4.4	Distribusi Hasil Identifikasi jenis larva dengan Metode <i>Single Larve</i> di Pondok Pesantren Darul Arqam Muhammadiyah Gombara Makassar112
Tabel 4.5	Analisis Keberadaan Larva Sebelum Pelatihan dan Pendampingan PSN 3M Plus di Pondok Pesantren Darul Arqam Muhammadiyah Gombara Makassar.....112
Tabel 4.6	Analisis Tingkat Pengetahuan Responden Sebelum dan Sesudah Pelatihan dan Pendampingan PSN 3M Plus di Pondok Pesantren Darul Arqam Muhammadiyah Gombara Makassar114
Tabel 4.7	Analisis Sikap Responden Sebelum dan Sesudah Pelatihan dan Pendampingan PSN 3M Plus di Pondok Pesantren Darul Arqam Muhammadiyah Gombara Makassar.....115

Tabel 4.8	Analisis Tindakan Responden Sebelum dan Sesudah Pelatihan dan Pendampingan PSN 3M Plus di Pondok Pesantren Darul Arqam Muhammadiyah Gombara Makassar	116
-----------	--	-----

DAFTAR HISTOGRAM

No. Histogram	Halaman
Histogram 4.1 Distribusi Kontainer Berdasarkan Keberadaan Larva <i>Aedes</i> Sebelum dan Sesudah Pelatihan dan Pendampingan PSN 3M Plus di Pondok Pesantren Darul Arqam Muhammadiyah Gombara Kota Makassar	107
Histogram 4.2 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Sebelum dan Sesudah Pelatihan dan Pendampingan PSN 3M Plus di Pondok Pesantren Darul Arqam Muhammadiyah Gombara Kota Makassar	108
Histogram 4.3 Distribusi Responden Berdasarkan Sikap Sebelum dan Sesudah Pelatihan dan Pendampingan PSN 3M Plus di Pondok Pesantren Darul Arqam Muhammadiyah Gombara Kota Makassar	109
Histogram 4.4 Distribusi Responden Berdasarkan Tindakan Sebelum dan Sesudah Pelatihan dan Pendampingan PSN 3M Plus di Pondok Pesantren Darul Arqam Muhammadiyah Gombara Kota Makassar	110

DAFTAR GAMBAR

No. Gambar	Halaman
Gambar 1 Telur <i>Aedes aegypti</i>	24
Gambar 2 Larva/Jentik <i>Aedes aegypti</i>	25
Gambar 3 Pupa <i>Aedes aegypti</i>	26
Gambar 4 Nyamuk <i>Aedes aegypti</i>	27
Gambar 5 Siklus Hidup Nyamuk <i>Aedes aegypti</i>	28
Gambar 6 Kerangka Teori	80
Gambar 7 Kerangka Konsep	81
Gambar 8 Alur Skema Penelitian	97
Gambar 9 Comb Scale penanda Larva <i>Aedes aegypti</i>	137
Gambar 10 Comb Scale penanda Larva <i>Aedes albopictus</i>	140

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuesioner dan Lembar Observasi

Lampiran 2. Output Analisis Data SPSS

Lampiran 3. Poster

Lampiran 4. Materi Pelatihan

Lampiran 5. Dokumentasi

Lampiran 6. Identifikasi Jenis Larva dengan Cara *Single Larva*

Lampiran 7. Persuratan

Lampiran 8. Riwayat Hidup Peneliti

DAFTAR SINGKATAN

3M	: Menutup , Menguras dan Menimbun
<i>Ae. aegypti</i>	: <i>Aedes aegypti</i>
BI	: Breteaw Indeks
CFR	: Case Fatality Rate
CI	: Container Indeks
DBD	: Demam Berdarah Dengue
DF	: Density Figure
HI	: House Indeks
KEMENKES	: Kementerian Kesehatan
KLB	: Kejadian Luar Biasa
MTs	: Madrasah Tsanawiyah
PHBS	: Pola Hidup Bersih dan Sehat
POSKESTREN	: Pos Kesehatan Pesantren
PSN	: Pemberantasan Sarang Nyamuk
RI	: Republik Indonesia
TPA	: Tempat Penampungan Air
TTI	: Tempat-Tempat Institusi
TTU	: Tempat-Tempat Umum
WHO	: World Health Organization

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Demam Berdarah *Dengue* (DBD) adalah salah satu penyakit menular yang dapat dan sering menimbulkan wabah yang tidak jarang menyebabkan kematian. Penyakit DBD adalah penyakit infeksi oleh *virus Dengue* yang ditularkan melalui nyamuk *Aedes aegypti*, dengan ciri-ciri demam tinggi mendadak disertai manifestasi pendarahan dan bertendensi menimbulkan rejatan dan kematian (Lesar *et al.*, 2020).

Nyamuk *Aedes aegypti* sebagai vektor utama penyakit DBD memiliki pola hidup di daerah panas sehingga menjadikan penyakit ini berkembang di daerah perkotaan dibandingkan di daerah pedesaan. Faktor risiko penularan DBD adalah pertumbuhan penduduk perkotaan yang cepat, mobilisasi penduduk karena membaiknya sarana dan prasarana transportasi dan terganggu atau melemahnya pengendalian populasi sehingga memungkinkan terjadinya Kejadian Luar Biasa (Sutriawan *et al.*, 2020).

Dengue merupakan penyakit tropis paling umum yang menyerang manusia. *Dengue* telah menjadi masalah internasional utama dalam kesehatan masyarakat di beberapa dekade terakhir. Organisasi kesehatan

dunia (WHO) memperkirakan sekitar 2,5 – 3 miliar orang saat ini tinggal di zona penularan demam berdarah (Sutriawan *et al.*, 2020).

WHO menyatakan bahwa DBD merupakan penyakit tropis yang paling cepat menyebar dan dikatakan sebagai ancaman pandemi baru. Pada tahun 1995–an penyakit yang ditularkan lewat isapan nyamuk betina ini hanya dapat ditemukan di segelintir wilayah. Kondisinya kini berbeda karena DBD telah menyebar hingga ke 125 negara (Purnawinadi *et al.*, 2020).

Indonesia merupakan negara beriklim tropis terdapat berbagai macam spesies nyamuk. *Aedes aegypti* yang merupakan vektor utama DBD di Indonesia. DBD dilaporkan pertama kali di Surabaya dan Jakarta tahun 1968, jumlah kasus sebanyak 58 orang anak di Surabaya. Pada tahun 2015, angka kesakitan (*incidence rate*) DBD sebesar 68,87 per 100.000 penduduk dengan angka kematian (CFR) sebesar 0,98 % (Kementrian Kesehatan, 2016). DBD yang disebabkan oleh virus *Dengue* telah terjadi di daerah perkotaan, daerah pedesaan dan telah menyebar ke seluruh provinsi Indonesia (Daud dan Ishak, 2019).

Demam Berdarah di Indonesia dalam 5 tahun terakhir yakni, tahun 2017 tercatat jumlah kasus DBD mencapai 68.407 kasus, kemudian di tahun 2018 tercatat 65.602 kasus. Pada 2019 (Januari – Juli 2019) tercatat jumlah penderita DBD di Indonesia yang tersebar di 34 provinsi sebanyak 71.663 penderita dan jumlah penderita yang meninggal sebanyak 459

penderita. Jumlah kasus DBD hingga Desember 2019 telah mencapai 138.921 kasus (Kemenkes RI, 2020). Pada tahun 2020 untuk kasus DBD tercatat sebanyak 108.303 kasus (Kemenkes RI, 2020).

Kementrian Kesehatan RI 2021, melaporkan peningkatan jumlah kasus demam berdarah (DBD) terus terjadi, selanjutnya 73.518 Kasus Demam Berdarah Dengue di Indonesia sepanjang 2021. Jumlah kematian (CFR) akibat DBD pun meningkat dari 98 kasus pada akhir Mei hingga menjadi 147 kasus pada 14 Juni 2021. Hingga kini dilaporkan jumlah kabupaten kota yang terjangkit terus bertambah menjadi 387 kasus di 32 provinsi.

Badan Pusat Statistik Sulawesi Selatan 2021, melaporkan sebanyak 9.022.276 jiwa penduduk Sulsel yang tersebar di 24 wilayah kota dan kabupaten, dengan pembangunan infrastruktur yang terus berkembang yang berdampak terhadap peningkatan mobilisasi masyarakat, tidak lepas dari ancaman kejadian penyakit menular, kejadian DBD di Sulawesi Selatan berfluktuasi setiap tahunnya; pada tahun 2018 tercatat sebanyak 2.122 kasus, sedangkan pada tahun 2019 tercatat sebanyak 3.745 kasus dengan total 25 kematian sehingga IR DBD di Sulawesi Selatan sebanyak 42 dengan CFR 0,67. Adapun pada tahun 2020 terjadi penurunan jumlah penyakit sebanyak 2.714 dengan peningkatan kasus kematian menjadi 27, sehingga IR DBD di Sulawesi Selatan pada tahun 2020 sebanyak 31 % dibandingkan pada tahun sebelumnya yang sebanyak 108.303 kasus

dengan CFR sebanyak 0,99 yang tersebar di 24 Kabupaten dan Kota (DINKES Sulsel, 2021).

Kota Makassar sebagai salah satu wilayah di Sulawesi Selatan, juga belum selesai dengan permasalahan Kesehatan, terkhusus pada masalah penyakit menular yang kerap terjadi pada musim penghujan, kejadian Demam Berdarah *Dengue* (DBD) masih menjadi tantangan tersendiri bagi Pemerintah dan seluruh sektor yang terlibat didalamnya, bukan hanya menjadi peran dan tanggungjawab tenaga Kesehatan.

Pada tahun 2021 lalu, Dinkes Kota Makassar mencatat ada 583 kasus DBD sepanjang tahun dengan satu kasus meninggal dunia. Angka ini meningkat tajam dibandingkan tahun 2020 di mana tercatat ada 175 kasus dengan nol kasus meninggal dunia. Kasus Demam Berdarah *Dengue* (DBD) di Kota Makassar berdasarkan data dari Dinas Kesehatan kota Makassar yakni tahun 2018 – 2020 jumlah kasus DBD per 100.000 penduduk menunjukkan jumlah yang cukup tinggi; 2018 sebanyak 256 kasus, 2019 sebanyak 268 kasus dan 2020 sebanyak 175 kasus yang tersebar di 15 Kecamatan dan 47 wilayah kerja Puskesmas di Kota Makassar (Dinkes Kota Makassar, 2021).

Kecamatan Biringkanaya adalah salah satu dari 3 Kecamatan di Kota Makassar yang setiap tahunnya terdapat kasus kejadian DBD dan tercatat dalam 3 tahun terakhir, yakni dari tahun 2018 sebanyak 31 kasus, 2019 sebanyak 39 kasus, hingga 2020 sebanyak 4 kasus, menjadi salah

satu kecamatan dalam 3 rangking teratas terdapat kasus kejadian Demam Berdarah (Dinkes Kota Makassar, 2021).

Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) 3M Plus merupakan salah satu upaya mencegah demam berdarah dengue (DBD). Direktorat Jenderal PPM-PLP Kementerian Kesehatan RI menyatakan cara paling efektif dan tepat untuk mencegah dan memberantas DBD adalah melalui PSN 3M Plus dengan partisipasi seluruh lapisan masyarakat (Kurniawati *et al.*, 2020).

Dalam program PSN yang paling populer adalah kegiatan 3M Plus. 3M dapat diartikan menjadi perilaku menguras tempat penampungan air (TPA), perilaku menutup tempat penampungan air (TPA) dan mendaur ulang atau memanfaatkan kembali barang bekas. Kegiatan ini di dukung juga dengan perilaku menabur bubuk larvasida (abate), menggunakan obat anti nyamuk, menanam tanaman pengusir nyamuk, memelihara ikan pemakan jentik dan menggunakan kelambu saat tidur. Program ini sangat memerlukan partisipasi dari seluruh lapisan masyarakat. Kegiatan ini diyakini dapat menekan perkembangbiakan nyamuk jika dilakukan dengan baik dan berkesinambungan. Keberhasilan kegiatan ini dapat diukur dengan angka bebas jentik (ABJ). Pemerintah menyatakan bahwa angka bebas jentik harus lebih besar dari 95% (Sutriawan *et al.*, 2022).

Partisipasi masyarakat merupakan proses panjang dan memerlukan ketekunan, kesabaran dan upaya dalam memberikan pemahaman dan motivasi kepada individu, kelompok, masyarakat, bahkan pejabat secara berkesinambungan. Program yang melibatkan masyarakat adalah mengajak masyarakat untuk mau dan mampu melakukan 3M plus atau PSN dilingkungan mereka. Istilah tersebut sangat populer dan mungkin sudah menjadi *trade mark* bagi program pengendalian DBD, namun karena masyarakat kita sangat heterogen dalam tingkat pendidikan, pemahaman dan latar belakangnya sehingga belum mampu mandiri dalam pelaksanaannya. Dari pertimbangan di atas, maka penyuluhan tentang vektor dan metode pengendaliannya masih sangat dibutuhkan oleh masyarakat secara berkesinambungan. Karena vektor DBD berbasis lingkungan, maka penggerakkan masyarakat tidak mungkin dapat berhasil dengan baik tanpa peran dari Pemerintah daerah dan lintas sektor terkait seperti pendidikan, agama, LSM, dan lain-lain (Basuki, 2019).

Pondok Pesatren Darul Arqam Muhammadiyah Gombara Makassar merupakan salah satu pondok pesantren yang ada di Kecamatan Biringkanaya, terletak di Jalan Ir. Sutami Poros Tol Makassar-Maros, Kelurahan Pai, Kecamatan Biringkanaya, Kota Makassar. Pesantren ini memiliki luas lokasi seluas 30.626 m² dan merupakan jenis pesantren integral sekolah dan madrasah. Berdasarkan data dari Poskestren, tahun

2018 terdapat 5 kasus DBD, tahun 2019 terdapat 5 kasus, dan tahun 2020 terdapat 7 kasus, serta meningkat pada tahun 2021 sebanyak 6 kasus DBD. (Poskestren Darul Arqam, 2021).

Angka kejadian DBD yang terus meningkat ditambah siklus hidup *Aedes* yang cepat adalah alasan penting tindakan pengendalian vektor. Kementerian Kesehatan terus berkoordinasi dengan daerah untuk mengendalikan kejadian DBD (Kementerian Kesehatan RI, 2016). Tindakan pengendalian untuk menciptakan kondisi yang tidak sesuai bagi perkembangan vektor. Vektor sebagai media transmisi DBD menghantarkan virus *Dengue* ke tubuh manusia sebagai *host*. Apabila vektor DBD ditekan, maka jumlah media transmisi DBD menjadi minimal dan menurunkan jumlah kejadian DBD (Kurniawati dan Ekawati, 2020).

PSN 3M Plus merupakan bagian dari Pola Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) yang bisa dilakukan sehari-hari tetapi dampaknya sangat besar dalam memberantas dan menghilangkan lebih dini jentik atau larva sebelum tumbuh menjadi nyamuk dewasa (Husna *et al.*, 2016). Upaya pencegahan dan pengendalian tersebut termasuk dalam pemutusan rantai penularan DBD berupa pencegahan terhadap gigitan nyamuk *Aedes aegypti* melalui kegiatan PSN 3M Plus (Kurniawati dan Ekawati, 2020).

Keterlibatan masyarakat dalam pencegahan dan pengendalian DBD penting karena sangat tidak mungkin perkembangbiakan vektor *Aedes aegypti* terputus dengan sendirinya jika masyarakat tidak terlibat sama

sekali. Peran serta masyarakat ini dapat berupa upaya pelaksanaan 3M Plus di sekitar rumah dan Pemberantasan Sarang Nyamuk pada lingkungannya, serta meningkatkan penyuluhan tentang DBD, Gerakan pencegahan dan pengendalian kejadian DBD (Daud dan Ishak, 2019).

Notoatmodjo (2010) menyebutkan bahwa masalah kesehatan sangat ditentukan oleh dua faktor utama, yaitu faktor perilaku dan non-perilaku, oleh sebab itu, upaya untuk pemecahan masalah tersebut juga diarahkan kepada kedua faktor tersebut. Pengetahuan, sikap dan tindakan masyarakat sangat menentukan kualitas kesehatan yang ada di masyarakat tak terkecuali masyarakat dalam lingkup Pendidikan (sekolah maupun perguruan tinggi), kendala pencegahan DBD yang masih sering terjadi di masyarakat adalah ketidaktahuan masyarakat mengenai penyakit dan perilaku manusia.

Perilaku masyarakat yang tidak sehat merupakan faktor penghambat keberhasilan program. Perubahan perilaku menjadi kunci pemberantasan DBD dengan melakukan tindakan pengendalian perindukan vektor nyamuk. Gerakan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) dilakukan dengan melaksanakan 3M Plus, yaitu menguras, menutup tempat penampungan air (TPA), mendaur ulang sampah sebagai tempat perkembangbiakan nyamuk serta penggunaan larvadisasi (Kemenkes RI, 2016). PSN 3M Plus perlu terus dilakukan secara aktif melibatkan seluruh lapisan masyarakat sebagai upaya pencegahan DBD. Pemberdayaan

masyarakat khususnya siswa sekolah dalam upaya pemberantasan DBD di Indonesia masih belum terlaksana dengan baik (Hayat *et al.*, 2021).

Salah satu sasaran pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan pengendalian vektor yang merupakan tempat potensial penularan DBD adalah tempat – tempat umum (TTU) dan tempat-tempat institusi (TTI) yang merupakan tempat berkumpulnya orang dari berbagai wilayah salah satunya yaitu sekolah. Sekolah dan tempat bekerja termasuk tempat umum sering dikaitkan dengan tempat perkembangbiakan nyamuk yang tinggi serta tidak memiliki langkah-langkah pencegahan untuk pengendalian vektor. Oleh karena itu, selain melakukan pengendalian vektor di tingkat perumahan, strategi kesehatan masyarakat harus diperluas di sekolah .sekolah dan tempat kerja termasuk tempat umum (Yulianingsih *et al.*, 2020).

Sekolah menjadi tempat potensial dalam penyebaran dan penularan penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD). Peran strategis anak usia sekolah sebagai bagian kegiatan pemberdayaan masyarakat dalam upaya pencegahan dan pengendalian DBD. Anak sekolah dapat berperan dalam upaya Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) baik di sekolah maupun di rumahnya (Hayat *et al.*, 2021) .

Hasil penelitian dari Wahyu Ratna Wirantika dan Yuni Susilowati 2020, terdapat adanya pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan dan perilaku siswa ditandai dengan meningkatnya

pengetahuan secara signifikan setelah dilakukan program pendidikan kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan dan perilaku siswa dalam pengendalian vektor untuk mencegah persebaran DBD di sekolah (Wirantika dan Susilowati, 2020).

Pesantren sebagai institusi pendidikan asli Indonesia yang lebih tua dari Indonesia itu sendiri, adalah 'legenda hidup' yang masih eksis hingga hari ini. Eksistensi dan kiprah pondok pesantren dalam masyarakat senilai dan sebangun dengan kemampuannya dalam menjawab kebutuhan masyarakat kontemporer, sehingga tumbuh dan berkembangnya mengikuti tuntutan dan dinamika lingkungan. Dalam arti kegiatan pengembangan yang dilakukan oleh pesantren merupakan keharusan agar dapat terus eksis di dalam perkembangan zaman yang kian cepat dan mengglobal (Khusnuridlo, 2020).

Upaya mengerahkan segala sumber yang ada dalam bidang pendidikan untuk memecahkan berbagai masalah, maka ekstensi pesantren jadi sorotan. Karena masyarakat dan pemerintah mengharapkan pondok pesantren yang memiliki potensi yang besar dalam bidang pendidikan, terutama pendidikan agama. Sampai kapan pun baik masa lalu atau pun masa modern, ilmu agama menjadi kajian sebagai sumber utama solusi berbagai permasalahan sekaligus tantangan sebagai akibat langsung maupun tidak langsung dari perubahan dalam skala besar (*wide*

scale of change) yang melanda hampir seluruh sektor kehidupan manusia modern tak terkecuali sektor Kesehatan (Kariyanto, 2019).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Awaliyah (2018) tentang Pengaruh Edukasi (*Audio Visual Effect*) terhadap Perilaku Pemberantasan Sarang Nyamuk Santriwati Madrasah Aliyah di Pondok Pesantren An-Najiyah Sidosermo menunjukkan adanya pengaruh edukasi (*audio visual effect*) terhadap perilaku pemberantasan sarang nyamuk santriwati Madrasah Aliyah di Pondok Pesantren An-Najiyah Sidosermo. Edukasi tersebut sangat mudah dilakukan oleh santriwati sehingga mampu mencegah penularan penyakit DBD (Awaliyah, 2018).

Pembangunan kesehatan pada hakekatnya adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen Bangsa Indonesia yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis dengan melibatkan seluruh sektor (Kemenkes RI, 2018).

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dipaparkan, rumusan masalah dari penelitian ini adalah bagaimana pengaruh pelatihan dan pendampingan PSN 3M Plus terhadap perilaku santri serta keberadaan

Larva *Aedes aegypti* pada Pondok Pesantren Darul Arqam Gombara Makassar?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk menganalisis pengaruh pelatihan dan pendampingan PSN 3M Plus terhadap Perilaku santri serta keberadaan Larva *Aedes aegypti* pada Pondok Pesantren Darul Arqam Gombara Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui pengaruh keberadaan larva *Aedes aegypti* di Pondok Pesantren Darul Arqam Gombara Makassar sebelum dan sesudah dilakukan pelatihan dan pendampingan PSN 3M Plus.
- b. Untuk menganalisis pengaruh pelatihan dan pendampingan PSN 3M Plus terhadap pengetahuan santri pada Pondok Pesantren Darul Arqam Gombara Makassar.
- c. Untuk menganalisis pengaruh pelatihan dan pendampingan PSN 3M Plus terhadap sikap santri pada Pondok Pesantren Darul Arqam Gombara Makassar.
- d. Untuk menganalisis pengaruh pelatihan dan pendampingan PSN 3M Plus terhadap tindakan santri pada Pondok Pesantren Darul Arqam Gombara Makassar.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Ilmiah

Hasil dari penelitian ini mampu menambah studi kepustakaan tentang penatalaksanaan kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) di Ponpes melalui pelatihan dan pendampingan PSN 3M Plus.

2. Manfaat bagi Institusi

Penelitian ini dapat menjadi salah satu sumber informasi bagi institusi pendidikan dan kesehatan terkait penatalaksanaan kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) di Ponpes melalui pelatihan dan pendampingan PSN 3M Plus, serta meningkatkan kepedulian terhadap peran pencegahan dalam penanganan penyakit berbasis lingkungan.

3. Manfaat bagi Peneliti

Merupakan suatu pengalaman berharga peneliti dalam memperluas wawasan keilmuan, khususnya tentang penatalaksanaan kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) di Ponpes melalui pelatihan dan pendampingan PSN 3M Plus.

4. Manfaat bagi Masyarakat (Institusi Pondok Pesantren)

Hasil Penelitian ini dapat dijadikan pertimbangan dalam memilih upaya pencegahan serta pengendalian yang tepat dan efektif dalam mengurangi angka kesakitan maupun kematian akibat DBD serta menambah motivasi bagi masyarakat dalam melakukan kegiatan PSN 3M Plus di wilayahnya dalam hal ini di Ponpes Darul Arqam Makassar,

terkhusus untuk pimpinan dan pihak-pihak yang memiliki peran yang besar dalam menentukan sebuah kebijakan dalam sektor Pendidikan berbasis Kesehatan (lingkungan PONPES Darul Arqam Muhammadiyah Gombara Makassar) untuk kualitas SDM masyarakat Ponpes yang lebih baik.

Setelah Penelitian ini dilaksanakan, eksistensi Poskestren di Pondok Pesantren Darul Arqam Muhammadiyah Gombara Makassar semakin baik sebagaimana fungsi Kesehatan sekolah pada umumnya yakni sebagai sarana mengedukasi dan memberikan penyuluhan kepada masyarakat pondok pesantren akan pentingnya melakukan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), serta terbentuknya Juru Pemantau Jentik (JUMANTIK) dalam lingkup pondok pesantren.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan umum tentang Demam Berdarah *Dengue* (DBD)

1. Pengertian DBD

Penyakit DBD disebabkan oleh virus *Dengue* (termasuk group B Arthropod borne virus), merupakan bagian dari famili Flaviviridae, genus Flavivirus, melalui perantara (vektor) nyamuk *Aedes aegypti* (paling sering) dan jarang oleh *Aedes albopictus* (Heni Sunaryanti dan Iswahyuni, 2020).

Penyebab DD/DBD adalah oleh virus dengue anggota genus Flavivirus, diketahui empat serotipe virus dengue yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3 dan DEN-4. Nyamuk penular disebut vektor, yaitu nyamuk *Aedes* (Ae) dari subgenus *Stegomyia*. Vektor adalah hewan arthropoda yang dapat berperan sebagai penular penyakit. Vektor DD dan DBD di Indonesia adalah nyamuk *Aedes aegypti* sebagai vektor utama dan *Aedes albopictus* sebagai vektor sekunder. Spesies tersebut merupakan nyamuk pemukiman, stadium pradewasanya mempunyai habitat perkembangbiakan di tempat penampungan air/wadah yang berada di permukiman dengan air yang relatif jernih. Nyamuk *Aedes aegypti* lebih banyak ditemukan berkembang biak di tempat-tempat penampungan air buatan antara lain: bak mandi, ember, vas bunga,

tempat minum burung, kaleng bekas, ban bekas dan sejenisnya di dalam rumah meskipun juga ditemukan di luar rumah di wilayah perkotaan; sedangkan *Ae. albopictus* lebih banyak ditemukan di penampungan air alami di luar rumah, seperti axilla daun, lubang pohon, potongan bambu dan sejenisnya terutama di wilayah pinggiran kota dan pedesaan, namun juga ditemukan di tempat penampungan buatan di dalam dan di luar rumah. Spesies nyamuk tersebut mempunyai sifat antropofilik, artinya lebih memilih menghisap darah manusia, disamping itu juga bersifat multiple feeding artinya untuk memenuhi kebutuhan darah sampai kenyang dalam satu periode siklus gonotropik biasanya menghisap darah beberapa kali (Kemenkes RI, 2010).

2. Penyebaran penyakit DBD

Epidemi penyakit demam dengue (dengue fever/DF) pertama kali dilaporkan di Batavia oleh David Bylon pada tahun 1779. Penyakit ini disebut penyakit demam 5 hari. Wabah demam dengue terjadi pada tahun 1871 - 1873 di Zanzibar kemudian di Pantai Arab dan terus menyebar ke Samudra Hindia.

Kasus DBD pertama kali di Indonesia terjadi di Surabaya pada tahun 1968. Penyakit DBD ditemukan di 200 kota di 27 provinsi dan telah 13 terjadi KLB akibat DBD. Dari tahun 1968 sampai tahun 1972 wabah hanya dilaporkan di pulau Jawa. Epidemik pertama di luar pulau Jawa dilaporkan pada tahun 1972 di Sumatera Barat dan Lampung,

disusul pada tahun 1973 oleh epidemi di Riau, Sulawesi Utara, dan Bali pada tahun 1974 epidemi dilaporkan di Kalimantan Selatan dan Nusa Tenggara Barat. Pada tahun 1975, 20 provinsi melaporkan terjangkitnya epidemi (Soedarmo *et al*, 2005 dalam sumarni 2019).

Etiologi dan Masa Inkubasi DBD Penyakit DBD disebabkan oleh virus dengue dari kelompok Arbovirus B, yaitu arthropod-borne virus atau virus yang disebabkan oleh artropoda. Virus ini termasuk genus Flavivirus dari famili Flaviviridae. Ada empat serotipe yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3 dan DEN-4. Keempat serotipe ini ditemukan di berbagai daerah di Indonesia. Hasil penelitian di Indonesia menunjukkan bahwa DEN-3 sangat berkaitan dengan kasus DBD berat dan merupakan serotipe yang paling luas distribusinya disusul oleh DEN-2, DEN-3, dan DEN-4 (Widodo, 2012). Masa inkubasi DBD dimulai dari gigitan sampai timbul gejala, berlangsung selama dua minggu. Darah penderita sudah mengandung virus, yaitu sekitar 1 – 2 hari sebelum terserang demam. Virus tersebut berada dalam darah selama 5 – 8 hari (Satari *dan* Meilinsari, 2004).

3. Cara Penularannya

David Bylon (1779) melaporkan bahwa epidemiologi dengue di Batavia disebabkan oleh tiga faktor utama yaitu virus, manusia, dan 14 nyamuk. Vektor utama penyakit DBD adalah nyamuk *Aedes aegypti* (di daerah perkotaan) dan *Aedes albopictus* (di daerah pedesaan).

Nyamuk yang menjadi vektor penyakit DBD adalah nyamuk yang menjadi terinfeksi saat menggigit manusia yang sedang sakit dan viremia (terdapat virus dalam darahnya). Virus dapat pula ditularkan secara transovarial dari nyamuk ke telur-telurnya (Widoyono, 2011). Virus berkembang dalam tubuh nyamuk selama 8 – 10 hari terutama dalam kelenjar air liurnya, dan jika nyamuk ini menggigit orang lain maka virus *Dengue* akan dipindahkan bersama air liur nyamuk. Dalam tubuh manusia virus ini akan berkembang selama 4 – 6 hari dan responden tersebut akan mengalami sakit DBD (Wahyuningsih, 2014).

4. Tanda dan Gejala Penyakit DBD

Diagnosa penyakit DBD dapat dilihat berdasarkan kriteria diagnosa klinis dan laboratoris. Berikut ini tanda dan gejala penyakit DBD yang dapat dilihat dari penderita kasus DBD dengan diagnosa klinis dan laboratoris:

a. Diagnosa Klinis

- 1) Demam tinggi mendadak 2 sampai 7 hari ($38 - 40^{\circ} \text{C}$).
- 2) Manifestasi perdarahan dengan bentuk: uji Tourniquet positif, Petekie (bintik merah pada kulit), Purpura (pendarahan kecil di dalam kulit), Ekimosis, Perdarahan konjungtiva (pendarahan pada mata), Epistaksis (pendarahan hidung), Perdarahan gusi, Hematemesis (muntah darah), Melena (BAB darah) dan Hematuri (adanya darah dalam urin).

- 3) Perdarahan pada hidung dan gusi.
- 4) Rasa sakit pada otot dan persendian, timbul bintik-bintik merah pada kulit akibat pecahnya pembuluh darah.
- 5) Pembesaran hati (hepatomegali).
- 6) Renjatan (syok), tekanan nadi menurun menjadi 20 mmHg atau kurang, tekanan sistolik sampai 80 mmHg atau lebih rendah.
- 7) Gejala klinik lainnya yang sering menyertai yaitu anoreksia (hilangnya selera makan), lemah, mual, muntah, sakit perut, diare dan sakit kepala.

b. Diagnosa Laboratoris

- 1) Trombositopeni pada hari ke-3 sampai ke-7 ditemukan penurunan trombosit hingga 100.000 /mmHg.
- 2) Hemokonsentrasi, meningkatnya hematokrit sebanyak 20% atau lebih. (Wati, 2009).

5. Pencegahan penyakit DBD

Pencegahan penyakit DBD sangat tergantung pada pengendalian vektornya yaitu nyamuk *Aedes aegypti* pengendalian nyamuk tersebut dapat dilakukan dengan menggunakan beberapa metode yang tepat yaitu:

- a. Lingkungan Metode lingkungan untuk mengendalikan nyamuk tersebut antara lain dengan pemberantasan sarang nyamuk (PSN), pengendalian 16 sampah padat, memodifikasi tempat

perkembangbiakan nyamuk hasil samping kegiatan manusia dan perbaikan desain rumah. Sebagai contoh:

- 1) Menguras bak mandi / penampungan air sekurang-kurangnya sekali seminggu.
- 2) Mengganti / menguras vas bunga dan tempat minum burung seminggu sekali.
- 3) Menutup dengan rapat tempat penampungan air
- 4) Mengubur kaleng-kaleng bekas, aki bekas dan ban bekas di sekitar rumah dan lain sebagainya.

b. Biologis Pengendalian biologis antara lain dengan menggunakan ikan pemakan jentik (ikan adu/ikan cupang).

c. Kimiawi Cara pengendalian ini antara lain dengan:

- 1) Pengasapan / fogging yaitu dengan menggunakan malathion dan fenthion yang berguna untuk mengurangi kemungkinan penularan sampai batas waktu tertentu.
- 2) Memberikan bubuk abate (temephos) pada tempat-tempat penampungan air seperti gentong air, vas bunga, kolam dan lain-lain.

6. Epidemiologi

Epidemiologi DBD merupakan fenomena hubungan yang kompleks antara host, agent dan lingkungan. Manusia merupakan amplifying host dari virus termasuk di dalamnya virus *Dengue*. Agent

DBD adalah virus dengue dan dilaporkan ada 4 serotipe yaitu: DENV 1-4. Serotipe DENV dapat bersirkulasi secara tunggal, maupun lebih dari satu dalam area yang sama. Infeksi dari salah satu serotipe memberikan kekebalan dalam jangka panjang pada serotipe yang sama, namun tidak memberi kekebalan pada serotipe yang berbeda. Infeksi dengue sekunder berhubungan dengan peningkatan dampak derajat keparahan pada penderita (World Health Organization, 2015; Sanyaolu et al., 2017). Faktor lingkungan merupakan faktor yang kompleks meliputi lingkungan biotik, abiotik dan sosial. Perubahan iklim (climate change) banyak mempengaruhi faktor lingkungan yang lain, diantaranya curah hujan dan suhu. Curah hujan akan mempengaruhi bertambahnya habitat nyamuk vektor DBD terutama di luar rumah. Suhu yang hangat akan mempengaruhi kecepatan replikasi virus dan perkembangan larva vektor (Trapsilowati, et al., 2019).

B. Tinjauan Umum tentang *Aedes aegypti*

Aedes aegypti adalah spesies nyamuk tropis yang ditemukan di bumi, biasanya antara garis lintang 35U dan 35S, berhubungan dengan musim dingin isotherm 10C, *Aedes aegypti* juga dibatasi oleh ketinggian dan biasanya tidak ditemukan di atas ketinggian 1000 meter (WHO, 1999 dan Nahdah, 2013).

Salah satu vektor yang dapat menularkan suatu *infectious agent* adalah nyamuk *Aedes aegypti*. Spesies nyamuk ini berperan penting dalam

bidang kesehatan masyarakat di daerah tropik dan subtropik, sebagai vektor penyakit demam dengue (Dengue Fever atau DF), demam berdarah dengue (Dengue Hemorrhagic Fever atau DHF) dan Chikungunya. Tempat istirahat *Ae. aegypti* berupa semak-semak atau tanaman rendah termasuk rerumputan yang terdapat di kebun atau pekarangan rumah, juga berupa benda-benda yang tergantung di dalam rumah seperti pakaian, sarung, kopiah, dan sebagainya (Sasmilati *et al*, 2017).

Nyamuk *Aedes* tersebar di seluruh dunia dan diperkirakan mencapai 950 spesies. Nyamuk ini dapat menyebabkan gangguan isapan yang serius terhadap manusia dan binatang, baik di daerah tropik dan daerah beriklim lebih dingin. Beberapa spesies *Aedes* yang khas dalam subgenus yang besar memiliki peran penting secara medik, termasuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. *Aedes aegypti* yang tersebar luas di daerah tropik dan subtropik merupakan vektor penyakit demam kuning dan vektor utama virus dengue (DF dan DHF) termasuk di kawasan Asia Tenggara. *Aedes albopictus* merupakan 18 vektor sekunder yang juga penting dalam mempertahankan keberadaan virus. Nyamuk *Aedes* juga menularkan filariasis (Jati, 2015).

Secara umum nyamuk *Ae. aegypti* sebagaimana serangga lainnya mempunyai tanda pengenal sebagai berikut:

1. Terdiri dari tiga bagian, yaitu kepala, dada, dan perut.

2. Pada kepala terdapat sepasang antena yang rambut-rambut halus dan moncong yang panjang (proboscis) untuk menusuk kulit hewan atau manusia dan menghisap darahnya.
3. Pada dada ada 3 pasang kaki yang beruas serta sepasang sayap depan dan sayap belakang yang mengecil yang berfungsi sebagai penyeimbang (halter).

Berdasarkan Buku Pedoman Pengendalian DBD Kemenkes RI (2017), morfologi tahapan *Aedes aegypti* sebagai berikut:

a. Telur

Telur nyamuk *Aedes aegypti* berbentuk elips atau oval memanjang warna hitam, ukuran 0,5 - 0,8 mm, permukaan polygonal tidak memiliki alat penampung dan diletakkan satu per satu pada benda-benda yang terapung atau pada dinding bagian dalam tempat penampungan air (TPA) yang berbatasan langsung dengan permukaan air. Dilaporkan bahwa dari telur yang dilepas, sebanyak 85% melekat di dinding TPA, sedangkan 15% lainnya jatuh ke permukaan air. Pada umumnya nyamuk *Aedes aegypti* akan meletakkan telurnya pada suhu sekitar 20° sampai 30°C. Pada suhu 30°C telur 19 akan menetas setelah 1 sampai 3 hari dan pada suhu 16°C akan menetas dalam waktu 7 hari. Telur nyamuk *Aedes* sangat tahan terhadap kekeringan.

Telur berwarna hitam dengan ukuran $\pm 0,80$ mm, berbentuk oval yang mengapung satu persatu pada permukaan air yang jernih, atau

menempel pada dinding tempat penampung air. Telur dapat bertahan sampai \pm 6 bulan di tempat kering.



Gambar 1 Telur *Aedes aegypti* (Kemenkes RI 2013)

b. Larva / Jentik

Larva nyamuk *Aedes aegypti* mempunyai panjang 5 mm dan tubuhnya terdiri atas kepala, toraks, dan abdomen. Larva *aedes* memiliki sifon yang pendek, dan hanya ada sepasang sisir subventral yang jaraknya tidak lebih dari $\frac{1}{4}$ bagian dari pangkal sifon. Ciri-ciri tambahan yang membedakan larva I dengan genus lain adalah sekurang-kurangnya ada tiga pasang setae pada sirip ventral, antenna tidak melekat penuh dan tidak ada setae yang besar pada toraks. Ciri ini dapat membedakan larva *Aedes* dari kebanyakan genus Culicidae, kecuali haemagogus dari Amerika selatan. Larva bergerak aktif, mengambil oksigen dari permukaan air dan makanan pada dasar tempat perindukan.

Ada 4 tingkat (instar) jentik/larva sesuai dengan pertumbuhan larva tersebut, yaitu:

1. Instar I: berukuran paling kecil, yaitu 1-2 mm
2. Instar II: 2,5-3,8 mm
3. Instar III: lebih besar sedikit dari larva instar II
4. Instar IV: berukuran paling besar 5 mm



Gambar 2 Larva /Jentik *Aedes aegypti* (Kemenkes RI 2013)

c. Pupa

Pupa nyamuk *Aedes aegypti* bentuk tubuhnya bengkok dengan bagian kepala-dada (cephalothorax) lebih besar bila dibandingkan dengan bagian perutnya, sehingga tampak seperti koma. Pada bagian punggung (dorsal) dada terdapat alat bernapas seperti terompet. Pada ruas perut kedelapan terdapat sepasang alat pengunyah yang berguna untuk berenang.

Pupa berbentuk seperti 'koma'. Bentuknya lebih besar namun lebih ramping dibanding larva (jentik)nya. Pupa *Aedes aegypti* berukuran lebih kecil jika dibandingkan dengan rata-rata pupa nyamuk lain.



Gambar 3 Pupa Nyamuk *Aedes aegypti* (Kemenkes RI 2013)

d. Nyamuk Dewasa

Nyamuk *Aedes aegypti* dewasa memiliki ukuran sedang dengan tubuh berwarna hitam kecoklatan. Tubuh dan tungkainya ditutupi sisik dengan garis-garis putih keperakan. Di bagian punggung tubuhnya tampak 21 dua garis melengkung vertikal di bagian kiri dan kanan yang menjadi ciri dari spesies ini. Pada umumnya, sisik-sisik pada tubuh nyamuk mudah rontok atau terlepas sehingga menyulitkan identifikasi pada nyamuk-nyamuk tua. Ukuran dan warna nyamuk jenis ini kerap berbeda antar populasi, tergantung dari kondisi lingkungan dan nutrisi yang diperoleh nyamuk selama perkembangan. Nyamuk jantan dan betina tidak memiliki perbedaan dalam hal ukuran nyamuk jantan yang umumnya lebih kecil dari betina dan terdapatnya rambut-rambut tebal pada antena nyamuk jantan.

Kedua ciri ini dapat diamati dengan mata telanjang. *Aedes aegypti* bentuk domestik lebih pucat dan hitam kecokelatan.

Nyamuk dewasa Nyamuk dewasa berukuran lebih kecil jika dibandingkan dengan rata-rata nyamuk lain dan mempunyai warna dasar hitam dengan bintik-bintik putih pada bagian badan dan kaki.

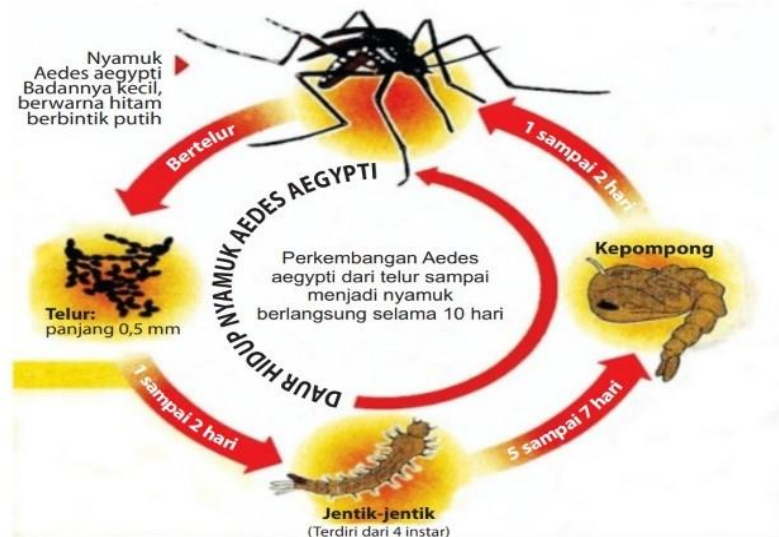


Gambar 4 Nyamuk *Aedes aegypti* (Rosen et al., 2015)

e. Siklus Hidup Nyamuk

Dalam siklus hidup nyamuk terdapat empat stadium, yaitu stadium telur, larva, pupa, dan dewasa. Stadium dewasa hidup di alam bebas, sedangkan ketiga stadium yang hidup dan berkembang di dalam air. Nyamuk meletakkan telurnya di tempat yang berair. Telur akan menetas menjadi stadium larva/jentik, terdiri dari instar 1-4. Stadium jentik memerlukan waktu kurang lebih satu minggu. Selanjutnya jentik akan berubah menjadi pupa. Pada stadium ini terjadi pembentukan sayap sehingga setelah cukup waktunya nyamuk yang keluar dari kepompong dapat terbang. Dari pupa akan keluar nyamuk/stadium dewasa. Nyamuk

jantan keluar lebih dahulu dari nyamuk betina, setelah nyamuk jantan keluar, maka jantan tersebut tetap tinggal di dekat sarang (breeding places). Kemudian setelah jenis yang betina keluar, maka si jantan kemudian akan mengawini betina sebelum betina tersebut mencari darah. Betina yang telah kawin akan beristirahat untuk sementara waktu (1-2 hari) kemudian baru mencari darah. Setelah perut penuh darah betina tersebut akan beristirahat lagi untuk menunggu proses pematangan telurnya. (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 50 Tahun 2017 Tentang standar baku mutu Kesehatan Lingkungan dan persyaratan Kesehatan untuk vektor dan binatang pembawa penyakit serta pengendaliannya).



Gambar 5 Siklus Hidup Nyamuk *Aedes aegypti* (Kemenkes RI 2013)

f. Perilaku Menghisap Darah

Nyamuk *Aedes aegypti* lebih banyak menghisap darah manusia di dalam rumah. Nyamuk *Aedes* setelah menghisap darah akan beristirahat untuk proses pematangan telur, setelah bertelur nyamuk beristirahat untuk kemudian menghisap darah kembali. Nyamuk *Aedes aegypti* lebih menyukai beristirahat di tempat yang gelap, lembab, tempat tersembunyi di dalam rumah atau bangunan, termasuk di bawah tempat tidur, kloset, kamar mandi, dan dapur. Selain itu juga bersembunyi pada benda-benda yang digantungkan seperti baju, tirai, dan dinding. Walaupun jarang, bisa ditemukan di luar rumah, di tanaman atau tempat terlindung lainnya (Ariyati, 2015).

Nyamuk *Aedes aegypti* menyenangi hinggap pada benda-benda yang tergantung seperti: pakaian, kelambu, atau tumbuh-tumbuhan di dekat tempat berkembangbiaknya, dan dalam ruangan yang agak gelap serta lembab. Setelah masa istirahat selesai, nyamuk itu akan meletakkan telurnya pada dinding bak mandi/WC, tempayan, drum, kaleng bekas, ban bekas, dan 22 lain-lain. Telur biasanya diletakkan sedikit di atas permukaan air, dan selanjutnya nyamuk akan mencari mangsanya (menghisap darah) lagi dan seterusnya (Depkes RI, 2008).

Nyamuk *Aedes* betina menghisap darah manusia pada waktu siang hari, dengan puncak kepadatan nyamuk pada jam 08.00 - 10.00 dan jam 15.00 - 17.00. Baik nyamuk *Ae. aegypti* maupun *Ae. albopictus* ditemukan

menghisap darah pada malam hari pukul 18.00-20.00 WITA, aktivitas *Ae. aegypti* dan *Ae. albopictus* terendah terjadi pada pukul 12.00-14.00 WITA (Syahribulan *et al.*, 2012).

Nyamuk betina menghisap darah yang dipergunakan untuk pematangan telur. Untuk mengenyangkan perutnya, nyamuk *Aedes* dapat menghisap darah beberapa kali dari 1 responden atau lebih, sehingga potensi untuk menularkan penyakit demam berdarah semakin banyak.

Nyamuk *Ae. aegypti* berkembangbiak di tempat penampungan air untuk keperluan sehari-hari atau barang-barang lain yang memungkinkan digenangi air, yaitu: bak mandi/WC, tempayan, drum, tempat minum burung, vas bunga, tempat penampungan air dispenser, kaleng dan ban bekas, tempurung kelapa, ketiak daun, dan lubang bambu ,(Ratnasari *et al.*, 2021) melaporkan bahwa larva *Ae. aegypti* dapat beradaptasi dan hidup di lingkungan/habitat air asin.

C. Tinjauan Umum tentang PSN 3M Plus

Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue (PSN DBD) merupakan tanggung jawab bersama seluruh elemen masyarakat. Masyarakat berperan penting dalam pemberantasan vektor, vektor DBD adalah nyamuk yang dapat menularkan, memindahkan dan atau menjadi sumber penularan DBD. Pengendalian vektor adalah upaya menurunkan faktor risiko penularan oleh vektor dengan meminimalkan habitat perkembangbiakan vektor, menurunkan kepadatan dan umur vektor,

mengurangi kontak antara vektor dengan manusia serta memutus rantai penularan vektor. Pengendalian vektor DBD yang paling efisien dan efektif adalah dengan memutus rantai penularan melalui pemberantasan jentik (Sartiwi *et al.*, 2019).

Pengendalian vektor adalah upaya menurunkan faktor risiko penularan oleh vektor dengan cara meminimalkan habitat perkembangbiakan vektor, menurunkan kepadatan dan umur vektor, mengurangi kontak antara vektor dengan manusia serta memutus rantai penularan penyakit. Metode pengendalian vektor DBD bersifat spesifik lokal, dengan mempertimbangkan faktor–faktor lingkungan fisik (cuaca/iklim, permukiman, tempat perkembangbiakan), lingkungan sosial-budaya (pengetahuan, sikap dan perilaku) dan aspek vektor (perilaku dan status kerentanan vektor). Pengendalian vektor dapat dilakukan secara fisik, biologi, kimia dan terpadu dari metode fisik, biologi dan kimia. Pengendalian fisik merupakan pilihan utama pengendalian vektor DBD melalui kegiatan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) (Kemenkes RI, 2020).

1. Pengendalian secara Fisik

Pengendalian fisik merupakan pilihan utama pengendalian vektor DBD melalui kegiatan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) dengan cara menguras bak mandi/bak penampungan air, menutup

rapat-rapat tempat penampungan air dan memanfaatkan kembali/mendaur ulang barang bekas yang berpotensi menjadi tempat perkembangbiakan jentik nyamuk (3M). PSN 3M akan memberikan hasil yang baik apabila dilakukan secara luas dan serentak, terus menerus dan berkesinambungan. PSN 3M sebaiknya dilakukan sekurang-kurangnya seminggu sekali sehingga terjadi pemutusan rantai pertumbuhan nyamuk pra dewasa tidak menjadi dewasa.

2. Pengendalian secara Biologi

Pengendalian vektor biologi menggunakan agent biologi antara lain:

- a. Predator/pemangsa jentik (hewan, serangga, parasit) sebagai musuh alami stadium pra dewasa nyamuk. Jenis predator yang digunakan adalah ikan pemakan jentik (cupang, tampalo, gabus, guppy, dll), sedangkan larva Capung (nympha), *Toxorhyncites*, *Mesocyclops* dapat juga berperan sebagai predator walau bukan sebagai metode yang lazim untuk pengendalian vektor DBD.
- b. Insektisida biologi untuk pengendalian DBD, diantaranya: Insect Growth Regulator (IGR) dan *Bacillus Thuringiensis Israelensis* (BTI) ditujukan untuk pengendalian stadium pra dewasa yang diaplikasikan kedalam habitat perkembangbiakan vektor.
- c. IGR mampu menghalangi pertumbuhan nyamuk di masa pra dewasa dengan cara merintang/menghambat proses chitin

synthesis selama masa jentik berganti kulit atau mengacaukan proses perubahan pupae dan nyamuk dewasa. IGRs memiliki tingkat racun yang sangat rendah terhadap mamalia (nilai LD50 untuk keracunan akut pada methoprene adalah 34.600 mg/kg).

- d. BTI sebagai salah satu pembasmi jentik nyamuk/larvasida yang ramah lingkungan. BTI terbukti aman bagi manusia bila digunakan dalam air minum pada dosis normal. Keunggulan BTI adalah menghancurkan jentik nyamuk tanpa menyerang predator entomophagus dan spesies lain. Formula BTI cenderung secara cepat mengendap di dasar wadah, karena itu dianjurkan pemakaian yang berulang kali.

3. Pengendalian secara Kimia

Golongan insektisida kimiawi untuk pengendalian DBD, antara lain:

- a. Sasaran dewasa (nyamuk) antara lain: Organophospat (Malathion, methylpirimiphos), Pyrethroid (Cypermethrine, Lamda-cyhalotrine, Cyflutrine, Permethrine, S-Bioalethrine dan lain-lain). Yang ditujukan untuk stadium dewasa yang diaplikasikan dengan cara pengabutan panas/fogging dan pengabutan dingin/ULV.
- b. Sasaran pra dewasa (jentik)/ larvasida antara lain: Organophospat (temephos), Piriproxifen dan lain-lain.

Program PSN 3M-plus merupakan cara yang tepat dalam mencegah terjadinya kasus DBD. PSN pada dasarnya merupakan pemberantasan jentik atau mencegah agar nyamuk tidak dapat berkembang biak. Cara ini merupakan cara yang paling mudah namun efektif dalam mencegah penyakit DBD yang sering kita sebut dengan istilah 3M plus yaitu dengan menutup tempat penampungan air, menguras bak mandi dan tempat penampungan air sekurang-kurangnya seminggu sekali serta menimbun sampah-sampah dan lubang-lubang pohon yang berpotensi sebagai tempat perkembangan jentik-jentik nyamuk. Selain itu juga dapat dilakukan dengan melakukan tindakan plus seperti memelihara ikan pemakan jentik-jentik nyamuk, menabur larvasida, menggunakan kelambu saat tidur, memasang kelambu, menyemprot dengan insektisida, menggunakan repellent, memasang obat nyamuk, memeriksa jentik nyamuk secara berkala serta tindakan lain yang sesuai dengan kondisi setempat. Supaya penerapan program PSN 3 M-plus dapat berhasil jika masyarakat mempunyai pengetahuan yang cukup tentang program tersebut (Alvita *et al.*, 2018).

Makna Plus adalah mengisi ulang air vas bunga, minuman burung seminggu sekali. Membersihkan saluran dan talang air rusak. Membersihkan/ mengeringkan tempat yang dapat menampung air seperti pelepah pisang. Mengeringkan tempat yang dapat menampung

air hujan misalnya di pekarangan dan kebun. Memelihara ikan pemakan jentik seperti ikan cupang, ikan kepala timah, dan lain-lain. Menggunakan obat nyamuk, memakai larvasidasi, menggunakan ovitrap. Larvitrap, atau mosquito trap. Menanam tanaman pengusir nyamuk, sebagai contoh lavender, kantong semar, sereh, zodiac, geranium dan lain-lain (Kurniawati, 2020).

PSN 3M Plus dengan menutup, menguras, serta mendaur ulang Plus memberikan penjelasan tentang perilaku menghilangkan sarang nyamuk vektor DBD dan langkah untuk mengurangi kontak atau gigitan nyamuk *Aedes*. Mengingat bahwa sarang nyamuk *Aedes* banyak terdapat di dalam rumah sehingga tindakan ini dinilai perlu dilakukan oleh masyarakat untuk menekan angka kejadian DBD. PSN 3M Plus adalah salah satu contoh perilaku hidup sehat karena berkaitan dengan upaya pencegahan penyakit dengan memutus rantai penularan DBD (Priesley *et al.*, 2018).

4. Metode Survei Jentik

Metode survei jentik dapat dilakukan dengan dua cara yaitu:

a. Cara Single Larva

Survei ini dilakukan dengan mengambil satu jentik di setiap tempat genangan air yang ditemukan jentik untuk diidentifikasi lebih lanjut.

b. Cara visual

Survei ini cukup dilakukan dengan melihat ada atau tidaknya jentik di setiap tempat genangan air tanpa mengambil jentiknya.

Dalam program pemberantasan penyakit DBD, survei jentik yang biasa digunakan adalah secara visual. Ukuran yang digunakan untuk mengetahui kepadatan jentik *Aedes aegypti* adalah sebagai berikut (WHO, 2009) dalam (Purnama, 2018):

- a. *House index* (HI) adalah jumlah rumah positif jentik dari seluruh rumah yang diperiksa.

$$HI = \frac{\text{jumlah rumah yang positif jentik}}{\text{jumlah rumah yang diperiksa}} \times 100\%$$

- b. *Container index* (CI) adalah jumlah kontainer yang ditemukan larva dari seluruh kontainer yang diperiksa.

$$CI = \frac{\text{jumlah kontainer yang positif jentik}}{\text{jumlah kontainer yang di periksa}} \times 100\%$$

- c. *Breteau index* (BI) adalah jumlah kontainer dengan larva dalam 100 rumah.

$$BI = \frac{\text{jumlah kontainer yang positif jentik}}{100 \text{ rumah yang di periksa}} \times 100\%$$

HI lebih menggambarkan penyebaran nyamuk di suatu wilayah. *Density figure* (DF) adalah kepadatan jentik *Aedes aegypti*

yang merupakan gabungan dari HI, CI, dan BI yang dinyatakan dengan skala 1-9 seperti Tabel berikut:

DF	HI	CI	BI
1	1-3	1-2	1-4
2	4-7	3-5	5-9
3	8-17	6-9	10-19
4	18-28	10-14	20-39
5	29-37	15-20	35-49
6	38-49	21-27	50-74
7	50-59	28-31	75-99
8	60-76	32-40	100-199
9	>77	>41	>200

Sumber: Depkes (2002)

Berdasarkan hasil survei larva, dapat ditentukan density figure. Density figure ditentukan setelah menghitung hasil HI, CI, BI, kemudian dibandingkan dengan tabel Larva index. Apabila angka DF kurang dari 1 menunjukkan risiko penularan rendah, 1-5 risiko penularan sedang dan diatas 5 risiko penularan tinggi.

D. Tinjauan umum tentang Pelatihan dan Pendampingan

1. Pelatihan

a. Definisi pelatihan

Menurut Mathis dan Jackson (2010), pelatihan adalah sebuah proses yang membantu seseorang dalam mengembangkan kemampuan yang dibutuhkannya dalam mengerjakan pekerjaannya. Oleh karena proses ini berhubungan dengan tujuan organisasi, pelatihan dapat dilihat baik secara sempit maupun secara luas. Ketika kemampuan seseorang untuk mengerjakan sesuatu terbatas karena kurangnya pengetahuan atau keterampilan yang dimiliki, maka pelatihan menjadi salah satu cara untuk menjembatani kesenjangan tersebut (Siberma 2006 dan Kosmaya, 2012).

b. Tujuan Pelatihan

Penetapan tujuan dan prioritas dalam pelaksanaan pelatihan difungsikan untuk mengurangi kesenjangan antara kemampuan yang harus dimiliki oleh seseorang dalam mengerjakan pekerjaan dengan kemampuan yang telah dimilikinya saat ini. Mathis dan Jackson (2010) mengemukakan 3 tujuan pelatihan, yaitu:

1) Sikap (*Attitude*)

Menumbuhkan ketertarikan dan kepedulian terhadap suatu hal.

2) Pengetahuan (*Knowledge*)

Menanamkan informasi secara kognitif dan detailnya kepada peserta pelatihan.

3) Keterampilan (*Skill*)

Mengembangkan perilaku dalam mengerjakan pekerjaan dan tugas-tugas yang dibutuhkan agar terjadi perubahan yang lebih baik.

c. Tahap-tahap dalam penyusunan program pelatihan

Sebuah rancangan program pelatihan yang baik, terdiri atas beberapa tahapan, Adapun tahapan-tahapan yang dimaksud diantaranya:

1) Analisis kebutuhan pelatihan

Pada tahap awal ini, pihak penyelenggara pelatihan harus memahami apa kebutuhan dari pihak yang akan dilatih, agar tujuan daripada pelatihan bisa tercapai sesuai harapan.

2) Menetapkan tujuan pelatihan

Tujuan dalam pelatihan harus spesifik dan dapat dihubungkan dengan hasil yang dapat diukur, tujuan pelatihan harus menjelaskan apa yang harus dicapai oleh peserta pelatihan saat menyelesaikan program pelatihan tersebut. Tujuan pelatihan juga sering disebut sebagai sasaran pelatihan.

3) Mengembangkan program dan materi

Pengembangan materi dan program pelatihan juga tidak boleh lepas dari penetapan proses pelatihan dan pendekatan proses pembelajaran.

4) Implementasi dan evaluasi

Evaluasi program pelatihan dilaksanakan untuk mengukur keberhasilan program pelatihan yang diberikan. Empat kriteria yang bisa dilakukan untuk mengevaluasi efektivitas program pelatihan adalah sebagai berikut, yaitu reaksi, pembelajaran, perilaku dan hasil.

2. Pendampingan

Pendampingan berasal dari suku kata “damping” artinya dekat, karib, rapat (persaudaraan). Kemudian diberi akhiran “an” menjadi “dampingan” yang artinya hidup bersama-sama bahu membahu dalam kehidupan. Selanjutnya diberi awalan “pen” menjadi kata “pendamping” artinya orang yang menyertai dan menemani, Pendampingan merupakan suatu bentuk tindakan yang menjurus pada pembelaan, dukungan atau suatu bentuk rekomendasi, kita menyebutnya pendampingan atau dalam bahasa Inggris dikenal dengan istilah *advocacy* (Hartati, 2013).

Pendampingan merupakan suatu bentuk upaya persuasif yang meliputi upaya memberikan nasehat, memberikan pandangan

rasionalisasi kepada seseorang, memberikan argumentasi yang bisa serta rekomendasi tindak lanjut mengenai suatu hal/ kejadian, juga menjadi bagian dari bentuk pendampingan (Kurniasari *et al.*, 2018 dalam Muliati dan Gunawan, 2020).

Program pendampingan merupakan kegiatan yang disusun sebagai sebuah paket kegiatan untuk memastikan bahwa peserta melakukan. Program pendampingan dimaksudkan untuk memberikan penguatan secara psikososial agar konselor sebaya dapat dengan mandiri dan percaya diri melakukan kegiatan konseling. Selain itu kegiatan pendampingan juga digunakan untuk melakukan sharing terhadap permasalahan yang dihadapi konseling dan permasalahan individu dalam melakukan kegiatan konseling (Shohib *et al.*, 2016).

Pendampingan merupakan interaksi dinamis antara kelompok masyarakat dan pendamping untuk secara bersama-sama menghadapi beragam tantangan seperti; merancang program perbaikan kehidupan sosial ekonomi, pendidikan, memobilisasi sumber daya masyarakat setempat, memecahkan masalah sosial, menciptakan atau membuka akses bagi pemenuhan kebutuhan, menjalin kerjasama dengan berbagai pihak yang relevan dengan konteks pemberdayaan masyarakat. Karenanya pendampingan dapat berperan penting bagi keberhasilan program pemberdayaan masyarakat. Pendampingan pula sering disamakan dengan

pembinaan, pengajaran, pengarahan. Karena memang sistem pendampingan mengacu pada kebersamaan, kesejajaran, samping-menysamping dan karenanya kedudukan antara pendamping dan yang didampingi sederajat, sehingga tidak ada dikotomi antara atasan dan bawahan. (Muliati dan Gunawan, 2020).

Pendampingan merupakan suatu aktivitas yang dilakukan melalui pembinaan, pengajaran, pengarahan dalam individu atau kelompok. Belajar merupakan satu faktor yang berperan penting dalam pembentukan pribadi dan perilaku individu (Abtokhi, 2012). Istilah pendampingan belajar berkaitan erat dengan proses dan hasil belajar anak, karena pendampingan diartikan bimbingan yang sifatnya lebih dekat dengan subjek yang dituju terutama dalam hal perkembangan belajar anak (Retno, 2013 dalam (Yulianingsih dkk, 2020)).

Terdapat tiga prinsip dasar pendampingan masyarakat yaitu (Maryani, Mustofa dan Septian Emma Dwi, 2018):

- a. Pelajar dari masyarakat, artinya untuk melakukan pemberdayaan masyarakat adalah dari, oleh, dan untuk masyarakat;
- b. Pendamping sebagai Fasilitator, Masyarakat sebagai Pelaku, artinya pendamping perlu menempatkan masyarakat sebagai pelaku utama sedangkan pendamping bersifat membimbing;

- c. Saling Belajar, Saling Berbagi Pengalaman, artinya pengetahuan masyarakat dan pengetahuan dari luar atau inovasi, harus dipilih secara arif dan atau saling melengkapi satu sama lainnya.

Metode pendampingan kelompok merupakan model belajar kooperatif terstruktur yang mengedepankan 5 unsur yaitu saling ketergantungan positif, interaksi tatap muka, tanggung jawab individu, komunikasi antar anggota, dan evaluasi proses (Bukit, 2016) dalam (Maryani *et al.*, 2018).

Tujuan pendampingan adalah pemberdayaan. Pemberdayaan berarti mengembangkan kekuatan atau kemampuan (daya), potensi, sumber daya manusia yang ada pada diri manusia agar mampu membela dirinya sendiri. Didalam kegiatan pendampingan perlu memiliki tujuan dan sasaran yang jelas dan dapat dilihat dari hasilnya. Salah satu cara melakukan pendampingan adalah melalui kunjungan ke lapangan. Tujuan kunjungan kelapangan ini adalah membina hubungan kedekatan dengan masyarakat, dan dari kedekatan dapat menimbulkan kepercayaan antara pendamping dengan yang didampingi. Adapun tujuan dari pendampingan antara lain (Nona dan Sudrajad, 2021):

- a. Memperkuat dan memperluas kelembagaan yang sedang dijalankan di masyarakat.
- b. Menumbuhkan dan menciptakan strategi agar berjalan dengan lancar dan tercapai tujuan yang dijalankan.

- c. Meningkatkan peran serta aparat maupun tokoh masyarakat dalam melaksanakan program pendampingan

Adapun beberapa tujuan yang telah dirumuskan oleh Mangunhardjana (1986:26) yakni untuk membantu suatu kelompok mendapatkan ilmu pengetahuan, informasi, kecakapan, sikap, perbuatan, perilaku hidup yang memadai dalam segi-segi pokok yang berhubungan dengan hidup pribadi, kebersamaan dengan orang lain, dan peran mereka dalam masyarakat, bangsa dan dunia. Di dalam suatu kegiatan pendampingan terdapat beberapa tujuan yang hendak dicapai melalui usaha ataupun proses pendampingan sesuai dengan kondisi kelompok masyarakat yang didampingi tersebut (Jannah dan Sihkabuden, 2018).

E. Tinjauan Umum tentang Perilaku

1. Batasan Perilaku

Dari segi biologi, perilaku adalah suatu kegiatan yang aktivitas organisme (makhluk hidup) yang bersangkutan. Oleh sebab itu, dari sudut pandang biologis semua makhluk hidup, mulai dari tumbuh-tumbuhan, binatang sampai dengan manusia itu berperilaku karena mereka mempunyai aktivitas masing-masing. Sehingga yang dimaksud dengan perilaku manusia, pada hakikatnya adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain; berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja,

kuliah, menulis, membaca dan sebagainya. Dari uraian ini dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud perilaku (manusia) adalah semua kegiatan / aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar.

Skinner (1938) seorang ahli psikologi, merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespon, maka teori Skinner ini disebut teori "S-O-R" atau Stimulus Organisasi Respons. Skinner membedakan adanya dua respons. Skinner membedakan adanya dua respons:

2. Respondent responsa tau reflexive, yakni respon yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan (stimulus) tertentu. Stimulus semacam ini disebut eliciting stimulation karena menimbulkan respon-respon yang relative tetap.
3. Operant respons atau instrumental respons, yakni respon yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau perangsang tertentu. Perangsang ini disebut reinforcing istimulation atau reinforcer, karena memperkuat respons.

Dilihat dari bentuk respons terhadap stimulus ini, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua.

1) Perilaku tertutup (*covert behavior*)

Respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tertutup atau terselubung (*covert*). Respon atau reaksi terhadap stimulus masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan/ kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain.

2) Perilaku terbuka (*over behaviour*)

Respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respons terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktik (*practice*), yang dengan mudah dapat diamati dan dilihat oleh orang lain.

4. Perilaku Kesehatan

Berdasarkan batasan perilaku dari Skinner tersebut, maka perilaku Kesehatan adalah suatu respon seseorang (organisme) terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, dan minuman serta lingkungan. Dari batasan ini perilaku kesehatan terdiri dari 3 aspek yaitu:

a. Perilaku Pemeliharaan Kesehatan (*Health Maintenance*).

Adalah perilaku atau usaha-usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga Kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk

penyembuhan bilamana sakit. Oleh sebab itu, perilaku pemeliharaan Kesehatan ini terdiri dari 3 aspek yaitu:

- 1) Perilaku pencegahan penyakit, dan penyembuhan sakit bila sakit, serta pemulihan Kesehatan bilamana telah sembuh dari penyakit.
 - 2) Perilaku peningkatan Kesehatan, apabila seseorang dalam keadaan sehat. Perlu dijelaskan disini, bahwa Kesehatan itu sangat dinamis dan relative maka dari itu orang yang sehatpun perlu diupayakan supaya mencapai tingkat Kesehatan yang seoptimal mungkin.
 - 3) Perilaku gizi (makanan) dan minuman. Makanan dan minuman dapat memelihara serta meningkatkan Kesehatan seseorang, tetapi sebaliknya makanan dan minuman dapat menjadi penyebab menurunnya Kesehatan seseorang, bahkan dapat mendatangkan penyakit. Hal ini sangat tergantung pada perilaku orang terhadap makanan dan minuman tersebut.
- b. Perilaku pencarian dan pencarian dan penggunaan *system* atau fasilitas pelayanan Kesehatan, atau sering disebut perilaku pencarian pengobatan (*health seeking behaviour*).
- Perilaku ini adalah menyangkut upaya atau tindakan seseorang pada menderita penyakit dan atau kecelakaan. Tindakan atau perilaku ini dimulai dari mengobati sendiri (*self treatment*) sampai mencari pengobatan keluar negeri.

c. Perilaku Kesehatan Lingkungan

Bagaimana seseorang merespon lingkungan, baik lingkungan fisik maupun social budaya, dan sebagainya, sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya. Dengan perkataan lain, bagaimana seseorang mengelola lingkungannya sehingga tidak mengganggu kesehatannya sendiri, keluarga atau masyarakat.

5. Domain Perilaku

Meskipun perilaku adalah bentuk respon atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar organisme (orang), namun dalam memberikan respon sangat tergantung pada karakteristik atau faktor-faktor lain dari orang yang bersangkutan. Hal ini berarti bahwa meskipun stimulus sama bagi beberapa orang, namun respon tiap-tiap orang berbeda. Faktor -faktor yang membedakan respons terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku.

Determinan perilaku ini dapat dibedakan menjadi dua, yakni:

- a. Determinan atau faktor internal, yakni karakteristik orang yang bersangkutan, yang bersifat *given* atau bawaan, misalnya: tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin, dan sebagainya.
- b. Faktor Determinan atau faktor eksternal, yakni lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik dan sebagainya. lingkungan ini

sering merupakan faktor yang dominan yang mewarnai perilaku seseorang.

Dari uraian di atas dapat dirumuskan bahwa perilaku adalah merupakan totalitas penghayatan dan aktivitas seseorang yang merupakan hasil Bersama atau *resultance* antara berbagai faktor, baik faktor internal maupun faktor eksternal. Dengan perkataan lain perilaku manusia sangatlah kompleks, dan mempunyai tantangan yang sangat luas. Benyamin Bloom (1908) seorang ahli psikologi Pendidikan membagi perilaku manusia itu kedalam 3 (tiga) *domain*, ranah atau Kawasan yakni:

- a) Kognitif (*cognitive*),
- b) efektif (*effective*),
- c) psikomotorik (*Psychomotor*).

Dalam perkembangannya hasil Pendidikan Kesehatan yakni:

1. Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam pembentukan tindakan seseorang (*over behaviour*).

a. Proses Adopsi

Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rogers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni:

- a. *Awernes* (Kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu.
- b. *Interest*, yakni orang mulai tertarik kepada stimulus,
- c. *Evaluation* (menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya). Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi,
- d. *Trial*, orang telah mulai mencoba perilaku baru,
- e. *Adoption*, subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

Namun demikian, dari penelitian selanjutnya Rogers menyimpulkan bahwa perubahan perilaku tidak selalu melewati tahap-tahap diatas.

Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini didasari oleh pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*). Sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama.

b. Tingkat pengetahuan didalam domain kognitif

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan.

1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat Kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari suatu bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu merupakan tingkatan pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.

2) Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang

diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham pada objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

3) Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (Sebenarnya). Aplikasi di sini dapat diartikan sebagai aplikasi atau menggunakan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam metode yang lain.

4) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih didalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.

5) Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjukkan kepada sesuatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian

didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru, dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk Menyusun formulasi baru dari formulasi – formulasi yang ada.

6) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman penelitian yang akan kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan-tingkatan diatas.

2. Sikap (*attitude*)

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap sesuatu stimulus atau objek. Diagram di bawa ini dapat lebih menjelaskan uraian terhadap sikap:

a) Komponen Pokok Sikap

Dalam bagian lain Allport (1945) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok:

- 1) Kepercayaan (Keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu objek.
- 2) Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek.
- 3) Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*).

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting.

b) Berbagai tingkatan sikap

Seperti halnya dengan pengetahuan, sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan.

1) Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).

2) Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, terlepas pengerjaan itu benar atau salah, adalah berarti bahwa orang menerima ide tersebut.

3) Menghargai (*Valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

4) Bertanggungjawab (*responsible*)

Bertanggungjawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi.

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat atau pernyataan responden terhadap suatu objek.

1. Praktik atau Tindakan (*Practice*)

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*over behaviour*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas. Disamping faktor fasilitas, juga diperlukan faktor dukungan (*support*) dari pihak lain. Praktik ini mempunyai beberapa tindakan.

a) Persepsi (*perception*)

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktik tingkat pertama.

b) Respons terpimpin (*guided response*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktik tingkat dua.

c) Mekanisme (*Mecanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu telah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktik tingkat tiga.

d) Adopsi (*adoption*)

Adaptasi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

6. Perubahan (Adopsi) Perilaku dan Indikatornya

Perubahan atau adopsi perilaku baru adalah suatu proses yang kompleks dan memerlukan waktu yang relatif lama. Secara teori

perubahan perilaku atau seseorang menerima atau mengadopsi perilaku baru dalam kehidupannya melalui 3 tahap.

a. Pengetahuan

Sebelum seseorang mengadopsi perilaku (berperilaku baru), ia harus terlebih dahulu tahu apa arti atau manfaat perilaku tersebut bagi dirinya atau keluarganya. Orang akan melakukan Pemberantasan Saran Nyamuk (PSN) apabila ia tahu apa tujuan dan manfaatnya bagi Kesehatan atau keluarganya, dan apa bahaya-bahayanya jika tidak melakukan PSN tersebut. Indikator-indikator apa yang dapat digunakan untuk mengetahui tingkat pengetahuan atau kesadaran terhadap Kesehatan, dapat dikelompokkan menjadi:

- 1) Pengetahuan tentang sakit dan penyakit yang meliputi:
 - a) Penyebab penyakit
 - b) Gejala atau tanda-tanda penyakit
 - c) Bagaimana cara pengobatan, atau kemana mencari pengobatan
 - d) Bagaimana cara penularannya
 - e) Bagaimana cara pencegahannya termasuk imunisasi, dan sebagainya
- 2) Pengetahuan tentang cara pemeliharaan Kesehatan dan cara hidup sehat, meliputi:

- 1) Jenis-jenis makanan yang bergizi
 - 2) Manfaat makanan bergizi bagi Kesehatannya
 - 3) Pentingnya olahraga bagi kesehatannya
 - 4) Pentingnya olahraga bagi Kesehatan
 - 5) Penyakit-penyakit atau bahaya merokok, minum-minum keras, narkoba, dan sebagainya
 - 6) Pentingnya istirahat cukup, relaksasi, rekreasi, dan sebagainya bagi Kesehatan, dan sebagainya.
- 3) Pengetahuan tentang Kesehatan lingkungan
- 1) Manfaat air bersih
 - 2) Cara-cara membuang limbah yang sehat, termasuk pembuangan kotoran yang sehat, dan sampah
 - 3) Manfaat pencahayaan dan penerangan rumah yang sehat
 - 4) Akibat polusi (polusi air, udara, dan tanah) bagi Kesehatan dan sebagainya.

b. Sikap

Telah diuraikan di atas bahwa sikap adalah penilaian (bisa berupa pendapat) seseorang terhadap stimulus atau objek (dalam hal ini adalah masalah Kesehatan, termasuk penyakit). Setelah seseorang mengetahui tentang stimulus atau objek, proses selanjutnya akan menilai atau bersikap terhadap stimulus atau

objek tersebut, oleh sebab itu indikator untuk sikap Kesehatan itu juga sejalan dengan pengetahuan Kesehatan seperti di atas, yakni:

a) Sikap terhadap sakit dan penyakit

Adalah bagaimana penilaian atau pendapat seseorang terhadap gejala atau tanda-tanda penyakit, penyebab penyakit, cara pencegahan penyakit dan sebagainya.

b) Sikap cara pemeliharaan dan cara hidup sehat

Adalah penilaian atau pendapat seseorang terhadap cara-cara (berperilaku) hidup sehat. Dengan perkataan lain pendapat atau penilaian terhadap makanan, minuman, olahraga, relaksasi (istirahat) atau istirahat cukup, dan sebagainya bagi kesehatannya.

c) Sikap terhadap Kesehatan lingkungan

Adalah pendapat atau penilaian seseorang terhadap lingkungan dan pengaruhnya terhadap Kesehatan.

c. Tindakan

Setelah seseorang mengetahui stimulus atau Kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan ia akan melaksanakan atau mempraktikkan apa yang diketahui atau disikapinya (dinilai baik). Inilah yang disebut praktik (*practice*) Kesehatan, atau dapat juga dikatakan perilaku Kesehatan (*over behaviour*). Oleh sebab itu

indikator tindakan praktik Kesehatan ini juga mencakup hal-hal tersebut diatas, yakni:

a) Tindakan (*praktik*) sehubungan dengan penyakit

Tindakan atau perilaku ini mencakup pencegahan penyakit, dan mengimunisasi anaknya.

b) Tindakan (*Praktik*) pemeliharaan dan peningkatan Kesehatan.

Tindakan atau perilaku ini mencakup antara lain; mengkonsumsi makanan dengan gizi seimbang, melakukan olahraga secara teratur, tidak merokok, dan tidak meminum minuman keras.

c) Tindakan (*praktik*) Kesehatan lingkungan

Perilaku ini antara lain mencakup; membuang air besar di jamban (wc), membuang sampah di tempat sampah, menggunakan air bersih untuk mandi, cuci, masak dan sebagainya.

Secara teori memang perubahan perilaku atau mengadopsi perilaku baru itu, mengikuti tahap-tahap yang telah disebutkan diatas yakni melalui proses perubahan pengetahuan, sikap dan praktik.

F. Tinjauan Umum tentang Pondok Pesantren

1. Pengertian Pondok Pesantren

Pondok pesantren merupakan lembaga pendidikan Islam yang mempunyai peranan penting dalam sejarah Islam di Indonesia, khususnya di pulau Jawa dan Madura. Pondok pesantren, jika di Aceh disebut rangkang atau meunasah, sedangkan di Sumatra Barat disebut surau. Istilah pondok pesantren dalam pemahaman sehari-hari kadang-kadang hanya disebut pondok atau pesantren saja dan bisa juga disebut secara bersama-sama, pondok pesantren. Di Indonesia lebih populer dengan sebutan pondok pesantren (Kariyanto, 2019).

Pesantren adalah lembaga pendidikan keagamaan yang menjadi referensi masyarakat sekitar, sekaligus lembaga yang memiliki peran sosial dan mampu menggerakkan swadaya serta swakarsa masyarakat, mampu memperbaiki lingkungan hidup dari segi rohaniah dan jasmaniah. Selain itu, pesantren merupakan lembaga yang menyatu dan memahami masyarakat. Santri tidak hanya belajar ilmu-ilmu agama, namun juga belajar bermasyarakat. Kehidupan di pesantren dapat disebut sebagai miniatur kehidupan masyarakat. Sehingga fungsi sosial pesantren mempunyai arti penting dalam penyebaran gagasan baru atau perkembangan modernisasi di masyarakat (Nisa, 2019).

Pesantren merupakan sistem pendidikan yang tertua saat ini dan dianggap sebagai produk budaya Indonesia yang indigenous. Mulai muncul masyarakat Islam di Nusantara pada abad ke-13, seiring dengan itu mulailah ada pendidikan Agama Islam seperti pesantren. Setelah beberapa abad berlalu, pendidikan tersebut semakin teratur bersamaan dengan tumbuhnya pengajian di berbagai tempat. Bentuk ini kemudian berkembang dengan pendirian tempat-tempat menginap para pelajar (santri), yang kemudian disebut pesantren (Shofiyah *et al.*, 2019).

Sedangkan pondok pesantren menurut istilah sebagaimana yang dikemukakan oleh para ahli adalah sebagai berikut:

- a. Pondok pesantren adalah suatu lembaga pendidikan agama Islam yang tumbuh serta diakui masyarakat sekitar, dengan sistem asrama (komplek) dimana santri-santri menerima pendidikan agama melalui sistem pengajian atau madrasah yang sepenuhnya berada di bawah kedaulatan leadership seorang atau beberapa orang kiai dengan ciri-ciri khas yang bersifat karismatik serta independen dalam segala hal (Arifin sebagaimana dikutip oleh Qomar).
- b. Pondok pesantren adalah kompleks dengan lokasi yang umumnya terpisah dari kehidupan sekitarnya. Dalam kompleks itu terdiri beberapa buah bangunan: rumah pengasuh, sebuah surau atau

masjid, dan asrama tempat tinggal santri. Berangkat dari beberapa pengertian tentang pondok pesantren di atas, maka dapat diambil kesimpulan bahwa pondok pesantren adalah suatu lembaga pendidikan Islam yang terdiri dari kompleks yang di dalamnya terdapat seorang kiai (pendidik), yang mengajar dan mendidik para santri (anak didik) dengan sarana-sarana seperti masjid yang digunakan untuk menyelenggarakan pendidikan tersebut, serta didukung dengan adanya asrama atau pondok sebagai tempat tinggal para santri (Wahid).

2. Tujuan Pondok Pesantren

Adapun tujuan pondok pesantren menurut Ziemiek sebagaimana dikutip oleh Qomar adalah “membentuk kepribadian, memantapkan akhlak dan melengkapinya dengan pengetahuan”.⁸ Sementara itu Arifin mengemukakan bahwa tujuan pondok pesantren ada 2 yaitu:

a. Tujuan umum

Membimbing anak didik untuk menjadi manusia yang berkepribadian Islam dengan ilmu agamanya ia sanggup menjadi muballigh Islam dalam masyarakat sekitar melalui ilmu dan amalnya.

b. Tujuan khusus

Mempersiapkan para santri untuk menjadi orang alim dalam ilmu agama yang diajarkan oleh kiai yang bersangkutan serta

mengamalkannya dalam masyarakat. Sedangkan tujuan institusional pondok pesantren yang lebih luas dengan tetap mempertahankan hakikatnya dan diharapkan menjadi tujuan pondok pesantren secara nasional pernah diputuskan dalam Musyawarah/Lokakarya Intensifikasi Perkembangan Pondok Pesantren di Jakarta yang berlangsung pada 2 s/d 6 Mei 1978, yang dikutip oleh Qomar: Tujuan umum pesantren adalah membina warga negara agar berkepribadian Muslim sesuai dengan ajaran-ajaran agama Islam dan menanamkan rasa keagamaan tersebut pada semua segi kehidupannya serta menjadikannya sebagai orang yang berguna bagi agama, masyarakat, dan negara. Adapun tujuan khusus pesantren adalah sebagai berikut:

- 1) Mendidik siswa/santri anggota masyarakat untuk menjadi seorang Muslim yang bertakwa kepada Allah SWT, berakhlak mulia, memiliki kecerdasan, keterampilan dan sehat lahir batin sebagai warga Negara yang berpancasila;
- 2) Mendidik siswa/santri untuk menjadikan manusia Muslim selaku kader-kader ulama dan mubaligh yang berjiwa ikhlas, tabah, tangguh, wiraswasta dalam mengamalkan sejarah Islam secara utuh dan dinamis;
- 3) Memperoleh kepribadian dan mempertebal semangat kebangsaan agar dapat menumbuhkan manusia-manusia

- pembangunan yang dapat membangun dirinya dan bertanggungjawab kepada pembangunan bangsa dan Negara;
- 4) Mendidik tenaga-tenaga penyuluh pembangunan mikro (keluarga) dan regional (pedesaan/masyarakat lingkungannya);
 - 5) Agar menjadi tenaga-tenaga yang cakap dalam berbagai sektor pembangunan, khususnya pembangunan mental spiritual;
 - 6) Untuk membantu meningkatkan kesejahteraan sosial masyarakat lingkungan dalam rangka usaha pembangunan bangsa.

3. Elemen-elemen Pondok Pesantren

Pondok pesantren adalah lembaga pendidikan Islam tertua di Indonesia yang tumbuh dan berkembangnya diakui oleh masyarakat. Sebuah pondok pesantren memiliki lima elemen dasar yang terdiri dari: pondok, masjid, santri, pengajaran kitab-kitab Islam klasik dan kiai.

a) Pondok

Istilah pondok berasal dari pengertian asrama para santri (pondok) atau tempat tinggal yang dibuat dari bambu, atau barangkali berasal dari kata Arab fundug, yang berarti hotel atau asrama. Keadaan pondok pada masa kolonial digambarkan Hurgronje sebagaimana dikutip Arifin: Pondok terdiri dari sebuah gedung berbentuk persegi, biasanya dibangun dari bambu, tetapi di desa-desa yang agak makmur tiang-tiangnya terdiri dari kayu dan

batangnya juga terbuat dari kayu. Tangga pondok dihubungkan ke sumur oleh sederet batu-batu titian., sehingga santri yang kebanyakan tidak bersepatu itu dapat mencuci kakinya sebelum naik ke pondok. Pondok yang sederhana hanya terdiri dari ruangan besar yang didiami bersama. Terdapat juga pondok yang agak sempurna dimana didapati sebuah gang (lorong) yang dihubungkan oleh pintu-pintu. Di sebelah kiri kanan gang terdapat kamar kecil-kecil dengan pintunya yang sempit, sehingga sewaktu memasuki kamar itu orang terpaksa harus membungkuk, jendelanya kecil-kecil dan memakai terali. Perabot di dalamnya sangat sederhana. Di depan jendela yang kecil itu terdapat tikar pandan atau rotan dan sebuah meja pendek dari bambu atau dari kayu, di atasnya terletak beberapa kitab.¹⁴ Berbeda dengan apa yang dideskripsikan oleh Hurgronje di atas, dewasa ini keberadaan pondok sebagai tempat tinggal santri sudah mengalami perkembangan sedemikian rupa hingga komponen-komponen yang dimaksudkan semakin lama semakin bertambah dan dilengkapi dengan fasilitas-fasilitas yang lebih memadai.

b) Masjid

Masjid merupakan elemen yang tidak dapat dipisahkan dengan pesantren dan dianggap sebagai tempat yang paling tepat untuk mendidik para santri, terutama dalam praktek sembahyang

lima waktu, khutbah dan sembahyang Jum'at, dan pengajaran kitab-kitab Islam klasik.¹⁵ Kedudukan masjid sebagai pusat pendidikan dalam pondok pesantren merupakan manifestasi universalisme dari sistem pendidikan Islam tradisional, sebab sejak zaman lahirnya Islam (Nabi Muhammad), masjid telah menjadi pusat pendidikan Islam. Para kiai selalu mengajar murid-muridnya (santri) di masjid dan menganggap masjid sebagai tempat yang paling tepat untuk menanamkan disiplin kepada santri dalam mengerjakan sholat lima waktu, memperoleh pengetahuan agama dan kewajiban agama yang lain. Oleh karena itu, masjid merupakan elemen penting dari sebuah pondok pesantren. Santri merupakan peserta didik atau objek pendidikan. Santri merupakan sebutan bagi para siswa yang belajar mendalami agama di pesantren, para santri tinggal dalam pondok yang menyerupai asrama biara, dan disana mereka memasak dan mencuci pakaiannya sendiri, mereka belajar tanpa terikat waktu sebab mereka mengutamakan beribadah, termasuk belajarpun dianggap sebagai ibadah.

c) Pengajaran kitab-kitab Islam klasik

Penyebutan kitab-kitab Islam klasik di dunia pondok pesantren lebih populer dengan sebutan "kitab-kitab kuning", tetapi asal usul istilah ini belum diketahui secara pasti. Menurut Nasuha sebagaimana dikutip oleh Arifin, penyebutan batasan terminologi

kitab kuning, mungkin membatasi dengan tahun karangan, ada yang membatasi dengan madzab teologi, ada yang membatasi dengan istilah mu'tabarah dan sebagainya. Sebagian yang lain beranggapan disebabkan oleh warna kertas dari kitab-kitab tersebut berwarna kuning, tetapi argumen ini kurang tepat sebab pada saat ini kitab-kitab Islam klasik sudah banyak dicetak dengan memakai kertas putih yang umum dipakai di dunia percetakan. Kitab-kitab kuning yang diajarkan di pondok pesantren dapat digolongkan kedalam 8 kelompok, yaitu: (nahwu dan shorof; fiqh; ushul fiqh; hadits; tafsir; tauhid; tasawuf dan etika)

Kitab kuning dan pesantren merupakan dua sisi (aspek) yang tidak bisa dipisahkan, dan tidak bisa saling meniadakan. Ibarat mata uang, antar satu sisi dengan sisi lainnya yang saling terkait erat. Kitab kuning sebagai salah satu unsur mutlak dari pengajaran di pondok pesantren sedemikian penting dalam proses terbentuknya kecerdasan intelektual dan moralitas kesalehan pada diri santri. Oleh karena itu eksistensi kitab kuning dalam sebuah pondok pesantren menempati posisi yang urgen, sehingga dipandang sebagai salah satu unsur yang membentuk wujud pondok pesantren itu sendiri, di samping kiai, santri, masjid dan pondok.

d) Kiai

Kata kiai bukan berasal dari bahasa Arab melainkan dari bahasa Jawa. Dalam terminologi Jawa, kata kiai memiliki makna sesuatu yang diyakini memiliki tuah atau keramat. Artinya segala sesuatu yang memiliki keistimewaan dan keluarbiasaan dibandingkan yang lain, dalam terminologi Jawa dapat dikategorikan kiai.

Namun pengertian yang lebih luas di Indonesia, sebutan kiai dimaksudkan untuk para pendiri dan pemimpin pondok pesantren, yang sebagai muslim terpelajar telah membaktikan hidupnya untuk Allah serta menyebarkan dan memperdalam ajaran-ajaran dan pandangan Islam melalui kegiatan keagamaan.

Dilingkungan pondok pesantren, keberadaan kiai sangat signifikan. Segala bentuk pemikiran, tindak tanduk, dan perilaku kiai dipandang selalu benar serta menjadi figur teladan bagi santri. Kiai kemudian memiliki otoritas dan karisma yang memuncak, dimana ketaatan santri menjadi sesuatu yang sangat niscaya.

Kiai di mata santri lebih dari sekedar guru dalam pengertian modern yang dikenal saat ini. Kiai adalah sosok yang dicontoh segala perilakunya dan digali ilmunya. Bahkan dalam konteks pondok pesantren, kiai berwujud sebagai raja-raja kecil yang memiliki otoritas penuh terhadap pondok pesantren dan santri.

Suara kiai adalah titah yang wajib ditaati, karena dalam tradisi pondok pesantren kiai bukan hanya figur spiritual yang memiliki titisan “pewaris para nabi”, tetapi juga sebagai simbol penguasa kecil yang sangat otokratif terhadap masyarakat pesantren. Kepatuhan dan ketundukan terhadap kiai dalam segala hal, baik qaulan, fi’lan, dan taqrirannya merupakan fakta ketundukan dalam kehidupan masyarakat pesantren.

4. Tipologi Pondok Pesantren

Pondok pesantren merupakan hasil usaha mandiri kiai yang dibantu santri dan masyarakat, sehingga memiliki berbagai bentuk. Selama ini belum pernah terjadi, dan barangkali cukup sulit terjadi penyeragaman pesantren dalam skala nasional.

Setiap pesantren memiliki ciri khusus akibat perbedaan selera kiai dan keadaan sosial budaya maupun sosial geografis yang mengelilinginya. Sejak awal pertumbuhannya, pondok pesantren memiliki bentuk yang beragam sehingga tidak ada suatu standarisasi khusus yang berlaku bagi pondok pesantren. Menurut M. Sulthon dan Moh.Khusnuridlo, dilihat dari segi kurikulum dan materi yang diajarkan, pondok pesantren dapat digolongkan ke dalam empat tipe, yaitu:

- a) Pesantren yang menyelenggarakan pendidikan formal dengan menerapkan kurikulum nasional, baik yang hanya memiliki sekolah

keagamaan (MI, MTs, MA, dan PT Agama Islam) maupun yang juga memiliki sekolah umum (SD, SMP, SMU, dan PT Umum).

- b) Pesantren yang menyelenggarakan pendidikan keagamaan dalam bentuk madrasah dan mengajarkan ilmu-ilmu umum meski tidak menerapkan kurikulum nasional.
- c) Pesantren yang hanya sekedar menjadi tempat pengajian.

5. Sistem Pendidikan Pondok Pesantren

Sistem pendidikan di pondok pesantren sangat erat hubungannya dengan tipologi maupun ciri-ciri (karakteristik) pondok pesantren itu sendiri. Dalam melaksanakan proses pendidikan sebagian besar pondok pesantren di Indonesia pada umumnya menggunakan sistem pendidikan yang bersifat tradisional, namun ada juga pondok pesantren yang melakukan inovasi dalam mengembangkan sistem pendidikannya menjadi sebuah sistem pendidikan yang lebih modern.

a. Sistem pendidikan tradisional

Sistem tradisional adalah sistem yang berangkat dari pola pengajaran yang sangat sederhana dalam mengkaji kitab-kitab agama yang ditulis para ulama zaman abad pertengahan, dan kitab-kitab itu disebut dengan istilah “Kitab kuning”. Sementara metode-metode yang digunakan dalam sistem pendidikan tradisional terdiri

atas: metode sorogan, metode wetonan atau bandongan, metode muhawaroh, metode mudzakaroh, dan metode majlis ta'lim.

b. Sistem pendidikan modern

Dalam perkembangan pondok pesantren tidaklah semata-mata tumbuh pola lama yang bersifat tradisional, melainkan dilakukan suatu inovasi dalam pengembangan suatu sistem, yaitu sistem yang modern. Namun bukan berarti dengan adanya sistem pendidikan pesantren yang modern lantas meniadakan sistem pendidikan yang tradisional yang selama ini sudah mengakar kuat dalam diri pondok pesantren. Sistem pendidikan modern merupakan penyempurna dari sistem pendidikan tradisional yang sudah ada. Atau dengan kata lain, memadukan antara tradisi dan modernitas untuk mewujudkan sistem pendidikan sinergi. Dalam gerakan pembaruan tersebut, pondok pesantren kemudian mulai mengembangkan metode pengajaran dengan sistem madrasa (sistem klasikal), sistem kursus (terkhusus), dan sistem pelatihan.

G. Tabel Sintesa

No	Peneliti (Tahun)	Judul dan Nama Jurnal	Desain Penelitian	Sampel	Temuan
1	(Indra, 2020)	Pengaruh pelatihan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) terhadap pengetahuan, sikap dan tindakan pengelola terminal serta densitas larva <i>Aedes aegypti</i> di terminal regional Daya kota Makassar.	<i>Pra Eksperimen ,dengn pendekatan one group pretest posttest</i>	Kontainer dan peserta pelatihan.	Ada Pengaruh Pelatihan PSN 3M Plus terhadap pengetahuan, sikap dan tindakan pengelola terminal regional Daya Kota Makassar.
2	(Elisa Lesar, Woodford B.S.josep, 2020)	Gambaran Pengetahuan dan tindakan masyarakat tentang pengendalian vektor Demam Berdarah Dengue di Desa toure Kabupaten Minahasa tahun 2020. Jurnal KESMAS, Vol. 9, No 7	<i>Survei Diskriptif</i>	Masyarakat di desa Toure sebanyak 77 KK.	Tindakan masyarakat tentang pengendalian vektor DBD di Desa Toure Kecamatan Tompasso tahun 2020 paling banyak terdistribusi pada kategori tidak baik. Tindakan paling rendah pada tindakan ikut serta dari kegiatan PSN Bersama.

3	(Sutriawan, Aba dan Habibi, 2020)	<p>Determinan epidemiologi Demam Berdarah Dengue (DBD) di daerah Perkotaan: Studi Retrospektif.</p> <p>Jurnal JNPH Volume 8 No. 2 (Oktober 2020)</p>	<p><i>Metode penelitian yang digunakan adalah kuantitatif, desain kasus kontrol.</i></p>	<p>sampel kasus sebanyak 217 responden. Pengambilan sampel kontrol menggunakan perbandingan satu berbanding satu, sehingga jumlah seluruh sampel sebanyak 434 responden.</p>	<p>Faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian DBD adalah Sikap, pemberantasan sarang nyamuk, penggunaan obat nyamuk, penggunaan kelambu, jentik nyamuk, kepadatan hunian, pemantauan jentik berkala, fogging, larvasida, dan edukasi DBD. Penentu epidemiologi yang paling dominan dari kejadian DBD adalah jentik nyamuk. Orang yang tinggal serumah dengan jentik nyamuk memiliki peluang 4,1 kali lipat untuk terjangkit DBD.</p>
4	(Purnawinadi dkk., 2020)	<p>Penyidikan epidemiologi Kejadian Demam Berdarah Dengue.</p>	<p><i>survei dan observasional analitik dengan pendekatan</i></p>	<p>semua penderita yang dirawat dan didiagnosa</p>	<p>Adanya KLB DBD sering rancu dengan adanya KLB Chikungunya, oleh karena itu berdasarkan hasil wawancara terhadap penderita dan</p>

		<p>Klabat Jurnal Of Nursing Volume 2, No. 2, Oktober 2020.</p> <p><i>Jurnal:Klabat Journal Of Nursing e-ISSN: 2685-7154 Volume 2, No. 2, Oktober 2020</i></p>	<i>eksploratif deskriptif.</i>	<p>oleh Dokter Puskesmas dan Rumah Sakit, sebagai penderita DBD yang ditemukan pada minggu epidemiologi ke-37 tahun 2014 yaitu bulan Oktober sampai minggu epidemiologi ke-7 2015 pada bulan Februari.</p>	<p>observasi hasil laboratorium pasien dari RS, yaitu diagnosa didukung dengan pemeriksaan serologis berupa pemeriksaan IgM dan IgG Antidengue</p>
5	(Kurniawati dan Ekawati, 2020)	<p>Analisis 3M plus Sebagai upaya Pencegahan Penularan Demam Berdarah Dengue Diwilayah Puskesmas Margaaasih Kabupaten Bandung.</p> <p>Jurnal Vektor dan Reservoir Penyakit</p>	<i>observasional dengan pendekatan cross-sectional</i>	<p>Sampel penelitian ini berjumlah 95 KK. Teknik Pengambilan Sampel dengan stratified random sampling di RW 13 dan</p>	<p>Hasil uji bivariat menunjukkan terdapat hubungan antara kegiatan menguras penampungan air, kegiatan menutup penampungan air, mendaur ulang barang-barang bekas yang dapat menampung air dan kebiasaan menggantung baju dengan kejadian DBD. Hasil berbeda ditunjukkan variabel pemasangan kawat dan</p>

		All rights reserved Vektora Volume 12 Nomor 1, Juni 2020		RW 5 Desa Margaasih	pemakaian kelambu saat tidur, kedua variabel tersebut tidak memiliki hubungan dengan kejadian DBD.
6	(Sari, 2021)(Syamsul, 2019)	Analisis Hubungan Pemberantasan Sarang Nyamuk Dan Pelaksanaan 3M Plus Dengan Kejadian DBD Di Wilayah Kerja Puskesmas Beringin Raya Kota Bengkulu	Penelitian ini menggunakan metode survei dengan desain case control	Sampel penelitian sebanyak 36 kasus dan 36 kontrol.	Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa dari 72 orang responden di Wilayah Kerja Puskesmas Beringin Raya Kota Bengkulu terdapat 31 orang (43,1%) dengan PSN 3M Plus kurang. Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa dari 36 responden penderita DBD (kasus) terdapat 15 orang dengan PSN 3M Plus baik. Hal ini disebabkan responden belum maksimal dalam melakukan kegiatan 3M seperti tidak mengubur barang bekas yang dapat tergenang air sehingga memungkinkan terjadinya jentik nyamuk, meskipun menguras dan menutup sudah baik.
7	(Nurlaela Hijriah, Rahman, 2021)	Hubungan Perilaku 3M Plus IRT Dengan Keberadaan Larva Aedes Aegypti di	<i>observasional dengan rancangan cross sectional study</i>	sampel sebanyak 9	Tidak ada hubungan perilaku ibu rumah tangga dengan pengetahuan, sikap dan tindakan dengan keberadaan jentik. Perlunya informasi tambahan

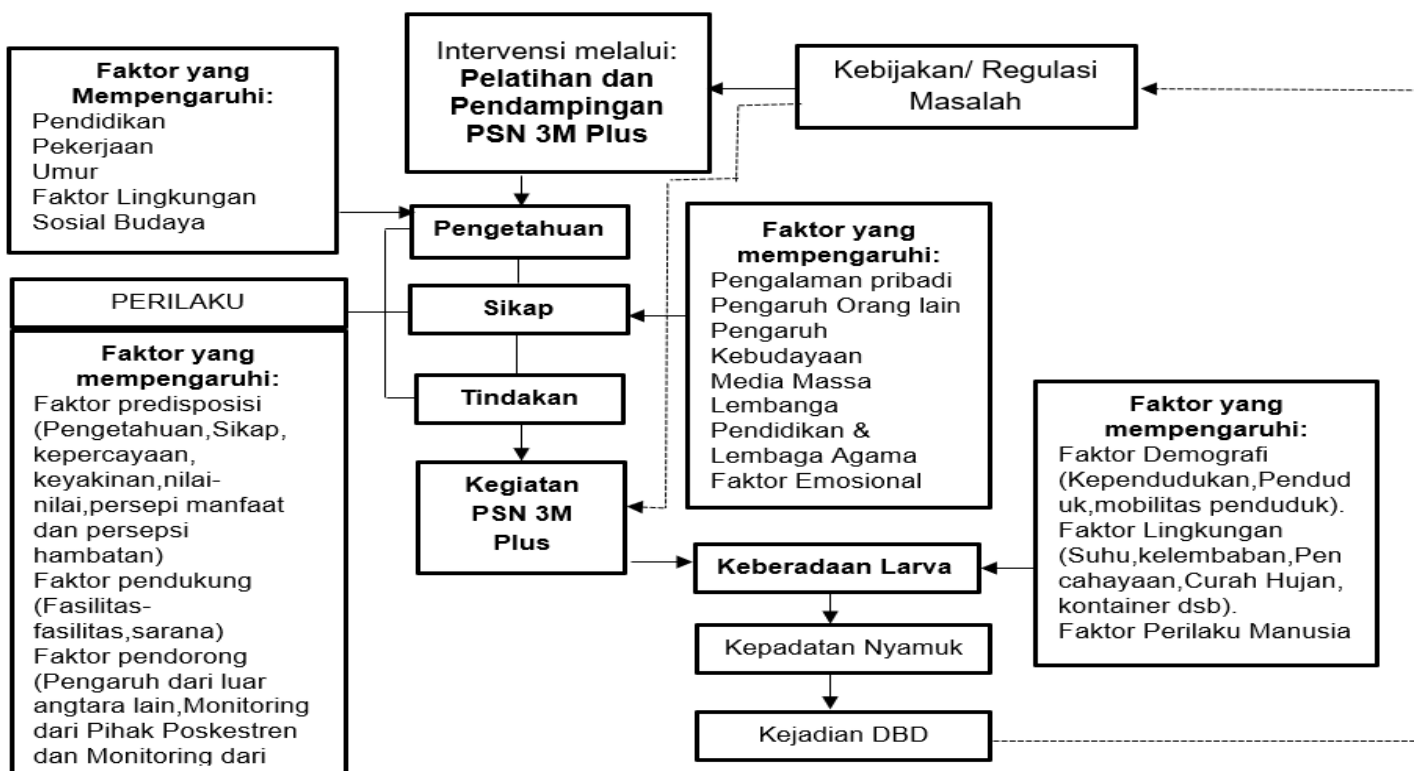
		Antang Perumnas Makassar. Jurnal: Window of Public Health Journal, Vol. 1 No. 5 (Februari, 2021): 599-608			untuk tetap mempertahankan pengetahuan, sikap dan tindakan ibu rumah tangga tentang 3M Plus untuk mencegah berkembang biaknya jentik
8	(Sutriyawan, Wirawati dan Kencana, 2021)	Kejadian Demam Berdarah Dengue dan Hubungannya dengan Perilaku 3M Plus: Studi Kasus Kontrol. PROMOTIF: Jurnal Kesehatan Masyarakat Volume 11, Nomor 02, Desember 2021	<i>Desain kasus kontrol</i>	Sampel kasus dalam penelitian ini sebanyak 255 peserta dan kelompok kontrol sebanyak 255 peserta	Kesimpulan penelitian ini adalah perilaku 3M Plus yang berpengaruh terhadap kejadian demam berdarah dengue adalah menguras, menutup, mendaur ulang barang bekas, kebiasaan menggantung pakaian, dan memelihara ikan pemakan jentik.
9	(Firdausi Ramadhani, Ririh Yudhastuti, 2019)	Pelaksanaan PSN 3M Plus untuk Pencegahan Demam Berdarah Dengue (Studi Kasus Masyarakat Desa Kamal).	<i>Metode kualitatif dengan pendekatan studi kasus</i>	13 ibu rumah tangga Desa Kamal, 1 tokoh masyarakat dan 1 petugas Puskesmas.	Hasil lain dari penelitian ini juga diketahui bahwa masyarakat belum mengenal secara mendetail dalam hal pelaksanaan PSN 3M Plus. Hal ini disebabkan kurangnya pengetahuan tentang

		Journal Of Public Helath Volume 2 – No. 2 –Oktober 2019			pelaksanaan PSN 3M Plus. Kurangnya pengetahuan masyarakat Desa Kamal tentang PSN 3M Plus tidak lepas dari peran pihak terkait.
10	(Kusuma <i>et al.</i> , 2017)	Impact of health educationbased intervention on community's awarnasess of dengue and its prevention in Delhi, India	<i>Staudy intervensi berbasis komunitas kuasi-eksperimen</i>	Survei intervensi sebelum (n = 484) dan pasca- (n = 496) dari 15 sub-cluster dari lima permukiman kumuh/seperti permukiman kumuh di Delhi dilakukan	Intervensi berbasis pendidikan kesehatan berperan penting dalam meningkatkan pengetahuan dan perilaku masyarakat. Oleh karena itu, kegiatan pendidikan kesehatan rutin sebagai strategi pendukung dalam sistem kesehatan perlu diperkuat.
11	(Fauzi & Sari, 2021)	Analysis of the Relationship between the Eradication of Mosquito Nests and the Implementation of 3M Plus with the incidence of dengue fever in the	Penelitian ini menggunakan metode survei dengan desain case control	Sampel penelitian adalah 36 kasus dan 36 kontrol.	Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa responden yang melakukan PSN 3M Plus sebanyak 31 orang (43,1%) kurang dan 41 orang (56,9%). Sedangkan hasil analisis bivariat menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara PSN 3M Plus dengan kejadian DBD.

		working area of the Beringin Raya Public Health Center, Bengkulu City			
12	(Wang <i>et al.</i> , 2018)	Impact of Health Education on Knowledge and Behaviors toward Infectious Diseases among Students in Gansu Province, China	Studi cross-sectional	sampel digunakan di dua kabupaten, 12 sekolah, dan 32 kelas di Gansu, Cina, dari 2012 hingga 2013	Pendidikan kesehatan berkontribusi pada pengetahuan dan perilaku siswa terhadap penyakit menular.
13	(Ihsari, 2022)	Karakteristik Lingkungan Fisik dan Kimia dengan Keberadaan Larva Aedes pada Pondok Pesantren Puteri Ummul Mukminin Kota Makassar	Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif Mukminin Kota Makassar.	sampel yakni seluruh wadah atau kontainer berisi air yang berpotensi sebagai tempat perindukan nyamuk Aedes (breeding place)	Hasil penelitian menunjukkan dari 33 kontainer yang ditemukan di lokasi penelitian, sebanyak 31 kontainer (93,9%) tidak ditemukan jentik dan 2 kontainer (6,1%) positif jentik dengan spesies <i>Ae. Aegypti</i> .

H. Kerangka Teori Penelitian

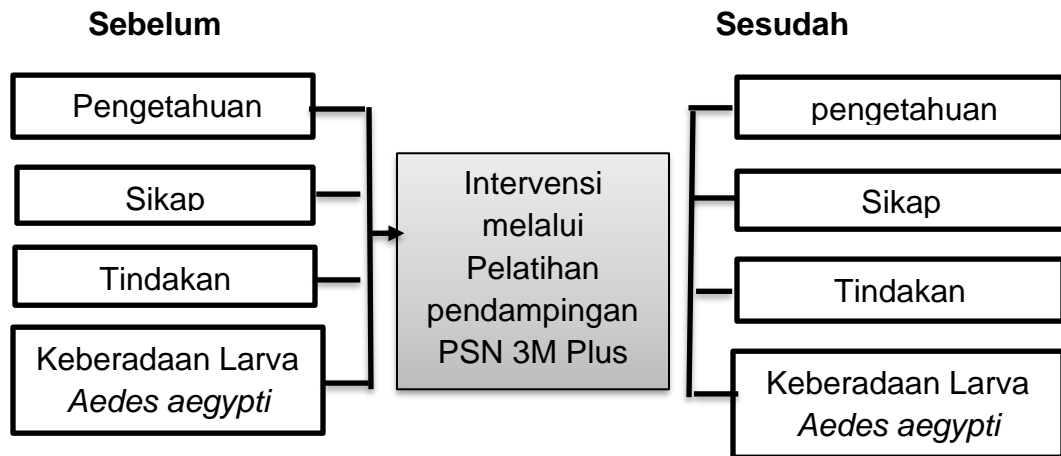
Berdasarkan uraian dalam tinjauan Pustaka, maka kerangka teori mengenai keberadaan Larva *Aedes aegypti* kaitannya dengan Perilaku PSN 3M Plus adalah:



Gambar 6 Kerangka Teori

Sumber: Modifikasi Green (1980); Skinner (1983); Arsin (2013); (Indra, 2020)

I. Kerangka Konsep



Gambar 7. Kerangka Konsep

Keterangan:

- = Variabel Dependen (terikat).
- = Variabel Independen (bebas).

J. Hipotesis Penelitian

1. Hipotesis Null (H_0) dalam penelitian ini adalah:
 - a. Tidak ada pengaruh pelatihan *dan* pendampingan PSN 3M Plus terhadap keberadaan Larva *Aedes aegypti* di Pondok Pesantren Darul Arqam Makassar.
 - b. Tidak ada pengaruh pelatihan dan pendampingan PSN 3M Plus terhadap pengetahuan santri pada Pondok Pesantren Darul Arqam Gombara Makassar.
 - c. Tidak ada pengaruh pelatihan dan pendampingan PSN 3M Plus terhadap sikap santri pada Pondok Pesantren Darul Arqam Gombara Makassar.
 - d. Tidak ada pengaruh pelatihan dan pendampingan PSN 3M Plus terhadap tindakan santri pada Pondok Pesantren Darul Arqam Gombara Makassar.
2. Hipotesis Alternatif (H_a) dalam penelitian ini adalah:
 - a. Ada pengaruh pelatihan *dan* pendampingan PSN 3M Plus terhadap keberadaan Larva *Aedes aegypti* di Pondok Pesantren Darul Arqam Makassar.
 - b. Ada pengaruh pelatihan dan pendampingan PSN 3M Plus terhadap pengetahuan santri pada Pondok Pesantren Darul Arqam Gombara Makassar.

- c. Ada pengaruh pelatihan dan pendampingan PSN 3M Plus terhadap sikap santri pada Pondok Pesantren Darul Arqam Gombara Makassar.
- d. Ada pengaruh pelatihan dan pendampingan PSN 3M Plus terhadap tindakan santri pada Pondok Pesantren Darul Arqam Gombara Makassar.

K. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

1. Pelatihan PSN 3M plus yaitu Perlakuan yang diberikan sebagai upaya pendidikan tentang Demam Berdarah *Dengue* (DBD) serta pemberantasan sarang nyamuk untuk meminimalisir keberadaan larva *Aedes aegypti* dalam hal ini Gerakan 3M Plus. Media yang digunakan pada pelatihan ini yaitu slide dan video, dimana pelaksanaan pelatihan dengan menggunakan aplikasi sosial media yaitu *zoom*.
2. Pendampingan PSN 3M Plus yaitu perlakuan yang diberikan melalui pembinaan, pengajaran, serta pengarahan tentang DBD serta PSN 3M Plus. Pelaksanaan pendampingan dilakukan secara luring. Adapun media yang digunakan pada pendampingan ini yaitu gambar/poster dan *leaflet* serta memperlihatkan secara langsung kepada responden tempat-tempat perkembangbiakan dan fisik larva nyamuk *Aedes aegypti*, serta pembagian dan penggunaan bubuk Abate.
3. Identifikasi keberadaan larva *Aedes aegypti* berdasarkan jenis kontainernya.

a. Definisi operasional

Klasifikasi wadah atau kontainer berisi air yang menampung air selama minimal 24 jam, tanpa dikuras/dibersihkan yang ditemukan di lokasi penelitian (Kemenkes RI, 2017).

b. Kriteria objektif

TPA adalah Wadah atau kontainer yang dipakai untuk menampung air dengan tujuan untuk keperluan dasar rumah tangga sehari-hari seperti bak mandi, tempayan, drum air, tangki air.

Non-TPA adalah Wadah atau kontainer yang baik disengaja ataupun tidak disengaja terisi air bukan untuk keperluan dasar rumah tangga sehari-hari seperti ban bekas, potongan bambu, kaleng, botol.

4. Pengetahuan

a. Definisi Operasional

Pengetahuan yaitu Hal yang diketahui oleh peserta pelatihan (responden) tentang DBD dan PSN meliputi Gerakan 3M plus sebelum dan sesudah dilakukan intervensi berupa pelatihan dan pendampingan PSN 3M Plus. Alat ukur yang digunakan yaitu kuesioner pre test dan post test. Untuk variabel pengetahuan kuesioner ini disusun dengan menggunakan bentuk pertanyaan tunggal, dimana dalam pertanyaan

tersebut terdapat item pilihan jawaban (a, b, c, d) dan hanya terdapat 1 jawaban yang benar.

Merujuk pada skala guttman dengan dua kategori yaitu pengetahuan cukup dan pengetahuan kurang, dimana setiap item mempunyai jawaban yaitu:

1) Benar = 1

2) Salah = 0

Skor tertinggi dan terendah dari seluruh jawaban responden dihitung dengan formulasi berikut:

Skor Tinggi = skor tertinggi x jumlah pertanyaan

$$= 1 \times 10$$

$$= 10 (100\%)$$

Presentasi skor tertinggi = $10/10 \times 100\% = 100\%$

Skor Rendah = skor terendah x jumlah pertanyaan

$$= 0 \times 10$$

$$= 0\%$$

Presentasi skor terendah = $0/10 \times 100\% = 0\%$

Kemudian diukur dengan rumus

Dimana: $I = R/K$

I: interval = interval kelas

R: Range = (skor tertinggi-skor terendah)

K: Kategori = Jumlah Kategori

$K = 2$ (cukup dan kurang)

Sehingga diperoleh

$$I = 100/2 = 50\%$$

Kriteria penilaian = skor tertinggi – interval

$$= 100\% - 50\%$$

$$= 50 \%$$

b. Kriteria Objektif:

1) Pengetahuan cukup apabila responden memiliki skor $\geq 50\%$

2) Pengetahuan kurang apabila responden memiliki skor $< 50\%$

5. Sikap

a. Definisi Operasional:

Sikap yaitu Tanggapan peserta pelatihan (responden) tentang DBD dan PSN Gerakan 3M plus sebelum dan sesudah dilakukan intervensi berupa pelatihan dan pendampingan PSN 3M Plus. Alat ukur yang digunakan yaitu kuesioner pre test dan post test.

Merujuk pada skala Likert dengan dua kategori yaitu persepsi positif dan persepsi negatif, dimana setiap item mempunyai jawaban untuk pertanyaan positif yaitu sangat setuju (SS) = 4, setuju (S) = 3, tidak setuju (TS) = 2 dan sangat tidak setuju (STS) = 1, sedangkan untuk pertanyaan negatif yaitu sangat setuju (SS) = 1, setuju (S) = 2, tidak setuju (TS) = 3 dan sangat tidak setuju (STS) = 4.

Jumlah Pertanyaan = 10

Setiap pertanyaan berskala 1 – 4

Skor Tertinggi = $10 \times 4 = 40$ (100%)

Skor Terendah = $10 \times 1 = 10$ ($10/40 \times 100\% = 25\%$)

Range = skor tertinggi – skor terendah

= $100\% - 25\% = 75\%$

Kemudian diukur dengan rumus

Dimana: $I = R/K$

Keterangan:

I = Interval Kelas

R = Skor tertinggi – skor terendah

K = Jumlah kategori 2 yaitu positif dan negatif

Maka,

$I = R/K$

= $75\%/2$

= 37,5%

Skor Standar = Nilai tertinggi 100% - nilai interval 37,5%

= $(100 - 37,5 = 62,5 \%)$

b. Kriteria Objektif:

- 1) Sikap positif apabila responden memiliki skor jawaban $\geq 62,5\%$.
- 2) Sikap negatif apabila responden memiliki skor jawaban $< 62,5\%$.

6. Tindakan

a. Definisi Operasional:

Tindakan merupakan suatu perilaku, perbuatan atau aksi yang nyata dilakukan oleh responden atas pengetahuan dan sikapnya dalam menerapkan perilaku PSN 3M Plus di Pondok Pesantren Darul Arqam Muhammadiyah Makassar. Alat ukur yang digunakan yaitu lembar observasi.

Merujuk pada skala guttman dengan dua kategori yaitu tindakan baik dan tindakan buruk, dimana setiap item mempunyai jawaban yaitu:

- 1) Baik = 1
- 2) Buruk = 0

Skor tertinggi dan terendah dari seluruh jawaban responden dihitung dengan formulasi berikut:

$$\begin{aligned} \text{Skor Tinggi} &= \text{skor tertinggi} \times \text{jumlah pertanyaan} \\ &= 1 \times 10 \\ &= 10 \text{ (100\%)} \end{aligned}$$

$$\text{Presentasi skor tertinggi} = 10/10 \times 100\% = 100\%$$

$$\begin{aligned} \text{Skor Rendah} &= \text{skor terendah} \times \text{jumlah pertanyaan} \\ &= 0 \times 10 \\ &= 0\% \end{aligned}$$

$$\text{Presentasi skor terendah} = 0/10 \times 100\% = 0\%$$

Kemudian diukur dengan rumus

Dimana: $I = R/K$

I: interval = interval kelas

R: Range = (skor tertinggi-skor terendah)

K: Kategori = Jumlah Kategori

= 2 (cukup dan kurang)

Sehingga diperoleh

$$I = 100/2 = 50\%$$

Kriteria penilaian = skor tertinggi – interval

$$= 100\% - 50\%$$

$$= 50 \%$$

b. Kriteria objektif:

1) Tindakan baik apabila responden memiliki skor $\geq 50\%$

2) Tindakan buruk apabila responden memiliki skor $< 50\%$

7. Keberadaan Larva

a. *Single Larva*

1) Definisi Operational

Ada atau tidaknya larva *Aedes* di pada kontainer yang ada di Pondok Pesantren Darus Arqam Makassar (minimal satu jentik) pada kontainer yang diobservasi dengan cara single larva menggunakan senter dan ditandai pada tabel observasi (Kemenkes RI, 2017).

2) Kriteria Objektif

- a) Positif : jika terdapat jentik pada kontainer.
- b) Negatif : jika tidak terdapat jentik pada kontainer.

b. Visual

1) Definisi Operasional

Ditemukan jentik atau larva pada Kontainer (Tempat penampungan air didalam dan diluar rumah) dan selanjutnya dilakukan identifikasi (metode visual) / uji laboratorium.

2) Kriteria Objektif:

- a) Ada : Jika ditemukan larva *Aedes aegypti*
- b) Tidak ada : Jika tidak ditemukan larva *Aedes aegypti*.