

SKRIPSI

**PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN METODE *SYNDICATE GROUP*
TERHADAP PENCEGAHAN ISPA PADA REMAJA PUTRI DI PONDOK
PESANTREN**

PENELITIAN *QUASY-EXPERIMENT*

**Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
dalam Program Studi Pendidikan Ners
pada Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan UNAIR**



**Oleh :
Dian Naelatul Karimah
NIM. 131011026**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2014**

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, 8 Agustus 2014

Yang Menyatakan



Dian Naelatul Karimah

NIM. 131011026

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

Sebagai sivitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dian Naelatul Karimah
NIM : 131011026
Program Studi : Pendidikan Ners
Fakultas : Keperawatan
Jenis Karya : Skripsi

demi pengembangan ilmu pengetahuan, dengan ini menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul : **Pendidikan Kesehatan dengan Metode *Syndicate Group* terhadap Pencegahan ISPA pada Remaja Putri di Pondok Pesantren** beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengalihmediakan, memformat, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Surabaya, 8 Agustus 2014
Yang menyatakan



(Dian Naelatul Karimah)
NIM 131011026

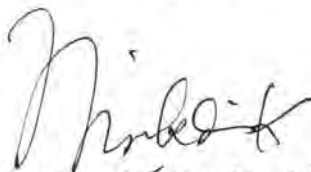
SKRIPSI

PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN METODE *SYNDICATE GROUP*
TERHADAP PENCEGAHAN ISPA PADA REMAJA PUTRI DI PONDOK
PESANTREN

Oleh:
Dian Naelatul Karimah
NIM. 131011026

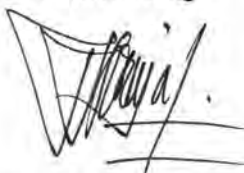
SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL 8 Agustus 2014

Oleh :
Pembimbing Ketua



Ninuk Dian Kurniawati, S.Kp., Ns., MANP
NIP. 197703162005012001

Pembimbing



Laily Hidayati, S.Kep., Ns., M.Kep
NIK. 139080822

Mengetahui
a.n Dekan
Wakil Dekan I



Mipa Triharini, S.Kp., M.Kep
NIP. 197904242006042002

SKRIPSI

**PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN METODE *SYNDICATE GROUP*
TERHADAP PENCEGAHAN ISPA PADA REMAJA PUTRI DI PONDOK
PESANTREN**

Oleh:
Dian Naelatul Karimah
NIM. 131011026

Telah diuji
Pada tanggal 11 Agustus 2014

PANITIA PENGUJI

Ketua : Erna Dwi Wahyuni, S.Kep., Ns., M.Kep

Anggota : 1. Ninuk Dian Kurniawati, S.Kp., Ns., MANP (

2. Laily Hidayati, S.Kep., Ns., M.Kep (



Mengetahui
a.n Dekan
Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga



Mira Triharini, S.Kp., M.Kep
NIP. 197904242006042002

MOTTO

**“Where There’s a Will,
There’s a Way”**

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur kehadiran Allah SWT, berkat rahmat dan bimbingan-Nya sehingga penyusunan skripsi ini dapat terselesaikan. Skripsi dengan judul **“PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN METODE *SYNDICATE GROUP* TERHADAP PENCEGAHAN ISPA PADA REMAJA PUTRI DI PONDOK PESANTREN”** merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Dalam penulisan skripsi ini, penulis banyak mendapat bimbingan dan dorongan dari berbagai pihak, untuk itu perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Prof. Dr. H. Fasich, Apt. selaku Rektor Universitas Airlangga Surabaya.
2. Purwaningsih, S.Kp.,M.Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi Pendidikan Ners.
3. Mira Triharini, S.Kp., M.Kep selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada kami untuk menyelesaikan Program Studi Pendidikan Ners.
4. Ninuk Dian Kurniawati, S.Kp., Ns., MANP selaku dosen pembimbing I, yang telah memberikan bimbingan dan dukungan hingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini.
5. Laily Hidayati, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Dosen Pembimbing II, yang telah memberikan bimbingan dan dukungan hingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini.

6. Civitas Akademika Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah mendukung keberlangsungan perkuliahan selama ini.
7. Ustad Cecep (H Achmad Chudhori, M.Pd), selaku koordinator PP Nurul Ummah, Mojokerto yang telah memberikan izin dan menyediakan fasilitas penelitian, beserta seluruh guru lain yang telah banyak membantu.
8. Ustad Harir (M. Harir Afandi, S.HI) selaku koordinator PP Amanatul Ummah, Mojokerto yang telah memberikan izin dan menyediakan fasilitas penelitian, beserta seluruh guru lain yang telah banyak membantu.
9. Adik-adik PP Nurul Ummah dan PP Amanatul Ummah Mojokerto yang dengan sukarela menjadi responden dan terlibat dalam penelitian.
10. Tim sukarela (Adhim, Ayu, Ade) yang bersedia meluangkan waktu membantu penelitian ini di tengah kesibukan masing-masing.
11. Lek Ifah di Mojokerto yang sudah mau direpotkan hingga skripsi ini selesai.
12. Mas Adit dan Mas Hakam, petugas poliklinik LPAU Mojokerto yang sudah banyak membantu selama penelitian.
13. Kementerian Agama RI yang telah memberikan biaya semasa perkuliahan.
14. Orangtua (A. Mahfudh Alfy dan Muhlishopin), adik-adik (A. Yusuf Haritsudin dan A. Fajrul Mawalid), dan keluarga besar yang senantiasa memberikan dukungan spiritual maupun moriil.
15. Teman-teman seangkatan Program Studi Pendidikan Ners Angkatan 2010, khususnya teman-teman satu bimbingan dosen (Titin, Nikein, Alvian), juga Annisa N.A., Ema, Dana, Andrea, dan teman-teman lain yang belum disebutkan, atas dukungan dan bantuan kalian selama ini.

16. Teman-teman seperjuangan CSS MoRA UNAIR, khususnya angkatan 2010, atas dukungan, doa, dan bantuan kalian selama ini.
17. Teman super-perjuangan, Badrotut Tamamia. Juga yang tak disebutkan.
18. Semua pihak yang belum disebutkan, yang telah membantu dalam kelancaran penyusunan skripsi ini.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini.

Saya menyadari bahwa skripsi ini jauh dari sempurna, tetapi saya berharap skripsi ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Surabaya, 8 Agustus 2014

Penulis,



Dian Naelatul Karimah

ABSTRACT**HEALTH EDUCATION BY SYNDICATE GROUP METHOD FOR THE PREVENTION OF ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS (ARIs) AMONG FEMALE ADOLESCENCE IN BOARDING SCHOOL**

Quasy Experiment

By: Dian Naelatul Karimah

Health education was one of nursing interventions that aimed to change behavior in increasing health status that can be done with syndicate group. This study was aimed to examine influence of health education with syndicate group about ARIs prevention in changing female adolescence's knowledge and attitude in Amanatul Ummah Educational Institution, Mojokerto.

This study was a quasy-experiment using pretest-posttest control group design. Population was female adolescence at Nurul Ummah Boarding School (20 respondents) as the treatment group and adolescence Amanatul Ummah Boarding School (20 respondents) as the control group, which taken according to simple random sampling. Research variables include knowledge and attitude as dependent variables and syndicate group learning model as independent variable. Data were collected by using questionnaire and then analyzed with level of significance <0.05 by Wilcoxon sign rank test and Mann Whitney test.

Result showed that syndicate group method had effect on knowledge but not on attitude. Wilcoxon test of knowledge for treatment group showed $p=0.001$, where Mann Whitney posttest showed $p=0.000$. Otherwise, Wilcoxon test of attitude for treatment group showed $p=0.655$, where Mann Whitney posttest showed $p=0.348$.

It can be concluded that health education with syndicate group learning method about ARIs prevention in boarding school can increase the level of knowledge but there is no significant change in attitude. Researcher believes that there were other factors that influenced the attitude posttest results, such as: factors of students as respondents; factors of researchers as facilitators; and weaknesses of the implementation process and method of syndicate group.

Keywords: health education, syndicate group, ARIs prevention, knowledge, attitude, female adolescence

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Surat Pernyataan.....	ii
Halaman Pernyataan Persetujuan Publikasi	iii
Halaman Persetujuan	iv
Halaman Penetapan Panitia Penguji Skripsi	v
Motto.....	vi
Ucapan Terima Kasih.....	vii
<i>Abstract</i>	x
Daftar Isi.....	xi
Daftar Tabel	xiv
Daftar Gambar.....	xv
Daftar Lampiran	xvi
Daftar Arti Lambang, Singkatan, dan Istilah	xvii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Identifikasi Masalah	6
1.3 Rumusan Masalah	7
1.4 Tujuan.....	7
1.4.1 Tujuan Umum	7
1.4.2 Tujuan Khusus	7
1.5 Manfaat Penelitian.....	8
1.5.1 Teoritis	8
1.5.2 Praktis.....	8
1.5.2.1 Bagi Perawat	8
1.5.2.2 Bagi Pondok Pesantren	8
1.5.2.3 Bagi Santri	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Konsep Pendidikan Kesehatan	9
2.1.1 Diskusi Metode <i>Syndicate Group</i>	13
2.2 Konsep Perilaku	18

2.2.1	Perilaku Kesehatan Berdasarkan Model Precede-Proceed	25
2.3	Konsep Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA)	29
2.3.1	Definisi ISPA	29
2.3.2	Etiologi (Penyebab) ISPA	29
2.3.3	Patofisiologi (Proses Penyakit) ISPA	31
2.3.4	Klasifikasi dan Gejala ISPA	33
2.3.5	Penatalaksanaan	37
2.3.6	Pencegahan ISPA	40
2.4	Konsep Remaja	41
2.4.1	Pertumbuhan dan Perkembangan Remaja.....	42
2.4.2	Perubahan Fisik Remaja.....	43
2.4.3	Perubahan Emosional dan Psikologis Remaja	46
2.5	Konsep Pondok Pesantren	47
2.5.1	Definisi (Pengertian) Pesantren.....	47
2.5.2	Definisi/Pengertian Santri	49
2.5.3	Kegiatan Sehari-hari Santri	50
2.5.4	Kondisi Lingkungan Pesantren	52
2.6	Kesehatan dalam Islam.....	52
2.7	Keaslian Penelitian	52
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN...		58
3.1	Kerangka Konseptual	58
3.2	Hipotesis Penelitian.....	60
BAB 4 METODE PENELITIAN.....		61
4.1	Desain Penelitian.....	61
4.2	Populasi, Sampel, dan Teknik Sampling.....	62
4.2.1	Populasi.....	62
4.2.2	Sampel.....	62
4.2.3	Sampling	64
4.3	Identifikasi Variabel.....	64
4.3.1	Variabel Independen	64
4.3.2	Variabel Dependen.....	65
4.4	Definisi Operasional.....	65

4.5	Instrumen Penelitian.....	67
4.6	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	68
4.7	Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data	68
4.8	Kerangka Kerja Penelitian (<i>Frame Work</i>)	73
4.9	Analisis Data	74
4.10	Etik Penelitian	77
4.11	Keterbatasan	78
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN.....		79
5.1	Hasil penelitian.....	79
5.1.1	Gambaran umum lokasi penelitian.....	79
5.1.2	Karakteristik demografi responden	81
5.1.3	Variabel yang diukur	83
5.2	Pembahasan	86
5.2.1	Analisis penerapan pendidikan kesehatan dengan metode <i>syndicate group</i> terhadap pengetahuan remaja santriwati tentang pencegahan ISPA di pondok pesantren	86
5.2.2	Analisis pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode <i>syndicate group</i> terhadap sikap santriwati tentang pencegahan ISPA di pondok pesantren	96
BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN.....		109
6.1	Simpulan.....	109
6.2	Saran.....	109
DAFTAR PUSTAKA		112
Lampiran		115

Daftar Tabel

Tabel 2.1	Contoh struktur kelompok (Habeshaw & Gibbs, 1992).....	11
Tabel 2.2	Masalah dalam pembentukan kelompok dan keterampilan atau tehnik mengatasinya (Habeshaw & Gibbs, 1992).....	12
Tabel 2.3	Kejadian yang dapat terjadi pada pembentukan kelompok dan keterampilan atau tehnik mengatasinya (Habeshaw & Gibbs, 1992) .	12
Tabel 2.4	Keaslian penelitian	56
Tabel 4.1	Rancangan penelitian <i>pre-post test control group design</i>	61
Tabel 4.2	Definisi operasional penerapan Pendidikan kesehatan dengan metode <i>syndicate group</i> terhadap pencegahan ISPA pada remaja santriwati di pesantren naungan Lembaga Pendidikan Amanatul Ummah, Pacet, Mojokerto	65
Tabel 5.1	Distribusi responden berdasarkan usia remaja santriwati kelas 1 & 2 MA/SMA di pesantren naungan LPAU, Pacet, Mojokerto, tanggal 15-17 Juni 2014.....	82
Tabel 5.2	Distribusi responden berdasarkan daerah asal remaja santriwati kelas 1 & 2 MA/SMA di pesantren naungan LPAU, Pacet, Mojokerto, tanggal 15-17 Juni 2014	82
Tabel 5.3	Distribusi responden berdasarkan lama menetap di pondok remaja santriwati kelas 1 & 2 MA/SMA di pesantren naungan LPAU, Pacet, Mojokerto, tanggal 15-17 Juni 2014	83
Tabel 5.4	Distribusi pengetahuan remaja santriwati tentang pencegahan ISPA di pondok pesantren sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode <i>syndicate group</i> di pesantren naungan LPAU, Pacet, Mojokerto, tanggal 15-17 Juni 2014	84
Tabel 5.5	Distribusi sikap remaja santriwati tentang pencegahan ISPA di pondok pesantren sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode <i>syndicate group</i> di pesantren naungan LPAU, Pacet, Mojokerto, tanggal 15-17 Juni 2014	85

Daftar Gambar

Gambar 1.1	Identifikasi Masalah kejadian ISPA di pesantren naungan Lembaga Pendidikan Amanatul Ummah (LPAU), Pacet Mojokerto.....	6
Gambar 2.1	Visualisasi kelas dengan formasi setengah lingkaran pada <i>syndicate group</i> (Rianto, 2006).....	15
Gambar 2.2	Persentase daya ingat manusia dalam Soedarso, 2005.....	21
Gambar 2.3	Representasi umum <i>Precede-Proceed model</i> dalam kesehatan.....	26
Gambar 2.4	Faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan (Green & Ottoson, 2006).....	27
Gambar 2.5	Pedoman penyuluhan kesehatan pada klien dengan infeksi saluran pernapasan atas (Asih & Effendy, 2004).....	39
Gambar 3.1	Kerangka konseptual pengaruh penerapan pendidikan kesehatan dengan metode <i>syndicate group</i> terhadap pengetahuan dan sikap remaja santriwati dalam pencegahan ISPA di pesantren naungan LPAU, Pacet, Mojokerto (modifikasi dari Green & Kreuter [2005] dan Green & Ottoson [2006]).....	58
Gambar 4.2	Kerangka kerja penerapan pendidikan kesehatan dengan metode <i>syndicate group</i> terhadap pencegahan ISPA pada remaja santriwati di pesantren Lembaga Pendidikan Amanatul Ummah, Pacet, Mojokerto.	73

Daftar Lampiran

Lampiran 1	Lembar Permintaan Menjadi Responden Penelitian	115
Lampiran 2	Lembar Persetujuan Menjadi Responden.....	116
Lampiran 3	Lembar Kuesioner	117
Lampiran 4	Kunci Jawaban	124
Lampiran 5	Tabel Skor	125
Lampiran 6	Kisi-Kisi Kuesioner.....	126
Lampiran 7	Satuan Acara Kegiatan.....	127
Lampiran 8	Daerah Asal Responden	144
Lampiran 9	Tabulasi Nilai Pengetahuan	145
Lampiran 10	Tabulasi Nilai Sikap	149
Lampiran 11	Tabulasi Kategori Pengetahuan.....	153
Lampiran 12	Tabulasi Kategori Sikap.....	155
Lampiran 13	Analisis Hubungan Data Demografi dengan Hasil <i>Pretest-Posstest</i>	157
Lampiran 14	Analisis dan Uji Statistik.....	159
Lampiran 15	Jadwal Pelaksanaan.....	163
Lampiran 16	Surat Bukti Kegiatan Penelitian	164
Lampiran 17	Dokumentasi	166

Daftar Arti Lambang, Singkatan, dan Istilah

%	= Persen
APD	= Alat Pelindung Diri
ARIs	= <i>Acute Respiratory Infections</i>
BKkbn	= Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional
Dinkes	= Dinas Kesehatan
Depkes RI	= Departemen Kesehatan Republik Indonesia
<i>Droplet</i>	= Percikan ludah atau dahak
ISPA	= Infeksi Saluran Pernapasan Akut
K-A	= Kelompok perlakuan
K-B	= Kelompok kontrol
LPAU	= Lembaga Pendidikan Amanatul Ummah
PP	= Pondok Pesantren
Riskesdas	= Riset Kesehatan Dasar
RSV	= <i>Respiratory Syncytial Virus</i>
Santriwati	= Santri putri
WHO	= <i>World Health Organization</i>
WLF	= <i>World Lung Foundation</i>

BAB 1
PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas penyakit menular di dunia (WHO, 2007) yang menyerang semua tingkat usia. Biasanya ISPA ditularkan melalui *droplet* (Riskesdas, 2007), namun sebagian patogen penyebab ISPA lainnya kemungkinan ditularkan melalui kontak dengan tangan atau permukaan yang telah terkontaminasi. ISPA tergolong penyakit yang sangat mudah menular terutama pada lingkungan yang padat hunian (Depkes, 2001) seperti perkampungan kumuh, rumah susun atau perumahan padat penduduk, dan pondok pesantren.

Pondok pesantren merupakan lingkungan yang sangat rentan terjangkit penyakit ISPA. Keadaan lingkungan pesantren yang padat dapat memicu terjadinya ISPA, tingginya intensitas interaksi antar penghuni pesantren juga menambah dampak risiko penularan yang sangat tinggi. Berkaitan kondisi pesantren yang berisiko tinggi terjadi ISPA ini, sangat penting bagi penghuni pesantren khususnya santri, untuk memiliki perilaku pencegahan terjadinya ISPA selama mereka tinggal di sana.

Hasil survey data awal (Maret, 2014) di beberapa pesantren naungan yayasan Lembaga Pendidikan Amanatul Ummah (LPAU) Mojokerto menunjukkan bahwa ISPA merupakan penyebab terbanyak kunjungan santri ke poliklinik pesantren. Peran pesantren naungan LPAU sendiri dapat dinilai masih kurang dalam penanganan ISPA. Sebagaimana penuturan petugas kesehatan di poliklinik pesantren bahwa selama ini penanganan ISPA masih berupa kuratif dan rehabilita-

tif, belum ada langkah promotif ataupun preventif. Belum pernah ada pendidikan kesehatan khusus tentang ISPA baik dari petugas kesehatan pesantren, puskesmas, ataupun yang lain. Pendidikan kesehatan hanya dilakukan pada saat santri sakit ISPA yang berobat ke poliklinik pesantren. Belum pernah pula ada upaya peningkatan pengetahuan dan pembentukan sikap positif terhadap pencegahan terjadinya ISPA ataupun pencegahan penularan ISPA sebelumnya. *Syndicate group* merupakan salah satu metode pendidikan yang dapat diterapkan dalam pendidikan kesehatan namun belum ada penelitian yang menjelaskan pengaruhnya terhadap perubahan pengetahuan dan sikap pencegahan ISPA remaja. Dapat dikatakan bahwa pendidikan kesehatan dengan metode *syndicate group* terhadap pencegahan ISPA pada remaja di pondok pesantren belum dapat dijelaskan.

Kejadian ISPA di dunia masih sangat tinggi. *World Lung Foundation* (2010) menyatakan bahwa *Acute Respiratory Infections* (ARIs) atau ISPA bertanggung jawab atas 4,25 juta kematian di dunia setiap tahunnya. Data Riskesdas 2013, menunjukkan *period prevalence* ISPA berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan dan keluhan penduduk di Indonesia yaitu 25% (rentang: 17,0-41,7%) dengan 11 dari 33 provinsi memiliki prevalensi di atas angka rata-rata nasional. Perbandingan penderita berdasarkan jenis kelamin relatif sama, yaitu 25,1% pada laki-laki dan 24,9% pada perempuan. Kejadian ISPA sedikit lebih tinggi pada daerah pedesaan (26,0%) dibanding perkotaan (24,1%). Provinsi Jawa Timur menempati urutan lima besar *period prevalence* ISPA yaitu sebesar 28,3%. Meningkat cukup tajam dibandingkan prevalensi tahun 2007 (20,55%). ISPA menjadi penyakit yang terbanyak dan mewabah di Kabupaten Mojokerto pada tahun 2012 yaitu sebanyak 27,64% (BPS Kabupaten Mojokerto, 2013). Kejadian

ISPA di ketiga pesantren naungan LPAU Mojokerto tercatat sebanyak 1.096 kunjungan ke poliklinik pesantren dalam 1 tahun (Oktober 2012-September 2013) dengan rerata 91 kunjungan tiap bulannya, baik penderita baru maupun penderita lama. Ditambah banyaknya kasus ISPA yang tidak tercatat karena santri tidak berkunjung ke poliklinik saat sakit ISPA.

Berdasarkan studi pendahuluan (22-23 Maret 2014) pada 24 santri Pondok Pesantren Nurul Ummah, salah satu pesantren naungan yayasan LPAU, 25% responden mengalami ISPA dalam waktu satu bulan terakhir. Rentan lama penyembuhan masing-masing santri bervariasi, mulai hanya 1 hari hingga ada yang sampai 30 hari. Sepertiganya (33,3%) mengaku sering mengalami ISPA ketika mereka kelelahan atau capek dan 20,83% karena tertular temannya. Pengetahuan mereka mengenai pencegahan ISPA cukup baik namun masih belum merata. Hanya 20,8% dari mereka yang selalu melakukan tindakan pencegahan penularan ISPA sesuai pengetahuan mereka, 50% tidak konsisten melakukan tindakan pencegahan penularan, 4,2% tidak melakukan tindakan pencegahan penularan sebagaimana mereka ketahui, dan 25% tidak tahu bagaimana cara melakukan tindakan pencegahan penularan ISPA.

ISPA merupakan sekelompok penyakit termasuk di dalamnya pneumonia, influenza, dan *respiratory syncytial virus* (RSV) (WLF, 2010). Tingkat keparahannya tergantung pada patogen penyebabnya, faktor lingkungan, dan faktor pejamu (WHO, 2007). ISPA sering dapat sembuh sendiri (*self-limited*) pada awal perjalanannya, biasanya 1-14 hari, namun bila tak tertangani dengan tepat dapat mengakibatkan perluasan area infeksi dan berkembang menjadi lebih buruk seperti pneumonia bahkan berujung pada kematian.

Secara umum faktor risiko kejadian ISPA menurut Depkes RI (2001) dalam Deniati (2012) ada tiga: faktor lingkungan rumah/hunian; faktor individu, dan; faktor perilaku. Faktor lingkungan dapat meliputi kepadatan hunian, ventilasi kamar, pencemaran udara dalam rumah (seperti asap rokok dan asap dapur), dan suhu (Meliza, 2013) serta kelembapan udara & pencahayaan alami (Supriyatno, 2008). Faktor Individu meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, masa bekerja -jumlah dan lamanya paparan polutan-, jenis pekerjaan, dan tentunya faktor sistem ketahanan fisik sangat berperan dalam proses perjalanan ISPA. Faktor perilaku meliputi kebiasaan penggunaan APD (Alat Pelindung Diri), kebiasaan merokok, dan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).

Pencegahan maupun penatalaksanaan ISPA sama pentingnya sehingga dapat menekan kejadian ISPA maupun dampak yang diakibatkan olehnya. Kejadian ISPA dapat ditekan dengan menekan faktor risiko yang ada. Faktor yang paling memungkinkan dimanipulasi yaitu faktor perilaku. Poin-poin dalam faktor tersebut terdapat faktor pencegahan agar tidak terkena ISPA maupun pencegahan penularan ISPA dari mereka yang sakit terhadap lingkungannya. Sebagai contoh, perilaku ketika batuk atau bersin dan perilaku terhadap benda terkontaminasi *droplet* penderita ISPA penting dalam pencegahan infeksi lebih lanjut.

Menurut teori perilaku kesehatan Green & Kreuter (2005), *Precede Proceed model*, dijabarkan bahwa program kesehatan meliputi strategi pendidikan kesehatan dan regulasi kebijakan organisasi yang dilakukan secara simultan. Pendidikan kesehatan merupakan sebuah proses yang menjembatani jarak antara informasi kesehatan dengan praktek kesehatan atau perilaku kesehatan. Perilaku kesehatan yang terbentuk oleh pendidikan kesehatan tersebut dalam prosesnya

dibentuk melalui tiga faktor yang saling berkaitan. Ketiga faktor tersebut yaitu *predisposing factors*, *reinforcing factors*, dan *enabling factors*.

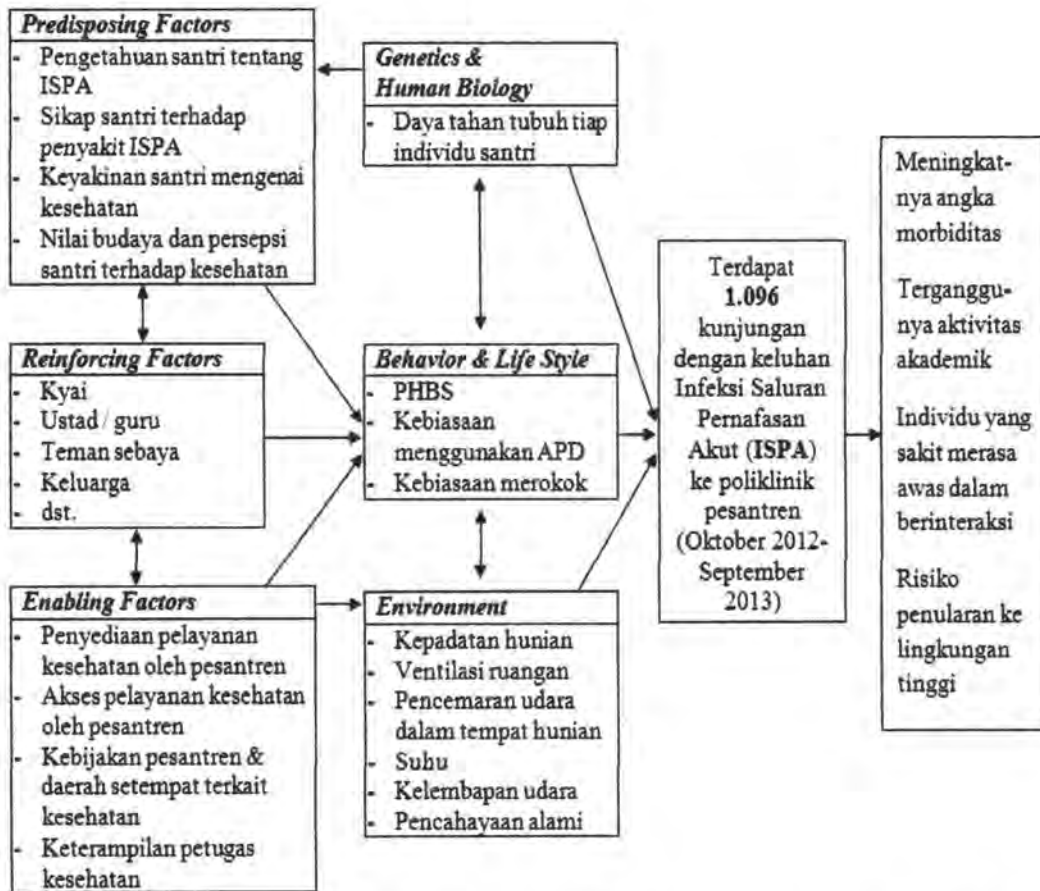
Salah satu pendidikan kesehatan yang dapat digunakan yaitu pendidikan dengan metode *syndicate group*. *Syndicate group* merupakan salah satu metode diskusi kelompok yang dapat diterapkan pada kelompok yang tidak terlalu besar. Pada pelaksanaannya akan dibentuk kelompok-kelompok kecil (3-6 anggota). Guru atau pemateri akan menjelaskan garis besar masalah, menggambarkan aspek-aspek masalah, kemudian setiap kelompok akan diberi tugas mempelajari suatu aspek tertentu. Setiap *syndicate* (kelompok) akan melaporkan hasil pekerjaannya dalam suatu diskusi pleno (kelompok besar).

Proses diskusi yang intensif dan berulang pada metode *syndicate* ini akan membuahkan hasil belajar yang lebih berkesan. Sebagaimana penelitian-penelitian terdahulu telah terbukti bahwa dengan metode *syndicate group* dapat meningkatkan pemahaman terhadap materi pembelajaran, maupun minat, keaktifan, dan kerjasama dalam proses pembelajaran (Murwatiningsih [2008] dalam Hinduan & Susetiyono [2010]) serta meningkatkan hasil belajar dan motivasi belajar (Hinduan & Susetiyono, 2010). Dimana hasil belajar (Hinduan & Susetiyono, 2010) adalah perubahan perilaku siswa akibat belajar. Perilaku itu sendiri menurut Bloom (1908) memiliki tiga tingkat ranah, yaitu pengetahuan (*knowledge*), sikap (*attitude*), dan tindakan atau praktik (*practice*).

Selama proses penyampaian informasi kesehatan dalam metode pendidikan kesehatan pasti terdapat proses persuasif di dalamnya. Menurut Azwar (2009) persuasi dapat diperkaya dengan pesan-pesan yang membangkitkan emosi kuat. Terutama ketika pesannya berisi rekomendasi mengenai perubahan sikap

dapat mencegah konsekuensi negatif dari sikap yang hendak diubah, cara ini efektif bila sikap atau perilaku yang hendak diubah ada kaitannya dengan aspek kesehatan. Berdasarkan pendapat tersebut peneliti akan memberikan pesan-pesan yang dapat membangkitkan emosional sasaran pendidikan kesehatan, yaitu santri, sebelum peneliti menyampaikan informasi tentang pencegahan ISPA sehingga informasi kesehatan yang diperoleh santri akan lebih terpatri dalam diri mereka dan dapat mengubah cara mereka dalam bersikap dan berperilaku.

1.2 Identifikasi Masalah



Gambar 1.1 Identifikasi Masalah kejadian ISPA di pesantren naungan Lembaga Pendidikan Amanatul Ummah (LPAU), Pacet Mojokerto.

Sumber: Modifikasi dari Green & Ottoson (2006), Depkes (2001), dan data peneliti.

Masalah ISPA di pesantren naungan LPAU Mojokerto dapat diidentifikasi melalui proses analisis menggunakan teori Green & Ottoson (2006). Secara garis besar ISPA dipengaruhi oleh *genetic & human biology, behavior* (perilaku), dan *environment* (lingkungan). Dimana *behavior* saling berkaitan dengan kedua faktor lainnya. *Behavior* sendiri dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu *predisposing* (predisposisi), *reinforcing* (pendukung), dan *enabling* (pemungkin). Selengkapnya komponen-komponen tiap faktor dan hubungan sebab-akibat kejadian ISPA di pesantren naungan LPAU Mojokerto dapat dilihat pada gambar 1.1 di atas.

1.3 Rumusan Masalah

Apakah ada pengaruh penerapan pendidikan kesehatan dengan metode *syndicate group* terhadap perubahan pengetahuan dan sikap dalam pencegahan ISPA di pondok pesantren naungan yayasan Lembaga Pendidikan Amanatul Ummah (LPAU), Pacet, Mojokerto?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Menganalisis pengaruh penerapan pendidikan kesehatan dengan metode *syndicate group* terhadap perubahan pengetahuan dan sikap pencegahan ISPA pada remaja putri (santriwati) di pesantren naungan LPAU, Pacet, Mojokerto.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis pengaruh penerapan pendidikan kesehatan dengan metode *syndicate group* terhadap pengetahuan remaja santriwati dalam pencegahan ISPA di pesantren LPAU.

2. Menganalisis pengaruh penerapan pendidikan kesehatan dengan metode *syndicate group* terhadap sikap remaja santriwati dalam pencegahan ISPA di pesantren naungan LPAU.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Teoritis

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai landasan pengembangan Ilmu Keperawatan Komunitas dengan pendekatan teori *Precede Proceed model* dari Green & Kreuter (2005) dalam upaya pengembangan peran perawat komunitas dalam pencegahan penyakit ISPA pada remaja serta untuk meningkatkan pengetahuan dan kemandirian remaja dalam pencegahan penyakit ISPA.

1.5.2 Praktis

1.5.2.1 Bagi Perawat

Membuat alternatif metode promosi kesehatan yang dapat digunakan tenaga kesehatan terutama perawat komunitas dalam menekan terjadinya kasus Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) pada remaja di komunitas pesantren sehingga mampu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

1.5.2.2 Bagi Pondok Pesantren

Memberikan gambaran pada pondok pesantren tentang urgensi promosi kesehatan terhadap upaya pencegahan penyakit ISPA.

1.5.2.3 Bagi Santri

Memandirikan santri dalam hal pencegahan Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA).

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah suatu penerapan atau aplikasi konsep pendidikan dan konsep sehat. Konsep sehat adalah konsep seseorang dalam keadaan sempurna baik fisik, mental, dan sosialnya serta bebas dari penyakit, kecacatan dan kelemahannya (Chairana, 2002).

Menurut Green dalam Notoatmodjo (2005), promosi kesehatan adalah segala bentuk kombinasi pendidikan kesehatan dan intervensi yang terkait dengan ekonomi, politik, dan organisasi, yang dirancang untuk memudahkan perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan. Green (1999) menambahkan, pendidikan kesehatan merupakan sebuah proses yang menjembatani jarak antara informasi kesehatan dengan praktek kesehatan atau perilaku kesehatan. Perilaku kesehatan itu sendiri dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu faktor predisposisi, faktor penguat, dan faktor pemungkin.

Ada berbagai macam metode dalam penyampaian pendidikan kesehatan atau yang sering kita sebut dengan promosi kesehatan. Metode-metode tersebut disesuaikan dengan sasaran yang akan diberikan penyuluhan kesehatan (Has, 2013): individu, kelompok, atau massa. Berikut jenis-jenis dari metode tersebut:

1. Individu

- 1) *Guidance and counseling method*
- 2) *Interview method*
- 3) *Phone counseling method*

2. Kelompok

- 1) Kelompok besar (lebih dari 15 orang)
 - (1) Ceramah
 - (2) Seminar
- 2) Kelompok kecil
 - (1) *Small group discussion* (diskusi kelompok)
 - (2) *Brainstorming*
 - (3) *Snowballing*
 - (4) *Buzz group*
 - (5) *Role Play*
 - (6) *Simulasi*
 - (7) *Storytelling*

3. Massa

- 1) *Public Speaking*
- 2) *TV/Radio Show*
- 3) *Newspaper/Magazine*
- 4) Melalui media seperti *billboard*, spanduk, poster, dll.

Pemilihan penggunaan kelompok berdasarkan ukuran tergantung pada seberapa besar tujuan suatu tugas latihan (*exercise*) tertentu seperti halnya pada prinsip-prinsip rangkaian dalam pembelajaran dan macam-macam stimulus (Habeshaw & Gibbs, 1992):

1. Kelompok kecil (2-5 anggota) untuk:
 - 1) Keintiman dan kepercayaan – perasaan aman dan pengambilan risiko
 - 2) *Warming up* (pemanasan)

- 3) Privasi pada umpan balik
 - 4) Persetujuan yang cepat
 - 5) Diskusi tanpa pemimpin
 - 6) *Delegating the leader's control*
 - 7) Membuat setiap orang terlibat
 - 8) Membandingkan detail
2. Kelompok besar (8-40 anggota) untuk:
- 1) Variasi ide-ide
 - 2) Memperoleh pandangan yang luas
 - 3) Mengajar kelompok-kelompok kecil
 - 4) Memelihara tetap terkendali
 - 5) Membuat sesuatu memasyarakat
 - 6) Memproses yang baru saja terjadi
 - 7) Pertemuan, *greeting*, dan pesta
 - 8) Mencoba suatu hal dinamis yang lebih kompleks
 - 9) Berkomunikasi dengan seluruh anggota
3. *Inter-group processes* untuk:
- 1) Mengembangkan rencana-rencana yang terpisah
 - 2) Membentuk rasa kompetisi
 - 3) Menggabungkan kekompakan dengan keterbukaan
 - 4) Membangun rasa keseluruhan grup dengan cepat

Tabel 2.1 Contoh struktur kelompok (Habeshaw & Gibbs, 1992)

Kelompok Kecil	Kelompok Besar	<i>Inter-group Processes</i>
<i>Pairs</i>	<i>A full circle</i>	<i>Fishbowl</i>
<i>Buzz group</i>	<i>Audience</i>	<i>Pyramid</i>
<i>Peer teaching</i>	<i>Line-up</i>	<i>Milling</i>
<i>Back-to-back</i>	<i>Brainstorm</i>	<i>Syndicate</i>

Habeshaw & Gibbs (1992) menambahkan, kadang sebaiknya mengganti anggota kelompok kecil sehingga akan me-energize anggota dengan *discouraging 'coziness'*, untuk memberi kesempatan setiap orang bertemu dengan wajah-wajah dan ide-ide baru, untuk memecah kelompok yang tidak bekerja dengan baik. Masalah-masalah yang sering ditemui dalam pembentukan kelompok dan cara mengatasi dapat dilihat di Tabel 2.2 dan Tabel 2.3.

Tabel 2.2 Masalah dalam pembentukan kelompok dan keterampilan atau tehnik mengatasinya (Habeshaw & Gibbs, 1992)

Problem	Skill or technique
Group silent, or unresponsive	Use buzz groups. Ask what's going on. Do a round of snapshots on What I find tricky in this group or What I want from this group.
Individual(s) silent	Use open, exploratory questions. I'm aware that some people haven't spoken yet. I'd like to hear what Chris thinks about this Anything on your mind Chris?
Members not listening to each other, not building, pointsoring	Use listening exercise. Introduce a ground rule. Say what you see, or what you feel e.g. <i>There seems to be a hidden agenda here.</i>
Sense of group: secret/private joke/cliقة	Break them up. Confront, e.g. What's going on? Self disclose, e.g. I find it hard to lead a group where . . .
Sub-groups form or students pair off	Confront, e.g. We seem to have two separate groups here. Invite them to share with the whole group.

Tabel 2.3 Kejadian yang dapat terjadi pada pembentukan kelompok dan keterampilan atau tehnik mengatasinya (Habeshaw & Gibbs, 1992)

Incident	Skill or technique
One or two people dominate	Use hand signals. Support others and bring them in. Give out roles, e.g. timekeeper, scribe, summariser, reporter.
Groups looks to leader for answers, or is too deferential	Stay silent. Throw the question back. Open the question to the whole group.
Discussion too abstract.	Ask group to relate back to their own experience. Bring them back to 'here and now'. Use personal statements.
Discussion goes off the	Set clear theme at the start, check group agree and

point or becomes irrelevant	then . . . I'm wondering what the present discussion has to do with what we agreed?
Distraction occurs	Give precedence to distraction.
Preparation not done	Share work out – teamwork. Reconsider the ground rules. If necessary, re-draw the contract.

Metode diskusi kelompok membantu siswa untuk merefleksikan apa yang mereka pelajari (Habeshaw & Gibbs, 1992). Kebanyakan siswa akan merasa sulit mengatakan pada pendidik ketika mereka bertanya-tanya bagaimana menyelesaikan tugas yang diberikan. Mereka tidak terbiasa merefleksi dalam proses pembelajaran. Namun dengan melihat teman-temannya yang lain melakukan hal berbeda untuk alasan yang berbeda dapat membantu siswa untuk mulai merefleksikan apa yang mereka pelajari. Beberapa metode diskusi yang membuat siswa merefleksikan apa yang mereka pelajari antara lain seperti *buzz groups*, *rounds*, *pyramids*, *syndicate groups*, dan *brainstorming*.

2.1.1 Diskusi Metode *Syndicate Group*

Hinduan & Susetiyono (2010) menjelaskan bahwa *syndicate group* (Caneil [1986] dalam Modjiono & Dimiyati [1992]) merupakan salah satu jenis diskusi kelompok kecil (3-6 orang), dimana setiap kelompok mengerjakan tugas yang berbeda antara satu kelompok dengan kelompok yang lain. Setiap kelompok akan melaporkan hasil pekerjaannya di depan kelas dalam suatu diskusi pleno atau diskusi kelas. Guru menjelaskan garis besar problem kepada kelas, menggambarkan aspek-aspek masalah, kemudian tiap-tiap kelompok (sindikat) diberi tugas untuk mempelajari suatu aspek tertentu. Guru menyediakan referensi atau informasi-informasi yang lain. Setiap sindikat bersidang sendiri-sendiri atau membaca bahan, berdiskusi, dan menyusun laporan yang berupa laporan sindikat.

Tidak jauh berbeda dengan Canei, menurut Habeshaw & Gibbs (1992) *syndicate groups* merupakan beberapa kelompok kecil yang terdiri atas beberapa siswa (4-6 anggota setiap kelompok), yang bekerja pada masalah yang sama, atau pada aspek yang berbeda dengan masalah yang sama, dan pada waktu yang sama. Pada penyelesaiannya setiap kelompok melaporkan kembali tugas mereka pada guru serta mendengarkan laporan dari kelompok lainnya sehingga mereka dapat membandingkan ide-ide kelompok lain dengan ide mereka sendiri. Tiap kelompok dapat pergi ke perpustakaan atau tempat lainnya untuk mencari jawaban, dan melaporkan kembali di akhir minggu pada presentasi masing-masing kelompok dimana pengajar mengatasi kesenjangan atau kesalahpahaman yang ada.

Langkah-langkah pada model *syndicate group* (Hinduan & Susetiyono, 2010) adalah: (1) menjelaskan tujuan pembelajaran; (2) menjelaskan materi pembelajaran; (3) menjelaskan metode yang akan digunakan; (4) mengelompokkan materi pembelajaran; (5) mengelompokkan siswa; (6) menjelaskan pembagian waktu dalam kegiatan pembelajaran; (7) mengadakan diskusi di sindikat (diskusi kelompok); (8) tiap kelompok melaporkan hasil diskusinya atau diskusi kelas (9) dievaluasi; dan (10) melaksanakan tindak lanjut.

Proses pada *syndicate group* mungkin mengalami kesulitan dalam menghadapi suasana yang tidak menarik, khususnya jika furnitur tidak sesuai dan siswa baru saja pasif mendengarkan kuliah/pelajaran. Kelompok *syndicate* ini cukup mudah untuk berbicara/berdiskusi dan dibuat berbaur dalam bentuk sepasang-sepasang. Satu menit dimanfaatkan untuk sendiri-sendiri dan 3 menit dihabiskan dalam berpasangan dapat menghemat 10 menit saat dimulainya *syndicate group*. Siswa butuh waktu dan kesempatan untuk mencoba menemukan

ide-ide baru dalam suasana lingkungan yang memungkinkan sebelum akhirnya mereka bertukar pikiran mengenai ide-ide mereka dalam kelompok yang lebih besar (Habeshaw & Gibbs, 1992).



Gambar 2.1 Visualisasi kelas dengan formasi setengah lingkaran pada *syndicate group* (Rianto, 2006)

Pelaksanaan diskusi kelompok dengan metode *syndicate group* dapat dibentuk formasi seperti Gambar 2.1. Menurut (Habeshaw & Gibbs, 1992), buat setiap kelompok *syndicate* duduk melingkar. Jika seluruh sesi pembelajaran menggunakan metode *syndicate group* maka furnitur atau tempat duduk dapat diatur dimana setiap kelompok dapat dengan jelas melihat guru, dan papan tulis atau layar tanpa mengganggu kelompok mereka. Ketika di dalam kelas ukuran kelompok mungkin dapat terbatas oleh furnitur. Pada kelas yang tempat duduknya bertingkat kelompok kemungkinan terbatas beranggotakan 4 orang (dengan alternatif berpasang-pasangan melingkar). Sarankan siswa mengatur ulang furniture/ tempat duduk seperti yang mereka sukai, termasuk dimana pendidik duduk dan apa yang pendidik gunakan untuk duduk. Ubah melalui kesepakatan dan lihat apakah perubahan itu membuat adanya perbedaan.

Tujuan dari pengajaran melalui *syndicate group* (Hinduan & Susetiyono, 2010) antara lain: agar anggota kelompok mempelajari kebiasaan belajar bersama; agar siswa mampu memanfaatkan pustaka atau sumber belajar selain guru; serta

agar setiap anggota kelompok dapat menghargai pendapat atau gagasan anggota kelompok yang lain, dan juga mampu memberikan hasil belajar secara kelompok serta menerima hasil belajar dari kelompok lain.

Kelebihan metode *syndicate group* (Hinduan & Susetiyono, 2010) yaitu: membiasakan kerjasama menurut paham demokrasi, memberi kesempatan kepada mereka untuk mengembangkan sikap musyawarah dan bertanggung jawab; kesadaran akan adanya kelompok menimbulkan rasa kompetitif yang sehat sehingga membangkitkan kemauan belajar yang sungguh-sungguh; guru tidak perlu mengawasi masing-masing siswa secara individu, cukup hanya dengan memperhatikan kelompok saja atau ketua-ketua kelompoknya; dan melatih ketua kelompok menjadi pemimpin bertanggung jawab dan membiasakan anggota-anggotanya untuk melaksanakan tugas kewajiban sebagai warga yang patuh pada aturan.

Proses diskusi yang intensif dan berulang pada metode *syndicate* ini juga akan membuahkan hasil belajar yang lebih berkesan. Sebagaimana penelitian-penelitian terdahulu telah terbukti bahwa dengan metode *syndicate group* dapat meningkatkan pemahaman terhadap materi pembelajaran, maupun minat, keaktifan, dan kerjasama dalam proses pembelajaran (Murwatiningsih [2008] dalam Hinduan & Susetiyono [2010]) serta meningkatkan hasil belajar dan motivasi belajar (Hinduan & Susetiyono, 2010). Dimana hasil belajar (Hinduan & Susetiyono, 2010) adalah perubahan perilaku siswa akibat belajar. Perilaku itu sendiri menurut Benyamin Bloom (1908) memiliki tiga tingkat ranah, termasuk di dalamnya terdapat pengetahuan (*knowledge*), sikap (*attitude*), dan tindakan atau praktik (*practice*).

Kekurangan yang dapat ditemui dalam pembelajaran dengan metode *syndicate group* (Hinduan & Susetiyono, 2010) diantaranya: dari segi pembentukan group atau kelompok, sulit untuk membuat kelompok yang homogen, baik intelegensi, bakat dan minat atau daerah tempat tinggal; dan dari segi kerja kelompok, pemimpin kelompok kadang-kadang sukar untuk memberi pengertian kepada anggota, sulit untuk menjelaskan dan pembagian kerja, anggota kadang-kadang tidak mematuhi.

Ada beberapa cara untuk mengatasi kelemahan-kelemahan model kelompok sindikat (Hinduan & Susetiyono, 2010), antara lain guru haruslah berusaha memperoleh pengetahuan yang luas dalam hal menyusun kelompok; kumpulan data tentang siswa untuk menunjang tugas-tugas guru; bimbingan terhadap kelompok harus dilakukan terus menerus; usahakan agar ukuran kelompok itu tidak terlalu besar dan anggotanya dalam kelompok tertentu berganti-ganti, dan dalam memberikan motivasi haruslah guru menuju kepada kompetisi yang sehat. Beberapa cara lain untuk mengatasi masalah dalam metode menggunakan kelompok dapat dilihat pada tabel 2.2 dan tabel 2.3.

Dapat disimpulkan bahwa langkah-langkah yang harus dilaksanakan dalam diskusi kelompok kecil dengan metode *syndicate group*, yaitu: (1) penyampaian materi atau masalah secara garis besar oleh fasilitator; (2) pembentukan kelompok (bisa dilakukan sebelum tahap penyampaian masalah) dan pembagian topik atau aspek-aspek masalah pada setiap kelompok; (3) sesi diskusi kelompok kecil (*syndicate*); (4) sesi diskusi pleno (kelompok besar); (5) evaluasi dan penarikan kesimpulan.

2.2 Konsep Perilaku

Perilaku adalah suatu tindakan atau perbuatan suatu organisme yang dapat diamati atau bahkan dipelajari. Adapun dalam pengertian lain disebutkan sebagai suatu aksi dan reaksi organisme terhadap lingkungannya (Notoatmodjo, 2003).

Perilaku manusia dibedakan antara perilaku tertutup (*covert*) dan terbuka (*overt*). Perilaku tertutup terjadi bila respon terhadap stimulus masih belum dapat diamati orang lain (dari luar) secara jelas. Respon seseorang masih terbatas dalam bentuk perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan, dan sikap terhadap suatu stimulus. Bentuk *covert behaviour* yang dapat diukur adalah pengetahuan dan sikap. Perilaku terbuka (*overt*) terjadi bila respon terhadap stimulus sudah berupa tindakan atau praktik yang dapat diamati orang lain dari luar.

Benyamin Bloom (1908) membedakan perilaku dalam tiga area, wilayah, ranah, atau domain perilaku, yaitu pengetahuan (*cognitif*), sikap (*affective*), dan psikomotor (*psicomotor*). Yang kemudian berkembang menjadi tiga tingkat ranah perilaku, yaitu pengetahuan (*knowledge*), sikap (*attitude*), dan tindakan atau praktik (*practice*). Pada penelitian ini hanya akan membahas dua ranah perilaku saja yaitu pengetahuan (*knowledge*) dan sikap (*attitude*). Berikut pembahasan lebih lanjut mengenai keduanya:

1. Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan (Notoatmodjo, 2005) adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Pengetahuan adalah suatu proses dari seseorang yang didapatkan dari sekedar tahu, kemudian memahami dari apa yang didupatkannya dan menerjemahkannya menurut kemampuan individu, selanjutnya

menjabarkan situasi yang dialaminya tersebut dan menghubungkan secara garis besar dari situasi atau pengalaman yang didapatnya untuk kemudian diterimanya sebagai sesuatu yang bermanfaat bagi dirinya maupun lingkungannya.

Pada waktu penginderaan akan dihasilkan pengetahuan yang sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh dari indra pendengaran dan indra penglihatan (Notoatmodjo, 2005). Pengetahuan seseorang dibagi dalam enam tingkat pengetahuan (Notoatmodjo, 2010), yaitu :

- 1) Tahu (*know*). Tahu diartikan sebagai *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu.
- 2) Memahami (*comprehension*). Memahami berarti tidak hanya sekedar dapat menyebutkan, tetapi juga mampu menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui.
- 3) Aplikasi (*application*). Aplikasi diartikan apabila seseorang telah memahami objek yang dimaksud dan dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui pada situasi lain.
- 4) Analisis (*analysis*). Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui. Indikasi bahwa pengetahuan seseorang sudah sampai pada tingkat analisis apabila orang tersebut telah dapat membedakan, atau memisahkan, mengelompokkan, membuat diagram (bagan) terhadap pengetahuan atas objek tersebut.

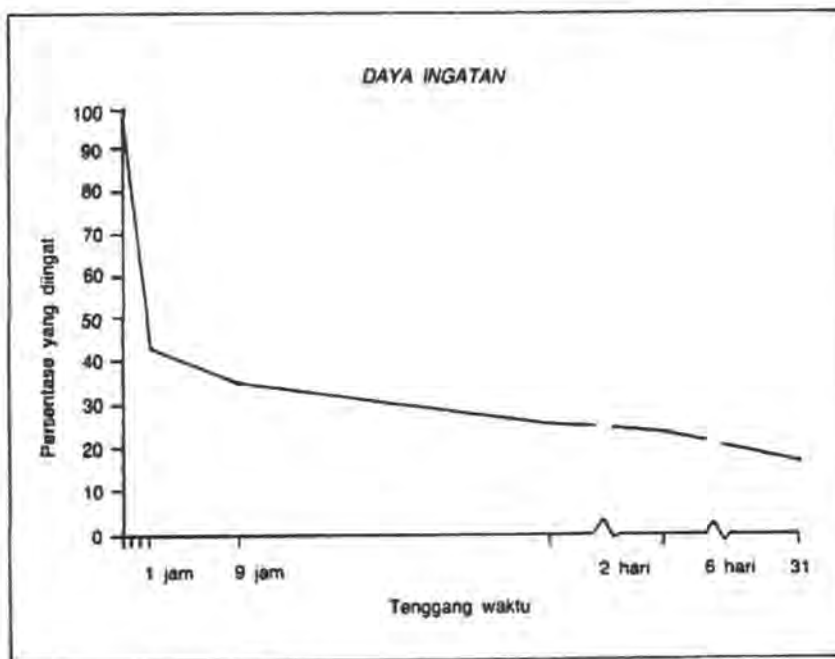
- 5) Sintesis (*synthesis*). Sintesis menunjuk suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki dalam satu hubungan yang logis. Sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada.
- 6) Evaluasi (*evaluation*). Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek tertentu. Penilaian ini dengan sendirinya didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau norma-norma yang berlaku dimasyarakat.

Pengetahuan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu umur, tingkat pendidikan, pengalaman, dan media masa.

- 1) Umur. Menurut Hurlock (1998) bahwa semakin cukup umur, tingkat kemampuan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja.
- 2) Tingkat pendidikan. Menurut Notoadmodjo (2007) salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang adalah tingkat pendidikan. Tingkat pendidikan seseorang dapat meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan. Pendidikan akan memberikan pengetahuan sehingga terjadi perubahan perilaku positif yang meningkat. Menurut Widyastuti (2005) tingkat pendidikan yang rendah merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang. Pendidikan yang rendah maka pengetahuan yang diperoleh juga akan kurang dan akan membentuk sikap yang tidak baik. Pengetahuan merupakan domain yang penting untuk pembentukan sikap.
- 3) Pengalaman. Pengalaman merupakan sumber pengetahuan dan merupakan cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan (Notoadmodjo, 2007).

Sehingga dapat disimpulkan bahwa semakin banyak pengalaman seseorang maka pengetahuannya akan semakin baik.

- 4) Media masa. Menurut Notoadmodjo (2007) media cetak seperti leaflet, booklet, poster dan sejenisnya sebagai alat pendidikan kesehatan yang efektif dalam peningkatan pengetahuan dan pemberi informasi kesehatan pada masyarakat, khususnya pada orang yang masih awam mengenai media tersebut. Menurut Mansoer (2005) bahwa media masa dan orang yang berpengaruh merupakan pemberi informasi yang baik pada seseorang, semakin banyak mendapatkan informasi yang masuk, semakin banyak pula pengetahuan yang didapat.



Sumber: Kathieen T. McWhorter, *College Reading and Study Skills* (Edisi ke-2). Boston: Little Brown, 1981, hlm. 32.

Gambar 2.2 Persentase daya ingat manusia dalam Soedarso, 2005

Daya ingat kita umumnya mampu mengingat sekitar 50% dari apa yang kita baca satu jam berselang dan dalam dua hari berikutnya tinggal 30% saja (Sousa, 2012; Soedarso, 2005). Informasi yang masuk akan hilang begitu saja atau

tersimpan untuk sementara waktu. Contohnya, sebelum kita memutar nomor telepon, kita melihat ke buku telepon sebentar, setelah itu kita tidak lagi ingat nomor tersebut. Apabila kita menginap di suatu hotel, kita mengingat kamar yang kita tempati selama kita masih tinggal di hotel itu

2. Sikap (*attitude*)

Sikap adalah reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek (Notoatmodjo, 1997). Sikap adalah pandangan-pandangan atau perasaan yang disertai kecenderungan untuk bertindak sesuai sikap objek tadi (Purwanto, 1998). Menurut Azwar (2009) bahwa persuasi dapat diperkaya dengan pesan-pesan yang membangkitkan emosi kuat, khususnya emosi takut dalam diri seseorang. Terutama ketika pesannya berisi rekomendasi mengenai perubahan sikap dapat mencegah konsekuensi negatif dari sikap yang hendak diubah, cara ini efektif bila sikap atau perilaku yang hendak diubah ada kaitannya dengan aspek kesehatan.

Menurut Azwar (1995) dalam Maulana (2009), sikap memiliki tiga komponen yang membentuk struktur sikap, yaitu kognitif, afektif, dan konatif.

- 1) Komponen kognitif (*cognitive*). Disebut juga komponen *perseptual*, yang berisi kepercayaan yang berhubungan dengan persepsi individu terhadap objek sikap dengan apa yang dilihat dan diketahui, pandangan, keyakinan, pikiran, pengalaman pribadi, kebutuhan emosional, dan informasi dari orang lain. Sebagai contoh, seseorang tahu kesehatan itu sangat berharga jika menyadari sakit dan terasa nikmatnya sehat.
- 2) Komponen afektif (*komponen emosional*). Komponen ini menunjukkan dimensi emosional subjektif individu terhadap objek sikap, baik bersikap

positif (rasa senang) maupun negatif (rasa tidak senang). Reaksi emosional banyak dipengaruhi oleh apa yang kita percayai sebagai sesuatu yang benar terhadap objek sikap tersebut.

- 3) Komponen konatif (*komponen perilaku*). Komponen ini merupakan predisposisi atau kecenderungan bertindak terhadap objek sikap yang dihadapinya.

Menurut Azwar (2005) dalam Rasyid & Mansur (2009), sikap merupakan konstelasi komponen-komponen kognitif, afektif, dan konatif yang saling berinteraksi dalam memahami, merasakan, dan berperilaku terhadap suatu objek. Rasyid & Mansur (2009) menyimpulkan bahwa untuk mengetahui sikap seseorang terhadap suatu objek, maka perlu dilihat dari tiga komponen yaitu: kognitif, afektif, dan konatif. Komponen kognitif merupakan bagian sikap yang timbul berdasarkan pengetahuan atau pemahaman terhadap objek sikap. Komponen afektif merupakan bagian dari sikap yang timbul berdasarkan apa yang dirasakan seseorang terhadap objek sikap. Berdasarkan komponen-komponen kognitif dan afektif, nampak adanya kecenderungan untuk bertindak (konatif) sebagai reaksi terhadap objek sikap.

Menurut Azwar (2009), ada beberapa faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap. Beberapa diantaranya sebagaimana poin yang mempengaruhi pengetahuan seseorang, seperti media masa dan tingkat pendidikan. Berikut uraian faktor-faktor pembentukan sikap, antara lain:

- 1) Pengalaman Pribadi. Pengalaman yang telah kita alami membentuk dan mempengaruhi penghayatan kita terhadap stimulasi untuk dapat mempunyai

tanggapan dan penghayatan, seseorang harus mempunyai pengalaman yang berkaitan dengan objek psikologi.

- 2) Pengaruh orang lain yang dianggap penting. Pada umumnya, individu cenderung memiliki sikap yang kompromis atau searah dengan sikap orang yang dianggap penting.
- 3) Kebudayaan. Kebudayaan dimana seseorang hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap seseorang.
- 4) Media masa. Sebagai sarana komunikasi, berbagai bentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah dan lain-lain mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan opini dan kepercayaan seseorang.
- 5) Faktor emosional. Suatu bentuk sikap terkadang merupakan pernyataan yang didadari oleh emosi yang berfungsi sebagai semacam penyalur frustrasi atau bentuk pengalihan mekanisme ego.
- 6) Lembaga pendidikan atau lembaga agama. Lembaga pendidikan dan lembaga agama sebagai suatu sistem yang mempunyai pengaruh dalam pembentukan sikap dikarenakan keduanya meletakkan dasar pengertian dan konsep moral dalam diri individu.
- 7) Tingkat pendidikan. Menurut Widyastuti (2005) tingkat pendidikan yang rendah merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang. Pendidikan yang rendah maka pengetahuan yang diperoleh juga akan kurang dan akan membentuk sikap yang tidak baik. Pengetahuan merupakan domain yang penting untuk pembentukan sikap.

Pengukuran sikap dapat dilakukan dengan menilai pernyataan sikap seseorang. Pernyataan sikap adalah rangkaian kalimat yang mengatakan sesuatu

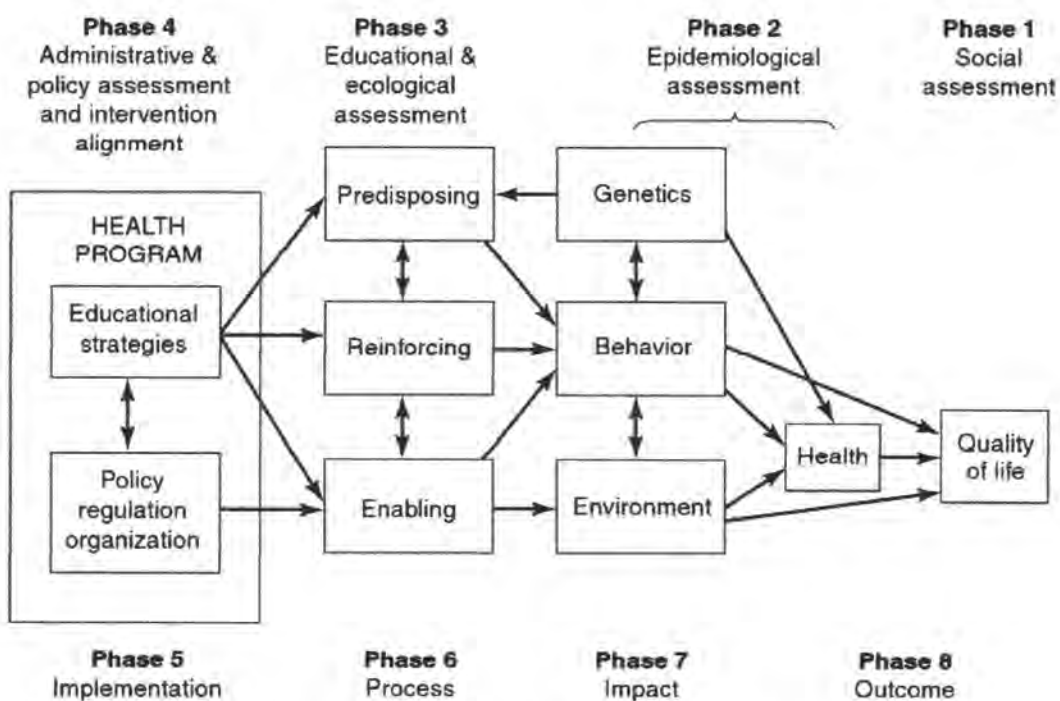
mengenai obyek sikap yang hendak diungkap. Pernyataan sikap mungkin berisi atau mengatakan hal-hal yang positif mengenai obyek sikap, yaitu kalimatnya bersifat mendukung atau memihak pada obyek sikap. Pernyataan ini disebut dengan pernyataan yang *favourable*. Sebaliknya pernyataan sikap mungkin pula berisi hal-hal negatif mengenai obyek sikap yang bersifat tidak mendukung maupun kontra terhadap obyek sikap. Pernyataan seperti ini disebut dengan pernyataan yang tidak *favourable*. Suatu skala sikap sedapat mungkin diusahakan agar terdiri atas pernyataan *favorable* dan tidak *favorable (unfavourable)* dalam jumlah yang seimbang. Dengan demikian pernyataan yang disajikan tidak semua positif dan tidak semua negatif yang seolah-olah isi skala memihak atau tidak mendukung sama sekali obyek sikap (Azwar, 2005).

2.2.1 Perilaku Kesehatan Berdasarkan Model Precede-Proceed

Menurut Skinner seperti yang dikutip oleh Notoatmodjo (2007), perilaku kesehatan adalah perilaku manusia yang berkaitan dengan mencegah atau tindakan pelayanan untuk sembuh dari suatu penyakit. Menurut Maulana (2009), perilaku kesehatan meliputi perilaku-perilaku sebagai berikut:

1. Perilaku terhadap sakit dan penyakit
2. Perilaku peningkatan dan pemeliharaan kesehatan
3. Perilaku pencegahan penyakit
4. Perilaku pencarian pengobatan
5. Perilaku pemulihan kesehatan
6. Perilaku terhadap sistem pelayanan kesehatan
7. Perilaku terhadap makanan
8. Perilaku terhadap kesehatan lingkungan

Ada berbagai macam teori perilaku kesehatan yang menjelaskan bagaimana seseorang untuk berperilaku sehat. Salah satu teori perilaku kesehatan yaitu *Precede-Proceed model*, yang juga salah satu model pendidikan kesehatan yang populer. Model ini berawal di tahun 1970an yang diterapkan pada penelitian hipertensi yang dilakukan oleh Green dan rekan-rekannya. Model ini terus dikembangkan hingga didapatkan model *Precede-Proceed* terbaru yang dipublikasikan pada tahun 2005 oleh Green & Kreuter.

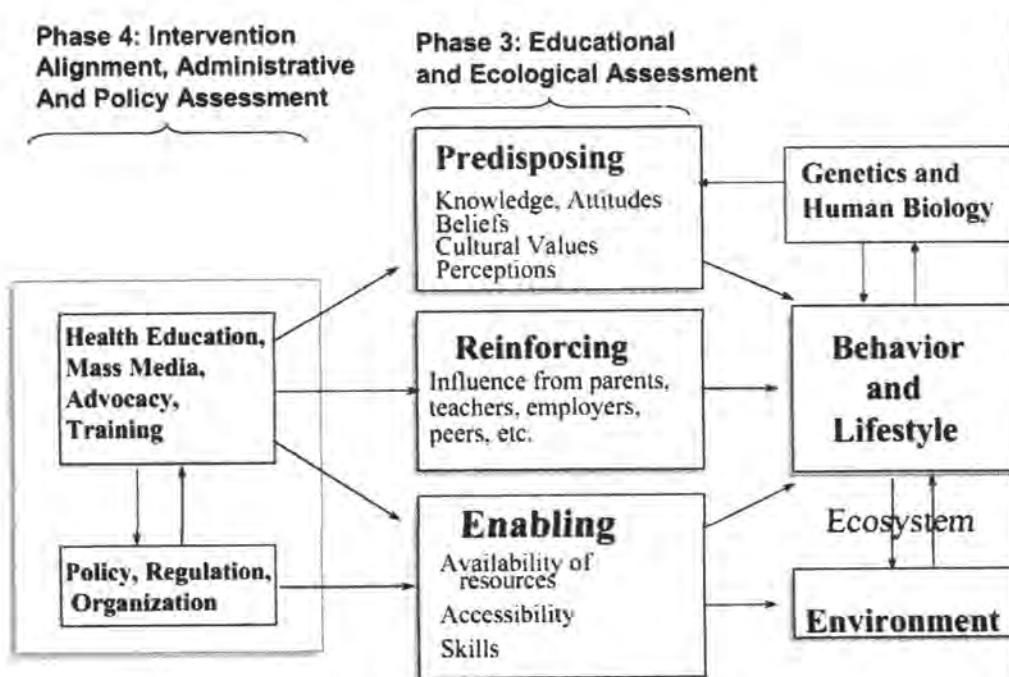


Gambar 2.3 Representasi umum *Precede-Proceed model* dalam kesehatan.

Sumber: Green & Kreuter (2005) dalam Sharma & Romas (2011)

Model *Precede-Proceed* terbaru memiliki delapan fase dalam prosesnya. Kedelapan fase *Precede-Proceed* (Green & Kreuter, 2005) tersebut antara lain (Sharma & Romas, 2011): (1) *social assessment*; (2) *epidemiological assessment*; (3) *educational & ecological assessment*; (4) *administrative & policy assessment and intervention alignment*; (5) *implementation*; (6) *process evaluation*; (7) *impact evaluation*; (8) *outcome evaluation*. Sharma & Romas yang memandang dari sisi

pendidikan kesehatan menyatakan bahwa delapan fase tersebut menyediakan pedoman untuk perencanaan bermacam program kesehatan.



Gambar 2.4 Faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan (Green & Ottoson, 2006)

Notoatmodjo (2010) yang melihat dari sisi perilaku kesehatan membagi model Precede-Proceed ini dalam dua garis besar tahapan. Precede sebagai fase diagnosis masalah dan proceed sebagai fase perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi promosi kesehatan.

Tahapan precede merupakan tahapan menjamin sebuah program yang akan dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan dan keinginan individu/masyarakat. Precede ini merupakan arahan dalam menganalisis atau diagnosis dan evaluasi perilaku untuk intervensi pendidikan (promosi) kesehatan atau fase pendahulu. Proceed sendiri merupakan arahan perencanaan, implementasi, dan evaluasi pendidikan (promosi) kesehatan. Menjamin program yang akan dijalankan akan tersedia sumber dayanya, mudah diakses atau dicapai, dapat diterima secara

politik dan peraturan yang ada, serta dapat dievaluasi oleh *policy makers*, *consumers*, dan *administrators* (Notoatmodjo, 2010).

Lebih lanjut *Precede-Proceed model* ini dapat diuraikan bahwa perilaku itu sendiri terbentuk oleh tiga faktor yaitu faktor *predisposing*, *reinforcing*, dan *enabling* (Notoatmodjo, 2010) dan memiliki saling keterkaitan dengan faktor *genetics & human biology* dan *environment/lingkungan* (Green & Ottoson, 2006). Berikut penjabaran ketiga faktor yang mempengaruhi faktor perilaku (Notoatmodjo, 2010):

1. Faktor- faktor predisposisi (*predisposing factors*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai- nilai, dan sebagainya.
2. Faktor- faktor pemungkin (*enabling factors*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau saran-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat- obatan, jamban, dan sebagainya.
3. Faktor- faktor pendorong atau penguat (*reinforcing factors*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Di samping itu, ketersediaan fasilitas, sikap, dan perilaku para petugas kesehatan, juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku (Notoatmodjo, 2010).

2.3 Konsep Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA)

2.3.1 Definisi ISPA

Depkes (2009) dalam Halim (2012) mendefinisikan Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) atau *Acute Respiratory Infection* (ARI) sebagai penyakit infeksi akut yang menyerang salah satu bagian atau lebih dari saluran napas mulai dari hidung hingga kantong paru (alveoli) termasuk jaringan adeneksanya seperti sinus/rongga di sekitar hidung (sinus para nasal), rongga telinga tengah, dan pleura.

Riskesdas (2007) menjelaskan bahwa Infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) merupakan penyakit yang sering dijumpai dengan manifestasi ringan sampai berat. ISPA yang mengenai jaringan paru-paru atau ISPA berat, dapat menjadi pneumonia. Pneumonia merupakan penyakit infeksi penyebab kematian utama, terutama pada balita.

Penyakit infeksi pada sistem pernapasan biasanya dibagi menjadi dua kelompok; penyakit pada saluran pernapasan atas (paling umum terjadi) dan penyakit pada saluran pernapasan bawah (lebih jarang, mis. pneumonia) (Asih & Effendy, 2004).

2.3.2 Etiologi (Penyebab) ISPA

Proses infeksi saluran pernapasan dapat menyerang baik saluran pernapasan bagian atas maupun bawah, atau keduanya. Infeksi tersebut dapat disebabkan oleh virus, bakteri, riketsa, jamur, atau protozoa dan dapat bersifat ringan, sembuh sendiri (*self-limited*), atau bahkan menjadi parah (Asih & Effendy, 2004). Bakteri penyebab ISPA antara lain adalah dari genus *Streptococcus*, *Stafilokokus*, *Pneumokokus*, *Hemofilus*, *Bordetella* dan *Corinebacterium*. Virus

penyebab ISPA antara lain adalah golongan *Miksovirus*, *Adenovirus*, *Koronavirus*, *Pikornavirus*, *Mikoplasma*, *Herpesvirus*, dan lain-lain. Pada tahun 2009 Depkes RI dalam program P2 (Pemberantasan Penyakit) ISPA, menambahkan ISPA akibat polusi udara. Menurut Corwin (2009) sebagian besar ISPA disebabkan oleh virus, meskipun bakteri juga dapat terlibat sejak awal atau yang bersifat sekunder terhadap infeksi virus.

Menurut WHO, penelitian di berbagai negara juga menunjukkan bahwa di negara berkembang *Streptococcus pneumoniae* dan *Haemofilus influenzae* merupakan bakteri yang selalu ditemukan pada 2/3 (dua pertiga) dari hasil isolasi yaitu 73,9% aspirat paru dan 69,1% hasil isolasi dari spesimen darah. Bakteri merupakan penyebab utama dari pneumonia, yang dapat terjadi secara primer atau sekunder setelah infeksi oleh virus. Dalam bukunya, Corwin (2009) menjelaskan pneumonia akibat bakteri sering disebabkan oleh bakteri gram-positif. Antara lain *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* beta hemoliticus grup A, dan *Pseudomonas aeruginosa*. Virus penyebab pneumonia misal influenza. Anak-anak yang masih kecil sangat rentan sekali terhadap pneumonia virus, infeksi tersebut dapat diakibatkan oleh *respiratory syntial virus* (RSV), *parainfluenza*, *adenovirus*, dan *rinovirus*. Individu yang terpajan aerosol dari air yang lama tergenang, misal dari alat pendingin ruangan atau alat pelembab yang kotor, dapat mengidap *pneumonia Legionella*. Orang yang mengalami aspirasi cairan lambung ataupun aspirasi air akibat tenggelam, dapat mengalami pneumonia aspirasi. Pada individu-individu ini penyebab pneumonia bukan akibat mikroorganisme melainkan materi yang teraspirasi.

Penyebaran Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) dapat terjadi melalui kontak langsung dan tidak langsung dengan oleh virus atau bakteri penyebab ISPA ataupun dengan benda yang telah terkontaminasi kuman penyebab ISPA. Sumber penularan yaitu orang yang sedang menderita ISPA, yang menyebarkan kuman penyebab ISPA ke udara pada saat batuk atau bersin dalam bentuk droplet. Riskesdas (2007) mengkategorikan ISPA sebagai penyakit menular yang penularannya melalui udara atau percikan air liur (*droplet*). Contoh penularan pada kehidupan sehari-hari dapat berupa *hand to hand transmission*, penggunaan alat makan bersama orang yang sedang mengalami ISPA, menggunakan benda milik penderita yang sudah terkontaminasi, dan terpapar udara tercemar (*airborne disease*) oleh kuman ISPA, khususnya di sekitar orang yang sedang mengalami ISPA. Beberapa faktor umum yang memudahkan penularan ISPA antara lain: lingkungan yang kurang ventilasi; banyaknya asap (asap rokok ataupun asap api); orang bersin atau batuk tanpa menutup mulut dan hidung.

2.3.3 Patofisiologi (Proses Penyakit) ISPA

Corwin (2009) menjelaskan, pada infeksi saluran pernafasan atas semua jenis infeksi, baik yang dipicu oleh virus ataupun bakteri, akan mengaktifkan respon imun dan inflamasi sehingga terjadi pembengkakan dan edema jaringan yang terinfeksi. Reaksi inflamasi menyebabkan peningkatan produksi mukus yang berperan menimbulkan ISPA, yaitu kongesti hidung tersumbat, sputum berlebihan, dan rabas hidung (pilek). Sakit kepala, demam ringan, dan malaise dapat juga terjadi akibat reaksi inflamasi.

Menurut Asih & Effendy (2004) infeksi saluran pernapasan bagian atas sering ditemui sebagai *common cold* (salesma) yang ditandai inflamasi akut yang

menyerang hidung, sinus paranasal, tenggorokan, atau laring. Infeksi saluran pernapasan atas cenderung meluas hingga trakhea dan brokhi, dan pada sejumlah kecil klien dapat diperburuk oleh pneumonia. Pada anak-anak sering meluas ke dalam telinga tengah sehingga menyebabkann otitis media.

Infeksi akibat virus, misal influenza, ditandai oleh inflamasi akut nasofaring, trakhea, dan bronkhioles yang mengarah pada nekrosis jaringan. Infeksi saluran pernapasan atas yang disebabkan virus disebut *self-limited disease* karena sifatnya yang dapat sembuh secara spontan tanpa pengobatan spesifik. Namun demikian infeksi saluran pernapasan atas dapat memicu pasien terhadap superinfeksi bakteri, jenis yang dikenal yaitu *nasofaringitis streptococus*. Bakteri ini dapat menyebar ke dalam struktur anatomi yang berdekatan dan menyebabkan sinusitis bakterialis, otitis media, atau bronkhitis mukopurulen.

Tinggi rendahnya morbiditas akibat ISPA tergantung pada pertahanan fisik dan pertahanan sistem imun manusia itu sendiri. Meskipun saluran napas atas secara langsung tepajan dengan lingkungan, infeksi relatif jarang terjadi dan jarang meluas menjadi infeksi saluran napas bawah yang mengenai bronkus atau alveolus. Corwin (2009) menjelaskan, terdapat banyak mekanisme perlindungan di sepanjang saluran napas untuk mencegah infeksi. Beberapa contoh sistem pertahanan saluran pernafasan yaitu refleks batuk dan sistem eskalator mukosiliaris. Refleks batuk mengeluarkan benda asing dan mikroorganisme serta mengeluarkan mukus yang terakumulasi. Sistem eskalator mukosiliaris yaitu proses ketika sel penghasil mukus menangkap partikel asing, dan silia bergerak secara ritmis mendorong mukus beserta semua partikel yang terperangkap, ke atas cabang pernapasan ke nasofaring tempat mukus tersebut dapat dikeluarkan

sebagai sputum (dahak). Proses ini melibatkan sel-sel penghasil mukus yang berlokasi dari bronkus ke atas bersilia dan sel-sel silia yang melapisi sel-sel penghasil mukus.

Apabila mikroorganisme mampu lolos melalui serangkaian mekanisme pertahanan tersebut dan membuat koloni di saluran pernapasan atas, maka sistem pertahanan ketiga sistem imun, akan bekerja untuk mencegah mikroorganisme tersebut sampai ke saluran napas bawah. Respon sistem imun ini diperantarai oleh limfosit, juga melibatkan sel darah putih lain seperti makrofag dan eutrofil yang tertarik ke area tempat dimana proses inflamasi berlangsung. Jika terjadi gangguan pada mekanisme pertahanan di saluran pernafasan, atau jika mikroorganismenya sangat virulen, dapat terjadi infeksi hingga pada saluran napas bagian bawah.

Kerusakan jaringan paru setelah kolonisasi mikroorganisme di paru banyak disebabkan dari reaksi imun dan inflamasi yang dilakukan oleh pejamu. Selain itu, toksin yang dikeluarkan bakteri pada pneumonia bakteri dapat secara langsung merusak sel-sel sistem pernapasan bawah, termasuk produksi surfaktan sel alveolar tipe II. Pada individu yang mengalami pneumonia aspirasi, penyebab terjadinya pneumonia bukan akibat mikroorganisme melainkan materi yang teraspirasi. Dimana materi-materi tersebut dapat mencetuskan terjadinya reaksi inflamasi. Selanjutnya dapat berkembang menjadi infeksi bakteri.

2.3.4 Klasifikasi dan Gejala ISPA

Menurut Nelson (2002: 1456-1483) dalam Cahyaningrum (2012) Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) dibedakan menjadi dua, ISPA atas dan bawah. Infeksi saluran pernapasan atas adalah infeksi yang disebabkan oleh virus dan

bakteri termasuk nasofaringitis atau *common cold*, faringitis akut, uvulitis akut, rhinitis, nasofaringitis kronis, sinusitis. Sedangkan, infeksi saluran pernapasan akut bawah merupakan infeksi yang telah didahului oleh infeksi saluran atas yang disebabkan oleh infeksi bakteri sekunder, yang termasuk dalam penggolongan ini adalah bronkhitis akut, bronkhitis kronis, bronkiolitis dan pneumonia aspirasi.

Gambaran klinis infeksi saluran pernapasan atas menurut Asih & Effendy (2004) secara khas timbul dengan hidung tersumbat dan rinorea (terus mengeluarkan sekret dari hidung). Sakit tenggorokan dan rasa tidak nyaman saat menelan, bersin, dan batuk nyaring dan kering adalah gejala yang umum. Penyakit biasanya berlangsung selama beberapa hari hingga 1 sampai 2 minggu dan sembuh sendiri secara spontan (*self-limited*). Adanya rhabas hidung purulen, nyeri pada sinus dan telinga, dan mukus tenggorokan bagian dalam merupakan tanda lazim super-infeksi bakteri. Berbeda dengan infeksi oleh virus, super-infeksi bakteri tidak akan sembuh tanpa pemberian antibiotik. Pada infeksi saluran pernapasan bawah seringkali terjadi akibat perluasan dari infeksi saluran pernapasan atas ke bagian sistem pernapasan. Keparahan infeksi saluran pernapasan bawah tergantung pada resistensi hospes dan virulensi organisme penyerang. Infeksi saluran pernapasan bawah dapat berupa abses paru, pneumonia, dan tuberculosis (TB).

Depkes RI Dirjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (P2PL) dalam Program Pemberantasan Penyakit ISPA mengklasifikan ISPA menjadi dua golongan:

1. Pneumonia

Berdasarkan derajat beratnya pneumonia dibagi dua:

- 1) Pneumonia Berat. Ditandai dengan adanya nafas cepat, tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam (*chest indrawing*), dan pada anak terdapat stridor dalam keadaan tenang.
 - 2) Pneumonia Tidak Berat. Ditandai dengan adanya nafas cepat tanpa disertai keadaan seperti pada pneumonia berat.
2. Bukan Pneumonia

Secara klinis ditandai dengan batuk pilek (*common cold*), dapat disertai demam tanpa adanya tarikan dinding dada ke dalam, dan tanpa nafas cepat. Termasuk dalam klasifikasi ini antara lain seperti rhinitis, faringitis, tonsilitis, dan penyakit jalan nafas bagian atas lainnya yang digolongkan bukan pneumonia.

American Medical Association (AMA) membagi Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) menjadi lima, antara lain:

1. Sinusitis Akut

Sinusitis adalah peradangan pada sinus (rongga) yang terjadi akibat alergi atau infeksi virus, bakteri, maupun jamur. Dapat terjadi pada salah satu dari keempat sinus, biasanya paling sering pada sinus maksilaris. Keadaan ini terjadi karena ostium sinus tersumbat atau rambut-rambut (*cilliary*) rusak sehingga sekresi mukus tertahan dalam rongga sinus yang selanjutnya menyebabkan peradangan pada sinus setempat.

2. Faringitis

Faringitis merupakan kondisi inflamasi atau infeksi pada membran mukosa faring. Faringitis akut biasanya bagian dari infeksi akut orofaring, yaitu tonsilofaringitis akut, atau bagian dari influenza (rinofaringitis). Tanda dan gejala

berupa membran mukosa dan tonsil merah, demam, malaise, sakit tenggorokan, anoreksia, serak, dan batuk (Behrman, 2005).

3. Bronkitis Akut

Bronkitis adalah suatu peradangan pada bronkus (saluran udara ke paru-paru), yang dapat meliputi daerah laring, trakhea dan bronkus. Disebabkan oleh virus, mikoplasma, atau bakteri. Faktor predisposisi lain berupa alergi, perubahan cuaca, dan polusi udara. Dengan tanda dan gejala batuk kering, suhu badan rendah atau tidak ada demam, kejang, kehilangan nafsu makan, stridor, napas berbunyi, dan sakit di tengah depan dada (Ngastiyah, 2005).

4. Influenza

ISPA jenis ini biasanya terjadi dalam bentuk endemik. Disebut *common cold* atau selesma bila gejala di hidung lebih menonjol, sementara 'influenza' dimaksudkan untuk kelainan yang disertai faringitis dengan tanda demam dan lesu yang lebih nyata. Virus-virus penyebab influenza seperti *Rhinovirus*, *Adenovirus*, *Coronavirus*, virus *Influenza A* dan *B*, dan *Parainfluenza*. Biasanya akan sembuh dalam 3-5 hari.

5. Pneumonia

Pneumonia adalah Infeksi Saluran Pernapasan Akut bagian bawah yang mengenai parenkim paru. Penyakit ini disebabkan oleh bakteri yaitu *streptococcus pneumonia* dan *haemophilus influenza*. Pada bayi dan anak kecil ditemukan *staphylococcus aureus* sebagai penyebab pneumonia yang berat dan sangat progresif dengan mortalitas tinggi (Wardhani & Setiowulan, 2000). Gejala pneumonia bervariasi, tergantung umur penderita dan penyebab infeksi. Gejala-gejala yang sering didapatkan pada anak adalah napas cepat

dan sulit bernapas, mengi, batuk, demam, menggigil, sakit kepala, dan nafsu makan hilang (Syair, 2009).

2.3.5 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) disesuaikan dengan penyebab dan gambaran klinis yang timbul. Jika mengacu pada klasifikasi dari Program Pemberantasan Penyakit ISPA maka pengobatan dan rehabilitasi pada penderita ISPA sebagai berikut:

1. Pneumonia

- 1) Berat. Dirawat di rumah sakit, pemberian antibiotik parenteral, oksigen, dan sebagainya.
- 2) Pneumonia Tidak Berat. Pemberian antibiotik kotrimoksazol peroral. Bila tidak memungkinkan atau ternyata keadaan penderitanya tidak ada perubahan, maka dapat diberikan antibiotik pengganti, seperti ampisilin, amoksisilin, atau penisilin prokain.
- 3) Bukan Pneumonia. Tanpa pemberian antibiotik. Penderita dapat dirawat di rumah. Jika mengalami batuk penderitanya dapat diberikan obat batuk tradisional atau obat batuk lain yang tidak mengandung zat merugikan, seperti kodein, dekstrometorfan, dan antihistamin. Namun jika terjadi demam maka penderita dapat diberikan obat penurun panas, yaitu parasetamol. Apabila penderita dengan gejala batuk pilek yang pada pemeriksaan tenggorokan didapatkan adanya bercak nanah (eksudat) disertai pembesaran kelenjar getah bening di leher, maka penderita dianggap mengalami radang tenggorokan yang disebabkan *streptococcus* dan harus diberi antibiotik (penisilin) selama 10 hari.

Sumber lain (Corwin, 2009) menyebutkan beberapa penatalaksanaan untuk infeksi saluran nafas bagian atas, antara lain:

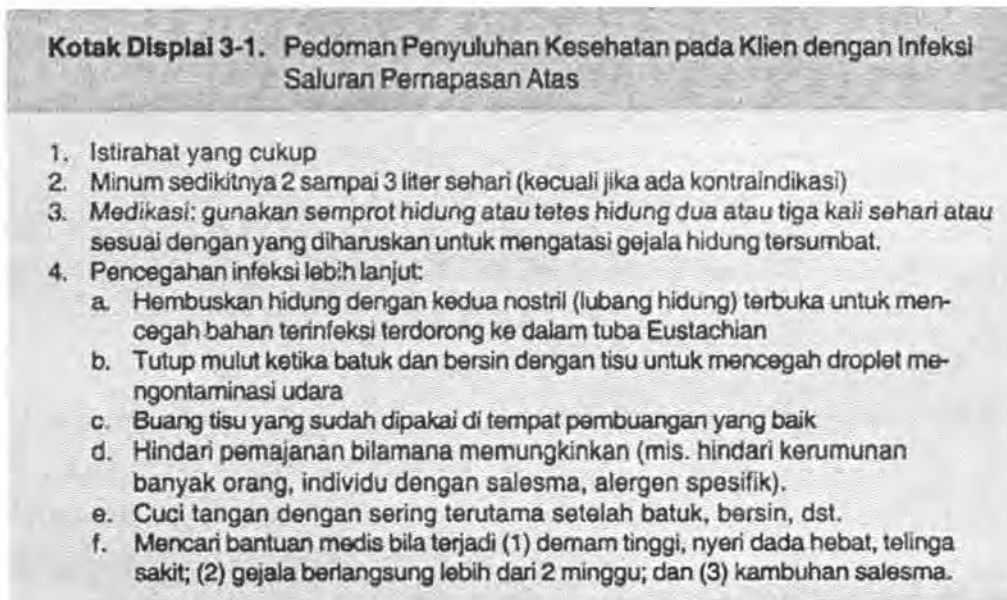
1. Istirahat untuk menurunkan kebutuhan metabolik tubuh.
2. Hidrasi tambahan untuk membantu mengencerkan mukus yang kental sehingga mudah dikeluarkan dari saluran napas. Hal ini perlu dilakukan karena mukus yang terakumulasi merupakan tempat yang baik untuk perkembangbiakan mikroorganisme sehingga dapat terjadi infeksi bakteri sekunder.
3. Dekongestan, antihistamin, dan supresan batuk dapat mengurangi beberapa gejala yang mengganggu.
4. Beberapa penelitian menyarankan *zinc lozenges* atau meningkatkan konsumsi vitamin C dapat menurunkan tingkat keparahan atau kemungkinan infeksi beberapa virus tertentu.
5. Diperlukan antibiotik apabila penyebabnya adalah bakteri atau sekunder terhadap infeksi virus.

Sedangkan penatalaksanaan khusus untuk pneumonia menurut Corwin (2009) tergantung pada penyebab dan berdasarkan sample sputum prapengobatan.

Terapi yang dapat dilakukan diantaranya:

1. Antibiotik, terutama untuk pneumonia bakteri. Pneumonia lain dapat diobati dengan antibiotik untuk mengurangi risiko infeksi bakteri sekunder yang dapat berkembang dari infeksi asal.
2. Istirahat.
3. Hidrasi untuk membantu mengencerkan sekresi.

4. Teknik napas dalam untuk meningkatkan ventilasi alveolus dan mengurangi risiko atelektasis.
5. Pemberian obat lain yang spesifik untuk mikroorganisme yang diidentifikasi dari hasil biakan sputum.



Gambar 2.5 Pedoman penyuluhan kesehatan pada klien dengan infeksi saluran pernapasan atas (Asih & Effendy, 2004)

Menurut Asih & Effendy (2004), klien dengan infeksi saluran pernapasan atas yang "ringan" dan dapat ditangani dengan rawat jalan (kecuali jika penyakit menjadilebih aprah dan membutuhkan perawatan). Penatalaksanaan keperawatan untuk kondisi ringan ini lebih ditekankan pada penyuluhan kesehatan yang mencakup istirahat, banyak minum, dan pencegahan infeksi lebih lanjut sebagaimana pada gambar 2.5. Kondisi yang membutuhkan klien menjalani rawat inap (tidak selalu) antara lain adalah sinusitis, tonsilitis folikular. Pada infeksi saluran pernapasan bawah seperti abses paru, pneumonia, tuberculosis (TB), dan lainnya seringkali harus melakukan rawat inap. Meskipun sebagian kondisi infeksi saluran pernapasan bawah dapat dilakukan dengan rawat jalan, biasanya sangat

mebutuhkan perawatan yang intensif dan ketat (mis. perawatan TB yang membutuhkan Pengawas Minum Obat untuk mencegah terjadinya resistensi obat akibat ketidakteraturan minum obat TB).

2.3.6 Faktor Risiko ISPA

Secara umum faktor risiko kejadian Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) menurut Depkes RI (2001) dalam Deniati (2012) ada tiga: faktor lingkungan; faktor individu, dan; faktor perilaku.

1. Faktor lingkungan rumah atau hunian dapat meliputi kepadatan hunian, ventilasi kamar, pencemaran udara dalam rumah (seperti asap rokok dan asap dapur), dan suhu (Meliza, 2013) serta kelembapan udara & pencahayaan alami (Supriyatno, 2008).
2. Faktor Individu meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, masa bekerja -jumlah dan lamanya paparan polutan-, jenis pekerjaan.
3. Faktor perilaku meliputi kebiasaan penggunaan APD, kebiasaan merokok, dan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).

2.3.7 Pencegahan ISPA

Pada dasarnya pencegahan dapat dilakukan dengan menekan dampak dari faktor-faktor risiko yang ada. Upaya pencegahan penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) menurut Depkes RI (2002) dalam Deniati (2012):

1. Penyuluhan kesehatan
2. Penataksanaan penderita ISPA
3. Imunisasi, dan
4. Menjaga keadaan gizi agar tetap baik

Banyak penelitian-penelitian terbaru yang menemukan cara baru pencegahan ISPA, salah satunya adalah penelitian tentang *zinc*. Penelitian di beberapa negara Asia Selatan menunjukkan bahwa suplementasi *zinc* pada diet sedikitnya 3 bulan dapat mencegah infeksi saluran pernapasan bawah. Di Indonesia, *zinc* dianjurkan diberikan pada anak yang menderita diare (Kartasmita, 2010).

Dinkes Jatim (2010) memaparkan, di satu sisi kasus gizi kurang serta penyakit-penyakit infeksi (termasuk ISPA), baik *re-emerging* maupun *new-emerging disease* masih tinggi, namun di sisi lain penyakit degeneratif, gizi lebih dan gangguan kesehatan akibat kecelakaan juga meningkat. Selain itu masalah perilaku yang tidak sehat, rupanya menjadi faktor utama yang harus dirubah terlebih dahulu agar beban ganda masalah kesehatan teratasi.

2.4 Konsep Remaja

Remaja dalam kamus bahasa Indonesia diartikan dengan mulai dewasa, sudah sampai pada untuk kawin. Istilah remaja dalam bahasa Indonesia disebut juga pubertas. Pubertas berasal dari bahasa Inggris, yaitu dari kata *puberty* yang mempunyai arti remaja.

Sari (2008) menjelaskan, masa remaja merupakan masa transisi, maka dalam masa remaja seakan-akan anak berpijak pada dua kutub, yaitu masa anak yang akan ditinggalkan dan masa dewasa yang akan dimasuki. Masa remaja juga mempunyai ciri-ciri tersendiri yaitu adanya perubahan-perubahan yang menonjol baik dalam jasmani dan rohani dalam psikisnya. Perubahan dalam segi jasmani, pada masa ini mulai bekerjanya hormon-hormon seksual, sehingga anak, misalnya

anak wanita mulai menstruasi dan anak laki-laki mengeluarkan sperma dan sebagainya. Hal ini umumnya dipakai sebagai salah satu patokan atau kriteria datangnya masa remaja.

Munculnya masa pubertas tidak ditentukan usia anak tapi lebih ditandai adanya perubahan badan dan perasaan yang muncul selama beberapa tahun sebelum masa baligh datang. Proses yang terjadi tidak sama dan khas tiap anak (BKkbN, 2009).

2.4.1 Pertumbuhan dan Perkembangan Remaja

Pertumbuhan adalah tahap perubahan ukuran dan bentuk tubuh atau anggota tubuh. Sedangkan perkembangan adalah rangkaian perubahan dari satu tahap perkembangan ke tahap perkembangan berikutnya meliputi kecerdasan, emosi, sosial, moral, dan etika. Istilah perkembangan berarti serangkaian perubahan progresif yang terjadi sebagai akibat dari proses kematangan dan pengalaman (BKkbN, 2009).

Perkembangan menurut Papalia dan Olds (2001) adalah perubahan yang terjadi pada rentang kehidupan. Perubahan itu dapat terjadi secara kuantitatif, misalnya penambahan tinggi atau berat tubuh; dan kualitatif, misalnya perubahan cara berpikir secara konkret menjadi formal. Perkembangan dalam kehidupan manusia terjadi pada aspek-aspek yang berbeda. Ada tiga aspek perkembangan, yaitu: perkembangan fisik; perkembangan kognitif; dan perkembangan kepribadian dan sosial.

Pada tahapan perkembangan memiliki pola perilaku dan karakteristik yang berbeda satu dengan lainnya, antar individu satu dengan lainnya cukup bervariasi

meski masih dalam pola yang kurang lebih sama. Pendampingan orang dewasa, khususnya orang tua, sangatlah penting perannya.

2.4.2 Perubahan Fisik Remaja

Perkembangan fisik adalah perubahan-perubahan pada tubuh, otak, kapasitas sensoris dan keterampilan motorik (Papalia dan Olds, 2001).

Perubahan yang cepat secara fisik yang juga disertai kematangan seksual. Terkadang perubahan ini membuat remaja merasa tidak yakin akan diri dan kemampuan mereka sendiri. Perubahan fisik yang terjadi secara cepat, baik perubahan internal seperti sistem sirkulasi, pencernaan, dan sistem respirasi maupun perubahan eksternal seperti tinggi badan, berat badan, dan proporsi tubuh sangat berpengaruh terhadap konsep diri remaja (Aaro, 1990).

Perkembangan kognitif adalah perubahan kemampuan mental seperti belajar, memori, menalar, berpikir, dan bahasa. Piaget mengemukakan bahwa pada masa remaja terjadi kematangan kognitif, yaitu interaksi dari struktur otak yang telah sempurna dan lingkungan sosial yang semakin luas untuk eksperimentasi memungkinkan remaja untuk berpikir abstrak.

Menurut Piaget dalam Papalia dan Olds (2001), seorang remaja termotivasi untuk memahami dunia karena perilaku adaptasi secara biologis mereka. Dalam pandangan Piaget, remaja secara aktif membangun dunia kognitif mereka, dimana informasi yang didapatkan tidak langsung diterima begitu saja ke dalam skema kognitif mereka. Remaja sudah mampu membedakan antara hal-hal atau ide-ide yang lebih penting dibanding ide lainnya, lalu remaja juga menghubungkan ide-ide tersebut. Seorang remaja tidak saja mengorganisasikan

apa yang dialami dan diamati, tetapi remaja mampu mengolah cara berpikir mereka sehingga memunculkan suatu ide baru.

Santrock (2003) menjelaskan, Piaget (1954) percaya bahwa remaja menyesuaikan diri dengan dua cara: asimilasi dan akomodasi. Asimilasi (*assimilation*) terjadi ketika seseorang menggabungkan informasi baru ke dalam pengetahuan yang sudah dimilikinya. Akomodasi (*accommodation*) terjadi ketika seseorang menyesuaikan dirinya terhadap informasi yang baru.

Ekuilibrasi (*equilibrium*) adalah mekanisme dalam teori Piaget yang menjelaskan bagaimana seorang anak atau remaja beralih dari satu tahap pemikiran ke tahap selanjutnya. Peralihan ini terjadi sejalan dengan dialaminya konflik kognitif atau *disequilibrium* dalam usahanya untuk memahami dunia. Akhirnya, anak atau remaja tersebut berhasil mengatasi konflik dan mencapai keseimbangan, atau ekuilibrium, dari pemikiran. Santrock (2003) menambahkan, Piaget yakin bahwa terjadi pergeseran antara tahap keseimbangan kognitif (*equilibrium*) ke tahap ketidakseimbangan kognitif ketika asimilasi dan akomodasi berlangsung sehingga menimbulkan perubahan kognitif.

Menurut Piaget dalam Santrock (2003), seseorang berkembang melalui empat tahap utama perkembangan kognitif: sensorimotor; praoperasional; operasional konkret; dan operasional formal. Setiap tahap tersebut berkaitan dengan usia dan mengandung cara berpikir yang berbeda.

Santrock (2003) merangkum, menurut Piaget tahap operasional konkret terjadi antara usia 7 dan 11. Pemikiran ini terdiri dari beberapa operasi dan meliputi penalaran tentang kepemikiran objek. Keterampilan konservasi dan

klasifikasi adalah karakter utama. Pemikiran ini dibatasi oleh ketidakmampuan untuk menalar secara abstrak mengenai objek.

Tahap operasional formal (*formal operational stage*) merupakan tahap terakhir perkembangan kognitif yang diyakini muncul sekitar usia 11 sampai 15 tahun. Karakteristik pemikiran operasional formal bersifat abstrak, idealistik, dan logis. Abstraksi dan idealisme, sebagaimana penalaran hipotetis-deduktif, ditekankan dalam pemikiran operasional formal. Pemikiran operasional formal meliputi kemampuan untuk menalar mengenai apa yang mungkin dan hipotetis, yang berlawanan dengan apa yang nyata, dan kemampuan untuk berefleksi pada pemikiran diri sendiri.

Santrock (2003) berpendapat, tidak semua remaja berpikir secara operasional formal sepenuhnya. Santrock menambahkan, sejumlah pakar perkembangan berpendapat bahwa tahap operasional formal terdiri dari dua tahap kecil yaitu: awal dan akhir (Broughton, 1983). Pemikiran operasional formal ini tumbuh pada tahun-tahun masa remaja tengah. Menurut pandangan ini, asimilasi pemikiran operasional formal menandai peralihan ke masa remaja; akomodasi terhadap pemikiran operasional formal menandai adanya pematangan lebih lanjut (Lapsley, 1990). Piaget (1972) dalam Santrock (2003) menyimpulkan bahwa pemikiran operasional formal baru kan tercapai sepenuhnya di akhir masa remaja, sekitar usia 15 sampai 20 tahun.

Santrock (2003) menyimpulkan, pemikiran operasional formal terjadi dalam dua fase—fase asimilasi mana kala realitas tenggelam (masa remaja awal) dan fase akomodasi mana kala konsolidasi pemikiran operasional formal (tahun pertengahan masa remaja). Mengenai variasi individu dalam kognisi remaja

Santrock menyimpulkan bahwa banyak remaja muda bukanlah pemikir operasional formal namun lebih cenderung mengkonsolidasikan pemikiran konkret mereka.

2.4.3 Perubahan Emosional dan Psikologis Remaja

Piaget dalam Hurlock (1980: 206) mengatakan: “Secara psikologis, masa remaja adalah usia individu berintegrasi dengan masyarakat dewasa. Usia dimana anak tidak lagi merasa di bawah tingkat orang-orang yang lebih tua melainkan berada dalam tingkatan yang sama, sekurang-kurangnya dalam masalah hak... Integrasi dalam masyarakat (dewasa) mempunyai banyak aspek efektif, kurang lebih berhubungan dengan masa puber.... Termasuk juga perubahan intelektual yang mencolok.... Transformasi intelektual yang khas dari cara berpikir remaja ini memungkinkannya untuk mencapai integrasi dalam hubungan sosial orang dewasa, yang kenyataannya merupakan ciri khas yang umum dari periode perkembangan ini.”

Masa remaja adalah suatu masa perubahan. Pada masa remaja terjadi perubahan yang cepat baik secara fisik, maupun psikologis. Ada beberapa perubahan yang terjadi selama masa remaja, yaitu : peningkatan emosional yang terjadi secara cepat pada masa remaja awal yang dikenal dengan sebagai masa storm & stress. Peningkatan emosional ini merupakan hasil dari perubahan fisik terutama hormon yang terjadi pada masa remaja. Dari segi kondisi sosial, peningkatan emosi ini merupakan tanda bahwa remaja berada dalam kondisi baru yang berbeda dari masa sebelumnya. Pada masa ini banyak tuntutan dan tekanan yang ditujukan pada remaja, misalnya mereka diharapkan untuk tidak lagi bertingkah seperti anak-anak, mereka harus lebih mandiri dan bertanggung jawab.

Kemandirian dan tanggung jawab ini akan terbentuk seiring berjalannya waktu, dan akan nampak jelas pada remaja akhir yang duduk di awal-awal masa kuliah (Aaro, 1990).

Perubahan nilai, dimana apa yang mereka anggap penting pada masa kanak-kanak menjadi kurang penting karena sudah mendekati dewasa. Kebanyakan remaja bersikap ambivalen dalam menghadapi perubahan yang terjadi. Satu sisi mereka menginginkan kebebasan, tetapi di sisi lain mereka takut akan tanggung jawab yang menyertai kebebasan tersebut, serta meragukan kemampuan mereka sendiri untuk memikul tanggung jawab tersebut (Aaro, 1990).

2.5 Konsep Pondok Pesantren

2.5.1 Definisi (Pengertian) Pesantren

Kata pondok berarti tempat yang dipakai untuk makan dan istirahat. Istilah pondok dalam konteks dunia pesantren berasal dari pengertian asrama bagi para santri. Perkataan pesantren berasal dari kata santri, yang dengan awalan *pe* di depan dan akhiran *an* berarti tempat tinggal para santri (Dhofier, 1985). Pesantren adalah sejenis sekolah tingkat dasar dan menengah yang disertai asrama dimana para murid, santri, mempelajari kitab-kitab keagamaan di bawah bimbingan seorang guru, kyai (Bruinessen, 1994).

Pesantren atau pondok pesantren merupakan lembaga pendidikan formal yang tertua bagi masyarakat Islam di Indonesia. Baik secara etimologis maupun secara diakronis, tampak bahwa pendidikan yang bersifat menyeluruh –termasuk pendidikan karakter seseorang– telah lama merupakan program pendidikan Islam,

meskipun sistem pondok pesantren tercatat sebagai perkembangan lanjut dari sistem pendidikan pesantren, sebagaimana lazimnya asrama dalam sistem pendidikan yang berfungsi sebagai tempat pembinaan menyeluruh, termasuk pembinaan kepribadian (Feisal, 1995).

Indonesia memiliki ribuan lembaga pendidikan Islam yang terletak di seluruh nusantara dengan sebutan bermacam-macam. Dikenal sebagai *dayah* dan *rangkang* di Aceh, *surau* di Sumatra Barat, dan *pondok pesantren* di Jawa (Azra, 2001). Pondok pesantren di Jawa brmacam-macam jenisnya. Perbedaan jenis pondok pesantren ini dapat dilihat dari segi ilmu yang diajarkan, jumlah santri, pola kepemimpinan atau perkembangan ilmu teknologi. Ada unsur pokok pesantren yang harus dimiliki setiap pondok pesantren (Hasyim, 1998). Lima unsur pokok pesantren, yaitu kyai, masjid, santri, pondok dan kitab Islam klasik (atau kitab kuning). Kitab kuning ini sendiri merupakan elemen unik yang membedakan sistem pendidikan pesantren dengan lembaga pendidikan lainnya.

Depkes RI Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat (2007) dalam Pedoman Penyelenggaraan dan Pembinaan Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren) membagi pondok pesantren dalam tiga kategori besar, yaitu:

1. Pondok Pesantren Salafi/Salafiah (Tradisional)

Pondok pesantren salafiah merupakan pondok pesantren yang hanya menyelenggarakan kitab klasik dan pengajaran Agama Islam. Umumnya, lebih mendahulukan dan mempertahankan hal-hal bersifat tradisional dalam sistem pendidikan maupun perilaku kehidupannya, serta sangat selektif terhadap segala bentuk pembaharuan, termasuk kurikulum pengajarannya.

2. Pondok Pesantren Khalafi/Khalafiah (Modern)

Pondok Pesantren khalafiah/'ashriah adalah pondok pesantren yang selain menyelenggarakan kegiatan tersebut di atas, juga menyelenggarakan pendidikan jalur sekolah atau formal, baik sekolah umum (SD, SMP, SMA, dan SMK) maupun sekolah berciri khas Agama Islam (MI, MTs, MA atau MAK). Dalam implementasi proses belajar mengajar, akomodatif terhadap perkembangan modern, metodologi penerapan kurikulum melibatkan perangkat modern, mengajarkan sejumlah keterampilan pengetahuan umum lainnya, termasuk kesehatan.

3. Pondok Pesantren Salafi-Khalafi (Perpadaun Tradisional dan Modern)

Pondok Pesantren salafi-khalafi merupakan perpaduan pondok pesantren, yang dalam kegiatannya memadukan metoda salafi dan khalafi, memelihara nilai tradisional yang baik dan akomodatif terhadap perkembangan yang bersifat modern.

Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat menambahkan, perbedaan klasifikasi pondok pesantren di atas, maka arah pembinaan dalam kesehatan di pesantren disesuaikan dengan tipologi pondok pesantren yang ada dan kebutuhan warga pondok pesantren.

2.5.2 Definisi/Pengertian Santri

Santri berasal dari bahasa Sanskerta, *shastri* yang berarti orang yang memahami kitab suci agama Hindu. Di zaman Islam kata santri dipakai dalam arti yang lebih luas, yaitu orang yang melaksanakan ajaran Islam. Tetapi kata santri di kalangan orang Jawa Islam sesungguhnya berasal dari pengertian yang lebih khusus, yaitu orang atau murid yang belajar di pondok (Purwoko, 2007).

Santri merupakan salah satu unsur pokok dari kelima unsur yang harus dimiliki pondok pesantren. Keberadaan santri yang penting sekali dalam perkembangan sebuah pesantren karena langkah pertama dalam tahap membangun pesantren adalah bahwa harus ada murid yang datang untuk belajar dari seorang alim, jika murid itu sudah menetap di rumah seorang alim, baru seorang alim itu bisa disebut kyai dan mulai membangun fasilitas yang lebih lengkap untuk pondoknya.

Santri biasanya dibedakan menjadi dua macam, yaitu santri kalong dan santri mukim. Santri kalong merupakan santri yang tidak menetap dalam pondok tetapi pulang ke rumah masing-masing sesudah selesai mengikuti suatu pelajaran di pesantren. Santri kalong biasanya berasal dari daerah sekitar pesantren. Makna santri mukim ialah putera atau puteri yang menetap dalam pondok pesantren dan biasanya berasal dari daerah jauh. Pada masa lalu, kesempatan untuk pergi dan menetap di sebuah pesantren yang jauh merupakan suatu keistimewaan untuk santri karena santri harus memiliki cita-cita, keberanian yang cukup dan siap menghadapi sendiri tantangan yang akan dialaminya di pesantren (Dhofier, 1985).

2.5.3 Kegiatan Sehari-hari Santri

Setyaji (2012) mengatakan bahwa budaya yang diciptakan dalam sebuah pondok pesantren memang sangat unik. Setiap pondok memiliki budaya dan suasana yang cukup berbeda walaupun tentu ada banyak kesamaan juga. Budaya ini terutama dibuat dari fakta lingkungan pondok yang sangat terbatas, sifat kyai dan sifat para santri. Oleh karena lingkungan pondok sangat terbatas dan banyak waktu harus dilewatkan di dalam satu tempat itu, maka harus ada kehormatan dan

kesabaran yang tinggi. Santri harus bisa bekerja sama dan saling paham untuk menciptakan suasana yang tenang dan cocok untuk belajar dan beribadah.

Tidak ada banyak keragaman bagi para santri dalam kehidupan sehari-hari di pondok pesantren. Jadwal sekolah dan kegiatan sehari-hari tetap, jarang berubah. Jadwal harian santri diatur menurut jam shalat karena shalat lima kali sehari pada waktu tertentu merupakan kewajiban bagi kaum muslim.

Setyaji menambahkan, kegiatan dasar yang memenuhi aktivitas para santri di pesantren pada umumnya bisa dikelompokkan ke dalam empat bagian, yaitu:

1. Kegiatan pribadi, misalnya mandi, mencuci pakaian, membersihkan kamar, makan, membaca, mengobrol dengan teman, dan istirahat;
2. Kegiatan belajar, termasuk waktu belajar di kelas, mengaji di musholla dan mengerjakan PR atau belajar sendiri;
3. Kegiatan sembahyang; dan
4. Kegiatan ekstrakurikuler, misalnya olahraga yang dilakukan dua kali seminggu, pramuka, kesenian atau tugas organisasi. Keberadaan kegiatan ekstrakurikuler ini dapat beragam dan berbeda baik jenis maupun waktunya di setiap pondok pesantren.

Salah satu aspek kehidupan sehari-hari para santri adalah ketidakperluannya untuk diawasi atau dikelola oleh para guru atau Pak Kyai. Tentu saja kadang terjadi kasus spesifik dimana Pak Kyai perlu ikut campur, tetapi pada umumnya kedisiplinan para santri sangat tinggi.

Bahwasanya, ada alasan bagi para santri untuk mengelola sendiri kegiatan sehari-harinya yaitu, peraturan pondok dan jadwal sehari-hari yang sangat ketat.

2.5.4 Kondisi Lingkungan Pesantren

Lestari (2012) memaparkan, *image* yang selama ini berkembang di masyarakat bahwa pondok pesantren merupakan tempat kumuh, kondisi lingkungannya tidak sehat, dan pola kehidupan yang ditunjukkan oleh santrinya sering kali kotor, lusuh dan sama sekali tidak menunjang pola hidup yang sehat. Beberapa sifat buruk yang susah sekali ditinggalkan oleh para santri yaitu kebiasaan tidur hingga lupa waktu dan pola hidup kotor karena malas bersih-bersih. Anak pesantren gemar sekali bertukar/pinjam-meminjam pakaian, handuk, sarung bahkan bantal, guling dan kasurnya kepada sesamanya, Perilaku hidup bersih dan sehat terutama kebersihan perseorangan di pondok pesantren pada umumnya kurang mendapatkan perhatian dari santri. Faktanya, sebagian pesantren tumbuh dalam lingkungan yang kumuh, tempat mandi dan WC yang kotor, lingkungan yang lembab, dan sanitasi buruk (Badri, 2008). Ditambah lagi dengan perilaku tidak sehat, seperti menggantung pakaian di kamar, tidak membolehkan pakaian santri putri dijemur di bawah terik matahari, dan saling bertukar pakai benda pribadi, seperti sisir dan handuk (Depkes, 2007) sehingga disinilah kunci akrabnya penyakit dengan dunia pesantren. Kondisi seperti ini sangat memungkinkan terjadinya penularan penyakit *scabies*, kudis, diare dan ISPA apabila para santri dan pengelolanya tidak sadar akan pentingnya menjaga kebersihan baik kebersihan lingkungan maupun *personal hygiene* (Handri, 2008).

2.6 Kesehatan dalam Islam

Proses persuasif atau mengajak diperlukan dalam penyampaian informasi kesehatan. Hal ini sependapat dengan Azwar (2009) bahwa persuasi dapat

diperkaya dengan pesan-pesan yang membangkitkan emosi kuat. Pondok pesantren merupakan lembaga pendidikan formal masyarakat Islam yang berfungsi sebagai tempat pembinaan menyeluruh, termasuk pembinaan kepribadian (Feisal, 1995). Dengan demikian, pendidikan kesehatan dengan sasaran santri akan lebih mudah diterima bila disesuaikan dengan kesehatan menurut agama Islam.

Islam mengajarkan hidup sehat melalui beberapa cara. Beberapa diantaranya adalah bersyukur atas nikmat sehat, berperilaku bersih dan sehat, serta ada usaha agar sehat.

Bersyukur yaitu kemampuan menghargai apa yang didapat dan dialami melalui ucapan, sikap dan perbuatan terima kasih kepada Allah SWT dan pengakuan yang tulus atas nikmat dan kurnia yang diberikan-Nya. Allah telah memerintahkan kepada manusia untuk senantiasa bersyukur, sebagaimana tercantum pada Surat Ibrahim (14) Ayat 7 berikut, "Dan (ingatlah juga), tatkala Tuhanmu memaklumkan: "Sesungguhnya jika kamu bersyukur, pasti Kami akan menambah (nikmat) kepadamu, dan jika kamu mengingkari (nikmat-Ku), maka sesungguhnya azab-Ku sangat pedih"".

Banyak macam bentuk rasa syukur yang dapat dilakukan manusia. Salah satunya yaitu dengan mensyukuri nikmat sehat yang telah diberikan Allah kepada manusia secara cuma-cuma. Mensyukuri nikmat sehat dapat dilakukan dengan menjaga kesehatan melalui berperilaku sehat.

Islam mengajarkan manusia untuk berperilaku bersih dan sehat seperti yang telah dijelaskan dalam beberapa ayat Al-Qur'an dan sabda Rasulullah dalam

hadis. Terdapat pula kata mutiara yang sering terngiang di kalangan santri yaitu, "An-nadafatu min al-iman", bersih itu bagian dari iman.

Perilaku hidup bersih dan sehat yang telah diajarkan Islam salah satunya dengan menjaga kebersihan pribadi. Telah ditekankan dalam Al-Qur'an bahwa kita harus menjaga kualitas hidup bersih atau suci, baik suci secara lahiriah maupun suci secara batiniyah sebagaimana firman Allah dalam Q.s Al-mudatstsir (74) ayat 4, "dan pakaianmu bersihkanlah".

Tercantum di ayat lain Surat Al-Maidah Ayat 6, "Hai orang-orang yang beriman, apabila kamu hendak mengerjakan shalat, Maka basuhlah mukamu dan tanganmu sampai dengan siku, dan sapulah kepalamu dan (basuh) kakimu sampai dengan kedua mata kaki, dan jika kamu junub maka mandilah, dan jika kamu sakit atau dalam perjalanan atau kembali dari tempat buang air (kakus) atau menyentuh perempuan, lalu kamu tidak memperoleh air, Maka bertayammumlah dengan tanah yang baik (bersih); sapulah mukamu dan tanganmu dengan tanah itu. Allah tidak hendak menyulitkan kamu, tetapi Dia hendak membersihkan kamu dan menyempurnakan nikmat-Nya bagimu, supaya kamu bersyukur".

Melalui penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa bersih, sehat, dan iman saling berkaitan satu sama lain sedangkan jorok/tidak bersih dapat menyebabkan tidak sehat/sakit. Bersih menyebabkan sehat, dan sehat merupakan bagian dari iman. Di sisi lain, iman yang benar menuntut supaya hidup bersih, dan buah dari hidup bersih adalah sehat.

Manusia perlu berusaha atau ikhtiar untuk memperoleh kesehatan. Tidak cukup hanya mengandalkan doa saja di dalamnya. Manusia harus berusaha mengubah keadaannya yang kurang baik menjadi lebih baik. Sering sakit atau

mudah sakit dengan menjadi lebih sehat, baik sehat secara jasmani maupun rohani. Sebagaimana firman Allah dalam Surat Ar-Ra'du ayat 11, "Bagi manusia ada malaikat-malaikat yang selalu mengikutinya bergiliran, dimuka dan di belakang, mereka menjaganya atas perintah Allah. Sesungguhnya Allah tidak merubah keadaan sesuatu kaum sehingga mereka merubah keadaan yang ada pada diri mereka sendiri. Dan apabila Allah menghendaki keburukan terhadap kaum maka tidak ada yang dapat menolaknya, dan sekali-kali tak ada pelindung bagi mereka selain Dia"

Bila kemudian menjadi lebih sehat atau suatu ketika jatuh dalam kondisi sakit maka itulah yang kemudian di luar kuasa kita karena Allah memiliki rencana lain yang tidak kita ketahui namun akan kita peroleh hikmahnya. Yang perlu digarisbawahi dari ayat ini adalah manusia harus mau berusaha untuk merubah keadaannya.

Selain itu sesungguhnya Allah menyukai mereka yang melakukan hal baik dan melakukan perbaikan dalam hal baik. Berusaha menjadi lebih sehat merupakan salah satu hal baik yang dapat melahirkan hal baik lain. Oleh karena itu manusia yang diberi karunia berupa akal dan dijadikan sebagai khalifah di muka bumi dianggap mampu memimpin dan berlaku adil untuk dirinya maupun orang lain dan lingkungan sekitarnya. Seperti firman Allah berikut:

"Dan belanjakanlah (harta bendamu) di jalan Allah, dan janganlah kamu menjatuhkan dirimu sendiri ke dalam kebinasaan, dan berbuat baiklah, karena Sesungguhnya Allah menyukai orang-orang yang berbuat baik" (Al-Baqarah:195).

Dalam ayat lain, “Hai anak-anak Adam, jika datang kepadamu rasul-rasul daripada kamu yang menceritakan kepadamu ayat-ayat-Ku, maka barang siapa yang bertakwa dan mengadakan perbaikan, tidaklah ada kekhawatiran terhadap mereka dan tidak (pula) mereka bersedih hati” (Al-A’raf:35).

2.6 Keaslian Penelitian

Tabel 2.4 Keaslian penelitian

No.	Judul Artikel; Penulis; Tahun	Variabel	Jenis Penelitian	Hasil
1.	Penerapan Model <i>Syndicate Group</i> untuk Meningkatkan Motivasi dan Hasil Belajar Zat dan Wujudnya untuk Kelas VII SMP (Susetiyono & Hinduan, 2010)	motivasi belajar, hasil belajar, <i>syndicate group</i>	<i>Experiment with randomized two group pretest-posttest design</i>	(1) hasil belajar fisika dengan model <i>syndicate group</i> lebih tinggi dibanding dengan metode ceramah, (2) motivasi belajar siswa dengan menggunakan <i>syndicate group</i> lebih tinggi dibanding dengan metode ceramah, dan (3) ada hubungan signifikan antara hasil belajar siswa dan motivasi siswa dalam belajar fisika.
2.	Penerapan Metode Diskusi <i>Syndicate Group</i> untuk Meningkatkan Pemahaman Mahasiswa pada Konsep Dasar Pengantar Ilmu Ekonomi (Wahyono, 2009)	prestasi belajar mahasiswa, ketuntasan belajar mahasiswa, kualitas proses pembelajaran (minat, keaktifan, kerjasama mahasiswa), keterampilan dosen	Penelitian Tindakan Kelas (PTK) dengan Metode 3 (tiga) Siklus	Prestasi belajar mahasiswa mengalami peningkatan pada setiap siklusnya. Ketuntasan belajar mahasiswa sebelum penerapan metode siklus belajar 0%, setelah penerapan metode siklus belajar, ketuntasan belajar dari mahasiswa setelah dilakukan uji akhir adalah 94%. Minat, keaktifan dan kerjasama mahasiswa dalam proses pembelajaran dengan rentangan 1-4 hasilnya baik (3, 2). Keterampilan dosen dalam pengelolaan pembelajaran dengan menggunakan metode siklus belajar (3 siklus) dengan rentangan 1-4 menunjukkan hasil baik yaitu 3,2.
3.	<i>Hygiene</i> Perseorangan Santri Pondok Pesantren Wali Songo Ngabar Ponorogo (Badri, 2007)	<i>Hygiene</i> perseorangan (pengetahuan, sikap, dan tindakan), pesantren, santri	<i>Descriptive</i>	(1) Kepedulian pimpinan pondok tentang <i>hygiene</i> perseorangan santri belum ada, (2) Kegiatan untuk menumbuh-kembangkan upaya <i>hygiene</i> perseorangan di pondok belum ada program yang terencana dengan baik, (3) Pendanaan/sarana pondok <i>hygiene</i> per-seorangan santri belum ada

			<p>keaktivitas ustadz dan santri dalam inembuat pesan-pesan dan poster kesehatan di pondok belum ada, (4) Pengetahuan <i>hygiene</i> perseorangan santri 50% baik, (5) Sikap <i>hygiene</i> perseorangan santri sebagian besar positif, dan (6) Tindakan <i>hygiene</i> perseorangan santri sebagian besar rendah.</p>
4.	<p>Pendidikan Kesehatan Lingkungan Melalui Kultum (Iswahyudi Haryono dkk, 2008)</p>	<p>pengetahuan, sikap, dan perilaku santri terhadap kesehatan lingkungan. Pendidikan kesehatan dengan metode kultum</p>	<p><i>Quasi eksperimen</i></p> <p>Pengetahuan, sikap, dan perilaku santri yang menerima pendidikan kesehatan lingkungan melalui kultum lebih baik dibandingkan santri yang tidak mendapatkan intervensi kultum. Kultum sebagai media dakwah dapat digunakan untuk menyampaikan pesan kesehatan di pesantren, masjid, atau forum ibadah.</p>

Selama ini diskusi metode *syndicate group* biasanya diterapkan pada proses pembelajaran di institusi berbagai tingkat jenjang pendidikan dengan hasil yang memuaskan. Belum ditemui penelitian bidang kesehatan yang menerapkan diskusi metode *syndicate group* ini pada area pendidikan kesehatan atau penyuluhan. Khususnya penelitian kesehatan di pondok pesantren, selama ini telah dilakukan pendidikan kesehatan dengan metode ceramah atau metode lainnya seperti dengan kultum. Penelitian kali ini peneliti akan menerapkan pendidikan kesehatan dengan metode *syndicate group* pada masalah ISPA (Infeksi Saluran Pernapasan Akut) di pondok pesantren.

BAB 3

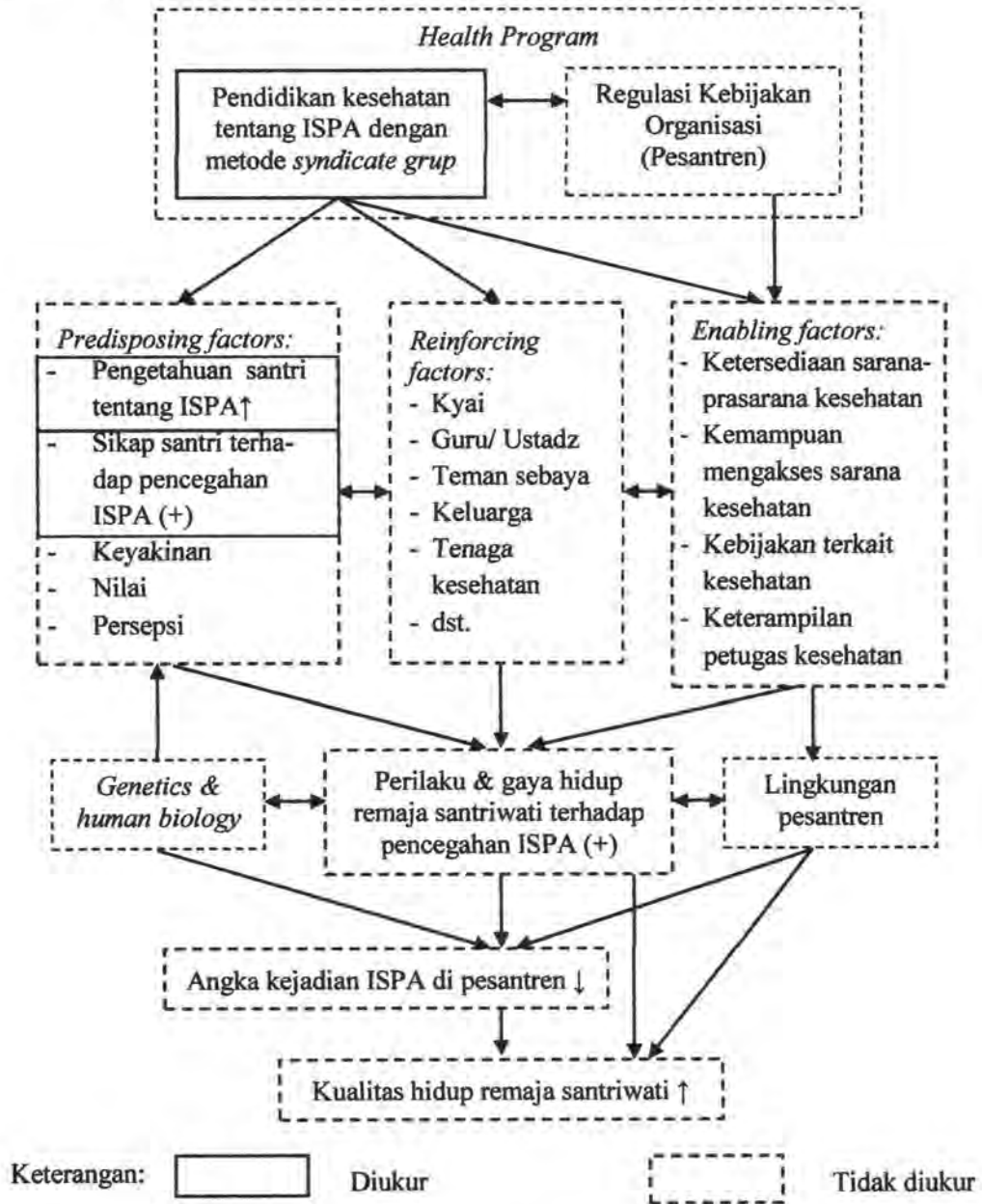
KERANGKA KONSEPTUAL

DAN HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka konseptual pengaruh penerapan pendidikan kesehatan dengan metode *syndicate grup* terhadap pengetahuan dan sikap remaja santriwati dalam pencegahan ISPA di pesantren naungan LPAU, Pacet, Mojokerto (modifikasi dari Green & Kreuter [2005] dan Green & Ottoson [2006])

Berdasar Gambar 3.1 dapat dijelaskan mekanisme pengaruh penerapan pendidikan kesehatan dengan metode *syndicate group* terhadap pengetahuan, sikap, dan tindakan remaja santri putri (santriwati) dalam pencegahan penyakit ISPA di pesantren Lembaga Pendidikan Amanatul Ummah, Pacet, Mojokerto. Menurut Green & Kreuter (2005) dalam Sharma & Romas (2011) perilaku kesehatan individu atau masyarakat dipengaruhi oleh tiga faktor, yaitu *predisposing factors*, *reinforcing factors*, dan *enabling factors*. (1) *Predisposing factors* atau faktor predisposisi, adalah faktor yang mendahului terhadap perubahan perilaku yang memberikan motivasi pada pembentukan perilaku itu, seperti: pengetahuan; sikap; keyakinan; nilai, dan; persepsi. (2) *Enabling factor* atau faktor pendukung/faktor pemungkin adalah faktor yang mendahului terhadap perubahan perilaku atau perubahan lingkungan yang memungkinkan motivasi atau kebijakan lingkungan terwujud, seperti: ketersediaan sarana-prasarana kesehatan, kemampuan mengakses sarana kesehatan, kebijakan terkait kesehatan, serta keterampilan petugas kesehatan. (3) *Reinforcing factor* atau faktor pendorong/penguat adalah faktor yang mengikuti perilaku dan terus memberikan *reward* untuk mempertahankan perilaku tersebut, seperti: tokoh agama (kyai), guru/ustadz, teman sebaya, keluarga, petugas kesehatan, dan seterusnya.

Pengetahuan dan sikap merupakan komponen dari faktor predisposisi yang akan mempengaruhi perilaku remaja santriwati dalam pencegahan penyakit ISPA di pesantren naungan LPAU Mojokerto. Pengetahuan santri yang kurang tentang ISPA dan sikap masih cenderung negatif menyebabkan perilaku remaja tidak sesuai sehingga risiko terjadinya ISPA dapat meningkat. Upaya untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap santriwati terhadap pencegahan ISPA yaitu

dapat dilakukan pendidikan kesehatan dengan dengan metode *syndicate group*. Melalui penerapan pendidikan kesehatan tentang pencegahan ISPA ini maka diharapkan remaja santriwati mengalami peningkatan pengetahuan dan sikap yang lebih positif dari sebelum diberikan pendidikan kesehatan. Setelah proses adopsi informasi melalui metode tersebut diharapkan perilaku santriwati terhadap pencegahan ISPA meningkat sehingga kejadian ISPA di pesantren dapat ditekan.

3.2 Hipotesis Penelitian

Dari kerangka konseptual tersebut, dapat dirumuskan hipotesis sebagai berikut:

- H1: Ada pengaruh penerapan pendidikan kesehatan dengan metode *syndicate group* terhadap pengetahuan remaja santriwati dalam pencegahan penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA)
- H2: Ada pengaruh penerapan pendidikan kesehatan dengan metode *syndicate group* terhadap sikap remaja santriwati dalam pencegahan penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA)

BAB 4
METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

Bab ini akan membahas tentang metode penelitian yang tercakup di dalamnya adalah: 1) desain penelitian, 2) populasi, sampel, dan teknik sampling, 3) identifikasi variabel, 4) definisi operasional, 5) instrumen penelitian, 6) lokasi dan waktu penelitian, 7) prosedur pengambilan dan pengumpulan data, 8) kerangka kerja (*frame work*), 9) analisis data, 10) etika penelitian.

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian *Quasy-Experimen* dengan rancangan *Pretest-Posttest Control Group Design* dimana dibentuk dua kelompok yaitu kelompok perlakuan (K-A) dan kelompok kontrol (K-B). Kedua kelompok tersebut diberi *pre-test* yang sama. Kemudian K-A diberi perlakuan atau intervensi tertentu (I) sedangkan K-B tidak diberi intervensi. Tahap selanjutnya yaitu kedua kelompok diberi *post-test* dengan komposisi tes yang sama pula. Perbandingan perubahan hasil *pre-test* dan *post-test* akan menunjukkan pengaruh perlakuan terhadap hasil penelitian (Nursalam, 2013).

Tabel 4.1 Rancangan penelitian *pre-post test control group design*.

Subjek	<i>Pre-test</i>	Perlakuan	<i>Post-test</i>
K-A	O	I	O1-A
K-B	O	-	O1-B
	Waktu 1	Waktu 2	Waktu 3

Keterangan:

- K-A : Sampel remaja santriwati dengan perlakuan
- K-B : Sampel remaja santriwati kontrol
- O : Observasi pengetahuan dan sikap sebelum pemberian pendidikan kesehatan dengan metode *syndicate group*

- I : Intervensi pemberian pendidikan kesehatan dengan metode *syndicate group*
- O1-(A/B) : Observasi pengetahuan dan sikap setelah pemberian pendidikan kesehatan dengan metode *syndicate group*

4.2 Populasi, Sampel, dan Teknik Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi target dalam penelitian ini adalah seluruh remaja santriwati Pondok Pesantren Nurul Ummah yang menempuh pendidikan Madrasah Aliyah (MA) program Madrasah Bertaraf Internasional (MBI) dan santriwati Pondok Pesantren Amanatul Ummah yang menempuh pendidikan Sekolah Menengah Atas (SMA) dimana keduanya masih di bawah yayasan LPAU, Pacet, Mojokerto, yaitu sebanyak 515 santriwati. Didapatkan populasi terjangkau yaitu kelas 1 dan 2 MA/SMA sebanyak 390 santriwati.

4.2.2 Sampel

Sampel penelitian ini adalah di remaja santriwati di Pondok Pesantren Nurul Ummah dan Pondok Pesantren Amanatul Ummah pada periode bulan Juni 2014. Dengan kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut:

1. Kriteria Inklusi

- 1) Santriwati kelas 1 dan kelas 2 MA yang tinggal di Pondok Pesantren Nurul Ummah atau santriwati kelas 1 dan kelas 2 SMA yang tinggal di Pondok Pesantren Amanatul Ummah.

2. Kriteria eksklusi :

- 1) Santriwati yang pada saat proses penelitian sedang sakit, baik sakit ISPA maupun sakit lain.

- 2) Santriwati yang pada saat proses penelitian tidak sedang berada di pondok pesantren karena izin sehingga tidak memungkinkan santriwati untuk ikut seperti mengikuti lomba, keperluan keluarga, dan lainnya.

Penentuan besar sampel pada penelitian ini menggunakan rumus Federer (1963):

$$(t - 1)(n - 1) \geq 15$$

Keterangan :

t : jumlah kelompok

n : besar sampel/ responden tiap kelompok

Dimana: $(t - 1)(n - 1) \geq 15$

$$(2 - 1)(n - 1) \geq 15$$

$$(n - 1) \geq 15$$

$$n \geq 16$$

Dari perhitungan di atas, dibutuhkan jumlah sampel sebanyak minimal 16 santriwati pada kelompok perlakuan (K-A) dan 16 santriwati pada kelompok kontrol (K-B) sehingga total santriwati yang dibutuhkan adalah minimal sebanyak 32 orang.

Perkiraan *drop out* sebesar 10% maka setiap kelompok diberi tambahan responden sebanyak 10% sampel yaitu 2 responden. Pengambilan 2 responden tersebut berasal dari penghitungan dari $10/100 \times 16 = 1,6$ responden, dibulatkan menjadi 2 responden. Setelah ditambah 10% sampel maka jumlah responden menjadi $16 + 2 = 18$ responden. Untuk mempermudah dalam pelaksanaan metode *syndicate group* di lapangan maka besar sampel dibulatkan menjadi 20 responden baik untuk K-A maupun K-B. Maka dari itu total sampel yang dibutuhkan dalam penelitian ini sebanyak 40 responden santriwati.

4.2.3 Sampling

Penelitian ini menggunakan teknik *simple random sampling* yaitu suatu teknik penetapan sampel dengan cara elemen diseleksi secara acak dan diambil sebanyak yang dibutuhkan peneliti. Pada teknik sampling yang termasuk *probability sampling* ini, setiap subjek dalam populasi memiliki kesempatan untuk terpilih atau tidak terpilih sebagai sampel. Peneliti mendaftarkan nama seluruh santriwati yang masuk dalam populasi terjangkau masing-masing di Pondok Pesantren Nurul Ummah dan di Pondok Pesantren Amanatul Ummah. Peneliti kemudian mengkriterikan santriwati sesuai kriteria inklusi dan eksklusi dimana sekarang santriwati sudah dikelompokkan sebagai kelompok perlakuan (K-A) untuk santriwati Pondok Pesantren Nurul Ummah atau sebagai kelompok kontrol (K-B) untuk santriwati Pondok Pesantren Amanatul Ummah. Santriwati yang telah terdaftar dalam K-A dan K-B diberi kode pada setiap santriwati. Peneliti kemudian melakukan undian pada K-A untuk menentukan 20 responden secara acak. Begitu pula pada K-B dilakukan pengundian secara acak untuk menentukan 20 responden. Melalui proses pengundian tersebut maka didapatkan total responden sebanyak 40 santriwati.

4.3 Identifikasi Variabel

4.3.1 Variabel Independen

Variabel independen pada penelitian ini adalah faktor pendidikan kesehatan dengan metode *syndicate group*.

4.3.2 Variabel Dependen

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah perilaku pencegahan Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) yang terdiri dari subvariabel pengetahuan dan sikap remaja santriwati di pesantren Lembaga Pendidikan Amanatul Ummah.

4.4 Definisi Operasional

Tabel 4.2 Definisi operasional penerapan pendidikan kesehatan dengan metode *syndicate group* terhadap pencegahan ISPA pada remaja santriwati di pesantren naungan Lembaga Pendidikan Amanatul Ummah, Pacet, Mojokerto.

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Variabel independen: Pendidikan kesehatan metode <i>syndicate group</i>	Metode pendidikan untuk menyampaikan informasi kesehatan tentang pencegahan ISPA melalui diskusi kelompok kecil (3-6 orang) dengan rangkaian kegiatan yaitu: (1) penyampaian materi/masalah; (2) pembentukan kelompok diskusi kecil (sindikat); (3) diskusi pleno; (4) umpan balik dari fasilitator.	Pelaksanaan dilakukan 1x100 menit dengan pokok bahasan: 1. Definisi ISPA 2. Penyebab ISPA, Risiko terjadinya ISPA, & faktor keparahan ISPA 3. Beberapa jenis & gejala ISPA serta karakteristik ISPA 4. Cara penularan ISPA serta faktor yang berperan secara umum & faktor-faktor pemicu ISPA di pesantren. 5. Penatalaksanaan ISPA secara umum & mandiri di pesantren. 6. Pencegahan agar tidak terkena ISPA secara umum & mandiri di pesantren 7. Pencegahan penularan ISPA secara umum & mandiri di	SAK	-	-

pesantren.					
Variabel dependen:					
Pengetahuan	Proses hasil penginderaan santriwati mengenai pencegahan ISPA yang didapatkan dari sekedar tahu, kemudian memahami dan menerjemahkannya, selanjutnya menjabarkan dan menghubungkan secara garis besar dari situasi atau pengalaman yang didapat.	Pengetahuan responden mengenai: 1. Definisi ISPA 2. Penyebab ISPA, Risiko terjadinya ISPA, & faktor keparahan ISPA 3. Beberapa jenis & gejala ISPA serta karakteristik ISPA 4. Cara penularan ISPA serta faktor yang berperan secara umum & faktor-faktor pemicu ISPA di pesantren. 5. Penatalaksanaan ISPA secara umum & mandiri di pesantren. 6. Pencegahan agar tidak terkena ISPA secara umum & mandiri di pesantren 7. Pencegahan penularan ISPA secara umum & mandiri di pesantren.	Kuesioner	Ordinal	Kategori: - Baik jika nilainya $\geq 75\%$ - Cukup jika nilainya 56-74% - Kurang jika nilainya $\leq 55\%$ (Arikunto, 2006)
Variabel dependen:					
Sikap	Respon tertutup santriwati terhadap stimulus tertentu (pendidikan kesehatan pencegahan ISPA dengan metode <i>syndicate group</i>), yang melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (setuju/ tidak setuju, dan sebagainya)	Sikap responden mengenai: 1. Pencegahan agar tidak terkena ISPA. 2. Penatalaksanaan ISPA. 3. Pencegahan penularan ISPA	Kuesioner	Ordinal	Kategori: - Sikap positif bila $T \geq T$ Mean/median (kode 2) - Sikap negatif bila skor $T < T$ Mean/median (kode 1) (Azwar, 2011)

4.5 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian ini kuesioner berupa berisi pertanyaan yang bersifat tertutup. Lembar pertama pada kuesioner merupakan data identitas dan demografi responden. Aspek pengetahuan responden ditanyakan dengan pertanyaan dengan alternatif jawaban a, b, c, dan d (*multiple choice*). Aspek sikap responden dinyatakan dengan alternatif jawaban tidak setuju, kurang setuju, setuju, dan sangat setuju.

Kuesioner pengetahuan tentang pencegahan ISPA di pesantren dibuat berdasarkan parameter dari definisi operasional. Kunci jawaban kuesioner telah diperiksa oleh ahli, yaitu dosen Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang ahli dalam area keperawatan medikal bedah khususnya tentang respirasi. Kuesioner pengetahuan ini berisi 16 item pertanyaan tipe *multiple choice* dengan empat pilihan jawaban. Pertanyaan-pertanyaan bersifat benar/salah, untuk jawaban “benar” mendapat nilai 1 dan jawaban ”salah” mendapat nilai 0. Jumlah jawaban kemudian dikalkulasikan dan dipersentasikan. Hasil pengukuran dikategorikan dengan skala ordinal.

Kuesioner sikap pencegahan ISPA di pesantren juga dibuat berdasarkan parameter dari definisi operasional. Kunci jawaban kuesioner telah diperiksa oleh ahli, yaitu dosen Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang ahli dalam area keperawatan medikal bedah khususnya tentang respirasi. Kuesioner sikap ini berisi 25 item pernyataan. Setiap pernyataan yang bersifat *favorable* untuk setiap jawaban “sangat setuju” skor 4, “setuju” skor 3, “kurang setuju” skor 2, dan “tidak setuju” skor 1. Sebaliknya pernyataan yang bersifat *unfavourable* untuk setiap jawaban “sangat setuju” skor 1, “setuju” skor 2, “kurang setuju” skor 3, dan “tidak

setuju” skor 4. Pernyataan bersifat *favourable* terdapat pada nomor 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 23, dan 25. Pernyataan bersifat *unfavourable* terdapat pada nomor 6, 8, 12, 14, 20, 21, 22, dan 24. Hasil pengukuran dikategorikan dengan skala ordinal.

4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian dilakukan di beberapa pesantren naungan Lembaga Pendidikan Amanatul Ummah, Pacet, Mojokerto pada tanggal 15-17 Juni 2014. Kelompok perlakuan (K-A) diambil dari Pondok Pesantren Nurul Ummah dan kelompok kontrol (K-B) dari Pondok Pesantren Amanatul Ummah.

4.7 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data

Metode yang digunakan dalam pengumpulan data penelitian ini adalah menggunakan kuesioner *pre-test* dan *post test*. Kuesioner berisi sejumlah pertanyaan untuk mendapatkan data mengenai pengetahuan dan sejumlah pernyataan untuk mendapatkan data sikap pencegahan ISPA di pondok pesantren.

Peneliti telah melakukan permohonan penelitian ke pihak bagian akademik Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga sebelum pelaksanaan penelitian ini. Setelah memperoleh izin penelitian dari pihak fakultas dalam bentuk surat, peneliti mengajukan surat permohonan untuk melakukan penelitian pada pihak Pondok Pesantren Nurul Ummah dan Pondok Pesantren Amanatul Ummah, Pacet, Mojokerto.

Selanjutnya peneliti mendaftarkan nama seluruh santriwati yang masuk dalam populasi terjangkau di Pondok Pesantren Nurul Ummah dan di Pondok Pesantren

Amanatul Ummah. Peneliti kemudian mengkriteriakan santriwati sesuai kriteria inklusi dan eksklusi dimana sekarang santriwati sudah dikelompokkan sebagai kelompok perlakuan (K-A) untuk santriwati Pondok Pesantren Nurul Ummah atau sebagai kelompok kontrol (K-B) untuk santriwati Pondok Pesantren Amanatul Ummah. Santriwati yang telah terdaftar dalam K-A dan K-B diberi kode pada setiap santriwati. Peneliti kemudian melakukan undian pada K-A untuk menentukan 20 responden secara acak (*simple random sampling*). Begitu pula pada K-B untuk menentukan 20 responden.

Baik K-A maupun K-B telah diberi penjelasan tentang tujuan penelitian yang kemudian dianjurkan menandatangani lembar persetujuan sebagai responden. Setelah responden mengisi lembar persetujuan peneliti memberikan lembar kuesioner. Setelah responden bersedia ikut andil dalam penelitian, peneliti menjelaskan cara pengisian kuesioner *pre-test* dan memilih jawaban sesuai dengan perintah. *Pre-test* dilakukan di pesantren masing-masing. Kuesioner yang telah diisi oleh responden selanjutnya diserahkan pada peneliti.

Setelah mengumpulkan kuesioner *pre-test*, selanjutnya peneliti melakukan intervensi pendidikan kesehatan dengan metode *syndicate group* dengan materi pencegahan ISPA di pondok pesantren kepada kelompok perlakuan (K-A). Pelaksanaannya bertempat di Pondok Pesantren Nurul Ummah pada tanggal 15 Juni 2014.

Fasilitator dan observer pada pelaksanaan metode *syndicate group* ini adalah mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga. Fasilitator dalam pelaksanaan metode ini hanya satu orang yaitu peneliti sendiri yang juga sekaligus

merangkap menjadi moderator. Peneliti memantau seluruh kelompok saat proses diskusi kecil. Tidak ada fasilitator khusus untuk setiap kelompok.

Setelah tahap penyampaian materi pengantar dan garis masalah secara umum oleh fasilitator, kelas dibagi menjadi empat kelompok dengan masing-masing kelompok berjumlah lima orang. Tahap ini merupakan tahap persiapan diskusi kelompok. Peneliti menjelaskan kepada peserta langkah-langkah dan peraturan jalannya diskusi. Peneliti memberi pengarahan dalam pembentukan kelompok sekaligus menyusun formasi kelas. Penentuan kelompok dilakukan dengan cara berhitung satu sampai empat berurutan dimana sebelumnya kelas 1 dan kelas 2 telah diketahui sebelumnya. Hal tersebut bertujuan agar masing-masing kelompok beranggotakan sama/homogen, yaitu terdapat santriwati yang kelas 1 dan 2 dengan jumlah yang sama tiap kelompok. Setelah berhitung masing-masing santriwati berkumpul sesuai dengan nomor urut yang didapatkan. Tiap kelompok diberikan masalah/topik berbeda untuk dipelajari.

Tahap selanjutnya yaitu sesi diskusi kelompok kecil (sindiket). Terdapat beberapa tahapan kecil hingga akhirnya seluruh anggota kelompok sindiket berkumpul berdiskusi bersama. Pada awalnya peneliti memberi kesempatan kepada setiap individu 1 menit untuk menemukan dan menuliskan ide-idenya sesuai topik yang diperoleh. Selanjutnya setiap individu diminta berpasangan 2-3 orang (dalam kelompok yang sama) untuk menyatukan ide-ide yang mereka temukan selama 3 menit.

Pada akhirnya peneliti mengarahkan setiap pasang tadi untuk bergabung menjadi satu kelompok yang lebih besar (*syndicate group*). Peneliti mengarahkan mereka untuk menyatukan ide-ide yang ditemukan, menuliskannya di kertas untuk

dijadikan laporan. Peneliti juga mengarahkan setiap kelompok untuk melakukan pembagian peran seperti *timekeeper*, *scribe*, *summarizer*, dan *reporter*. Waktu yang diberikan 10 menit. Ketika mereka sedang berdiskusi dan menyatukan ide, peneliti memperhatikan dan mengkondisikan diskusi. Peneliti berkeliling memantau dan memastikan apakah mereka sedang berdiskusi sesuai dengan topik mereka sekaligus memantau sejauh mana hasil diskusi mereka.

Sesi selanjutnya dilakukan diskusi pleno (kelompok besar) dimana tiap kelompok mempresentasikan hasil diskusi mereka kemudian didiskusikan bersama kelompok besar/kelas. Pada sesi ini peneliti berperan sebagai moderator dan memfasilitasi peserta yang ingin bertanya, berkomentar, dan memberi masukan ke kelompok yang lain.

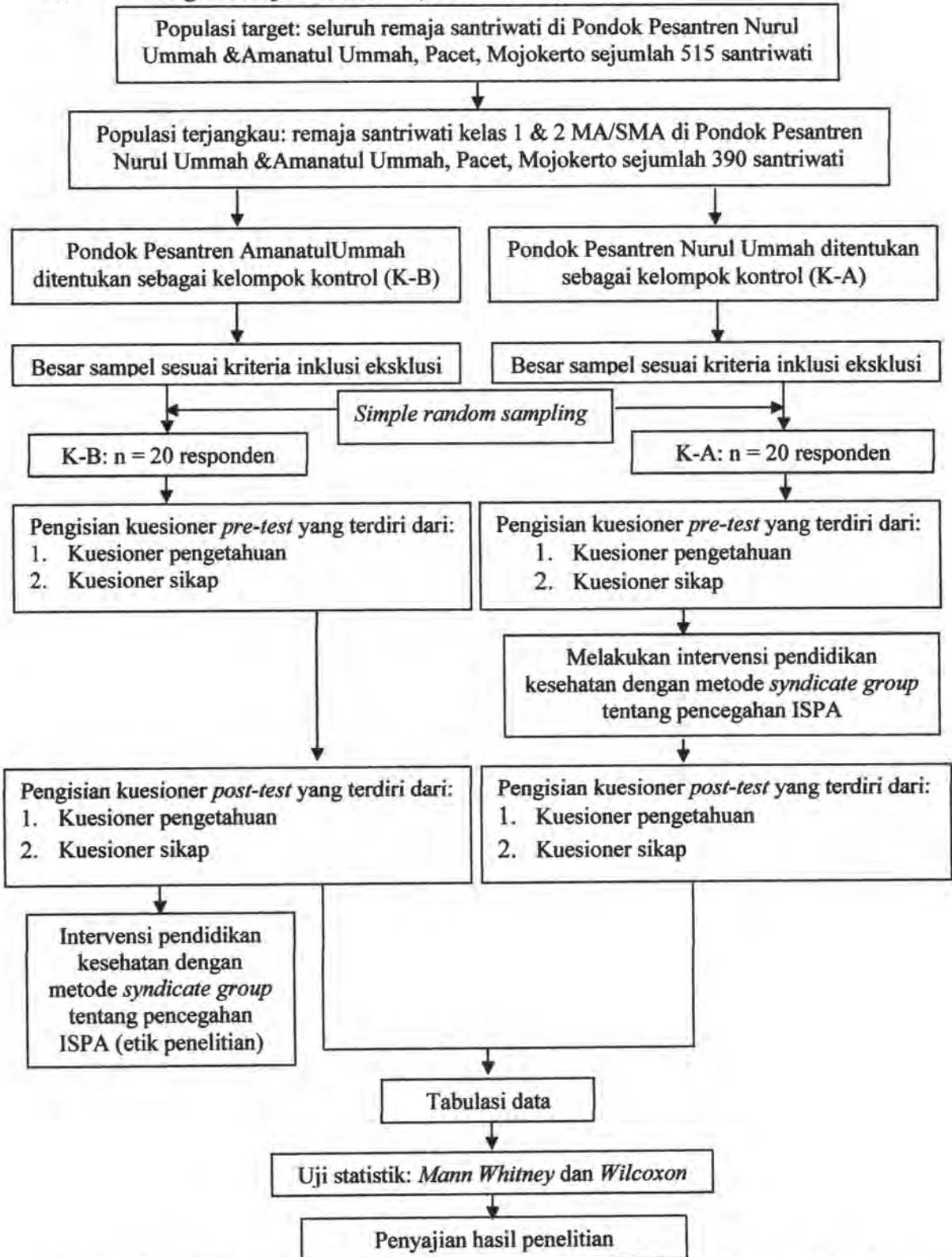
Sesi akhir merupakan sesi evaluasi. Peneliti mempersilahkan peserta untuk bertanya tentang hal-hal yang kurang jelas atau yang perlu didiskusikan. Peneliti juga memberikan umpan balik dan bersama-sama santriwati mengambil kesimpulan dari diskusi. Setiap kelompok diminta untuk mengumpulkan salinan kesimpulan diskusi sesuai topik mereka ke depan.

Menurut Bastable (2002) untuk mengetahui apakah peserta didik mengetahui materi tertentu setelah mengikuti pengajaran yang tidak mereka ketahui sebelumnya, maka evaluasi dapat dilakukan setelah intervensi berakhir. Berdasar pendapat tersebut, *post-test* diberikan dua hari setelah dilakukan perlakuan atau/intervensi kepada K-A dengan daftar pertanyaan sama dengan kuesioner *pre-test*. Hal ini dilakukan untuk membandingkan hasil dari jawaban yang diberikan oleh responden mengenai pengetahuan dan sikap sebelum dan sesudah dilakukan intervensi. *Post-test* pada K-B dilakukan pada rentan waktu

yang sama antara *pre-test* dan *post-test* pada K-A. Segera setelah pengumpulan data maka K-B diberi intervensi yang sama dengan K-A sebagai bentuk keadilan dalam etik penelitian. *Post-test* tiap kelompok juga dilakukan di pesantren masing-masing.

Hasil data *pretest* dan *posttest* yang didapat dari kedua kelompok dimasukkan ke dalam tabulasi kemudian dihitung menggunakan uji statistik.

4.8 Kerangka Kerja Penelitian (*Frame Work*)



Gambar 4.2 Kerangka kerja penerapan pendidikan kesehatan dengan metode *syndicate group* terhadap pencegahan ISPA pada remaja santriwati di pesantren Lembaga Pendidikan Amanatul Ummah, Pacet, Mojokerto.

4.9 Analisis Data

Analisis data merupakan kegiatan setelah seluruh kuesioner dari responden terkumpul. Menurut Arikunto (2009), secara garis besar analisis data meliputi langkah persiapan dan tabulasi data. Pada tahap persiapan dilakukan *editing* dan pada tahap tabulasi data dilakukan *coding* dan analisis statistik. Berikut tahap-tahapan tersebut secara rinci:

1. *Editing*

Dilakukan penataan data untuk mengadakan pengolahan lebih lanjut.

Kegiatan yang dilakukan pada tahap ini adalah :

- 1) Mengecek nama dan kelengkapan identitas responden untuk menghindari kesalahan ataupun kekurangan data dari responden.
- 2) Mengecek kelengkapan data dan memeriksa isi instrumen pengumpulan data.
- 3) Mengecek macam isian data untuk menghindari ketidakpastian pengisian.

2. *Coding*

- 1) Memberi nilai (*score*) pada masing-masing jawaban menurut item pada kuesioner sesuai dengan yang telah ditetapkan dalam definisi operasional dan memberikan total nilai (*total score*) untuk memperoleh kategori responden pada masing-masing variabel dependen

(1) Pengetahuan

Pertanyaan pengetahuan berupa kuesioner *multiple choice*. Jawaban benar dinilai 1 dan salah dinilai 0. Aspek pengetahuan dapat dinilai dengan menggunakan rumus:

$$P = \frac{f}{N} \times 100\%$$

Keterangan:

P : prosentase

f : jumlah jawaban yang benar

N : jumlah skor maksimal jika pertanyaan dijawab benar

Skor maksimal adalah 16, skor total dari yang diperoleh dari jawaban reponden kemudian dilakukan pengkategorian nilai (Arikunto, 2006):

Baik : $\geq 75\%$

Cukup : 56-74%

Kurang : $\leq 55\%$

(2) Sikap

Penilaian sikap diajukan berupa kuesioner berisi 25 pernyataan yang dinilai dari respon pendapat dan emosi. Pengukuran menggunakan alat ukur *likert* dengan jawaban sangat setuju, setuju, kurang setuju, dan tidak setuju. Jawaban ini dinyatakan dalam berbagai tingkat persetujuan (1-4) terhadap pernyataan yang disusun oleh peneliti. Pernyataan positif berada pada pertanyaan nomor 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 23, dan 25 sedangkan pernyataan negatif berada di pertanyaan nomor 6, 8, 12, 14, 20, 21, 22, dan 24. Skor pada setiap pernyataan positif adalah 4 skor untuk pilihan sangat setuju, 3 skor untuk setuju, 2 untuk kurang setuju, dan 1 skor untuk tidak setuju. Sedangkan pada pernyataan negatif adalah sebaliknya yaitu 4 skor untuk pilihan tidak setuju, 3 skor untuk kurang setuju, 2 untuk setuju, dan 1 skor untuk sangat setuju. Kemudian hasil jawaban tersebut dihitung dengan rumus:

$$T = 50 + 10 \left(\frac{x - K}{S} \right)$$

Keterangan:

- T : nilai reponden
- x : skor responden
- \bar{x} : nilai rata-rata kelompok
- S : standar deviasi

Kemudian diklasifikasikan:

Sikap positif bila skor $T \geq T \text{ Mean}$

Sikap negatif bila skor $T < T \text{ Mean}$

- 2) Kategori yang diperoleh dari masing-masing variabel dependen pada *pre-test* dan *post-test*, diberi kode numerik sebagai berikut:
 - (1) Pengetahuan : kurang = 1, cukup = 2, baik = 3.
 - (2) Sikap : negatif = 1, positif = 2.

3. Analisis statistik

Dari data yang telah dikumpulkan, dilakukan analisis untuk menentukan signifikansi hasil pemberian aktifitas *syndicate group* terhadap respon pengetahuan dan sikap remaja dalam pencegahan ISPA. Untuk mengetahui perubahan antara *pre-test* dan *post-test* pada kelompok perlakuan atau kelompok kontrol, uji yang digunakan adalah uji statistik *Mann Whitney test* (uji komparasi 2 sampel berpasangan) dengan signifikansi $p < 0,05$. Untuk mengetahui perubahan pengetahuan dan sikap antara kelompok perlakuan dan kontrol dianalisis menggunakan uji statistik *Wilcoxon signed rank test* (uji komparasi 2 sampel bebas/independen) dengan signifikansi $p < 0,05$. Jika hasil penelitian didapatkan nilai $p < 0,05$, maka H_0 ditolak dan H_1 diterima artinya ada perbedaan respon pengetahuan dan sikap antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

4.10 Etik Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini, sebelumnya peneliti mengajukan surat permohonan untuk mendapatkan rekomendasi dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, dan permintaan izin kepada Kepala Pondok Pesantren Nurul Ummah dan Pondok Pesantren Amanatul Ummah. Setelah mendapat persetujuan barulah peneliti melakukan penelitian dengan menekankan masalah etika sebagai berikut:

1. Lembar persetujuan (*inform consent*)

Lembar persetujuan diberikan pada responden. Penelitian memberikan penjelasan mengenai maksud dan tujuan penelitian yang dilakukan serta memberikan hak untuk menolak menjadi responden.

2. Kerahasiaan nama (*anonimity*)

Untuk tetap menjaga kerahasiaan responden, peneliti tidak mencantumkan nama responden tetapi hanya mencantumkan kode tertentu untuk masing-masing responden.

3. Kerahasiaan (*confidentiality*)

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan oleh responden dijamin oleh peneliti. Data yang dikumpulkan serta hasil penelitian hanya akan diserahkan atau dilaporkan pada pihak yang terkait dengan penelitian.

4. Pengunduran diri

Jika ada responden yang mengundurkan diri sebagai responden, maka hal itu adalah suatu kelaziman dan tidak ada yang boleh melarang termasuk peneliti sendiri.

5. Keadilan

Jika telah terbukti bahwa pendidikan kesehatan dengan metode *syndicate group* efektif maka kelompok kontrol (K-B) akan memperoleh perlakuan yang sama persis dengan kelompok perlakuan (K-A) segera setelah pengumpulan data berakhir sehingga K-B tidak dirugikan dan memperoleh manfaat yang sama dari penelitian sebagaimana K-A.

4.11 Keterbatasan

Keterbatasan adalah kelemahan atau hambatan dalam penelitian. Pada penelitian ini, keterbatasan yang dialami peneliti adalah:

1. Sampel yang diambil hanya terbatas pada remaja santri putri/perempuan pada kedua kelompok (perlakuan dan kontrol) sehingga tidak dapat digunakan untuk melihat gambaran pada remaja putra/laki-laki.
2. Pelaksanaan intervensi yang terbatas hanya satu pertemuan dalam satu waktu saja dengan pertimbangan kesibukan remaja santriwati yang kegiatan sehari-harinya padat mulai bangun pagi hingga mereka tidur malam lagi.
3. Instrumen dalam penelitian ini belum dilakukan uji validitas dan reliabilitas sehingga besar kemungkinan berpengaruh terhadap ketepatan dan kesahihan instrumen serta belum diketahui kekonsistenan hasil dari pengukuran instrumen.

BAB 5
HASIL DAN PEMBAHASAN

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian yang telah dilaksanakan di Yayasan Lembaga Pendidikan Amanatul Ummah (LPAU) Mojokerto terhadap 20 responden di Pondok Pesantren Nurul Ummah sebagai kelompok perlakuan dan 20 responden di Pondok Pesantren Amanatul Ummah sebagai kelompok kontrol. Penelitian telah dilaksanakan pada tanggal 15-17 Juni 2014. Hasil akan diuraikan dengan sistematika sebagai berikut: 1) gambaran umum lokasi penelitian, 2) data umum karakteristik responden, dan 3) data khusus penelitian meliputi pengaruh penerapan pendidikan kesehatan dengan metode *syndicate group* terhadap perubahan pengetahuan dan sikap dalam pencegahan ISPA santriwati di pondok pesantren. Penyajian hasil diikuti pembahasan mengenai hasil yang telah didapat sesuai dengan teori yang telah dikemukakan sebelumnya.

5.1 Hasil penelitian

5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

Yayasan Lembaga Pendidikan Amanatul Ummah (LPAU), Pacet, Mojokerto, merupakan cabang dari LPAU Surabaya. Yayasan ini menaungi berbagai macam lembaga pendidikan termasuk beberapa diantaranya berupa pondok pesantren dan lembaga pendidikan formal. Beberapa pondok pesantren yang dinaungi oleh LPAU yang terletak di Pacet, Mojokerto, yaitu Pondok Pesantren Nurul Ummah dan Pondok Pesantren Amanatul Ummah.

Pondok Pesantren Nurul Ummah Mojokerto adalah pondok pesantren yang berdiri pada tahun 2006 di Kota Mojokerto. Berdasarkan SK perijinan KEMENAG Kabupaten Mojokerto dengan NSPP (Nomor Statistik Pondok

Pesantren) Pondok Pesantren Nurul Ummah: 510035160182. Pondok ini berdiri di atas tanah seluas \pm 3 Hektar di Desa Kembang Belor, Kec. Pacet, Mojokerto. Pondok Pesantren Nurul Ummah memiliki santri sebanyak 749 yang terdiri dari 339 putra dan 410 putri. Kepadatan tempat tinggal di Pondok Pesantren Nurul Ummah dengan luas kamar tidur santri putra $4 \times 5 \text{ m}^2$ dihuni sekitar 16 santri, sedangkan pada santri putri luas kamar tidur $4 \times 6 \text{ m}^2$ dihuni sekitar 18 santri.

Keadaan kamar santri cukup lembab, mengingat Pondok Pesantren Nurul Ummah berada di lingkungan pegunungan. Ventilasi berupa jendela pada sisi depan kamar yang selalu terbuka pada pagi hingga sore hari. Kegiatan pembersihan lingkungan pondok pesantren (kerja bakti) biasa dilakukan oleh petugas kebersihan (setiap hari) dan serta oleh santri (setiap minggu).

Fasilitas kesehatan yang dimiliki Pondok Pesantren Nurul Ummah adalah poliklinik serta dokter kunjungan yang akan berkunjung jika ada insiden penyakit yang terjadi di pondok. Fasilitas kesehatan lain yang biasa dimanfaatkan adalah Bidan Desa Kembang Belor serta puskesmas setempat.

Pondok Pesantren Amanatul Ummah Mojokerto berdiri pada tahun 2012 di kota Mojokerto. Berdiri di atas tanah seluas \pm 1 Hektar di Desa Kembang Belor, Kecamatan Pacet, Mojokerto, Pondok Pesantren Amanatul Ummah memiliki santri sebanyak 204 yang terdiri dari 98 putra dan 106 putri. Kepadatan tempat tinggal di Pondok Pesantren Amanatul Ummah dengan luas kamar tidur santri $5 \times 6 \text{ m}^2$ dihuni sekitar 20 santri.

Keadaan kamar dan lingkungan santri di Pondok Pesantren Amanatul Ummah, Mojokerto, hampir sama dengan keadaan kamar dan lingkungan santri di Pondok Pesantren Nurul Ummah. Kedua pondok tersebut berada dalam satu

lingkungan dan hanya berjarak \pm 500 m. Perbedaan antara kedua pondok pesantren tersebut adalah fasilitas pendidikan yang diberikan. Pondok Pesantren Nurul Ummah, para santri diberikan pendidikan berstandar Madrasah Aliyah program Madrasah Bertaraf Internasional (MBI) sedangkan pada Pondok Pesantren Amanatul Ummah, para santri diberikan pendidikan berstandar Sekolah Menengah Atas Berbasis Pesantren (SMA BP) dimana selain mereka mempelajari pelajaran seperti di sekolah menengah atas layaknya siswa yang belajar di SMA tanpa naungan pesantren, mereka juga berkewajiban menghafal Al-Quran.

5.1.2 Karakteristik demografi responden

Semua responden dalam penelitian ini adalah remaja santri putri (santriwati) pesantren naungan Lembaga Pendidikan Amanatul Ummah (LPAU), Pacet, Mojokerto, yaitu santriwati Pondok Pesantren Nurul Ummah (20 responden) sebagai kelompok perlakuan dan santriwati Pondok Pesantren Amanatul Ummah (20 responden) sebagai kelompok kontrol. Mereka merupakan santriwati yang sedang menempuh pendidikan sekolah menengah atas (SMA) atau madrasah aliyah (MA) kelas 1 dan kelas 2. Karakteristik responden kelompok perlakuan (K-A) dan kelompok kontrol (K-B) bisa dilihat sebagai berikut: usia, daerah asal, dan lama waktu tinggal di pondok.

I. Usia

Usia responden dikelompokkan menjadi usia 14, 15, 16, 17, dan 18 tahun. Data selengkapnya dapat dibaca pada tabel 5.1 di bawah ini.

Tabel 5.1 Distribusi responden berdasarkan usia remaja santriwati kelas 1 & 2 MA/SMA di pesantren naungan LPAU, Pacet, Mojokerto, tanggal 15-17 Juni 2014

Usia	Kelompok Perlakuan (K-A)		Kelompok Kontrol (K-B)	
	N	%	n	%
14 tahun	2	10	0	0
15 tahun	1	5	3	15
16 tahun	8	40	12	60
17 tahun	8	40	5	25
18 tahun	1	5	0	0
Total	20	100	20	100

Berdasarkan tabel 5.1 menunjukkan bahwa pada K-A responden didominasi oleh usia 16 tahun dan 17 tahun yaitu masing-masing 8 santriwati (40%) sedangkan pada K-B didominasi usia 16 tahun sebanyak 12 santriwati (60%).

2. Daerah asal

Distribusi responden berdasarkan daerah asal dikelompokkan berdasarkan asal provinsi mereka. Data selengkapnya dapat dibaca pada tabel 5.2.

Tabel 5.2 Distribusi responden berdasarkan daerah asal remaja santriwati kelas 1 & 2 MA/SMA di pesantren naungan LPAU, Pacet, Mojokerto, tanggal 15-17 Juni 2014

Provinsi	Kelompok Perlakuan (K-A)		Kelompok Kontrol (K-B)	
	n	%	n	%
Banten	1	5	0	0
Jawa Tengah	0	0	1	5
Jawa Timur	18	90	19	95
Lampung	1	5	0	0
Total	20	100	20	100

Berdasarkan tabel 5.2, baik pada K-A maupun K-B menunjukkan bahwa responden didominasi remaja yang berasal dari Jawa Timur. Pada K-A sebanyak 90% (18 santriwati) dan pada K-B sebanyak 95% (19 santriwati).

3. Lama tinggal di Pondok Pesantren

Distribusi responden berdasarkan lama tinggal di pondok pesantren dikelompokkan menjadi ≤ 1 tahun dan > 1 tahun. Data selengkapnya dapat dilihat pada tabel 5.3.

Tabel 5.3 Distribusi responden berdasarkan lama menetap di pondok remaja santriwati kelas 1 & 2 MA/SMA di pesantren naungan LPAU, Pacet, Mojokerto, tanggal 15-17 Juni 2014

Lama tinggal di pondok	Kelompok Perlakuan (K-A)		Kelompok Kontrol (K-B)	
	N	%	n	%
≤ 1 tahun	10	50	10	50
> 1 tahun	10	50	10	50
Total	20	100	20	100

Berdasarkan tabel 5.3, pada K-A maupun K-B responden remaja yang menetap di pondok pesantren ≤ 1 tahun maupun >1 tahun sama banyaknya. Masing-masing sebanyak 10 santriwati (50%).

5.1.3 Variabel yang diukur

Data khusus pada penelitian ini terdiri dari pengetahuan dan sikap remaja santriwati sebelum dan sesudah penerapan pendidikan kesehatan dengan metode *syndicate group* mengenai pencegahan ISPA di pondok pesantren yang dilakukan di pesantren-pesantren naungan Lembaga Pendidikan Amanatul Ummah (LPAU), Pacet, Mojokerto.

1. Pengetahuan remaja santriwati tentang pencegahan ISPA di pondok pesantren sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode *syndicate group*. Data selengkapnya dapat dilihat pada table 5.4 di bawah.

Tabel 5.4 Distribusi pengetahuan remaja santriwati tentang pencegahan ISPA di pondok pesantren sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode *syndicate group* di pesantren naungan LPAU, Pacet, Mojokerto, tanggal 15-17 Juni 2014

No	Tingkat Pengetahuan	Kelompok Perlakuan (K-A)				Kelompok Kontrol (K-B)			
		Pre		Post		Pre		Post	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	Kurang	10	50	1	5	11	55	13	65
2	Cukup	8	40	9	45	8	40	6	30
3	Baik	2	10	10	50	1	5	1	5
	Total	20	100	20	100	20	100	20	100
	Uji <i>Wilcoxon</i>	p=0.001				0,793			
	Uji <i>Mann Whitney Pretest</i>					p=0.670			
	Uji <i>Mann Whitney Posttest</i>					p=0.000			

Berdasarkan tabel 5.4 didapat pengetahuan remaja santriwati pada K-A saat *pretest* sebagian besar berada pada kategori kurang, yaitu sebanyak 10 santriwati (50%) sedangkan saat *posttest* kondisi berbalik menjadi sebagian besar responden K-A berada pada kategori baik, yaitu sebanyak 10 santriwati (50%). Pada K-B *pretest* pengetahuan sebagian besar berada pada kategori kurang yaitu sebanyak 11 santriwati (55%) dan pada *posttest* sebagian besar juga berada pada kategori kurang yaitu sebanyak 13 santriwati (65%).

Hasil analisis *Wilcoxon* pada K-A diperoleh nilai $p=0,001$ sehingga $p<0,05$ yang artinya ada perbedaan pengetahuan yang signifikan saat *pretest* dan *posttest*. Sedangkan pada K-B hasil analisis *Wilcoxon* diperoleh $p=0,793$ sehingga $p>0,05$ yang artinya tidak ada perbedaan pengetahuan yang signifikan saat *pretest* dan *posttest*. Hasil analisis *Mann Whitney* pada kedua kelompok saat *posttest* pengetahuan diperoleh nilai $p=0,000$ sehingga $p<0,05$ yang artinya ada perbedaan pengetahuan yang signifikan antara K-A dan K-B setelah pemberian perlakuan.

2. Sikap remaja santriwati tentang pencegahan ISPA sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode *syndicate group*.

Tabel 5.5 Distribusi sikap remaja santriwati tentang pencegahan ISPA di pondok pesantren sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode *syndicate group* di pesantren naungan LPAU, Pacet, Mojokerto, tanggal 15-17 Juni 2014

No	Sikap	Kelompok Perlakuan (K-A)				Kelompok Kontrol (K-B)			
		Pre		Post		Pre		Post	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	Positif	10	50	11	55	10	50	8	40
2	Negatif	10	50	9	45	10	50	12	60
	Total	20	100	20	100	20	100	20	100
	Uji <i>Wilcoxon</i>	p=0.655				p=0.414			
	Uji <i>Mann Whitney Pretest</i>	p=1.000							
	Uji <i>Mann Whitney Posttest</i>	p=0.348							

Berdasarkan tabel 5.5 sikap remaja santriwati pada K-A saat *pretest* separuh responden berada pada kategori negatif yaitu sebanyak 10 santriwati (50%) dan separuh lainnya bersikap positif yaitu sebanyak 10 santriwati (50%) sedangkan saat *posttest* sebanyak 11 santriwati (55%) berada pada kategori positif dan 9 santriwati (45%) berada pada kategori negatif. Seperti halnya pada K-A, hasil *pretest* sikap pada K-B diperoleh sebanyak 10 santriwati (50%) berada pada kategori positif dan 10 santriwati (50%) lainnya berada pada kategori negatif. Hasil *posttest* pada K-B menunjukkan sebanyak 12 santriwati (60%) berada pada kategori negatif dan 8 santriwati (40%) berada pada kategori positif.

Hasil analisis *Wilcoxon* pada kelompok perlakuan diperoleh nilai $p=0,655$ sehingga $p>0,05$ yang artinya tidak ada perbedaan sikap yang signifikan saat *pretest* dan *posttest*. Sedangkan pada kelompok kontrol diperoleh $p=0,414$ sehingga $p>0,05$ yang artinya tidak ada perbedaan sikap

yang signifikan saat *pretest* dan *posttest*. Hasil analisis *Mann Whitney* saat *posttest* diperoleh nilai $p=0,348$ sehingga $p>0,05$ yang artinya tidak ada perbedaan sikap yang signifikan antara K-A dan K-B sesudah pemberian perlakuan.

5.2 Pembahasan

5.2.1 Analisis penerapan pendidikan kesehatan dengan metode *syndicate group* terhadap pengetahuan remaja santriwati tentang pencegahan ISPA di pondok pesantren

Berdasarkan tabel 5.4, hasil uji *Wilcoxon* pada *pretest-posttest* pengetahuan responden kelompok perlakuan (K-A) menunjukkan bahwa ada perbedaan yang bermakna antara sebelum dan sesudah pemberian intervensi. Intervensi berupa pendidikan kesehatan dengan metode *syndicate group* mengenai pencegahan ISPA di pondok pesantren. Hal ini ditunjukkan pada saat *pretest* tingkat pengetahuan sebagian besar responden berada pada kategori kurang sedangkan pada *posttest* sebagian besar berada pada kategori baik.

Hasil *posttest* K-A menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan mengenai ISPA pada semua aspek (lampiran 9). Beberapa aspek tersebut diantaranya: definisi/pengertian ISPA; penyebab & faktor risiko; jenis & gejala serta karakteristik ISPA; cara penularan & faktor yang berperan; penatalaksanaan; pencegahan agar tidak terkena ISPA; dan pencegahan penularan ISPA. Sebanyak 90% telah menjawab dengan tepat pengertian ISPA dimana sebelumnya pada *pretest* hanya 50%. Seluruh responden menjawab benar pada aspek pengetahuan mengenai penyebab ISPA saat *posttest*. Aspek pengetahuan mengenai jenis & gejala serta karakteristik ISPA masih menjadi aspek pengetahuan yang paling

sedikit dijawab dengan benar pada *posttest* namun demikian telah terjadi peningkatan jumlah responden dengan jawaban benar dibanding pada saat *pretest*.

Hasil tabulasi kategori pengetahuan responden K-A menunjukkan banyak terjadi peningkatan kategori dari *pretest* ke *posttest* (lampiran 11). Sebanyak 70% responden mengalami peningkatan kategori termasuk peningkatan dari kategori kurang menjadi cukup, kategori cukup menjadi baik, bahkan kategori kurang menjadi baik. Sebanyak 25% responden tetap berada pada kategori sebagaimana saat *pretest*, yaitu tetap pada kategori cukup dan baik. Terdapat 5% responden mengalami penurunan kategori dari kategori cukup menjadi kurang yaitu responden A19.

Sebaliknya pada kelompok kontrol (K-B) hasil uji *Wilcoxon* menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna antara *pretest* dan *posttest* (tabel 5.4). Hal ini ditunjukkan baik pada saat *pretest* maupun *posttest* sebagian besar responden berada pada kategori kurang pula.

Hasil tabulasi nilai pengetahuan pada hasil *pretest* K-B hampir sama dengan hasil *pretest* K-A (lampiran 9). Sebanyak 45% responden K-B tidak tepat dalam menjawab pertanyaan mengenai pengertian ISPA baik saat *pretest* maupun *posttest*. Seperti halnya pada K-A, aspek pengetahuan K-B dengan hasil jawaban benar paling sedikit yaitu pada pertanyaan-pertanyaan tentang jenis & gejala serta karakteristik ISPA. Aspek pengetahuan dengan hasil paling tinggi ditemukan pada pertanyaan tentang cara penularan ISPA (75%) dan pertanyaan tentang faktor yang berperan dalam penularan ISPA (80%).

Hasil tabulasi kategori pengetahuan K-B tidak banyak berubah dari hasil *pretest* ke *posttest* bahkan cenderung mengalami penurunan (lampiran 11). Terjadi

penurunan kategori sebanyak 25% (5 responden), 1 responden turun dari kategori baik menjadi cukup dan 4 responden kategori cukup menjadi kurang. Sebanyak 65% (13 responden) tetap bertahan di kategori sebagaimana hasil *pretest*-nya, yaitu pada kategori cukup dan kategori kurang. Terdapat peningkatan kategori sebanyak 10 % (2 responden), 1 responden meningkat dari kategori kurang menjadi kategori baik (B19) dan 1 responden dari kategori kurang menjadi cukup (B20).

Analisis lebih lanjut pada tabel 5.4, hasil uji *Mann Whitney* menunjukkan ada perbedaan bermakna antara hasil *posttest* pengetahuan K-A dan K-B. Hasil analisis *Mann Whitney* pada *posttest* pengetahuan K-A dan K-B diperoleh $p=0,000$ sehingga $p<0,05$. Melalui hasil analisis tersebut dapat diartikan bahwa H_1 diterima yaitu ada pengaruh penerapan pendidikan kesehatan dengan metode *syndicate group* terhadap pengetahuan remaja santriwati dalam pencegahan penyakit ISPA di pondok pesantren Lembaga Pendidikan Amanatul Ummah (LPAU), Pacet, Mojokerto. Hubungan ini menunjukkan bahwa intervensi yang diberikan peneliti efektif terhadap peningkatan pengetahuan remaja santriwati.

Pengetahuan adalah hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimiliki dan dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi (Notoatmodjo, 2005). Pengetahuan dipengaruhi (Notoatmodjo, 2007) oleh umur (Hurlock, 1998), tingkat pendidikan, pengalaman, dan media masa.

Piaget dalam Papalia dan Olds (2001) mengemukakan bahwa pada masa remaja terjadi kematangan kognitif dimana mereka secara aktif membangun dunia kognitif mereka sendiri. Hal ini sesuai dengan pendapat Hurlock (2005) bahwa

semakin cukup umur, tingkat kemampuan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja.

Santrock (2003) menjelaskan, Piaget (1954) percaya bahwa remaja menyesuaikan diri dengan dua cara: asimilasi dan akomodasi. Remaja juga dapat mengalami ekuilibrasi (*equilibrium*). Ekuilibrasi (*equilibrium*) adalah mekanisme dalam teori Piaget yang menjelaskan bagaimana seorang anak atau remaja beralih dari satu tahap pemikiran ke tahap selanjutnya. Peralihan ini terjadi sejalan dengan dialaminya konflik kognitif atau *disequilibrium* dalam usahanya untuk memahami dunia. Akhirnya, anak atau remaja tersebut berhasil mengatasi konflik dan mencapai keseimbangan, atau ekuilibrium, dari pemikiran.

Menurut Piaget (Santrock, 2003), seseorang berkembang melalui empat tahap utama perkembangan kognitif: sensorimotor; praoperasional; operasional konkret; dan operasional formal. Setiap tahap tersebut berkaitan dengan usia dan mengandung cara berpikir yang berbeda. Seorang remaja dapat berada pada tahap operasional konkret atau sudah pada tahap operasional formal.

Santrock (2003) merangkum, menurut Piaget tahap operasional konkret terjadi antara usia 7 dan 11. Pemikiran ini terdiri dari beberapa operasi dan meliputi penalaran tentang kepemikiran objek. Keterampilan konservasi dan klasifikasi adalah karakter utama. Pemikiran ini dibatasi oleh ketidakmampuan untuk menalar secara abstrak mengenai objek.

Tahap terakhir perkembangan kognitif Piaget yaitu tahap operasional formal (*formal operational stage*) yang diyakini muncul sekitar usia 11 sampai 15 tahun. Pemikiran operasional formal ini tumbuh pada tahun-tahun masa remaja tengah. Piaget (1972) menyimpulkan bahwa pemikiran operasional formal baru

kan tercapai sepenuhnya di akhir masa remaja, sekitar usia 15 sampai 20 tahun. Karakteristik pemikiran operasional formal bersifat abstrak, idealistik dan logis.

Santrock (2003) berpendapat, tidak semua remaja berpikir secara operasional formal sepenuhnya. Mengenai variasi individu dalam kognisi remaja Santrock menyimpulkan, banyak remaja muda bukanlah pemikir operasional formal namun lebih cenderung mengkonsolidasikan pemikiran konkret mereka.

Tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang (Notoatmodjo, 2007). Hal tersebut karena pendidikan akan memberikan pengetahuan sehingga terjadi perubahan perilaku positif yang meningkat sesuai sejauh mana pendidikan itu diterima oleh individu tersebut.

Responden dalam penelitian ini memiliki karakteristik rentang umur dan tingkat pendidikan yang sama. Mereka merupakan remaja berusia berkisar 14-18 tahun yang sedang menempuh pendidikan tingkat sekolah menengah atas dengan distribusi seimbang antara jumlah respon yang kelas 1 & 2 pada kelompok perlakuan (K-A) maupun kelompok kontrol (K-B). Berdasarkan karakteristik tersebut peneliti menyimpulkan bahwa responden memiliki karakter yang dianggap mampu menerima dan mengolah informasi dengan baik dengan harapan terjadi perubahan perilaku positif yang meningkat dalam pencegahan ISPA di pondok pesantren.

Faktor lainnya yang mempengaruhi pengetahuan yaitu pengalaman dan media masa. Pada penelitian ini tidak diukur sejauh mana pengalaman responden dalam menghadapi ISPA. Media masa dalam lingkungan pesantren cukup terbatas. Seperti akses internet yang cukup terbatas, juga koleksi perpustakaan yang masih terbatas pula.

Pelaksanaan penelitian ini mengambil beberapa data demografi responden yang terdiri dari usia, daerah asal, dan lama tinggal di pondok pesantren. Melalui analisis lebih lanjut ditemukan adanya pengaruh umur responden terhadap hasil *pretest-posttest* pengetahuan. Penjelasan lebih lanjut dapat ditemui pada pembahasan anomali hasil *pretest-posttest* pengetahuan. Hasil analisis berdasarkan daerah asal tidak ditemukan hasil yang mencolok terhadap hasil *pretest-posttest* pengetahuan. Hasil analisis berdasarkan lama tinggal di pondok pesantren juga tidak ditemukan hasil yang mencolok terhadap hasil *pretest-posttest* pengetahuan. Pada penelitian ini lama tinggal di pondok pesantren hanya terbatas berapa lama responden tinggal di pondok pesantren mereka tinggal saat ini. Tidak termasuk apakah mereka pernah tinggal di pondok sebelumnya dan berapa lama tinggal di pondok pesantren tersebut.

Bagan teori perilaku kesehatan *Precede Proceed model* (Green & Kreuter, 2005) yang menjelaskan bahwa strategi pendidikan kesehatan bisa memanipulasi *predisposing factors* yang salah satunya adalah faktor pengetahuan. Salah satu strategi pendidikan yaitu metode *syndicate group*.

Menurut Habeshaw & Gibbs (1992) *syndicate groups* merupakan beberapa kelompok kecil yang terdiri atas beberapa siswa (4-6 anggota setiap kelompok), yang bekerja pada masalah yang sama, atau pada aspek yang berbeda dengan masalah yang sama, dan pada waktu yang sama. Tahap pelaksanaan metode *syndicate group* membantu siswa merefleksikan apa yang mereka (siswa) pelajari. Pada pelaksanaan pembentukan kelompok dapat terjadi beberapa masalah sebagaimana pada tabel 2.2 dan tabel 2.3, termasuk di dalamnya terdapat keterampilan mengatasinya.

Selama proses penelitian ini terjadi tahapan dimana responden menerima informasi sebagai bekal untuk mendiskusikan subtopik yang akan mereka bahas dan menemukan solusinya saat tahap diskusi. Pemahaman dasar mengenai ISPA dalam penelitian ini lebih banyak diberikan pada saat tahap pembekalan dimana fasilitator menyampaikan materi dan garis besar masalah. Berbekal informasi awal yang mereka miliki, pada sesi diskusi kelompok kecil setiap kelompok sindikat akan mendiskusikan solusi apa yang dapat mereka berikan untuk pencegahan ISPA di pondok pesantren sesuai dengan kondisi yang ada di pesantren mereka.

Menurut Habeshaw & Gibbs (1992), siswa butuh waktu dan kesempatan untuk mencoba menemukan ide-ide baru dalam suasana lingkungan yang memungkinkan sebelum akhirnya mereka bertukar pikiran mengenai ide-ide mereka dalam kelompok yang lebih besar. Pada pelaksanaan penelitian ini, sebelum pada akhirnya setiap kelompok utuh dengan jumlah 5 anggota, mereka secara bertahap dituntun untuk menemukan ide masing-masing terlebih dahulu. Setiap kelompok diberi kepercayaan sebagai tim yang mandiri, tanpa didampingi fasilitator. Fasilitator hanya memantau keempat kelompok secara keseluruhan. Melalui pembentukan kelompok tersebut mereka membiasakan kerjasama menurut paham demokrasi, memberi kesempatan kepada mereka untuk mengembangkan sikap musyawarah dan bertanggung jawab. Tahap berikutnya dilanjutkan dengan sesi diskusi pleno (kelompok besar) dan sesi evaluasi.

Berawal dari informasi yang diperoleh dari fasilitator mengenai ISPA yang kemudian mereka (responden) menjadikan informasi tersebut sebagai bekal saat berdiskusi. Melalui serangkaian proses tersebut telah memicu responden

untuk mengandalkan ingatan atas informasi yang diperoleh selama metode *syndicate group* yang berpengaruh pada tingkat pengetahuan mereka terhadap pencegahan ISPA di pondok pesantren.

Pengetahuan seseorang dibagi dalam enam tingkat pengetahuan (Notoatmodjo, 2010). Keenam tingkatan tersebut antara lain: tahu (*know*); memahami (*comprehension*); aplikasi (*application*); analisis (*analysis*); sintesis (*synthesis*); dan evaluasi (*evaluation*).

Melalui metode *syndicate group* responden digiring untuk menggali pengetahuan mereka sampai tingkat pengetahuan “sintesis” namun tanpa tahap “aplikasi”. Mereka menerima informasi dari peneliti pada awal proses *syndicate group* yang memungkinkan mereka berada pada tahap “tahu” dan “memahami”. Kemudian mereka digiring untuk melalui tahap “analisis” dan “sintesis” pada saat proses diskusi kecil (sindikat) dan diskusi pleno.

Setelah responden diberi intervensi *syndicate group* peneliti mengukur tingkat pengetahuan responden dengan instrumen yang hanya mampu mengukur tingkat pengetahuan sampai tahap “memahami”. Peneliti berpendapat, hasil positif yang diperoleh dari analisis pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *syndicate group* terhadap pengetahuan remaja santriwati tentang pencegahan ISPA di pondok pesantren menunjukkan bahwa metode ini telah mampu memberikan pengaruh terhadap tingkat pengetahuan pada tahap “memahami”. Meskipun tidak menutup kemungkinan responden telah mencapai tahap “aplikasi” atau di atasnya.

Anomali hasil *pretest-posttest* pengetahuan ditemui dalam penelitian ini, baik pada kelompok perlakuan (K-A) maupun pada kelompok kontrol (K-B).

Anomali pada K-A yaitu berupa penurunan kategori pengetahuan (responden A19) dan stagnasi nilai sekaligus kategori (responden A01, A03, A04, A08, A14) dimana seharusnya responden dalam kelompok ini mengalami peningkatan kategori pengetahuan setelah diberi pendidikan kesehatan dengan metode *syndicate group*. Anomali pada K-B yaitu terdapat peningkatan kategori pengetahuan (responden B19, B20) dimana responden dalam kelompok ini tidak memperoleh intervensi metode *syndicate group*.

Peneliti berpendapat anomali penurunan kategori pengetahuan pada responden A19 kemungkinan dapat disebabkan karena responden berada pada masa disequilibrasi. Bila dilakukan penggalian data lebih lanjut (lampiran 13), responden saat ini sedang berusia 14 tahun. Pada usia tersebut merupakan masa usia yang rentan terjadinya konflik kognitif (*disequilibrium*) dimana remaja sedang mengalami peralihan tahap pemikiran. Akibatnya dapat terjadi kacau pemrosesan informasi yang akhirnya berdampak pada hasil nilai pengetahuan.

Anomali stagnasi nilai sekaligus kategori pada kelima responden (A01, A03, A04, A08, A14) dapat terjadi karena mungkin muncul masalah dalam pembentukan kelompok seperti pada tabel 2.2 dan tabel 2.3. Pada pelaksanaan penelitian ini fasilitator telah berusaha meminimalkan kekurangan metode *syndicate group* seperti membentuk kelompok homogen dan meminta kelompok untuk membagi peran untuk setiap anggotanya. Kehomogenan dalam kelompok yaitu diusahakan setiap kelompok berjumlah siswa kelas 1 dan kelas 2 dengan jumlah yang sama. Pembagian peran tersebut seperti *timekeeper*, *scribe*, *summarizer*, dan *reporter*. Meskipun fasilitator telah meminimalkan kekurangan dari metode *syndicate group* namun tampaknya keberadaan satu fasilitator belum

bisa mencakup dan mengatasi kemungkinan masalah-masalah lain yang dapat muncul dalam setiap kelompok. Akibatnya hal tersebut belum mampu mengatasi masalah ketidakaktifan beberapa siswa dan akhirnya berdampak pada hasil *posttest* nilai dan kategori yang stagnan atau tetap seperti saat *pretest*.

Adanya anomali pada peningkatan kategori pengetahuan (responden B19 B20), peneliti berpendapat bahwa anomali ini dapat disebabkan oleh beberapa hal di luar kuasa peneliti. Responden bisa jadi telah memperoleh informasi dari sumber informasi ataupun media lain yang dijangkau oleh responden seperti narasumber yang terpercaya, media cetak ataupun elektronik.

Berdasarkan uraian di atas, peneliti menyimpulkan bahwa pendidikan kesehatan dengan metode *syndicate group* terhadap pencegahan ISPA di pondok pesantren merupakan metode penyampaian informasi yang tepat dalam meningkatkan pengetahuan remaja. Hal tersebut karena adanya diskusi yang intensif dan bertahap dimana para siswa telah dibekali materi secara umum sebelumnya. Penelitian ini memperkuat penelitian-penelitian terdahulu yang telah membuktikan bahwa dengan metode *syndicate group* dapat meningkatkan pemahaman terhadap materi pembelajaran, maupun minat, keaktifan, dan kerjasama dalam proses pembelajaran (Murwatiningsih [2008] dalam Hinduan & Susetiyono [2010]) serta meningkatkan hasil belajar dan motivasi belajar (Hinduan & Susetiyono, 2010).

Melalui penelitian ini juga diketahui bahwa metode *syndicate group* mampu mempengaruhi tingkat pengetahuan pada tahap "memahami" namun belum bisa menjelaskan apakah mampu mempengaruhi di atas tahap "memahami". Pengembangan instrumen lebih lanjut bisa dilakukan agar dapat

mengukur apakah metode *syndicate group* ini mampu mempengaruhi tingkat pengetahuan di atas tahap “memahami”.

Anomali-anomali hasil analisis *pretest-posttest* pengetahuan dapat muncul karena beberapa faktor yang mungkin juga merupakan keterbatasan lain dalam penelitian ini. Faktor-faktor tersebut seperti: umur yang berhubungan dengan perkembangan kognitif; masalah dalam pembentukan kelompok yang tidak terjangkau oleh fasilitator/peneliti; dan adanya sumber informasi selain fasilitator. Peneliti selanjutnya bisa mempertimbangkan rentan umur responden yang akan diteliti sehingga adanya anomali yang muncul akibat faktor umur bisa dihindari. Adanya fasilitator untuk setiap kelompok diskusi kecil (sindikat) juga bisa dijadikan pertimbangan sehingga memaksimalkan fungsi kelompok dan meningkatkan peran setiap anggotanya.

5.2.2 Analisis pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *syndicate group* terhadap sikap santriwati tentang pencegahan ISPA di pondok pesantren

Berdasarkan tabel 5.5 hasil uji *Wilcoxon* pada *pretest-posttest* sikap responden kelompok perlakuan (K-A) menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan sikap yang bermakna antara sebelum dan sesudah pemberian intervensi. Intervensi berupa pendidikan kesehatan dengan metode *syndicate group* mengenai pencegahan ISPA di pondok pesantren. Kondisi ini dapat dilihat melalui hasil *pretest* sikap K-A yang menunjukkan distribusi seimbang antara mereka yang masuk dalam kategori positif dan kategori negatif.

Hasil *posttest* K-A menunjukkan telah terjadi peningkatan hampir pada seluruh aspek sikap meskipun tidak signifikan. Beberapa aspek sikap tersebut berupa pernyataan-pernyataan mengenai: pencegahan agar tidak terkena ISPA; penatalaksanaan ISPA; dan pencegahan penularan ISPA.

Pernyataan dengan tanggapan sikap paling positif pada hasil *pretest* ada pada pernyataan mengenai pencegahan agar tidak terkena ISPA yaitu pada pernyataan, "Kebersihan diri juga perlu diperhatikan untuk terhindar dari penyakit ISPA", diperoleh nilai 76 dengan nilai maksimal 80. Sedangkan pada hasil *posttest* pernyataan dengan tanggapan sikap paling positif ada pada pernyataan mengenai pencegahan penularan ISPA yaitu pada pernyataan, "Mencuci tangan setelah batuk, bersin, membuang ingus, serta sebelum makan penting dilakukan", diperoleh nilai 77 dengan nilai maksimal 80.

Pernyataan dengan tanggapan paling negatif baik pada *pretest* maupun *posttest* ada pada pernyataan yang sama yaitu mengenai pencegahan penularan ISPA dengan pernyataan, "Mencuci pakaian yang terkontaminasi percikan ludah sendiri ketika sakit ISPA atau ludah teman yang sakit ISPA tidak menunggu setelah bak pakaian kotor penuh atau menunggu hingga jadwal mencuci", diperoleh nilai 48 pada *pretest* dan 58 pada *posttest* dengan nilai maksimal 80.

Hasil tabulasi data kuesioner sikap pada K-A menunjukkan bahwa pada *posttest* telah terjadi peningkatan mean skor sikap dan sebanyak 55% mengalami peningkatan nilai T sikap (lampiran 12). Ditemukan peningkatan jumlah responden dengan peningkatan kategori dari negatif ke positif selama *pretest* ke *posttest* yaitu sebanyak 15% responden (A03, A13, A18) dari K-A. Sebanyak 75% responden tidak mengalami perubahan kategori dari kondisi *pretest* ke

posttest. Didapatkan pula penurunan kategori dari kategori positif menjadi kategori negatif sebanyak 10% responden (A11, A19) sehingga tampak pula penurunan nilai T sikapnya.

Tidak jauh berbeda dengan K-A, berdasarkan tabel 5.5 hasil uji *Wilcoxon* pada *pretest-posttest* sikap responden kelompok kontrol (K-B) menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna pada hasil *pretest* dan *posttest* dimana responden di kelompok ini tidak memperoleh pendidikan kesehatan dengan metode *syndicate group* dalam pencegahan ISPA di pondok pesantren. Hal ini ditunjukkan melalui hasil *pretest* sikap responden pada K-B yang juga memiliki jumlah seimbang antara mereka yang masuk dalam kategori positif dan kategori negatif sebagaimana K-A, namun hasil *posttest* sikap K-B cenderung lebih banyak berada pada kategori negatif (lampiran 12).

Hasil *posttest* sikap K-B tampak cenderung mengalami penurunan bila dibandingkan dengan hasil *pretest*. Pernyataan mengenai penatalaksanaan ISPA yaitu pernyataan, "Bila mengalami ISPA dengan demam tinggi, telinga sakit atau nyeri dada hebat, saya akan meminta bantuan teman atau pengurus pondok untuk menemui petugas kesehatan ke klinik/puskesmas/rumah sakit terdekat", merupakan pernyataan dengan tanggapan sikap paling positif pada *pretest* maupun *posttest* dengan nilai 76 saat *pretest* dan nilai 72 saat *posttest* dari nilai maksimal 80. Saat *posttest* pernyataan dengan tanggapan sikap paling positif juga ada pada pernyataan mengenai pencegahan agar tidak terkena ISPA yaitu pernyataan, "Kebersihan diri juga perlu diperhatikan untuk terhindar dari penyakit ISPA", dengan nilai 72 dari nilai maksimal 80.

Sebagaimana pada K-A, pernyataan dengan tanggapan sikap paling negatif baik saat *pretest* maupun *posttest* pada K-B ada pada pernyataan mengenai pencegahan penularan ISPA dengan pernyataan, "Mencuci pakaian yang terkontaminasi percikan ludah sendiri ketika sakit ISPA atau ludah teman yang sakit ISPA tidak menunggu setelah bak pakaian kotor penuh atau menunggu hingga jadwal mencuci", diperoleh nilai 40 saat *pretest* dan 41 saat *posttest* dengan nilai maksimal 80. Secara keseluruhan justru hasil *posttest* K-B cenderung mengalami penurunan nilai (lampiran 10).

Hasil tabulasi data kuesioner sikap pada K-B menunjukkan responden dengan kategori negatif pada saat *posttest* cenderung meningkat, lebih banyak dibanding saat *pretest* (tabel 5.5). Pada *posttest* K-B telah terjadi penurunan mean skor sikap dan sebanyak 60% mengalami penurunan nilai T sikap (lampiran 12). Ditemukan penurunan jumlah responden dengan penurunan kategori dari positif ke negatif selama *pretest* ke *posttest* yaitu sebanyak 20% responden (B02, B03, B10, B12) . Sebanyak 70% responden tidak mengalami perubahan kategori dari kondisi *pretest* ke *posttest*. Sisanya yaitu sebanyak 10% responden (B05, B07) mengalami peningkatan kategori dari negatif ke positif.

Analisis lebih lanjut pada tabel 5.5, hasil uji *Mann Whitney* menunjukkan tidak ada perbedaan bermakna antara hasil *posttest* sikap K-A dan K-B. Hasil analisis *Mann Whitney* pada *posttest* sikap K-A dan K-B diperoleh nilai $p=0,348$ sehingga $p>0,05$. Melalui hasil analisis tersebut dapat diartikan bahwa H2 ditolak dan H0 diterima yaitu tidak ada pengaruh penerapan pendidikan kesehatan dengan metode *syndicate group* terhadap sikap remaja santriwati dalam pencegahan penyakit ISPA di pondok pesantren Lembaga Pendidikan Amanatul Ummah,

Pacet, Mojokerto. Hubungan ini menunjukkan bahwa intervensi yang diberikan peneliti belum efektif terhadap peningkatan sikap remaja santriwati terhadap pencegahan ISPA di pondok pesantren.

Menurut Notoadmodjo (2003), sikap merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap adalah pandangan-pandangan atau perasaan yang disertai kecenderungan untuk bertindak sesuai sikap objek tadi (Purwanto, 1998). Menurut Azwar (2009) bahwa persuasi dapat diperkaya dengan pesan-pesan yang membangkitkan emosi kuat, khususnya emosi takut dalam diri seseorang. Terutama ketika pesannya berisi rekomendasi mengenai perubahan sikap dapat mencegah konsekuensi negatif dari sikap yang hendak diubah, cara ini efektif bila sikap atau perilaku yang hendak diubah ada kaitannya dengan aspek kesehatan.

Pada pelaksanaan penelitian ini, peneliti memberi materi pengantar yang bertujuan untuk membangkitkan emosi kuat yang masih sejalan dengan materi pendidikan kesehatan yang diberikan. Materi pengantar ini diberikan sebelum diberikannya materi utama. Materi ini berisi pesan-pesan persuasif yang sekiranya dapat menjadi pengantar dan memudahkan santriwati menerima materi utama.

Menurut Azwar (2005) dalam Rasyid & Mansur (2009), sikap merupakan konstelasi komponen-komponen kognitif, afektif, dan konatif yang saling berinteraksi dalam memahami, merasakan, dan berperilaku terhadap suatu objek. Rasyid & Mansur (2009) menyimpulkan bahwa untuk mengetahui sikap seseorang terhadap suatu objek, maka perlu dilihat dari tiga komponen yaitu: kognitif, afektif, dan konatif.

Komponen kognitif merupakan bagian sikap yang timbul berdasarkan pengetahuan atau pemahaman terhadap objek sikap. Komponen afektif merupakan bagian dari sikap yang timbul berdasarkan apa yang dirasakan seseorang terhadap objek sikap. Berdasarkan komponen-komponen kognitif dan afektif, nampak adanya kecenderungan untuk bertindak (konatif) sebagai reaksi terhadap objek sikap.

Peneliti berusaha menyentuh ketiga komponen sikap selama pelaksanaan penelitian baik komponen kognitif, afektif, maupun konatif. Komponen kognitif banyak disentuh pada tahap pemberian materi utama yaitu mengenai pencegahan ISPA yang kemudian dilanjutkan dengan diskusi intensif bertahap. Komponen afektif disentuh terutama pada materi pengantar dan juga tersirat dalam materi utama. Komponen konatif sendiri merupakan kecenderungan individu untuk melakukan sesuatu yang dipengaruhi afeksi dan kognisinya. Komponen konasi ini cukup banyak diasah selama proses diskusi kelompok dimana pada proses tersebut responden diminta untuk memberikan solusi dalam menghadapi ISPA sesuai dengan keadaan mereka di pondok pesantren.

Faktor yang mempengaruhi sikap seseorang antara lain (Azwar, 2009): 1) pengalaman pribadi; 2) pengaruh orang lain yang dianggap penting; 3) kebudayaan; 4) media masa; 5) faktor emosional; 6) lembaga pendidikan atau lembaga agama; 7) tingkat pendidikan (Widyastuti, 2005).

Pengalaman pribadi merupakan pengalaman yang telah dialami tiap individu yang membentuk dan mempengaruhi penghayatan individu terhadap stimulasi untuk dapat mempunyai tanggapan dan penghayatan, seseorang harus mempunyai pengalaman yang berkaitan dengan objek psikologi. Maksud dari

pengaruh orang lain yang dianggap penting yaitu individu cenderung memiliki sikap yang kompromis atau searah dengan sikap orang yang dianggap penting. Kebudayaan yaitu dimana seseorang hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap seseorang. Media masa merupakan sarana komunikasi, berbagai bentuk media massa seperti internet, televisi, radio, surat kabar, majalah dan lain-lain mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan opini dan kepercayaan seseorang. Faktor emosional sendiri yaitu suatu bentuk sikap terkadang merupakan pernyataan yang disadari oleh emosi yang berfungsi sebagai semacam penyalur frustrasi atau bentuk pengalihan mekanisme ego.

Pengetahuan merupakan domain yang penting untuk pembentukan sikap (Widyastuti, 2005) namun sebagaimana yang kita ketahui bahwa pengetahuan bukan satu-satunya faktor yang mempengaruhi sikap. Oleh karena itu, peneliti berpendapat bahwa terdapat faktor-faktor lain yang berperan terhadap perolehan hasil analisis *pretest-posttest* sikap yang tidak signifikan meskipun hasil analisis *pretest-posttest* pengetahuan diperoleh hasil yang cukup signifikan setelah diberi pendidikan kesehatan dengan metode *syndicate group* tentang pencegahan ISPA di pondok pesantren pada K-A. Peneliti berpendapat bahwa ada beberapa kemungkinan yang menyebabkan sikap responden pada K-A tidak mengalami perubahan yang signifikan dari hasil *pretest* dan *posttest* mereka, antara lain: faktor santriwati sebagai responden; faktor peneliti sebagai fasilitator; dan proses maupun kelemahan penerapan metode *syndicate group*.

Faktor santriwati sebagai responden yang dapat mempengaruhi menurut analisis peneliti yaitu pengalaman pribadi, pengaruh orang lain yang dianggap penting, kebudayaan, serta pengaruh emosional. Pengalaman pribadi yang pernah

dialami membentuk dan mempengaruhi penghayatan terhadap stimulus. Pengaruh orang lain yang dianggap lebih penting, bisa berupa guru, orang tua, dan lain sebagainya. Pengaruh kebudayaan/kebiasaan yang ada di pondok pesantren maupun kebudayaan yang telah dibawa dari daerah asal mereka. Serta terakhir berupa faktor emosional responden saat proses pengambilan data.

Faktor fasilitator bisa berupa kemampuan komunikasi dan kemampuan mengatasi masalah-masalah yang timbul dalam pembentukan kelompok. Kemampuan komunikasi fasilitator di sini khususnya cara penyampaian informasi dari fasilitator. Kemampuan fasilitator dalam mengatasi masalah-masalah yang timbul dalam pembentukan kelompok maksudnya yaitu sejauh mana satu fasilitator, yakni peneliti, dalam menangani kelompok-kelompok kecil. Meskipun fasilitator telah berusaha meminimalkan kekurangan metode ini, banyak kemungkinan masalah yang timbul dalam pembentukan kelompok sebagaimana pada tabel 2.2 dan 2.3. Tampaknya satu fasilitator dirasa belum dapat memantau secara detail masalah di setiap kelompok.

Ditinjau dari proses maupun kelemahan penerapan metode *syndicate group*, menurut peneliti terdapat beberapa faktor. Faktor-faktor tersebut diantaranya yaitu: porsi waktu pelaksanaan dan banyaknya materi yang perlu disampaikan; suasana saat proses pembelajaran berlangsung; dan kelompok kecil (sindikatis) sebagai tim mandiri.

Porsi waktu pelaksanaan dan banyaknya materi yang ingin disampaikan merupakan faktor yang cukup berperan. Pelaksanaan metode ini ditekankan bagaimana responden mengatasi masalah mereka sendiri dalam hal pencegahan ISPA di pondok pesantren yang sesuai dengan kondisi mereka. Oleh karenanya

faktor proporsional waktu pelaksanaan dengan banyaknya materi dalam penerapan *syndicate group* pada penelitian ini dikesampingkan.

Berkaitan dengan suasana saat proses pelaksanaan, setiap responden memiliki kemampuan kognitif yang berbeda. Mereka memiliki kemampuan berbeda dalam mencerna materi-materi kesehatan yang jarang diperoleh oleh santriwati, kemampuan penerimaan dari santriwati untuk memproses informasi yang dipengaruhi perasaan atau *mood*, serta kegaduhan dari santriwati selama proses pembelajaran dengan metode *syndicate group* berlangsung yang dapat mengurangi perhatian dalam menyerap informasi mengenai penyakit ISPA.

Kelompok kecil (sindikat) sebagai tim mandiri yang dimaksud yaitu tanpa didampingi fasilitator. Bagi sebagian besar responden informasi kesehatan yang disampaikan masih asing di antara mereka sehingga mungkin bagi mereka tidak mudah untuk mencerna informasi yang disampaikan, seperti istilah-istilah baru. Mereka sebagai tim mandiri bisa jadi mengembangkan materi dan mengalami kesalahpahaman di tengah diskusi kecil yang kemudian tidak ada pembenaran dari fasilitator langsung. Selain itu sumber informasi mereka hanya terbatas dari materi fasilitator di awal dan pengalaman mereka pribadi. Akses internet cukup dibatasi dan koleksi perpustakaan mereka pun juga masih terbatas.

Pelaksanaan penelitian ini mengambil beberapa data demografi responden yang terdiri dari usia, daerah asal, dan lama tinggal di pondok pesantren. Melalui analisis lebih lanjut ditemukan adanya pengaruh umur responden terhadap hasil *pretest-posttest* pengetahuan yang juga berpengaruh terhadap hasil *pretest-posttest* sikap. Penjelasan lebih lanjut dapat ditemui pada pembahasan anomali hasil *pretest-posttest* sikap. Berdasarkan daerah asal tidak ditemukan hasil yang

mencolok terhadap hasil *pretest-posttest* sikap. Hasil analisis berdasarkan lama tinggal di pondok pesantren juga tidak ditemukan hasil yang mencolok terhadap hasil *pretest-posttest* sikap. Pada penelitian ini lama tinggal di pondok pesantren hanya terbatas berapa lama responden tinggal di pondok pesantren mereka tinggal saat ini. Tidak termasuk apakah mereka pernah tinggal di pondok sebelumnya dan berapa lama tinggal di pondok pesantren tersebut.

Anomali hasil *pretest-posttest* juga ditemui pada kategori sikap, baik pada kelompok perlakuan (K-A) maupun pada kelompok kontrol (K-B). Anomali tersebut yaitu adanya penurunan nilai T sikap sekaligus penurunan kategori sikap pada K-A (responden A11, A19) dimana rata-rata responden lain tetap berada pada kategori yang sama atau mengalami peningkatan kategori setelah diberi pendidikan kesehatan dengan metode *syndicate group*. Sedangkan pada K-B anomali yang tampak yaitu peningkatan kategori sikap (responden B05, B07) dimana mereka tidak memperoleh intervensi metode *syndicate group*.

Peneliti berpendapat anomali penurunan kategori sikap pada responden A11 dan A19 berhubungan dengan perkembangan kognitif responden. Sebagaimana yang kita ketahui bahwa perkembangan kognitif masih berhubungan dengan pengetahuan yang merupakan domain penting dalam pembentukan sikap. Kemungkinan mereka sedang berada pada mekanisme konflik kognitif (*disequilibrium*) dimana remaja sedang mengalami peralihan tahap pemikiran. Adanya disekuilibrasi ini memungkinkan terjadinya kacau pemrosesan informasi sehingga berpengaruh pada kognitifnya. Dimana kognitif sendiri juga merupakan komponen sikap yang saling mempengaruhi komponen sikap lainnya seperti komponen afektif dan konatif.

Sedangkan anomali pada peningkatan kategori sikap pada responden B05 dan B07, peneliti berpendapat bahwa anomali ini lumrah terjadi. Selain itu hasil *posttest* secara keseluruhan menunjukkan penurunan mean skor sikap sehingga terjadi pula penurunan nilai mean T yang mempengaruhi akan penilaian kateori. Menurut peneliti hal ini lumrah karena mereka tidak memperoleh informasi yang adekuat mengenai pencegahan ISPA di pondok pesantren sehingga berpengaruh terhadap pengambilan sikap mereka disamping adanya faktor-faktor lain yang mempengaruhi sikap.

Fenomena lain yang tampak menonjol yaitu terdapat satu pernyataan kuesioner sikap yang selalu memiliki nilai terendah saat *pretest* maupun *posttest* baik pada K-A maupun K-B. Pernyataan tersebut yaitu pada pernyataan mengenai pencegahan penularan ISPA dengan pernyataan, "Mencuci pakaian yang terkontaminasi percikan ludah sendiri ketika sakit ISPA atau ludah teman yang sakit ISPA tidak menunggu setelah bak pakaian kotor penuh atau menunggu hingga jadwal mencuci". Instrumen dalam penelitian ini belum dilakukan proses uji validitas dan reliabilitas sehingga fenomena semacam ini muncul dan menjadi keterbatasan dalam penelitian ini.

Berdasarkan uraian di atas peneliti menyimpulkan pendidikan kesehatan pencegahan ISPA di pondok pesantren dengan metode *syndicate group* belum mampu mempengaruhi sikap remaja santriwati. Terdapat faktor-faktor lain yang mempengaruhi sikap di samping faktor pengetahuan. Pada pelaksanaan penelitian ini faktor-faktor tersebut antara lain: faktor santriwati sebagai responden; faktor peneliti sebagai fasilitator; dan proses maupun kelemahan penerapan metode *syndicate group*. Selain itu juga terdapat keterbatasan penelitian yang juga turut

berpengaruh, seperti: instrumen yang digunakan belum dilakukan uji validitas dan reliabilitas; dan pertimbangan umur yang berpengaruh terhadap kognitif responden.

Setelah melalui proses penelitian ini, peneliti berpendapat bahwa keberadaan fasilitator diperlukan pada setiap kelompok diskusi kecil (sindikat), khususnya jika metode *syndicate group* ini dilakukan di pondok pesantren. Beberapa alasan perlunya fasilitator antara lain: informasi kesehatan yang diterima siswa merupakan informasi baru mereka; fasilitator dapat memastikan apakah materi yang dikembangkan siswa sesuai dengan seharusnya atau tidak dan apakah mengandung kekeliruan atau tidak; fasilitator dapat memaksimalkan fungsi dari kelompok; dan fasilitator bisa meminimalkan masalah-masalah yang dapat timbul dalam pembentukan kelompok.

Meskipun tidak terjadi peningkatan sikap yang signifikan pada responden yang diberi intervensi (K-A), responden pada K-A mampu memberikan solusi yang sesuai dengan keadaan mereka. Beberapa solusi tersebut tidak tercantum pada materi yang dibawakan oleh peneliti, dengan kata lain mereka berpotensi mampu merubah perilaku mereka karena solusi tersebut berasal dari mereka sendiri. Artinya, perlu ada *follow up* agar potensi positif yang dimiliki oleh responden tidak hilang begitu saja setelah usai pemberian pendidikan kesehatan dengan metode *syndicate group* melainkan semakin terbentuk sikap yang positif dan berbuah pada perilaku yang positif pula. Hal ini sejalan dengan pendapat Kusumandani (2013) yang berpendapat bahwa pembentukan sikap tidak terjadi demikian saja melainkan melalui suatu proses kontak secara terus menerus antara individu dengan individu lain disekitarnya.

Menurut peneliti pendidikan kesehatan dengan metode *syndicate group* masih berpotensi sebagai salah satu strategi pendidikan kesehatan yang mampu merubah sikap menjadi lebih baik dengan melakukan perbaikan-perbaikan dalam pelaksanaannya. Dengan dukungan dari faktor pembentukan perilaku lain seperti *reinforcing factors* dan *enabling factors* serta faktor lingkungan yang kondusif dan fasilitas yang mendukung, kemungkinan perubahan perilaku dan gaya hidup dapat menjadi lebih positif. Sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup di pondok pesantren, khususnya yaitu dengan dapat ditekannya kejadian ISPA.

BAB 6
KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan diuraikan mengenai kesimpulan dan saran dari hasil penelitian pengaruh penerapan pendidikan kesehatan dengan metode *syndicate group* terhadap perubahan pengetahuan dan sikap pencegahan ISPA pada remaja putri (santriwati) di pondok pesantren naungan Yayasan Lembaga Pendidikan Amanatul Ummah (LPAU), Pacet, Mojokerto.

6.1 Simpulan

1. Pendidikan kesehatan dengan metode *syndicate group* berpengaruh terhadap pengetahuan remaja santriwati dalam pencegahan ISPA di LPAU, Mojokerto.
2. Pendidikan kesehatan dengan metode *syndicate group* tidak berpengaruh terhadap sikap remaja santriwati dalam pencegahan ISPA di LPAU, Mojokerto.

6.2 Saran

1. Bagi Responden (remaja santriwati)
 - 1) Memanfaatkan sumber informasi terkait ISPA seperti guru, petugas kesehatan, orang tua, seminar kesehatan, maupun website yang terpercaya.
 - 2) Tetap berupaya mencegah dan mengatasi ISPA serta mencegah penularan ISPA dengan memaksimalkan peran individu maupun kelompok dalam penggunaan sarana prasarana yang disediakan sehingga menekan terjadinya ISPA di lingkungan pondok pesantren.

2. Bagi yayasan pondok pesantren

- 1) Mengadakan kerjasama dengan puskesmas untuk menyelenggarakan seminar kesehatan tentang pencegahan penyakit menular yang sering terjadi di pondok pesantren, salah satunya ISPA, secara rutin dan berkala.
- 2) Mendirikan POSKESTREN (Pos Kesehatan Pesantren) dan melatih remaja sebagai kader-kader kesehatan yang mampu menjadi *peer group support* dan nantinya mampu menjadi fasilitator pendidikan kesehatan pencegahan ISPA yang berkelanjutan.

3. Bagi petugas kesehatan

Mengadakan kunjungan secara berkala ke remaja khususnya yang beresiko tinggi ISPA seperti pondok pesantren untuk memberikan penyuluhan dengan metode yang kreatif. Pihak Puskesmas dapat membangun hubungan kerja sama yang lebih intensif dengan pihak pondok pesantren khususnya upaya preventif ISPA pada remaja yang menetap di pesantren.

4. Peneliti selanjutnya

- 1) Melakukan uji validitas dan reliabilitas pada instrumen.
- 2) Mempertimbangkan usia responden dimana berpengaruh pada perkembangan kognitifnya.
- 3) Pengembangan instrumen pengetahuan dapat dilakukan untuk mengetahui seberapa jauh metode *syndicate group* dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan.
- 4) Memperbaiki dan meminimalkan kekurangan-kekurangan pelaksanaan metode *syndicate group* seperti: penggunaan fasilitator untuk setiap

kelompok kecil (sindikat) dapat dipertimbangkan, pelaksanaan dapat dilakukan menjadi dua kali pertemuan bila materi cukup banyak.

- 5) Dapat dilakukan penelitian lebih lanjut berapa kali metode *syndicate group* perlu dilakukan hingga mampu mempengaruhi sikap.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S 2006, *Manajemen Penelitian*, Rineka Cipta, Jakarta
- Asih, NGY & Effendy, C 2004, *Keperawatan Medikal Bedah: Klien dengan Gangguan Sistem Pernapasan*, EGC, Jakarta.
- Astuti, MS 2003, *Hukum Pidana Anak dan Perlindungan Anak*, Penerbit UM Press, Malang.
- Azwar, S 2009, *Sikap manusia: Teori dan Pengukurannya*, Pustaka Pelajar, Yogyakarta.
- BKkbN 2009, *Buku Penyuluhan Bina Keluarga Remaja (BKR): Pegangan Kader Tentang Pembinaan Anak Remaja*, Direktorat Pengembangan Ketahanan Keluarga, Jakarta.
- Badri, M 2007, *Hygiene Perseorangan Santri Pondok Pesantren Wali Songo Ngabrar Ponorogo*, Media Litbang Kesehatan, vol. XVII, no.2, hal. 20-27.
- Cahyaningrum, PF 2012, *Hubungan Kondisi Faktor Lingkungan dan Angka Kejadian Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) pada Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Cangkringan Kabupaten Sleman Daerah Istimewa Yogyakarta Pasca Erupsi Gunung Merapi Tahun 2010*, skripsi Sarjana, Universitas Negeri Yogyakarta, Yogyakarta.
- Chairana, I 2002, *Tesis Pengaruh Metode Penyuluhan Diskusi Kelompok dan Demonstrasi Sikat Gigi Oleh Tim UKGS*.
- Corwin, EJ 2009, *Buku Saku Patofisiologi*, EGC, Jakarta.
- Deniati, I 2012, *Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu dan Sanitasi Rumah Terhadap Kejadian Infeksi Saluran Pernapasan Akut pada Balita di Puskesmas Depok Jaya*, Skripsi Sarjana, Universitas Pembangunan Nasional "Veteran", Jakarta.
- Depkes RI 2007, *Pedoman Penyelenggaraan dan Pembinaan Pos Kesehatan Pesantren*, Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat, Jakarta.
- Depkes RI 2008, *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2007*, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, diakses 14 Desember 2013 <<http://www.k4health.org/sites/default/files/laporanNasional%20Risksdas%202007.pdf>>.
- Depkes RI 2009, *Pedoman Pengendalian Penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut*, Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Jakarta.

- Depkes RI 2013, *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013*, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Jakarta, diakses 11 April 2014 <<http://depkes.go.id/downloads/riskesdas2013/Hasil%20Riskesdas%202013.pdf>>.
- Dhofier, Z 1985, *Tradisi Pesantren: Studi Tentang Pandangan Hidup Kyai*, LP3ES, Jakarta.
- Dinkes Jawa Timur 2010, *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2010*, diakses 8 Desember 2013 <http://dinkes.jatimprov.go.id/userfile/dokumen/1321926974_Profil_Kesehatan_Provinsi_Jawa_Timur_2010.pdf>
- Gibbs, G Habeshaw, T 1992, *Preparing to Teach*, diakses 14 April 2014 <<http://www.keele.org.uk/docs/preparingtoteach.pdf>>.
- Green, LW Ottoson, JM 2006, 'A Framework for Planning and Evaluation: PRECEDE-PROCEED Evolution and Application of the Model', Montreal, Quebec, 25 Oktober 2006.
- Halim, F 2012, *Hubungan Faktor Lingkungan Fisik dengan Kejadian Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) pada Pekerja di Industri Mebel Dukuh Tukrejo, Desa Bondo, Kecamatan Bangsri, Kabupaten Jepara, Propinsi Jawa Tengah 2012*, skripsi Sarjana, Universitas Indonesia, Depok.
- Has, EMM 2013, *Metode dan Media Promosi Kesehatan*, tulisan dipresentasikan pada kuliah Keperawatan Komunitas IV, Surabaya, November 2013.
- Hasyim, HF 1998, *Visi Pondok Pesantren Dalam Pengembangan SDM: Studi Kasus di Pondok Pesantren Mahasiswa Al-Hikam*, Program Pasca Sarjana, Tesis, UMM.
- Hinduan, AA & Susetiyono 2010, *Penerapan Model Syndicate Group untuk Meningkatkan Motivasi dan Hasil Belajar Zat dan Wujudnya untuk Kelas VII SMP*, Berkala Fisika Indonesia, vol.2, no.2, hal.39-53.
- Kartasasmita, CB 2010, *Pneumonia Pembunuh Balita*, *Buletin Jendela Epidemiologi*, vol.3 Sep 2010, hal.22-26.
- Kyncl, J Paget, WJ & Havlickova, M 2005, *Harmonization of the Acute Respiratory Infection Reporting System in the Czech Republic with European Community Networks*. *Eurosurveillance*, Vol. 10, Issue 3, 01 March 2005.
- Lestari, ED 2012, *Perbedaan Praktek dalam Upaya Pencegahan Terkena ISPA Pada Santri Putra dan Putri Di Pondok Pesantren Modern Bina Insani Susukan Kabupaten Semarang*, skripsi Sarjana, Universitas Muhammadiyah Semarang, Semarang.
- Maulana, HDJ 2009, *Promosi Kesehatan*, EGC, Jakarta.

- Notoatmodjo, S 1997, *Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip-Prinsip Dasar*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Notoatmodjo, S 2010, *Ilmu Perilaku Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Nursalam 2013, *Metodologi Riset Keperawatan*, edisi 3, Salemba Medika, Jakarta.
- Papalia, Diane E & Olds 2007, *Human Development*, 10th edition. New York: McGraw Hill companies.
- Purwanto, H 1998, *Pengantar Perilaku Manusia untuk Keperawatan*, EGC, Jakarta.
- Rasyid, H & Mansur 2009, *Penilaian Hasil Belajar*, CV Wacana Prima, Bandung.
- Rianto, M (ed.) 2006, *Pendekatan, Strategi, dan Metode Pembelajaran*, Depdiknas Dirjen Peningkatam Mutu Pendidikan dan Tenaga Kependidikan, Malang.
- Rosyidah, Z 2012, *Ayat AlQuran Kaitannya dengan K3*, diakses 13 Maret 2014 <http://ziarasyid-fkm11.web.unair.ac.id/artikel_detail-67303-Umum-Ayat%20AlQur'an%20kaitannya%20dengan%20K3.html>.
- Santrock, John W 2003, *Adolescence Perkembangan Remaja*, edisi 6, Jakarta: Erlangga.
- Sari, IP 2008, *Pemidanaan Terhadap Penyalahgunaan Narkotika di Kalangan Remaja dan Upaya Penanggulangan oleh Polri*, Skripsi Sarjana, Universitas Brawijaya, Malang.
- Setyaji, AM 2012, *Dental Santri School Program (Dentspro) sebagai Pembelajaran Terintegrasi Kesehatan Gigi dan Mulut di Pondok Pesantren*, Skripsi Sarjana, Universitas Airlangga Surabaya.
- Universitas Islam Negeri Alaudin, *Konsep Sehat dan Sakit*, diakses 13 Maret 2014 <<http://uin-alauddin.ac.id/artikel-79-konsep-sehat-dan-sakit.html>>.
- WHO 2007, *Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) yang Cenderung Menjadi Epidemic dan Pandemic: Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Kesehatan. Pedoman Ringkas 2007*, Jenewz, diakses 11 Desember 2013 <http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_EPR_2007_8BahasaI.pdf>
- World Lung Foundation 2010, *Four Million Deaths Each Year Caused by Acute Respiratory Infections – New Atlas Details Pandemic*, diakses 13 April 2014 <<http://www.worldlungfoundation.org/ht/redisplay/1/printerfriendly/1/>>

LAMPIRAN

Lampiran

Lampiran 1

LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Saya Dian Naelatul Karimah, mahasiswa keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya. Saya akan melakukan penelitian dengan judul: "Pendidikan Kesehatan dengan Metode *Syndicate Group* terhadap Pencegahan ISPA pada Remaja Putri di Pondok Pesantren".

Penelitian ini bertujuan untuk mengumpulkan data tentang pengaruh metode *Syndicate Group* untuk pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan dan sikap remaja dalam pencegahan ISPA. Hasil penelitian ini dapat memberikan gambaran tentang cara pencegahan penyakit ISPA di lingkungan pesantren.

Sebagai bukti kesediaan menjadi responden dalam penelitian ini saya mohon kesediaan Saudara untuk menandatangani surat persetujuan yang telah saya sediakan. Partisipasi Saudara dalam mengisi kuesioner ini sangat saya hargai dan sebelumnya saya mengucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Surabaya, 2014

Hormat saya

Dian Naelatul Karimah
NIM: 131011026

Lampiran 2

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Alamat :

No. HP :

Asal Pondok/Kelas :

Setelah mendapatkan penjelasan tentang penelitian yang berjudul "Pendidikan Kesehatan dengan Metode *Syndicate Group* Terhadap Pencegahan ISPA pada Remaja Putri di Pondok Pesantren" yang dilakukan oleh

Nama : Dian Naelatul Karimah

Alamat : Ds. Kaduara Barat, Kec. Larangan, Kab. Pamekasan

No. HP : 089 677 132

Asal Institusi : Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya

dalam menyelesaikan tugas akhir sebagai mahasiswa Program Sarjana Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, maka bersama ini saya menyatakan setuju untuk menjadi responden dalam penelitian ini.

Tanda tangan di bawah ini telah menunjukkan bahwa Saya telah diberi penjelasan dan menyatakan setuju atau bersedia menjadi responden.

Mojokerto, Juni 2014
Responden

.....

Saksi: 1.
2.

Nomor Responden :

Lampiran 3

LEMBAR KUESIONER**Pendidikan Kesehatan dengan Metode *Syndicate Group* terhadap Pencegahan ISPA pada Remaja Putri di Pondok Pesantren Lembaga Pendidikan Amanatul Ummah, Pacet, Mojokerto****Data Umum:**

Nomor Responden :
Usia : tahun bulan
Jenis Kelamin :
Kelas :
Nama Pesantren :
Lama tinggal di pesantren : tahun bulan

Kuesioner Pengetahuan

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat dan beri tanda silang (X). Setelah selesai, mohon diteliti ulang, agar jangan sampai ada pertanyaan yang terlewatkan untuk dijawab.

1. ISPA adalah....
 - a. Infeksi saluran pencernaan akut seperti sakit sariawan sehingga menyebabkan nafsu makan berkurang.
 - b. Infeksi akut yang menyerang salah satu atau lebih dari saluran napas.
 - c. Sakit pernapasan akut seperti sesak nafas akibat cuaca dingin.
 - d. Sakit pernapasan atas seperti batuk pilek karena alergi terhadap allergen tertentu.

2. Manakah penyebab ISPA paling tepat?
 - a. Terlalu banyak minum es atau makan gorengan.
 - b. Alergen seperti debu, bulu kucing, dan kapuk.
 - c. Virus, bakteri, jamur, riketsa, protozoa.
 - d. Cuaca dingin.

3. Faktor risiko penyebab terjadinya ISPA antara lain.....
 - a. Faktor lingkungan seperti tempat tinggal yang padat penghuni.
 - b. Faktor individu seperti usia (terlalu muda atau tua), kekebalan tubuh menurun.
 - c. Faktor perilaku seperti perilaku tidak sehat dan tidak bersih.
 - d. Benar semua.

4. Pernyataan di bawah ini benar tentang gejala ISPA, KECUALI...
 - a. Hidung tersumbat atau berair terus menerus merupakan gejala khas yang terjadi pada infeksi akut saluran napas atas.
 - b. Sakit tenggorokan & tidak nyaman saat menelan, bersin, batuk nyaring dan kering merupakan gejala yang dapat terjadi pada infeksi saluran napas atas.

- c. Batuk hingga 3 minggu masih termasuk kondisi yang wajar pada infeksi akut saluran napas atas.
 - d. Batuk disertai darah tidak termasuk infeksi akut saluran nafas bawah.
5. ISPA bagian atas normalnya sembuh dalam.....
- a. 1 sampai 7 hari
 - b. 1 sampai 14 hari
 - c. 1 sampai 21 hari
 - d. 1 sampai 30 hari
6. Ingus berwarna kuning, adanya dahak, nyeri pada telinga dan sinus (rongga-rongga di sekitar area hidung) merupakan gejala infeksi karena.....
- a. Bakteri
 - b. Virus
 - c. Alergen
 - d. Lainnya
7. Berikut yang tidak termasuk infeksi akut saluran napas bawah yaitu.....
- a. Bronchitis.
 - b. Pneumonia.
 - c. TBC (Tuberculosis).
 - d. Abses paru (paru bernanah).
8. Pernyataan di bawah ini BENAR tentang infeksi akut pada saluran napas bawah, KECUALI.....
- a. Infeksi akut saluran napas bawah tidak dapat terjadi akibat infeksi akut saluran napas atas.
 - b. Penanganan yang tidak tepat dapat menyebabkan penyakit saluran napas yang kronis.
 - c. Awal terjadinya dapat diakibatkan masuknya air ke dalam paru-paru karena tenggelam.
 - d. Tidak ada jawaban yang benar.

9. Berikut BUKAN pernyataan yang benar tentang ISPA yaitu.....
- ISPA dapat sembuh sendiri tanpa pengobatan khusus pada awal terserang penyakit.
 - ISPA dapat menjadi penyakit yang berbahaya.
 - ISPA tidak termasuk penyakit yang dapat menyebabkan kematian.
 - ISPA dapat menyerang setiap manusia di belahan bumi manapun.
10. ISPA menular melalui.....
- Udara, percikan ludah, benda terkontaminasi percikan ludah.
 - Udara saja.
 - Udara dan percikan ludah saja.
 - Percikan ludah dan benda terkontaminasi percikan ludah saja.
11. Faktor yang BUKAN mempermudah penularan ISPA adalah.....
- Lingkungan kurang ventilasi dan pencahayaan alami.
 - Banyaknya asap (asap rokok/asap api).
 - Lingkungan yang padat hunian.
 - Penderita ISPA yang ketika batuk/bersin menutup hidung dan mulutnya.
12. Yang perlu dilakukan ketika mengalami ISPA adalah, KECUALI.....
- Istirahat cukup.
 - Minum air putih yang banyak, 2-3 liter sehari.
 - Tidak harus selalu makan yang cukup, yang penting minum obat.
 - Mengonsumsi vitamin C dan tablet *zinc*.
13. Pernyataan yang benar di bawah ini yaitu.....
- Antibiotik harus dikonsumsi sampai habis.
 - Antibiotik diperuntukkan ISPA akibat bakteri.
 - Konsumsi antibiotik harus dihentikan jika gejala ISPA sudah hilang.
 - Jawaban a dan b benar.

14. Pernyataan yang BUKAN termasuk cara mencegah ISPA adalah.....
- Makan makanan sehat dengan gizi seimbang.
 - Sering mencuci tangan setiap akan makan dan tangan terlihat kotor saja.
 - Mengatur waktu agar bisa istirahat yang cukup.
 - Olahraga.
15. Pernyataan di bawah ini termasuk pencegahan penularan ke lingkungan sekitar ketika mengalami sakit ISPA, KECUALI.....
- Mencuci tangan setelah bersin, batuk, menggosok hidung, memegang benda terkena percikan ludah, dan mengeluarkan ingus.
 - Mencuci tangan dengan air saja sudah cukup, tidak harus menggunakan sabun atau alkohol.
 - Tidak menggunakan alat makan bersama satu wadah dengan teman lain.
 - Menggunakan masker saat terserang ISPA.
16. Berikut tindakan yang perlu dilakukan ketika sedang ISPA agar tidak menularkan pada orang lain, KECUALI....
- Menghindari kerumunan banyak orang.
 - Menutup mulut dengan lengan bagian dalam/tisu/atau sejenisnya ketika batuk/bersin.
 - Membuang tisu yang sudah dipakai ke tempat sampah dengan baik.
 - Memakai masker yang sama seperti yang digunakan hari sebelumnya.

Kuesioner Sikap

Berilah tanda (√) pada kolom yang sudah tersedia, tidak ada jawaban yang benar atau salah. Jawablah sesuai dengan hati nurani Saudara. Isi dengan teliti dan mohon diperiksa ulang supaya tidak ada yang terlewat untuk dijawab.

TS : Tidak Setuju

KS : Kurang Setuju

S : Setuju

SS : Sangat Setuju

No.	Pernyataan	TS	KS	S	SS
1.	Kebersihan diri juga perlu diperhatikan untuk terhindar dari penyakit ISPA				
2.	Penting mengkondisikan ruang tidur agar cukup sinar matahari dan selalu bersih				
3.	Saya mempergunakan waktu istirahat malam hari sebaik mungkin untuk beristirahat (tidur) yang cukup				
4.	Lubang ventilasi penting untuk selalu terbuka terutama di siang hari				
5.	Saya akan memanfaatkan dengan maksimal waktu yang disediakan sekolah dan pesantren untuk olahraga				
6.	Saya menggunakan satu piring/gelas/wadah yang sama dengan teman-teman lain ketika makan dan minum				
7.	Minum vitamin atau suplemen tambahan diperlukan ketika akan menghadapi aktivitas yang lebih berat dari biasanya				
8.	Sabun atau alkohol tidak harus selalu digunakan untuk mencuci tangan saat kondisi badan sehat				
9.	Kasur dan bantal perlu dijemur minimal setiap minggu				
10.	Saya akan menjaga kondisi tubuh lebih dari biasanya ketika ada teman saya yang sedang sakit ISPA				
11.	Ketika sakit ISPA saya akan minum air putih secukupnya (2 liter)				
12.	Bila mengalami batuk pilek yang sering kambuh, tidak harus memeriksakan diri ke petugas kesehatan				
13.	Bila saya masih mengalami gejala sakit ISPA dan obat yang diberikan dokter/tenaga kesehatan sudah habis, saya akan meminta resep lagi.				
14.	Bila saya sakit, obat yang diberikan oleh petugas kesehatan tidak harus diminum sesuai petunjuk yang diberikan				
15.	Ketika sakit ISPA saya akan selalu makan 3 kali sehari dengan porsi sebagaimana ketika sehat				

16.	Bila mengalami ISPA dengan demam tinggi, telinga sakit atau nyeri dada hebat, saya akan meminta bantuan teman atau pengurus pondok untuk menemui petugas kesehatan ke klinik/puskesmas/rumah sakit terdekat				
17.	Mencuci tangan setelah batuk, bersin, membuang ingus, serta sebelum makan penting dilakukan				
18.	Perlu menggunakan masker/penutup mulut hidung kemana pun ketika sedang sakit ISPA				
19.	Menutup mulut saat batuk/bersin harus selalu dilakukan				
20.	Tisu bekas pakai tidak harus langsung dibuang ke tempat sampah				
21.	Alat makan yang digunakan tidak apa-apa bila dicuci menunggu saat jam makan berikutnya				
22.	Ketika sakit ISPA, setelah menggosok-gosok hidung langsung menggunakan tangan tidak harus segera mencuci tangan				
23.	Saya memakai <i>hand sanitizer</i> untuk membersihkan tangan setelah bersin/batuk jika tidak memungkinkan cuci tangan dengan air				
24.	Saat sakit ISPA saya tidak mempermasalahkan jika menggunakan gelas yang sama dengan teman				
25.	Mencuci pakaian yang terkontaminasi percikan ludah sendiri ketika sakit ISPA atau ludah teman yang sakit ISPA tidak menunggu setelah bak pakaian kotor penuh atau menunggu hingga jadwal mencuci				

Lampiran 4

Kunci Jawaban

No.	Variabel	Nomer urut pertanyaan	Kunci jawaban
1.	Pengetahuan	1	b
		2	c
		3	d
		4	c
		5	b
		6	a
		7	c
		8	a
		9	c
		10	a
		11	d
		12	c
		13	d
		14	b
		15	b
		16	d
2.	Sikap	Nomer urut pernyataan	Kunci jawaban
		1	SS
		2	SS
		3	SS
		4	SS
		5	SS
		6	TS
		7	SS
		8	TS
		9	SS
		10	SS
		11	SS
		12	TS
		13	SS
		14	TS
		15	SS
		16	SS
		17	SS
		18	SS
		19	SS
		20	TS
		21	TS
		22	TS
		23	SS
		24	TS
25	SS		

Lampiran 5

TABEL SKOR

No.	Variabel	Nomer urut pertanyaan	Bobot/skor				Rentang
			a	b	c	d	
1.	Pengetahuan	1	0	1	0	0	- Baik : Jika nilainya $\geq 75\%$ (kode 3) - Cukup : Jika nilainya 56-74% (kode 2) - Kurang : Jika nilainya $\leq 55\%$ (kode 1) (Arikunto, 2006)
		2	0	0	1	0	
		3	0	0	0	1	
		4	0	0	1	0	
		5	0	1	0	0	
		6	1	0	0	0	
		7	0	0	1	0	
		8	1	0	0	0	
		9	0	0	1	0	
		10	1	0	0	0	
		11	0	0	0	1	
		12	0	0	1	0	
		13	0	0	0	1	
		14	0	1	0	0	
		15	0	1	0	0	
		16	0	0	0	1	
2.	Sikap	Nomer urut pernyataan	TS	KS	S	SS	- Positif bila $T \geq T \text{ Mean}$ (kode 2) - Negatif bila skor $T < T \text{ Mean}$ (kode 1) (Azwar, 2011)
		1	1	2	3	4	
		2	1	2	3	4	
		3	1	2	3	4	
		4	1	2	3	4	
		5	1	2	3	4	
		6	4	3	2	1	
		7	1	2	3	4	
		8	4	3	2	1	
		9	1	2	3	4	
		10	1	2	3	4	
		11	1	2	3	4	
		12	4	3	2	1	
		13	1	2	3	4	
		14	4	3	2	1	
		15	1	2	3	4	
		16	1	2	3	4	
		17	1	2	3	4	
		18	1	2	3	4	
		19	1	2	3	4	
		20	4	3	2	1	
		21	4	3	2	1	
		22	4	3	2	1	
		23	1	2	3	4	
		24	4	3	2	1	
25	1	2	3	4			

Lampiran 6

Kisi-Kisi Kuesioner

No.	Variabel	Parameter	Kuesioner Nomer
1.	Pengetahuan	Definisi ISPA	1
		Penyebab & faktor risiko terjadinya ISPA	2, 3
		Jenis & gejala ISPA serta karakteristik ISPA	4, 5, 6, 7, 8, 9
		Cara penularan ISPA & faktor yang berperan	10, 11
		Penatalaksanaan ISPA	12, 13
		Pencegahan agar tidak terkena ISPA	14
		Pencegahan penularan ISPA	15, 16
2.	Sikap	Pencegahan agar tidak terkena ISPA	<i>Favourable:</i> 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10 <i>Unfavourable:</i> 6,8
		Penatalaksanaan ISPA	<i>Favourable:</i> 11, 13, 15, 16 <i>Unfavourable:</i> 12, 14,
		Pencegahan penularan ISPA	<i>Favourable:</i> 17, 18, 19, 23, 25 <i>Unfavourable:</i> 20, 21, 22, 24

Lampiran 7

SATUAN ACARA KEGIATAN

Materi	: Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA)
Metode	: Diskusi <i>Syndicate Group</i>
Tempat	: Pondok Pesantren Nurul Ummah, Pacet, Mojokerto
Sasaran	: Remaja santriwati PP Nurul Ummah Mojokerto
Hari/Tanggal	:
Waktu	: (100 menit)

I. Tujuan**1.1 Tujuan Instruksional Umum (TIU)**

Untuk meningkatkan kognitif (pengetahuan) dan sikap (afektif) santri dalam mencegah terjadinya ISPA dan mencegah penularan ISPA.

1.2 Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

Setelah mendapatkan penyuluhan santri mampu :

- a. Menyebutkan definisi penyakit ISPA
- b. Menyebutkan penyebab & faktor risiko terjadinya ISPA
- c. Menyebutkan jenis & gejala ISPA serta karakteristik ISPA
- d. Menyebutkan cara penularan & faktor pemudah penularan ISPA
- e. Menyebutkan penatalaksanaan ISPA
- f. Menyebutkan pencegahan agar tidak terkena ISPA
- g. Menyebutkan pencegahan penularan ISPA

II. Materi pembelajaran

- a. Materi pengantar: Kesehatan dalam agama Islam
- b. Definisi ISPA
- c. Penyebab & faktor risiko terjadinya ISPA
- d. Jenis & gejala ISPA serta karakteristik ISPA
- e. Cara penularan & faktor pemudah penularan ISPA
- f. Penatalaksanaan ISPA
- g. Pencegahan agar tidak terkena ISPA
- h. Pencegahan penularan ISPA

III. Media

LCD, laptop.

IV. Pengorganisasian

Moderator & Fasilitator : Dian Naelatul Karimah

Operator : Mahasiswa X

Observer & Notulen : Mahasiswa X

Pendokumentasi : Mahasiswa X

V. Pelaksanaan Kegiatan Penkes dengan Metode *Syndicate Group*

Tahap	Waktu	Kegiatan Fasilitator	Kegiatan Peserta
Pembukaan	7 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri. 2. Menjelaskan tujuan dari pendidikan kesehatan Pencegahan ISPA. 3. Memastikan kontrak waktu. 4. Menjelaskan mekanisme kegiatan secara umum. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyambut salam dan mendengarkan 2. Memperhatikan 3. Menyetujui 4. Memperhatikan
Pelaksanaan	30 menit	<p>I. Penyampaian materi & masalah</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyampaikan Materi Pengantar: Kesehatan dalam Agama Kita (Islam) 2. Menyampaikan Materi Inti tentang ISPA: Definisi ISPA; Penyebab & faktor risiko terjadinya ISPA; Jenis & gejala ISPA serta karakteristik ISPA; Cara penularan & faktor pemudah penularan ISPA secara umum; Penatalaksanaan ISPA secara umum; Cara pencegahan agar tidak terkena ISPA secara umum; Cara pencegahan penularan ISPA secara umum. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memperhatikan materi yang disampaikan 2. Memperhatikan materi yang disampaikan
	8 menit	<p>II. Persiapan diskusi kelompok</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan langkah-langkah dan peraturan jalannya diskusi kelompok dengan metode <i>Syndicate Group</i>. 2. Membagi peserta menjadi 4 kelompok kecil (<i>syndicate</i>). 3. Mengarahkan setiap kelompok untuk memposisikan tempat duduk mereka secara berkelompok dan teratur. 4. Menyampaikan aspek masalah/topik tertentu yang akan dibahas oleh setiap kelompok. Satu kelompok fokus pada satu topik. Topik-topik tersebut adalah : 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menperhatikan dan bertanya bila kurang paham. 2. Berhitung 1 sampai 4 untuk menentukan berada di kelompok berapa. 3. Berkumpul dengan kelompoknya masing-masing dan mengatur tempat duduk. 4. Memperhatikan dan

	<ol style="list-style-type: none"> 1) Faktor-faktor pemicu terjadinya ISPA di pesantren (f. lingkungan & f. perilaku penghuni pesantren khususnya santri); 2) Penatalaksanaan ISPA yang dapat dilakukan oleh santri di pesantren; 3) Pencegahan agar tidak terkena ISPA yang dapat dilakukan oleh santri di pesantren; 4) Pencegahan penularan ISPA yang dapat dilakukan oleh santri di pesantren. 	mengetahui topik kelompoknya.
15 menit	<p>III. Sesi diskusi kelompok kecil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi kesempatan setiap individu 1 menit untuk menemukan dan menuliskan ide-idenya sesuai topik yang diperoleh. 2. Selanjutnya minta mereka berpasangan 2-3 orang (dalam kelompok yang sama) untuk menyatukan ide-ide yang mereka temukan selama 3 menit. Setelah itu mengarahkan setiap pasang tadi untuk bergabung menjadi satu kelompok yang lebih besar (<i>syndicate group</i>). Arahkan mereka untuk menyatukan ide-ide yang ditemukan, menuliskannya di kertas untuk dijadikan laporan. Waktu yang diberikan 10 menit. 4. Memperhatikan dan mengkondisikan jalannya diskusi. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Setiap individu menggali ide sendiri-sendiri sesuai topik. 2. Individu berpasangan (2-3 orang) menyatukan ide-ide yang mereka temukan. 3. Anggota berpasangan bertemu dalam kelompok yang lebih besar (<i>syndicate group</i>) untuk menyatukan ide-ide yang ditemukan. Menuliskan simpulan ide-ide dalam 1 lembar kertas. 4. Berdiskusi dengan kelompok masing-masing.
23 menit	<p>IV. Sesi diskusi pleno (kelompok besar)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menghentikan sesi diskusi kelompok-kelompok kecil (<i>syndicate</i>). 2. Membuka sesi presentasi laporan setiap kelompok. 3. Mengingatkan kelompok untuk menuliskan kesimpulan hasil diskusi, terutama topik bagiannya. 4. Menjadi moderator pada sesi diskusi ini. Memfasilitasi peserta yang ingin bertanya, berkomentar, dan memberi masukan ke kelompok yang lain. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kelompok-kelompok kecil menghentikan sesi diskusi. 2. Setiap kelompok kecil mempresentasikan hasil diskusi intra-kelompok mereka secara bergantian. 3. Sambil mencatat hasil diskusi pleno, terutama topik bagiannya. 4. Antar kelompok <i>sharing</i> dan saling menanggapi presentasi kelompok lain. Peserta mendengarkan, memperhatikan, dan bertanya. Kelompok menjawab pertanyaan

			peserta kelompok lain.
	15 menit	V. Sesi evaluasi 1. Mengklarifikasi hasil diskusi yang kurang tepat. Memvalidasi informasi-informasi sesuai dengan tema. 2. Mempersilahkan peserta untuk bertanya tentang hal-hal yang kurang jelas atau yang perlu didiskusikan. 3. Meminta peserta untuk menyimpulkan hasil diskusi, peserta diambil secara acak dan bergantian. 4. menguatkan materi secara umum dengan member pertanyaan/kuis tentang materi yang disampaikan sebelumnya dan meminta mereka untuk menjelaskan ulang. 5. Minta setiap kelompok untuk mengumpulkan salinan kesimpulan diskusi sesuai topik mereka ke depan. 6. Menyimpulkan hasil diskusi secara garis besar.	1. Mendengarkan dan memperhatikan 2. Bertanya jika ada yang belum jelas atau yang perlu didiskusikan. 3. Peserta menyimpulkan hasil diskusi kelompok besar. 4. Mendengarkan dan memperhatikan. Menjawab pertanyaan, menjelaskan materi. 5. Kelompok mengumpulkan salinan kesimpulan hasil diskusi keseluruhan sesuai topik. 6. Memperhatikan.
Penutup	2 menit	1. Mengucapkan terima kasih kepada peserta 2. Mengucapkan salam	1. Mendengarkan 2. Menjawab salam

VI. Evaluasi

1. Kriteria Struktur

- 1) Peserta hadir di tempat penyuluhan.
- 2) Penyelenggaraan kegiatan dilakukan di Pondok Pesantren Nurul Ummah, Pacet, Mojokerto.
- 3) Pengorganisasian penyelenggaraan kegiatan dilakukan sebelum dan saat pelaksanaan penyuluhan.

2. Kriteria proses

- 1) Peserta antusias mengikuti diskusi sebagaimana tema yang diberikan.

- 2) Peserta konsentrasi mendengarkan presentasi oleh setiap kelompok.
 - 3) Peserta terlibat aktif dalam kegiatan diskusi.
3. Kriteria hasil
- 1) Peserta memahami materi yang disampaikan: Definisi ISPA; Penyebab ISPA, Risiko terjadinya ISPA, & faktor keparahan ISPA; Beberapa jenis & gejala ISPA serta karakteristik ISPA; Cara penularan ISPA & faktor yang berperan; Penatalaksanaan ISPA; Pencegahan agar tidak terkena ISPA secara umum & mandiri di pesantren; Pencegahan penularan ISPA secara umum & mandiri di pesantren
 - 2) Ada umpan balik positif dari peserta.

MATERI PENYULUHAN KESEHATAN

A. MATERI PENGANTAR

Kesehatan dalam Islam

Islam mengajarkan hidup sehat melalui beberapa cara. Beberapa diantaranya adalah bersyukur atas nikmat sehat, berperilaku bersih dan sehat, serta ada usaha agar sehat.

Bersyukur yaitu kemampuan menghargai apa yang didapat dan dialami melalui ucapan, sikap dan perbuatan terima kasih kepada Allah SWT dan pengakuan yang tulus atas nikmat dan kurnia yang diberikan-Nya. Allah telah memerintahkan kepada manusia untuk senantiasa bersyukur, sebagaimana tercantum pada Surat Ibrahim (14) Ayat 7 berikut, "Dan (ingatlah juga), tatkala Tuhanmu memaklumkan: "Sesungguhnya jika kamu bersyukur, pasti Kami akan menambah (nikmat) kepadamu, dan jika kamu mengingkari (nikmat-Ku), maka sesungguhnya azab-Ku sangat pedih"".

Banyak macam bentuk rasa syukur yang dapat dilakukan manusia. Salah satunya yaitu dengan mensyukuri nikmat sehat yang telah diberikan Allah kepada manusia secara cuma-cuma. Mensyukuri nikmat sehat dapat dilakukan dengan menjaga kesehatan melalui berperilaku sehat.

Islam mengajarkan manusia untuk berperilaku bersih dan sehat seperti yang telah dijelaskan dalam beberapa ayat Al-Qur'an dan sabda Rasulullah dalam hadis. Terdapat pula kata mutiara yang sering terngiang di kalangan santri yaitu, "An-nadafatu min al-iman", bersih itu bagian dari iman.

Perilaku hidup bersih dan sehat yang telah diajarkan Islam salah satunya dengan menjaga kebersihan pribadi. Telah ditekankan dalam Al-Qur'an bahwa

kita harus menjaga kualitas hidup bersih atau suci, baik suci secara lahiriah maupun suci secara batiniah sebagaimana firman Allah dalam Q.s Al-mudatstsir (74) ayat 4, "dan pakaianmu bersihkanlah".

Tercantum di ayat lain Surat Al-Maidah Ayat 6, "Hai orang-orang yang beriman, apabila kamu hendak mengerjakan shalat, Maka basuhlah mukamu dan tanganmu sampai dengan siku, dan sapulah kepalamu dan (basuh) kakimu sampai dengan kedua mata kaki, dan jika kamu junub maka mandilah, dan jika kamu sakit atau dalam perjalanan atau kembali dari tempat buang air (kakus) atau menyentuh perempuan, lalu kamu tidak memperoleh air, Maka bertayammumlah dengan tanah yang baik (bersih); sapulah mukamu dan tanganmu dengan tanah itu. Allah tidak hendak menyulitkan kamu, tetapi Dia hendak membersihkan kamu dan menyempurnakan nikmat-Nya bagimu, supaya kamu bersyukur".

Melalui penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa bersih, sehat, dan iman saling berkaitan satu sama lain sedangkan jorok/tidak bersih dapat menyebabkan tidak sehat/sakit. Bersih menyebabkan sehat, dan sehat merupakan bagian dari iman. Di sisi lain, iman yang benar menuntut supaya hidup bersih, dan buah dari hidup bersih adalah sehat.

Manusia perlu berusaha atau ikhtiar untuk memperoleh kesehatan. Tidak cukup hanya mengandalkan doa saja di dalamnya. Manusia harus berusaha mengubah keadaannya yang kurang baik menjadi lebih baik. Sering sakit atau mudah sakit dengan menjadi lebih sehat, baik sehat secara jasmani maupun rohani. Sebagaimana firman Allah dalam Surat Ar-Ra'du ayat 11, "Bagi manusia ada malaikat-malaikat yang selalu mengikutinya bergiliran, dimuka dan di belakang, mereka menjaganya atas perintah Allah. Sesungguhnya Allah tidak

merubah keadaan sesuatu kaum sehingga mereka merubah keadaan yang ada pada diri mereka sendiri. Dan apabila Allah menghendaki keburukan terhadap kaum maka tidak ada yang dapat menolaknya, dan sekali-kali tak ada pelindung bagi mereka selain Dia“

Bila kemudian menjadi lebih sehat atau suatu ketika jatuh dalam kondisi sakit maka itulah yang kemudian di luar kuasa kita karena Allah memiliki rencana lain yang tidak kita ketahui namun akan kita peroleh hikmahnya. Yang perlu digarisbawahi dari ayat ini adalah manusia harus mau berusaha untuk merubah keadaannya.

Selain itu sesungguhnya Allah menyukai mereka yang melakukan hal baik dan melakukan perbaikan dalam hal baik. Berusaha menjadi lebih sehat merupakan salah satu hal baik yang dapat melahirkan hal baik lain. Oleh karena itu manusia yang diberi karunia berupa akal dan dijadikan sebagai khalifah di muka bumi dianggap mampu memimpin dan berlaku adil untuk dirinya maupun orang lain dan lingkungan sekitarnya. Seperti firman Allah berikut:

“Dan belanjakanlah (harta bendamu) di jalan Allah, dan janganlah kamu menjatuhkan dirimu sendiri ke dalam kebinasaan, dan berbuat baiklah, karena Sesungguhnya Allah menyukai orang-orang yang berbuat baik” (Al-Baqarah:195).

Dalam ayat lain, “Hai anak-anak Adam, jika datang kepadamu rasul-rasul daripada kamu yang menceritakan kepadamu ayat-ayat-Ku, maka barang siapa yang bertakwa dan mengadakan perbaikan, tidaklah ada kekhawatiran terhadap mereka dan tidak (pula) mereka bersedih hati” (Al-A'raf:35).

B. MATERI INTI

Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA)

1. Definisi ISPA

Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) atau *Acute Respiratory Infection* (ARI) sebagai penyakit infeksi akut yang menyerang salah satu bagian atau lebih dari saluran napas mulai dari hidung hingga kantong paru (alveoli) termasuk jaringan adeneksanya seperti sinus/rongga di sekitar hidung (sinus para nasal), rongga telinga tengah, dan pleura (Depkes, 2009).

2. Penyebab ISPA

ISPA dapat disebabkan oleh virus, bakteri, riketsa, jamur, atau protozoa dan dapat bersifat ringan, sembuh sendiri (*self-limited*), atau bahkan menjadi parah (Asih & Effendy, 2004). Menurut Corwin (2009) sebagian besar ISPA disebabkan oleh virus, meskipun bakteri juga dapat terlibat sejak awal atau yang bersifat sekunder terhadap infeksi virus. Individu yang terpajan aerosol dari air yang lama tergenang, misal dari alat pendingin ruangan atau alat pelembab yang kotor, dapat mengidap *pneumonia Legionella*. Depkes RI (2009) dalam program P2 ISPA, menambahkan ISPA akibat polusi udara.

Menurut Depkes RI (2001) dalam Deniati (2012) faktor-faktor risiko penyebab ISPA diantaranya adalah:

1. Faktor lingkungan rumah atau hunian. Meliputi kepadatan hunian, ventilasi kamar, pencemaran udara dalam rumah (seperti asap rokok dan asap dapur), dan suhu (Meliza, 2013) serta kelembapan udara & pencahayaan alami (Supriyatno, 2008).

2. Faktor Individu. Meliputi usia (terlalu muda atau tua), pengetahuan, daya tahan tubuh, jenis pekerjaan, dan masa bekerja -jumlah dan lamanya paparan polutan-.
3. Faktor perilaku. Meliputi kebiasaan penggunaan APD, kebiasaan merokok, dan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).

Tinggi rendahnya morbiditas akibat ISPA tergantung pada pertahanan fisik dan pertahanan sistem imun manusia itu sendiri. Menurut WHO (2007) tingkat keparahan ISPA ada tiga yaitu tergantung pada patogen penyebabnya, faktor lingkungan, dan faktor pejamu.

3. Jenis dan Gejala ISPA

Menurut Nelson (2002: 1456-1483) dalam Cahyaningrum (2012) Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) dibedakan menjadi dua, ISPA atas dan bawah. Infeksi saluran pernapasan atas adalah infeksi yang disebabkan oleh virus dan bakteri termasuk nasofaringitis atau *common cold*, faringitis akut, uvulitis akut, rhinitis, nasofaringitis kronis, sinusitis. Sedangkan, infeksi saluran pernapasan akut bawah merupakan infeksi yang telah didahului oleh infeksi saluran atas yang disebabkan oleh infeksi bakteri sekunder, yang termasuk dalam penggolongan ini adalah bronkhitis akut, bronkhitis kronis, bronkiolitis dan pneumonia aspirasi.

Gambaran klinis infeksi saluran pernapasan atas menurut Asih & Effendy (2004) secara khas timbul dengan hidung tersumbat dan rinorea (terus mengeluarkan sekret dari hidung). Sakit tenggorokan dan rasa tidak nyaman saat menelan, bersin, dan batuk nyaring dan kering adalah gejala yang umum. Infeksi saluran pernapasan atas cenderung meluas hingga trakhea dan brokhi, dan pada sejumlah kecil klien dapat diperburuk oleh pneumonia. Pada anak-

anak sering meluas ke dalam telinga tengah sehingga menyebabkan otitis media.

Infeksi akibat virus, misal influenza, ditandai oleh inflamasi akut nasofaring, trakhea, dan bronchioles yang mengarah pada nekrosis jaringan. Infeksi saluran pernapasan atas yang disebabkan virus disebut *self-limited disease* karena biasanya berlangsung selama beberapa hari hingga 1 sampai 2 minggu dan sembuh sendiri secara spontan (*self-limited*) tanpa pengobatan yang spesifik.

Adanya rhabas hidung purulen, nyeri pada sinus dan telinga, dan mukus tenggorokan bagian dalam merupakan tanda lazim super-infeksi bakteri. Berbeda dengan infeksi oleh virus, super-infeksi bakteri tidak akan sembuh tanpa pemberian antibiotik. Pada beberapa kasus, infeksi saluran pernapasan atas dapat memicu pasien terhadap superinfeksi bakteri, jenis yang dikenal yaitu *nasofaringitis streptococcus*. Bakteri ini dapat menyebar ke dalam struktur anatomi yang berdekatan dan menyebabkan sinusitis bakterialis, otitis media, atau bronkhitis mukopurulen.

Infeksi saluran pernapasan bawah seringkali terjadi akibat perluasan dari infeksi saluran pernapasan atas ke bagian sistem pernapasan bawah. Keparahan infeksi saluran pernapasan bawah tergantung pada resistensi hospes dan virulensi organisme penyerang. Infeksi saluran pernapasan bawah dapat berupa abses paru dan pneumonia.

American Medical Association (AMA) membagi Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) menjadi lima saja. Kelima kondisi akut infeksi

saluran napas tersebut antara lain: sinusitis akut; faringitis; bronkitis akut; influenza; dan pneumonia.

Depkes RI Dirjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (P2PL) dalam Program Pemberantasan Penyakit ISPA mengklasifikasikan ISPA menjadi dua golongan:

1. Pneumonia

Berdasarkan derajat beratnya pneumonia dibagi dua:

1) Pneumonia Berat.

Ditandai dengan adanya nafas cepat, tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam (*chest indrawing*), dan pada anak terdapat stridor dalam keadaan tenang.

2) Pneumonia Tidak Berat.

Ditandai dengan adanya nafas cepat tanpa disertai keadaan seperti pada pneumonia berat.

2. Bukan Pneumonia

Secara klinis ditandai dengan batuk pilek (*common cold*), dapat disertai demam tanpa adanya tarikan dinding dada ke dalam, dan tanpa nafas cepat. Termasuk dalam klasifikasi ini antara lain seperti rhinitis, faringitis, tonsilitis, dan penyakit jalan nafas bagian atas lainnya yang digolongkan bukan pneumonia.

4. Penularan ISPA

Riskesdas (2007) mengategorikan ISPA sebagai penyakit menular yang penularannya melalui udara atau percikan air liur (*droplet*). Penyebaran Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) dapat terjadi melalui kontak

langsung dan tidak langsung dengan oleh virus atau bakteri penyebab ISPA ataupun dengan benda yang telah terkontaminasi kuman penyebab ISPA. Sumber penularan yaitu orang yang sedang menderita ISPA, yang menyebarkan kuman penyebab ISPA ke udara pada saat batuk atau bersin dalam bentuk droplet.

Contoh penularan pada kehidupan sehari-hari dapat berupa *hand to hand transmission*, penggunaan alat makan bersama dengan orang yang sedang mengalami ISPA, menggunakan benda milik penderita yang sudah terkontaminasi, dan terpapar udara tercemar (*airborne disease*) oleh kuman ISPA, khususnya di sekitar orang yang sedang mengalami ISPA.

Beberapa faktor umum yang memudahkan penularan ISPA antara lain:

1. Lingkungan yang kurang ventilasi;
2. Banyaknya asap (asap rokok ataupun asap api) ;
3. Orang bersin atau batuk tanpa menutup mulut dan hidung.

5. Penatalaksanaan ISPA

Menurut Asih & Effendy (2004), klien dengan infeksi saluran pernapasan atas yang "ringan" dan dapat ditangani dengan rawat jalan (kecuali jika penyakit menjadi lebih parah dan membutuhkan perawatan). Penatalaksanaan keperawatan untuk kondisi ringan ini lebih ditekankan pada penyuluhan kesehatan yang mencakup istirahat, banyak minum, dan pencegahan infeksi lebih lanjut. Kondisi yang membutuhkan klien menjalani rawat inap (tidak selalu) antara lain adalah sinusitis, tonsilitis folikular. Pada infeksi saluran pernapasan bawah seperti abses paru, pneumonia dan lainnya sering kali harus melakukan rawat inap.

Pedoman penyuluhan kesehatan pada klien dengan infeksi saluran pernapasan atas (Asih & Effendy, 2004):

- 1) Istirahat yang cukup.
- 2) Minum sedikitnya 2-3 liter sehari (kecuali jika ada kontraindikasi).
- 3) Medikasi: gunakan semprot hidung atau tetes hidung dua atau tiga kali sehari atau sesuai dengan yang diharuskan untuk mengatasi gejala hidung tersumbat.
- 4) Pencegahan infeksi lebih lanjut:
 - (1) Hembuskan hidung dengan kedua nostril (lubang hidung) terbuka untuk mencegah bahan terinfeksi terdorong ke dalam tuba Eustachian.
 - (2) Tutup mulut ketika batuk dan bersin dengan tisu untuk mencegah droplet mengontaminasi udara.
 - (3) Buang tisu yang sudah dipakai di tempat pembuangan yang baik.
 - (4) Hindari pemajanan bila memungkinkan (mis. Hindari kerumunan banyak orang, individu dengan salesma, alergen spesifik)
 - (5) Cuci tangan dengan sering terutama setelah batuk, bersin, dst.
 - (6) Mencari bantuan medis bila terjadi (1) demam tinggi, nyeri dada hebat, telinga sakit; (2) gejala berlangsung lebih dari 2 minggu; dan (3) kambuhan salesma.

Berikut pengobatan dan rehabilitasi pada penderita ISPA bila disesuaikan dengan klasifikasi Depkes RI Dirjen P2PL:

1) Pneumonia

(1) Berat

Dirawat di rumah sakit, pemberian antibiotik parenteral, oksigen, dan sebagainya.

(2) Pneumonia Tidak Berat

Pemberian antibiotik kotrimoksazol peroral. Bila tidak memungkinkan atau ternyata keadaan penderita tidak ada perubahan, maka dapat diberikan antibiotik pengganti, seperti ampisilin, amoksisilin, atau penisilin prokain.

2) Bukan Pneumonia

Tanpa pemberian antibiotik. Penderita dapat dirawat di rumah. Jika mengalami batuk penderita dapat diberikan obat batuk tradisional atau obat batuk lain yang tidak mengandung zat merugikan, seperti kodein, dekstrometorfan, dan antihistamin. Namun jika terjadi demam maka penderita dapat diberikan obat penurun panas, yaitu parasetamol. Apabila penderita dengan gejala batuk pilek yang pada pemeriksaan tenggorokan didapatkan adanya bercak nanah (eksudat) disertai pembesaran kelenjar getah bening di leher, maka penderita dianggap mengalami radang tenggorokan yang disebabkan *streptococcus* dan harus diberi antibiotik (pebisilin) selama 10 hari.

6. Pencegahan ISPA

Pencegahan dapat dilakukan dengan menekan dampak dari faktor-faktor risiko ISPA, seperti:

1) Faktor Lingkungan

Modifikasi lingkungan dan kreatif dalam mengkondisikan lingkungan agar menjadi sehat untuk ditempati. Meliputi ventilasi kamar yang cukup, mengurangi pencemaran udara di dalam atau sekitar hunian (seperti asap rokok dan asap dapur), suhu ruang sesuai dengan suhu tubuh, kelembapan udara (tidak terlalu lembab) & ruang memperoleh pencahayaan alami.

2) Faktor Individu

Faktor individu yang dapat kita kontrol seperti pengetahuan tentang ISPA dan ketahanan imun tubuh. Meningkatkan pengetahuan tentang ISPA dapat memperluas cara pandang kita terhadap ISPA dan pencegahannya. Makan makanan sehat yang cukup gizi dan seimbang, olahraga teratur, dan tidur yang cukup akan membantu menjaga daya tahan tubuh. Minum vitamin C atau tablet *zinc* dapat membantu mencegah terjadinya ISPA.

3) Faktor Perilaku

Memiliki Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) seperti tidak merokok, tidak menggunakan alat makan dan barang pribadi bersama-sama atau bergantian. Mencuci tangan memakai sabun atau alkohol sebelum makan, setelah BAB, setelah dari kamar mandi dan ketika tangan kotor.

7. Pencegahan Penularan ISPA

Kunci penularan ISPA yaitu *droplet* (percikan ludah) penderita ISPA yang dapat menular melalui udara dan benda terkontaminasi. Perilaku individu

merupakan sarana yang dapat menekan penyebaran ISPA, khususnya individu yang sedang menderita ISPA karena dia merupakan sumber penularan ISPA. Berikut beberapa contoh manajemen perilaku pencegahan penularan ketika sedang sakit ISPA:

- 1) Menggunakan masker agar tidak menular ke orang-orang sekitar dan segera berobat serta istirahat cukup.
- 2) Selalu menutup mulut saat batuk/bersin dengan lengan bagian dalam/ tisu/ sapu tangan/ sejenisnya.
- 3) Tisu bekas pakai harus langsung dibuang ke tempat sampah dengan baik. Sapu tangan atau pakaian yang terkontaminasi *droplet* segera dicuci.
- 4) Mencuci tangan dengan sabun atau alkohol (*hand sanitizer*) setelah batuk, bersin, menggosok-gosok hidung, dan membuang ingus.
- 5) Menggunakan alat makan dan minum khusus untuk pribadi, tidak digunakan bersama-sama dengan teman lain.

Lampiran 8

DAERAH ASAL RESPONDEN

Kabupaten/ Kota	Kelompok Perlakuan (K-A)		Kelompok Kontrol (K-B)	
	n	%	n	%
Bangkalan	1	5	0	0
Banyuwangi	3	15	2	10
Bojonegoro	0	0	2	10
Gresik	1	5	2	10
Jember	1	5	0	0
Jombang	0	0	1	5
Lampung	1	5	0	0
Malang	1	5	0	0
Mojokerto	1	5	4	20
Pasuruan	1	5	2	10
Rembang	0	0	1	5
Sidoarjo	3	15	4	20
Sumenep	0	0	1	5
Surabaya	5	25	0	0
Tangerang Selatan	1	5	0	0
Trenggalek	0	0	1	5
Tuban	1	5	0	0
Total	20	100	20	100

Kelompok Perilaku (K-A)																				
No	Kode Resp.	No. Soal Pengetahuan	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	Σ Skor	
		Nilai Maks	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
1	A01	Posttest	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	10
2	A02	Posttest	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	10
3	A03	Posttest	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	9
4	A04	Posttest	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	12
5	A05	Posttest	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	11
6	A06	Posttest	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	12
7	A07	Posttest	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
8	A08	Posttest	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	12
9	A09	Posttest	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	11
10	A10	Posttest	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
11	A11	Posttest	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	11
12	A12	Posttest	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
13	A13	Posttest	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	10
14	A14	Posttest	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	11
15	A15	Posttest	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	11
16	A16	Posttest	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	12
17	A17	Posttest	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
18	A18	Posttest	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
19	A19	Posttest	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	8
20	A20	Posttest	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
Aspek pengetahuan		Nilai Maks= 20	18	20	18	11	11	11	9	9	9	19	15	17	15	17	19	19	19	

Kelompok Kontrol (K-B)																				
No	Kode Resp.	No. Soal Pengetahuan	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	Σ Skor	
		Nilai Maks	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
1	B01	Pretest	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	8
2	B02	Pretest	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	9
3	B03	Pretest	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	8
4	B04	Pretest	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	9
5	B05	Pretest	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	8
6	B06	Pretest	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	9
7	B07	Pretest	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	5
8	B08	Pretest	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	7
9	B09	Pretest	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	11
10	B10	Pretest	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
11	B11	Pretest	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	10
12	B12	Pretest	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3
13	B13	Pretest	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	11
14	B14	Pretest	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	12
15	B15	Pretest	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	7
16	B16	Pretest	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9
17	B17	Pretest	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	6
18	B18	Pretest	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	10
19	B19	Pretest	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	7
20	B20	Pretest	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	8
Aspek pengetahuan		Nilai Maks= 20	11	10	13	6	5	6	9	7	2	15	16	13	10	11	13	14		

Kelompok Kontrol (K-B)

No	Kode Resp.	No. Soal Pengetahuan	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	Σ Skor
		Nilai Maks	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
1	B01	Posttest	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	7
2	B02	Posttest	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	7
3	B03	Posttest	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3
4	B04	Posttest	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	11
5	B05	Posttest	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	8
6	B06	Posttest	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	10
7	B07	Posttest	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	7
8	B08	Posttest	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	7
9	B09	Posttest	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	7
10	B10	Posttest	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	5
11	B11	Posttest	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	8
12	B12	Posttest	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	8
13	B13	Posttest	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	10
14	B14	Posttest	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	9
15	B15	Posttest	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	8
16	B16	Posttest	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	9
17	B17	Posttest	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	5
18	B18	Posttest	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	6
19	B19	Posttest	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	12
20	B20	Posttest	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	11
Aspek pengetahuan		Nilai Maks= 20	11	11	11	6	5	7	5	7	7	15	15	10	9	14	12	13	

Lampiran 10

TABULASI NILAI SIKAP

No	Kode Resp.	No. Soal Sikap	Kelompok Perilaku (K-A)																				Σ Skor						
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		21	22	23	24	25	
		Nilai Maks	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	100	
1	A01	Pretest	4	3	4	2	2	4	3	2	4	4	4	1	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	1	82	
2	A02	Pretest	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	1	71	
3	A03	Pretest	4	4	4	3	2	4	3	2	3	4	3	2	3	4	3	4	3	3	3	3	4	2	2	3	2	77	
4	A04	Pretest	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	96	
5	A05	Pretest	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	3	2	79	
6	A06	Pretest	4	4	4	4	3	2	4	2	4	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	4	2	3	3	4	82	
7	A07	Pretest	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	3	81	
8	A08	Pretest	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	1	86	
9	A09	Pretest	3	3	3	4	3	3	3	2	4	4	4	2	3	1	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	2	82	
10	A10	Pretest	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	96	
11	A11	Pretest	4	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	3	84	
12	A12	Pretest	3	3	3	3	3	3	4	1	4	3	3	2	3	4	3	3	3	3	3	2	1	4	4	1	4	74	
13	A13	Pretest	4	3	3	3	2	4	3	2	3	3	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	1	76	
14	A14	Pretest	4	4	3	3	2	3	3	3	3	4	2	4	1	4	2	3	3	3	3	3	4	2	2	4	1	72	
15	A15	Pretest	4	4	3	3	2	4	1	4	4	3	3	4	3	4	2	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	86	
16	A16	Pretest	3	4	3	2	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	75	
17	A17	Pretest	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	4	3	2	4	1	81	
18	A18	Pretest	4	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	79	
19	A19	Pretest	4	3	4	3	2	4	4	4	4	4	2	2	4	2	4	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	87	
20	A20	Pretest	4	4	3	3	3	4	3	4	3	3	4	2	4	2	4	2	3	4	4	4	4	4	4	2	4	1	83
Aspek Sikap		Nilai Maks= 80	76	70	65	63	56	70	64	62	69	67	65	66	54	72	55	67	70	68	66	72	65	70	55	74	48		

Kelompok Perilaku (K-A)																												
No	Kode Resp.	No. Soal Sikap	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Σ Skor
		Nilai Maks	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	100
1	A01	Posttest	4	4	4	3	2	4	4	1	4	4	4	4	1	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	90
2	A02	Posttest	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	72
3	A03	Posttest	4	4	3	4	2	3	4	3	4	4	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	88
4	A04	Posttest	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	96
5	A05	Posttest	4	3	3	4	3	3	3	3	4	4	3	4	2	4	3	4	4	3	3	4	3	4	3	3	3	84
6	A06	Posttest	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	3	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	3	4	3	4	92
7	A07	Posttest	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	4	3	4	3	3	3	3	3	4	4	4	3	4	3	82
8	A08	Posttest	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	1	4	3	4	3	4	2	90
9	A09	Posttest	4	4	4	4	3	2	3	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	92
10	A10	Posttest	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	99
11	A11	Posttest	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	2	3	3	3	3	3	4	4	3	4	3	3	3	3	81
12	A12	Posttest	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	4	3	4	3	3	3	3	3	4	2	4	3	4	3	80
13	A13	Posttest	4	4	3	4	3	3	4	3	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	3	4	3	4	1	87
14	A14	Posttest	4	3	3	3	3	4	4	3	4	3	4	4	3	4	2	3	4	4	4	2	3	3	2	3	2	81
15	A15	Posttest	4	4	3	4	3	4	2	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	93
16	A16	Posttest	4	4	4	3	4	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	4	4	4	3	3	3	3	4	3	85
17	A17	Posttest	3	3	3	3	3	4	3	2	4	4	3	1	3	2	3	4	4	4	4	4	4	4	2	4	1	79
18	A18	Posttest	4	4	3	4	3	3	4	2	4	4	4	3	3	3	3	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	89
19	A19	Posttest	4	4	2	3	3	4	3	1	3	4	3	4	2	3	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	1	82
20	A20	Posttest	4	4	3	4	3	4	4	3	3	4	3	4	1	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	90
Aspek Sikap		Nilai Maks= 80	76	73	66	71	62	71	68	58	74	74	70	71	57	72	61	72	77	72	70	75	70	76	63	75	58	

Kelompok Kontrol (K-B)

No	Kode Resp.	No. Soal Sikap	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Σ Skor
		Nilai Maks	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	100
1	B01	Pretest	3	4	4	3	3	4	3	4	2	1	3	2	4	4	2	4	4	4	4	4	3	4	3	3	3	82
2	B02	Pretest	4	4	3	4	3	3	4	2	4	4	4	3	2	4	4	4	4	4	3	4	4	4	2	3	2	84
3	B03	Pretest	3	4	3	3	2	3	3	3	3	4	4	3	3	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	86
4	B04	Pretest	4	3	3	3	4	3	3	3	3	3	2	4	3	4	3	4	4	4	4	4	3	4	3	3	3	84
5	B05	Pretest	3	4	2	3	2	2	3	1	4	4	3	4	3	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3	4	82
6	B06	Pretest	3	4	3	3	2	3	3	3	3	4	4	3	3	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	86
7	B07	Pretest	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	4	1	81
8	B08	Pretest	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	2	3	3	4	4	4	4	4	4	3	3	4	1	80
9	B09	Pretest	4	4	3	4	2	4	4	3	3	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	89
10	B10	Pretest	4	3	4	4	4	4	4	2	3	3	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	2	4	1	82
11	B11	Pretest	4	4	4	3	4	3	2	3	4	3	4	3	2	4	3	3	3	3	3	4	4	4	2	3	4	86
12	B12	Pretest	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4	2	3	4	84
13	B13	Pretest	3	3	4	4	3	4	4	4	3	3	4	3	3	4	2	3	4	4	4	4	2	4	3	4	1	84
14	B14	Pretest	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	1	4	3	2	3	4	4	4	4	4	3	4	4	2	80
15	B15	Pretest	4	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	3	3	3	2	3	4	3	3	2	79
16	B16	Pretest	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	4	3	4	3	3	3	4	4	4	3	4	1	83
17	B17	Pretest	4	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	93
18	B18	Pretest	3	3	3	3	4	4	4	4	4	1	4	4	3	3	4	3	4	3	4	3	4	2	1	4	3	82
19	B19	Pretest	4	3	2	2	3	4	4	3	4	2	4	4	2	4	2	4	4	4	3	4	2	3	4	4	1	80
20	B20	Pretest	3	4	4	3	4	2	3	3	3	3	3	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	87
Aspek Sikap		Nilai Maks= 80	72	70	65	66	63	66	67	61	65	64	68	66	64	73	63	76	73	69	75	71	70	74	62	76	40	

Kelompok Kontrol (K-B)

No	Kode Resp.	No. Soal Sikap	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Σ Skor	
		Nilai Maks	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	100	
1	B01	Posttest	4	4	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	2	75	
2	B02	Posttest	3	3	4	4	3	3	3	3	4	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	4	3	3	2	4	2	77	
3	B03	Posttest	3	3	4	2	3	2	2	2	4	4	4	1	3	2	3	4	3	2	2	1	3	4	1	2	3	67	
4	B04	Posttest	4	3	3	3	2	3	2	4	3	3	3	4	4	4	3	3	4	4	4	1	4	4	3	4	1	80	
5	B05	Posttest	3	4	3	4	3	2	4	2	4	4	4	2	2	4	3	4	3	3	3	4	4	4	4	3	2	81	
6	B06	Posttest	4	3	3	3	3	3	3	4	4	3	4	4	4	4	3	3	4	3	4	4	4	3	4	3	4	87	
7	B07	Posttest	3	3	3	4	4	4	3	3	3	3	4	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	83	
8	B08	Posttest	3	3	3	2	3	3	4	3	4	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	4	4	2	4	3	1	78	
9	B09	Posttest	4	4	3	3	2	4	3	3	3	3	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	2	85	
10	B10	Posttest	3	4	3	4	3	1	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	3	4	4	1	1	1	3	4	4	76	
11	B11	Posttest	4	3	4	3	3	3	1	3	4	4	3	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	4	1	78	
12	B12	Posttest	3	4	4	4	3	4	3	2	4	4	3	1	4	4	4	4	4	4	3	3	2	4	4	1	1	78	
13	B13	Posttest	4	3	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	90	
14	B14	Posttest	4	3	4	3	3	3	3	2	4	4	4	4	2	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	2	79	
15	B15	Posttest	4	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	3	3	3	2	3	4	3	3	2	79	
16	B16	Posttest	4	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	4	1	77	
17	B17	Posttest	4	4	4	2	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	93	
18	B18	Posttest	3	3	4	2	3	2	1	3	3	3	4	2	3	4	3	4	4	4	4	3	4	4	1	3	3	76	
19	B19	Posttest	4	3	2	3	3	3	4	4	4	3	3	3	2	4	3	4	4	4	3	4	4	2	4	3	1	80	
20	B20	Posttest	4	3	4	4	4	2	4	2	3	3	3	4	3	4	3	4	4	3	3	4	4	4	4	3	4	2	83
Aspek Sikap		Nilai Maks= 80	72	67	68	64	60	59	60	60	68	66	69	61	61	68	64	72	69	66	68	64	63	70	57	65	41		

Lampiran 11

TABULASI KATEGORI PENGETAHUAN

Kode Responden	Kelompok Perilaku (K-A)						Status nilai kategori <i>posttest-pretest</i>
	Pre Test			Post Test			
	Σ Skor	%	Kategori Pengetahuan	Σ Skor	%	Kategori Pengetahuan	
A01	10	62,50	Cukup	10	62,50	Cukup	0
A02	8	50,00	Kurang	10	62,50	Cukup	2
A03	9	56,25	Cukup	9	56,25	Cukup	0
A04	12	75,00	Baik	12	75,00	Baik	0
A05	6	37,50	Kurang	11	68,75	Cukup	5
A06	7	43,75	Kurang	12	75,00	Baik	5
A07	8	50,00	Kurang	14	87,50	Baik	6
A08	12	75,00	Baik	12	75,00	Baik	0
A09	4	25,00	Kurang	11	68,75	Cukup	7
A10	10	62,50	Cukup	14	87,50	Baik	4
A11	7	43,75	Kurang	11	68,75	Cukup	4
A12	9	56,25	Cukup	15	93,75	Baik	6
A13	7	43,75	Kurang	10	62,50	Cukup	3
A14	11	68,75	Cukup	11	68,75	Cukup	0
A15	6	37,50	Kurang	11	68,75	Cukup	5
A16	7	43,75	Kurang	12	75,00	Baik	5
A17	7	43,75	Kurang	15	93,75	Baik	8
A18	9	56,25	Cukup	15	93,75	Baik	6
A19	11	68,75	Cukup	8	50,00	Kurang	-3
A20	9	56,25	Cukup	14	87,50	Baik	5
Perubahan <i>pre-posttest</i>		n			%		
Peningkatan Kategori		14			70,00		
Penurunan Kategori		1			5		
Kategori Tetap		5			25,00		

Keterangan:

0 - 55% = Kurang

56 - 74% = Cukup

75 - 100% = Baik

Kode Responden	Klompok Kontrol (K-B)						Status nilai kategori <i>posttest-pretest</i>
	Pre Test			Post Test			
	Σ Skor	%	Kategori Pengetahuan	Σ Skor	%	Kategori Pengetahuan	
B01	8	50,00	Kurang	7	43,75	Kurang	-1
B02	9	56,25	Cukup	7	43,75	Kurang	-2
B03	8	50,00	Kurang	3	18,75	Kurang	-5
B04	9	56,25	Cukup	11	68,75	Cukup	2
B05	8	50,00	Kurang	8	50,00	Kurang	0
B06	9	56,25	Cukup	10	62,50	Cukup	1
B07	5	31,25	Kurang	7	43,75	Kurang	2
B08	7	43,75	Kurang	7	43,75	Kurang	0
B09	11	68,75	Cukup	7	43,75	Kurang	-4
B10	4	25,00	Kurang	5	31,25	Kurang	1
B11	10	62,50	Cukup	8	50,00	Kurang	-2
B12	3	18,75	Kurang	8	50,00	Kurang	5
B13	11	68,75	Cukup	10	62,50	Cukup	-1
B14	12	75,00	Baik	9	56,25	Cukup	-3
B15	7	43,75	Kurang	8	50,00	Kurang	1
B16	9	56,25	Cukup	9	56,25	Cukup	0
B17	6	37,50	Kurang	5	31,25	Kurang	-1
B18	10	62,50	Cukup	6	37,50	Kurang	-4
B19	7	43,75	Kurang	12	75,00	Baik	5
B20	8	50,00	Kurang	11	68,75	Cukup	3
Perubahan <i>pre-posttest</i>							
Peningkatan Kategori							%
Penurunan Kategori							10,00
Kategori Tetap							25,00
							65,00

Keterangan:

0 - 55% = Kurang

56 - 74% = Cukup

75 - 100% = Baik

Lampiran 12

TABULASI KATEGORI SIKAP

Kode Responden	Kelompok Perlakuan (K-A)										Status T posttest-pretest
	Pre Test					Post Test					
	Σ Skor	Nilai T	Kategori Sikap	Σ Skor	Nilai T	Kategori Sikap					
A01	82	50,82	Positif	90	55,20	Positif	4,38				
A02	71	34,50	Negatif	72	27,68	Negatif	-6,82				
A03	77	43,40	Negatif	88	52,14	Positif	8,74				
A04	96	71,59	Positif	96	64,37	Positif	-7,21				
A05	79	46,36	Negatif	84	46,02	Negatif	-0,34				
A06	82	50,82	Positif	92	58,26	Positif	7,44				
A07	81	49,33	Negatif	82	42,97	Negatif	-6,37				
A08	86	56,75	Positif	90	55,20	Positif	-1,55				
A09	82	50,82	Positif	92	58,26	Positif	7,44				
A10	96	71,59	Positif	99	68,96	Positif	-2,63				
A11	84	53,78	Positif	81	41,44	Negatif	-12,35				
A12	74	38,95	Negatif	80	39,91	Negatif	0,96				
A13	76	41,91	Negatif	87	50,61	Positif	8,70				
A14	72	35,98	Negatif	81	41,44	Negatif	5,46				
A15	86	56,75	Positif	93	59,79	Positif	3,04				
A16	75	40,43	Negatif	85	47,55	Negatif	7,12				
A17	81	49,33	Negatif	79	38,38	Negatif	-10,95				
A18	79	46,36	Negatif	89	53,67	Positif	7,30				
A19	87	58,23	Positif	82	42,97	Negatif	-15,27				
A20	83	52,30	Positif	90	55,20	Positif	2,90				
Mean	81,45	50,00		86,60	50						
Perubahan pre-posttest		n			%						
Peningkatan Kategori		3			15,00						
Penurunan Kategori		2			10,00						
Kategori Tetap		15			75,00						

Keterangan:
Positif = $T \geq T$ Mean

Negatif = $T < T$ Mean

Kode Responden	Kelompok Kontrol (K-B)										Status T <i>posttest-pretest</i>
	Pre Test					Post Test					
	Σ Skor	Nilai T	Kategori Sikap	Σ Skor	Nilai T	Kategori Sikap					
B01	82	44,63	Negatif	75	41,07	Negatif	-3,56				
B02	84	50,14	Positif	77	44,57	Negatif	-5,57				
B03	86	55,65	Positif	67	27,06	Negatif	-28,59				
B04	84	50,14	Positif	80	49,82	Positif	-0,31				
B05	82	44,63	Negatif	81	51,58	Positif	6,95				
B06	86	55,65	Positif	87	62,08	Positif	6,44				
B07	81	41,87	Negatif	83	55,08	Positif	13,21				
B08	80	39,12	Negatif	78	46,32	Negatif	7,20				
B09	89	63,91	Positif	85	58,58	Positif	-5,33				
B10	89	62,63	Positif	76	39,75	Negatif	-22,88				
B11	82	45,13	Negatif	78	44,75	Negatif	-0,37				
B12	86	55,13	Positif	78	29,00	Negatif	-26,12				
B13	84	50,13	Positif	90	74,75	Positif	24,63				
B14	80	40,13	Negatif	79	46,33	Negatif	6,21				
B15	79	33,50	Negatif	79	46,33	Negatif	12,83				
B16	83	47,63	Negatif	77	42,25	Negatif	-5,37				
B17	93	72,63	Positif	93	82,25	Positif	9,63				
B18	82	45,13	Negatif	76	36,33	Negatif	-8,79				
B19	80	40,13	Negatif	80	49,00	Negatif	8,88				
B20	87	57,63	Positif	83	57,25	Positif	-0,37				
<i>Mean</i>	83,95	49,77		80,10	49,21						
Perubahan <i>pre-posttest</i>		n			%						
Peningkatan Kategori		2			10,00						
Penurunan Kategori		4			20,00						
Kategori Tetap		14			70,00						

Keterangan:

Positif = $T \geq T$ Mean

Negatif = $T < T$ Mean

Lampiran 13

ANALISIS HUBUNGAN DATA DEMOGRAFI DENGAN HASIL *PRETEST-POSTTEST*

No	Kode Responden	Kelas	Usia	Daerah Asal		Lama tinggal di Pesantren	Kelompok Perlakuan (K-A)			Kategori Pengetahuan			Kategori Sikap		
				Provinsi	Kabupaten/Kota		Pretest	Posttest	Status Pre-Post	Pretest	Posttest	Status Pre-Post	Pretest	Posttest	Status Pre-Post
1	A01	XI	17	Jawa Timur	Pasuruan	>1	Cukup	Cukup	=	Positif	Positif	=	Positif	Positif	=
2	A02	X	16	Jawa Timur	Jember	≤1	Kurang	Cukup	↑	Negatif	Negatif	=	Negatif	Negatif	=
3	A03	X	16	Jawa Timur	Surabaya	≤1	Cukup	Cukup	=	Negatif	Positif	↑	Negatif	Positif	↑
4	A04	XI	17	Lampung	Lampung	>1	Baik	Baik	=	Positif	Positif	=	Positif	Positif	=
5	A05	X	16	Jawa Timur	Sidoarjo	≤1	Kurang	Cukup	↑	Negatif	Negatif	=	Negatif	Negatif	=
6	A06	XI	17	Jawa Timur	Banyuwangi	>1	Kurang	Baik	↑	Positif	Positif	=	Positif	Positif	=
7	A07	XI	16	Jawa Timur	Surabaya	>1	Kurang	Baik	↑	Negatif	Negatif	=	Negatif	Negatif	=
8	A08	XI	17	Jawa Timur	Mojokerto	>1	Baik	Baik	=	Positif	Positif	=	Positif	Positif	=
9	A09	XI	17	Jawa Timur	Surabaya	>1	Kurang	Cukup	↑	Positif	Positif	=	Positif	Positif	=
10	A10	XI	17	Jawa Timur	Sidoarjo	>1	Cukup	Baik	↑	Positif	Positif	=	Positif	Positif	=
11	A11	X	16	Jawa Timur	Banyuwangi	≤1	Kurang	Cukup	↑	Positif	Negatif	↓	Positif	Negatif	↓
12	A12	X	16	Jawa Timur	Bangkalan	≤1	Cukup	Baik	↑	Negatif	Negatif	=	Negatif	Negatif	=
13	A13	X	16	Jawa Timur	Tuban	≤1	Kurang	Cukup	↑	Negatif	Positif	↑	Negatif	Positif	↑
14	A14	X	16	Jawa Timur	Gresik	≤1	Cukup	Cukup	=	Negatif	Negatif	=	Negatif	Negatif	=
15	A15	X	14	Banten	Tangerang Selatan	≤1	Kurang	Cukup	↑	Positif	Positif	=	Positif	Positif	=
16	A16	XI	18	Jawa Timur	Surabaya	>1	Kurang	Baik	↑	Negatif	Negatif	=	Negatif	Negatif	=
17	A17	XI	17	Jawa Timur	Surabaya	>1	Kurang	Baik	↑	Negatif	Negatif	=	Negatif	Negatif	=
18	A18	XI	17	Jawa Timur	Banyuwangi	>1	Cukup	Baik	↑	Negatif	Positif	↑	Negatif	Positif	↑
19	A19	X	14	Jawa Timur	Sidoarjo	≤1	Cukup	Kurang	↓	Positif	Negatif	↓	Positif	Negatif	↓
20	A20	X	15	Jawa Timur	Malang	≤1	Cukup	Baik	↑	Positif	Positif	=	Positif	Positif	=

Kelompok Kontrol (K-B)												
No	Kode Responden	Kelas	Usia	Daerah Asal		Lama tinggal di Pesantren	Kategori Pengetahuan			Kategori Sikap		
				Provinsi	Kabupaten/Kota		Pretest	Posttest	Status Pre-Post	Pretest	Posttest	Status Pre-Post
1	B01	XI	16	Jawa Timur	Mojokerto	>1	Kurang	Kurang	=	Negatif	Negatif	=
2	B02	XI	17	Jawa Timur	Mojokerto	>1	Cukup	Kurang	↓	Positif	Negatif	↓
3	B03	XI	17	Jawa Timur	Sidoarjo	>1	Kurang	Kurang	=	Positif	Negatif	↓
4	B04	XI	16	Jawa Timur	Sumenep	>1	Cukup	Cukup	=	Positif	Positif	=
5	B05	XI	17	Jawa Timur	Sidoarjo	>1	Kurang	Kurang	=	Negatif	Positif	↑
6	B06	XI	16	Jawa Timur	Sidoarjo	>1	Cukup	Cukup	=	Positif	Positif	=
7	B07	X	16	Jawa Timur	Mojokerto	≤1	Kurang	Kurang	=	Negatif	Positif	↑
8	B08	X	17	Jawa Timur	Bojonegoro	≤1	Kurang	Kurang	=	Negatif	Negatif	=
9	B09	X	16	Jawa Timur	Mojokerto	≤1	Cukup	Kurang	↓	Positif	Positif	=
10	B10	X	15	Jawa Timur	Pasuruan	≤1	Kurang	Kurang	=	Positif	Negatif	↓
11	B11	X	16	Jawa Tengah	Rembang	≤1	Cukup	Kurang	↓	Negatif	Negatif	=
12	B12	X	16	Jawa Timur	Bojonegoro	≤1	Kurang	Kurang	=	Positif	Negatif	↓
13	B13	X	16	Jawa Timur	Sidoarjo	≤1	Cukup	Cukup	=	Positif	Positif	=
14	B14	X	15	Jawa Timur	Gresik	≤1	Baik	Cukup	↓	Negatif	Negatif	=
15	B15	X	15	Jawa Timur	Jombang	≤1	Kurang	Kurang	=	Negatif	Negatif	=
16	B16	X	16	Jawa Timur	Banyuwangi	≤1	Cukup	Cukup	=	Negatif	Negatif	=
17	B17	XI	16	Jawa Timur	Banyuwangi	>1	Kurang	Kurang	=	Positif	Positif	=
18	B18	XI	17	Jawa Timur	Pasuruan	>1	Cukup	Kurang	↓	Negatif	Negatif	=
19	B19	XI	16	Jawa Timur	Gresik	>1	Kurang	Baik	↑	Negatif	Negatif	=
20	B20	XI	16	Jawa Timur	Trenggalek	>1	Kurang	Cukup	↑	Positif	Positif	=

Lampiran 14

ANALISIS DAN UJI STATISTIK

WILCOXON SIGNED RANK TEST DAN MANN-WHITNEY TEST

1. Pengetahuan kelompok perlakuan (K-A)

Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Posttest_Pengetahuan_KA	Negative Ranks	1 ^a	2,50	2,50
	Positive Ranks	14 ^b	8,39	117,50
Pretest_Pengetahuan_KA	Ties	5 ^c		
	Total	20		

a. Posttest_Pengetahuan_KA < Pretest_Pengetahuan_KA

b. Posttest_Pengetahuan_KA > Pretest_Pengetahuan_KA

c. Posttest_Pengetahuan_KA = Pretest_Pengetahuan_KA

Test Statistics^a

	Posttest_Pengetahuan_KA - Pretest_Pengetahuan_KA
Z	-3,283 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,001

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

2. Pengetahuan kelompok kontrol (K-B)

Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Posttest_Pengetahuan_KB - Pretest_Pengetahuan_KB	Negative Ranks	9 ^a	9,11	82,00
	Positive Ranks	8 ^b	8,88	71,00
	Ties	3 ^c		
	Total	20		

a. Posttest_Pengetahuan_KB < Pretest_Pengetahuan_KB

b. Posttest_Pengetahuan_KB > Pretest_Pengetahuan_KB

c. Posttest_Pengetahuan_KB = Pretest_Pengetahuan_KB

Test Statistics^a

	Posttest_Pengetahuan_KB - Pretest_Pengetahuan_KB
Z	-,262 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,793

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.

3. Sikap kelompok perlakuan (K-A)

Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Posttest_sikap_KA - Pretest_sikap_KA	Negative Ranks	2 ^a	3,00	6,00
	Positive Ranks	3 ^b	3,00	9,00
	Ties	15 ^c		
	Total	20		

a. Posttest_sikap_KA < Pretest_sikap_KA

b. Posttest_sikap_KA > Pretest_sikap_KA

c. Posttest_sikap_KA = Pretest_sikap_KA

Test Statistics^a

		Posttest_sikap_KA - Pretest_sikap_KA
Z		-,447 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)		,655

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

4. Sikap kelompok kontrol (K-B)

Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Posttest_sikap_KB - Pretest_sikap_KB	Negative Ranks	4 ^a	3,50	14,00
	Positive Ranks	2 ^b	3,50	7,00
	Ties	14 ^c		
	Total	20		

a. Posttest_sikap_KB < Pretest_sikap_KB

b. Posttest_sikap_KB > Pretest_sikap_KB

c. Posttest_sikap_KB = Pretest_sikap_KB

Test Statistics^a

		Posttest_sikap_KB - Pretest_sikap_KB
Z		-,816 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)		,414

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.

5. Perbandingan *pretest* pengetahuan kelompok perlakuan (K-A) dan kelompok kontrol (K-B)

Mann-Whitney Test

Ranks				
	kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
nilai_posttest_pengetahuan	KA	20	21,20	424,00
	KB	20	19,80	396,00
	Total	40		

Test Statistics^a

	nilai_posttest_p engetahuan
Mann-Whitney U	186,000
Wilcoxon W	396,000
Z	-,426
Asymp. Sig. (2-tailed)	,670
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,718 ^b

a. Grouping Variable: kelompok

b. Not corrected for ties.

6. Perbandingan *posttest* pengetahuan kelompok perlakuan (K-A) dan kelompok kontrol (K-B)

Mann-Whitney Test

Ranks				
	Kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Nilai_Posttest_Pengetahuan _KA_KB	KA	20	27,78	555,50
	KB	20	13,23	264,50
	Total	40		

Test Statistics^a

	Nilai_Posttest_ Pengetahuan_K A_KB
Mann-Whitney U	54,500
Wilcoxon W	264,500
Z	-4,186
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,000 ^b

a. Grouping Variable: Kelompok

b. Not corrected for ties.

7. Perbandingan *pretest* sikap kelompok perlakuan (K-A) dan kelompok kontrol (K-B)

Mann-Whitney Test

		Ranks		
	kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
nilai_pretest_sikap	KA	20	20,50	410,00
	KB	20	20,50	410,00
	Total	40		

Test Statistics^a

	nilai_pretest_sikap
Mann-Whitney U	200,000
Wilcoxon W	410,000
Z	,000
Asymp. Sig. (2-tailed)	1,000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	1,000 ^b

a. Grouping Variable: kelompok

b. Not corrected for ties.

8. Perbandingan *posttest* sikap kelompok perlakuan (K-A) dan kelompok kontrol (K-B)

Mann-Whitney Test

		Ranks		
	kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
nilai_posttest_sikap	KA	20	22,00	440,00
	KB	20	19,00	380,00
	Total	40		

Test Statistics^a

	nilai_posttest_sikap
Mann-Whitney U	170,000
Wilcoxon W	380,000
Z	-,938
Asymp. Sig. (2-tailed)	,348
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,429 ^b

a. Grouping Variable: kelompok

b. Not corrected for ties.

Lampiran 15

JADWAL PELAKSANAAN
RANCANGAN JADWAL
PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN METODE SYNDICATE GROUP TENTANG PENCEGAHAN ISPA
DI PONDOK PESANTREN NURUL UMMAH MOJOKERTO 2014


HARI/JAM	SESI MATERI	PEMBERI MATERI	METODE	PENANGGUNG JAWAB
Minggu, 15 Juni 2014 Pukul 10.00-11.40 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengisi daftar hadir 2. Pembukaan 3. Acara inti: pendidikan kesehatan mengenai penyakit ISPA 4. Doa dan penutup 	Tim Fasilitator	Metode pembelajaran <i>syndicate group</i>	Dian Naelatul Karimah

Peneliti,



Dian Naelatul Karimah

Mojokerto, 15 Juni 2014
 Koordinator MBI Amanatul Ummah
 Pp Nurul Ummah,



(H. Achmad Chudori, M.Pd)

Lampiran 16

SURAT BUKTI KEGIATAN PENELITIAN
MADRASAH ALIYAH UNGGULAN AMANATUL UMMAH SURABAYA
PROGRAM MADRASAH BERTARAF INTERNASIONAL
Di Pondok Pesantren Nurul Ummah Pacet Mojokerto

 Alamat : Jl. Tirtawening No. 2 Ds. Kembangbelor - Kec. Pacet - Kab. Mojokerto 61374
 Telp/Fax. 0321-7229097 / 031-8438754, Web. [Http://www.mbi-au.sch.id](http://www.mbi-au.sch.id),
 Email: info@mbi-au.sch.id, mbi.amanatulummah@gmail.com
SURAT KETERANGAN

Nomor : 1088/719/MBI-AU/PPNU/VII/2014

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : **Drs. H. Masyhadi, M.Ag.**
 Jabatan : Kepala Madrasah Aliyah Unggulan PP. Amanatul Ummah
 Surabayah Program Madrasah Bertaraf Internasional (MBI)

menerangkan bahwa yang tersebut dibawah ini :

Nama : DIAN NAELATUL KARIMAH
 NIM : 131011026
 Program Studi : PENDIDIKAN NERS FAK. KEPERAWATAN
 UNIVERSITAS AIRLANGGA

adalah benar-benar telah melakukan penelitian dan observasi di Madrasah Aliyah Unggulan Amanatul Ummah Program MBI pada tanggal 22 Maret s/d 17 Juni 2014 sebagai syarat untuk penulisan Skripsi yang berjudul "PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN METODE SYNDICATE GROUP TERHADAP PENCEGAHAN ISPA DI PONDOK PESANTREN".

Demikian surat keterangan ini dibuat agar bisa digunakan sebagaimana mestinya.





**SEKOLAH MENENGAH ATAS
SMA UNGGULAN AMANATUL UMMAH
(FULL DAY SCHOOL)**

STATUS TERAKRERDITASI "A" NSS: 30305601447 NPSN: 20584015
Sekretariat: Jl. Siwalankerto Utara No. 56 Wonocolo- Surabaya Telp. (031) 8476071 Website: www.smau-au.sch.id

SURAT KETERANGAN

Nomor : 568/06/SMA.U.AU/KS/VII/2014

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : DR.H. Zakariyah,M.PdI
Jabatan : Kepala Sekolah Sekolah Menengah Atas Unggulan Amanatul Ummah
Surabaya Program Berbasis Pesantren

Menerangkan bahwa yang tersebut di bawah ini :

Nama : Dian Naelatul Karimah
NIM : 131011026
Program Studi : Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Adalah benar-benar telah melakukan penelitian dan observasi di Sekolah Menengah Atas Unggulan Amanatul Ummah Program Berbasis Pesantren pada tanggal 15 s/d 17 Juni 2014 sebagai syarat untuk penulisan skripsi yang berjudul "**PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN METODE SYNDICATE GROUP TERHADAP PENCEGAHAN ISPA DI PONDOK PESANTREN**".

Demikian surat keterangan ini dibuat agar bisa digunakan dengan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 18 Juli 2014



DR. H. Zakariyah, M.PdI

Lampiran 17

DOKUMENTASI

