

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN METODE CERAMAH  
DAN DISKUSI TERHADAP PENINGKATAN PENGETAHUAN  
MASYARAKAT TENTANG KUSTA DI DESA NOGOSARI  
KECAMATAN PACET KABUPATEN MOJOKERTO**

**Atim Mulyanto \*)**

**ABSTRAK**

*Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan metode ceramah dan diskusi terhadap peningkatan pengetahuan masyarakat tentang kusta di desa nogosari. Penelitian dilakukan secara Pra Eksperimen dengan Pre-Test and Post-Test Group Design. Pengumpulan data dilakukan pada 40 responden dengan teknik sampling Multi Stage Random Sampling. Berdasarkan analisis independensi T-Test menggunakan software SPSS didapatkan hasil T-Test 0,624 pada signifikan 0.000 (tabel 8) maka peneliti menerima  $H_0$  yang berarti bahwa tidak ada pengaruh pendidikan kesehatan metode ceramah dan diskusi terhadap peningkatan pengetahuan masyarakat tentang kusta. Kesimpulan yang dapat diambil dalam penelitian ini adalah tidak ada pengaruh pendidikan kesehatan metode ceramah dan diskusi terhadap peningkatan pengetahuan masyarakat, sehingga diperlukan penelitian lebih lanjut mengenai pemberian pendidikan kesehatan dengan metode yang lain.*

*Kata kunci : Pendidikan kesehatan, metode ceramah dan diskusi, Pengetahuan, Kusta.*

**A. PENDAHULUAN**

Penyakit kusta adalah penyakit kronis yang disebabkan oleh infeksi *Mycobacterium leprae* (*M.leprae*). Pada kebanyakan orang yang terinfeksi dapat asimtomatik, namun pada sebagian kecil memperlihatkan gejala dan mempunyai kecenderungan untuk menjadi cacat, khususnya pada tangan dan kaki, (Amirudin, 2003). Masa inkubasi *M.Leprae* antara beberapa bulan sampai tahun. Penularannya melalui kontak langsung atau tidak langsung, melalui kulit yang ada lukanya atau lecet, dengan kontak lama dan berulang-ulang. Lepra merupakan penyakit yang tidak mudah menular (Entjang, 2003).

\*) Penulis adalah Dosen Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Majapahit Mojokerto

Penyakit kusta sampai saat ini masih ditakuti masyarakat, keluarga, termasuk tenaga kesehatan. Hal ini disebabkan masih kurangnya pengetahuan atau pengertian, kepercayaan yang salah terhadap kusta dan cacat yang ditimbulkannya, (Depkes RI, 2005). Masalah psikososial yang timbul pada penderita kusta lebih menonjol dibandingkan dengan masalah medisnya sendiri. Hal ini disebabkan oleh karena adanya stigma (ciri negatif yang menempel pada diri seseorang karena pengaruh lingkungannya (Depdiknas, 2003)) dan leprofobia, yang banyak dipengaruhi oleh berbagai paham keagamaan, serta informasi yang salah tentang penyakit kusta. Dengan adanya pemahaman yang salah tentang penyakit kusta serta pengetahuan yang kurang pada masyarakat dapat berdampak pula pada proses pengobatan penderita penyakit kusta, (Rachmat, 2003).

Akhir tahun 1999 jumlah penderita kusta di Indonesia yang terdaftar adalah sekitar 22.134 orang, tetapi diperkirakan jumlah yang sebenarnya lebih dari angka tersebut (fenomena gunung es) karena adanya leprofobi dan stigma yang tinggi terhadap kusta. (Nuraini, 2003). Sampai saat ini penyakit kusta masih merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di Indonesia. Meskipun pada pertengahan tahun 2000 Indonesia sudah dapat mencapai eliminasi kusta. Tetapi hal ini tidak dapat dipertahankan disebabkan karena sampai akhir tahun 2002 masih ada 13 propinsi dan 111 kabupaten yang belum dapat mengeliminasi penyakit kusta. Selama tahun 2000 ditemukan 14.697 penderita baru. Diantaranya 11.267 adalah tipe MB (76,7%) dan 1.499 penderita anak (10,1%). Selama tahun 2001 dan 2002 ditemukan 14.061 dan 14.716 kasus baru. Di tingkat propinsi, Jawa Timur paling banyak menemukan penderita baru yaitu 3.785 pada tahun 2001 dan 4.391 kasus pada tahun 2002, sedangkan Propinsi yang paling sedikit menemukan penderita baru adalah Bengkulu, yaitu 8 kasus pada tahun 2001 dan 4 kasus pada tahun 2002, (Rachmat, 2003).

Merupakan dasar bagi petugas kesehatan baik tenaga medis maupun perawat dalam melakukan penyuluhan kusta, dengan menekankan bahwa sebenarnya penyakit kusta bila diobati secara dini dan benar akan dapat mengurangi resiko terjadinya cacat semaksimal mungkin, pemberian informasi tentang telah tersedianya obat-obatan yang efektif, tidak terjadi penularan pada penderita yang berobat teratur serta upaya pencegahan cacat fisik dan sosial. Penyuluhan kesehatan berupa bimbingan mental, harus diupayakan sedini mungkin pada setiap penderita, keluarganya, dan masyarakat sekitarnya, serta harus didukung juga oleh partisipasi aktif dari pemuka masyarakat dan pemuka

agama pada setiap kesempatan yang ada, (Ditjen Pengendalian Penyakit & Penyehatan Lingkungan - Departemen Kesehatan RI, 2005). Dengan memberikan informasi yang benar mengenai penyakit kusta serta menanamkan pengertian yang baik, maka stigma dan leprofobi dapat dikurangi dan ditekan sehingga seminimal mungkin. Dengan demikian penyakit kusta dapat dianggap sama seperti penyakit menular lainnya dan penderita kusta dapat diterima dan diperlakukan secara wajar oleh masyarakat dengan hak yang sama seperti orang sehat lainnya, (Kurdi, 2003).

Studi pendahuluan yang dilakukan pada bulan Nopember 2006 di Rumah Sakit Kusta Sumber Glagah Kecamatan Pacet Kabupaten Mojokerto didapatkan data bahwa saat ini terdapat satu penderita kusta putus obat yang bertempat tinggal di dusun Bula'kunci Desa Nogosari Kecamatan Pacet Kabupaten Mojokerto. Penulis juga melakukan studi untuk mengetahui pengetahuan masyarakat di Dusun tersebut dengan jumlah sample 7 orang, hasilnya 4 orang diantaranya mengatakan penyakit kusta disebabkan karena kutukan yang sifatnya turun temurun, sedangkan 2 orang mengatakan penyakit kusta pasti menimbulkan cacat yang mengerikan, dan 1 orang mengatakan bahwa penyakit kusta dapat menular tetapi sudah ada obatnya.

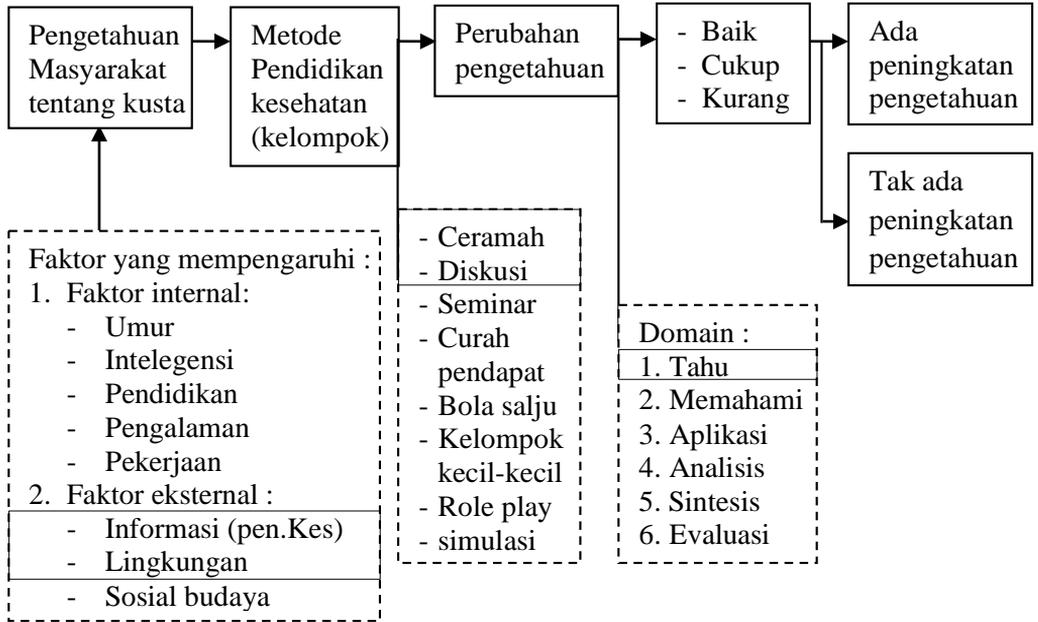
Anggapan negatif, stigma dimasyarakat terhadap penderita kusta memang sangat mempengaruhi dalam upaya pengobatan, termasuk upaya rehabilitasi penderita kusta. Kebanyakan penderita kusta akan dikucilkan dan dijauhi oleh masyarakat sekitarnya, sehingga tidak hanya fisiknya saja yang mengalami gangguan, tetapi psikologisnya dipastikan juga mengalami tekanan. Berdasarkan studi literatur dan fenomena seperti tersebut diatas, maka Penulis ingin melakukan suatu penelitian untuk mengetahui tentang adakah pengaruh pendidikan kesehatan metode ceramah dan diskusi terhadap peningkatan pengetahuan masyarakat tentang kusta.

## **B. METODE PENELITIAN**

### **1. Desain Penelitian**

Desain penelitian pada hakekatnya merupakan suatu strategi untuk mencapai tujuan penelitian yang telah ditetapkan dan berperan sebagai pedoman atau penuntun peneliti pada seluruh proses penelitian (Nursalam, 2003). Penelitian ini dilakukan secara Pre Eksperimental dengan *Pre-Test and Post-test Group Design*.

Variabel eksperimen pada penelitian ini adalah pendidikan kesehatan, sedangkan variabel non eksperimen adalah pengetahuan.



Keterangan :

\_\_\_\_\_ : Diteliti

----- : Tidak diteliti

**Bagan 1. Kerangka Konseptual Penelitian Pengaruh Pendidikan Kesehatan Metode Ceramah dan Diskusi Terhadap Peningkatan Pengetahuan Masyarakat Tentang Kusta di Desa Nogosari Kecamatan Pacet Kabupaten Mojokerto**

Populasi dalam penelitian ini adalah semua kepala keluarga (KK) yang tinggal di Dusun Bula'kunci, Desa Nogosari kecamatan Pacet-Mojokerto, Propinsi Jawa Timur dengan jumlah penduduk 788 jiwa, terbagi dalam 212 kepala keluarga, 7 RT dan 2 RW. Sampel terdiri dari

bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2003).

Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian dari kepala keluarga atau yang mewakili (KK) dan tinggal di Dusun Bula'kunci, Desa Nogosari, Kecamatan Pacet-Mojokerto, Propinsi Jawa Timur yang memenuhi kriteria inklusi. jumlah sampel yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah sebanyak 99 orang, pengambilan sampel nantinya dilakukan secara randomisasi dari jumlah total kepala keluarga yang ada yaitu sebanyak 212 KK.

Kriteria Inklusi responden adalah :

- a. Bersedia menjadi responden
- b. Domisili di Dusun Bula'kunci.
- c. Penduduk dengan usia 20 – 40 tahun
- d. Penduduk dengan pendidikan minimal SD
- e. Penduduk yang mampu membaca dan menulis
- f. Penduduk yang tidak ada gangguan pendengaran, penglihatan dan jiwa.

Kriteria eksklusi responden adalah penduduk yang tidak mengikuti kegiatan dari awal-akhir.

Penelitian ini menggunakan *Multistage Random Sampling*, yaitu pengambilan sampel acak yang pelaksanaannya dilakukan dengan membagi populasi menjadi beberapa fraksi kemudian diambil sampelnya, (Budiarto, 2001).

## 2. Lokasi Dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Dusun Bula'kunci Desa Nogosari Kecamatan Pacet-Mojokerto Propinsi Jawa Timur. Waktu penelitian dilaksanakan pada tanggal 6 Agustus 2007.

## 3. Analisis Data

Teknik yang digunakan dalam pengumpulan data berupa data primer, yaitu data yang diperoleh sendiri oleh penelitian dari hasil pengukuran, pengamatan, survey (Effendy, 1998). Dalam penelitian ini pengumpulan data dilakukan dengan cara pembagian kuesioner tertutup sejumlah 10 soal yang disusun sendiri oleh peneliti. Penilaian dilakukan 2 kali yaitu sebelum eksperimen dan sesudah eksperimen. Penilaian yang dilakukan sebelum eksperimen ( $O_1$ ) disebut pre-tes, penilaian sesudah eksperimen ( $O_2$ ) disebut post-test. Kemudian dilakukan analisa untuk

mengetahui apakah ada perubahan antara sebelum dan sesudah dilakukan eksperimen (Pendidikan kesehatan).

Pengolahan data dalam penelitian ini yang meliputi:

a. *Editing*

Memeriksa data yang telah dikumpulkan baik berupa daftar pertanyaan, kartu atau buku register. Hal-hal yang dilakukan adalah menjumlah dan melakukan koreksi.

b. *Coding*

Merupakan tahap kedua setelah *editing*, dimana peneliti memberi kode pada setiap kategori dalam variabel.

c. Tabulasi

Merupakan pengorganisasian data sedemikian rupa agar dengan mudah dapat dijumlah, disusun, dan ditata untuk disajikan dan dianalisis (Budiarto, 2001).

Pengolahan data pada penelitian ini dilakukan saat setelah melakukan post-test dimana terdapat dua hasil penelitian yaitu pre-test dan post-test yang merupakan hasil dari 10 quisioner tertutup, jawaban benar akan diberi skor 1 dan 0 untuk jawaban salah.

Data primer berupa skala data ordinal sehingga hasil tabulasi kemudian dilakukan analisis univariat dengan menggunakan distribusi frekuensi untuk mengetahui apakah data sudah layak untuk dianalisis lebih lanjut dan mendapatkan gambaran umum data yang diperoleh.

Rumus yang digunakan untuk mengukur pengetahuan responden adalah:

$$N = \frac{Sp}{Sm} \times 100\%$$

Keterangan : N : nilai yang didapat responden

Sp : skor yang didapat responden

Sm : skor tertinggi

Hasil prosentase dari skoring untuk setiap pertanyaan akan diinterpretasikan secara kualitatif dan dikelompokkan menjadi 3 kriteria :

Baik (76 %- 100%)

Cukup (56 %- 75 %)

Kurang ( $\leq$  56 %)

(Arikunto, 2002)

Data yang telah dianalisis univariat kemudian dianalisis bivariat menggunakan pendekatan analitik tes Tanda (uji t), dengan ketentuan :

- a. Tingkat signifikansi ( $\alpha$ ), yaitu = 0,05
- b. Menghitung t dengan rumus :

$$t = \frac{Md}{\sqrt{\left(\frac{\sum x^2 d}{N(n-1)}\right)}}$$

Keterangan:

Md = mean dari perbedaan pre tes dengan post test

xd = deviasi masing-masing subyek (d – Md)

$\sum x^2 d$  = jumlah kuadrat defiasi

N = subyek pada sampel

d.b = ditentukan dengan N – 1

- c. Mengambil keputusan berdasarkan t hitung, yaitu:
  - H<sub>0</sub> ditolak jika t hitung > t tabel
  - H<sub>0</sub> diterima jika t hitung < t tabel

## C. HASIL PENELITIAN

### 1. Data Umum

- a. Karakteristik Responden Berdasarkan Umur

**Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur di Desa Nogosari Kecamatan Pacet Kabupaten Mojokerto**

No.	Umur (Tahun)	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
1.	20 – 30	30	75
2.	31 – 40	10	25
<b>Total</b>		<b>40</b>	<b>100</b>

Berdasarkan tabel 1 di atas, 75 % umur responden adalah usia 20-30 tahun dan 25% berumur antara 31-40 tahun.

- b. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir

**Tabel 2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir di Desa Nogosari Kecamatan Pacet Kabupaten Mojokerto**

No.	Pendidikan	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
1.	SD	15	37,5
2.	SMP	18	45
3.	SMA	7	17,5
<b>Total</b>		<b>40</b>	<b>100</b>

Jenjang pendidikan responden terakhir berdasarkan tabel 2 diatas mayoritas SMP dengan jumlah 18 orang (45%) dan minoritas lulusan dari SMA sebanyak 7 orang dengan prosentase 17,5%.

- c. Karakteristik Responden Berdasarkan Status Pekerjaan

**Tabel 3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Status Pekerjaan di Desa Nogosari Kecamatan Pacet Kabupaten Mojokerto**

No.	Pekerjaan	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
1.	Tidak Bekerja	12	30
2.	Bekerja	28	70
<b>Total</b>		<b>40</b>	<b>100</b>

Dari tabel 3 diatas, mayoritas responden bekerja sebanyak 28 orang (70%) dan yang tidak bekerja ada 12 orang (30%).

- d. Karakteristik Responden Berdasarkan Informasi Tentang Kusta

**Tabel 4. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Informasi Tentang Kusta di Desa Nogosari Kecamatan Pacet Kabupaten Mojokerto**

No.	Info kusta	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
1.	Masyarakat	25	62,5
2.	Tenaga Kesehatan	9	22,5
3.	TV	6	15
<b>Total</b>		<b>40</b>	<b>100</b>

Sumber informasi responden tentang penyakit kusta berdasarkan tabel 4 diatas adalah paling banyak berasal dari masyarakat dengan prosentase 62,5% (25 orang), sedangkan yang paling sedikit informasi didapat dari televisi dengan jumlah 6 orang (15%).

## 2. Data Khusus

- a. Pengetahuan Responden Saat Pre-Test

**Tabel 5. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden Saat Pre Test di Desa Nogosari Kecamatan Pacet Kabupaten Mojokerto**

No.	Pengetahuan	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
1.	Kurang	21	52,5
2.	Cukup	19	47,5
3.	Baik	0	0
<b>Total</b>		<b>40</b>	<b>100</b>

Dari tabel 5 diatas, pengetahuan responden saat pre test menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan mayoritas masih kurang tentang kusta yaitu sebanyak 21 orang (52,5%), sedangkan pengetahuan cukup sebanyak 19 orang (47,5%).

- b. Pengetahuan Responden Saat Post-Test

**Tabel 6. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden Saat Post Test di Desa Nogosari Kecamatan Pacet Kabupaten Mojokerto**

No.	Pengetahuan	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
1.	Kurang	0	0
2.	Cukup	13	32,5
3.	Baik	27	67,5
<b>Total</b>		<b>40</b>	<b>100</b>

Tabel 6 diatas menunjukkan bahwa pengetahuan masyarakat tentang kusta setelah dilakukan eksperimen (post test) mayoritas baik sebanyak 27 orang (67,5%) dan untuk pengetahuan kurang 13 orang (32,5%).

- c. Perubahan Pengetahuan Responden Sebelum Eksperimen Dan Setelah Eksperimen

**Tabel 7. Distribusi Frekuensi Perubahan Pengetahuan Responden Saat Post Test dan Post Test di Desa Nogosari Kecamatan Pacet Kabupaten Mojokerto**

No.	Pengetahuan	Pre-test	Post-test
1.	Kurang	21	0
2.	Cukup	19	13
3.	Baik	0	27

Data yang didapat seperti pada tabel 7 diatas menunjukkan bahwa terdapat penurunan klasifikasi pengetahuan responden sebelum dilakukan intervensi (pendidikan kesehatan) yaitu dari 21 responden yang pengetahuannya kurang menurun menjadi 0 responden dan penurunan juga terjadi pada responden yang berpengetahuan cukup dari 19 responden berkurang menjadi 13 responden. Tetapi disini terdapat peningkatan yang signifikan pada klasifikasi pengetahuan baik yaitu dari yang sebelumnya (pretest) 0 responden meningkat menjadi 27 responden pada saat post test.

Tabel 8 Analisis Independent Samples Test

Nilai		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower
Nilai	Equal variances assumed	.242	.624	-9.175	78	.000	-2.4000	.26159	-2.92079	-1.87921
	Equal variances not assumed			-9.175	77.930	.000	-2.4000	.26159	-2.92079	-1.87921

Terlihat pada tabel 8 diatas, bahwa tidak ada pengaruh pendidikan kesehatan metode ceramah dan diskusi terhadap peningkatan pengetahuan kusta pada signifikan 0.000 dan hasil T test 0.624.

#### D. PEMBAHASAN

##### 1. Pengetahuan Masyarakat Tentang Kusta Sebelum Dilakukan Pendidikan Kesehatan (Pre Test).

Tabel 5 menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan masyarakat tentang kusta mayoritas masih kurang 52,5% (21 orang) dan tidak ada responden yang memiliki pengetahuan baik (0%). Responden yang memiliki pengetahuan kurang berkarakteristik pada kisaran usia 20-30

tahun (usia dewasa awal), dimana pada usia ini merupakan kelanjutan dari masa remaja dimana ciri yang menonjol nampak dalam adanya peletakan dasar dalam banyak aspek kehidupan (*settling down age*), usia yang banyak masalah (*problem age*), merupakan usia tegang dalam hal emosi (*emotional tension*) (Mappiare, 1983).

H.S. Becker (1964), menyatakan bahwa dewasa awal merupakan masa penyesuaian terhadap pola-pola kehidupan dan harapan sosial yang baru. Ini menunjukkan bahwa pada masa dewasa awal sangat banyak problematika dan tuntutan yang harus dikerjakan oleh para kaum dewasa, sehingga secara tidak langsung hal ini akan menurunkan daya konsentrasi.

Berdasarkan tabulasi data didapatkan bahwa responden yang memiliki pengetahuan kurang dengan latar belakang pendidikan SD sebanyak 12 orang. Nursalam (2001) berpendapat bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, semakin mudah menerima informasi. Hal ini mencerminkan bahwa dengan rendahnya status pendidikan seseorang, maka proses penerimaan informasi akan sulit dibandingkan dengan responden berpendidikan tinggi.

Tabel 3 Distribusi frekuensi responden berdasarkan status pekerjaan, menunjukkan bahwa responden yang bekerja sebanyak 28 orang (70 %) dan memiliki pengetahuan kurang dibanding dengan responden yang tidak bekerja, yaitu 12 orang (30%). Menurut teori X dan Y Douglas Mc Gregor, orang jemu hal monoton dan rutin, ingin pengalaman baru. Orang itu hakekatnya kreatif. Hal ini menunjukkan bahwa orang yang tidak bekerja bukan berarti hanya berdiam diri dirumah, tetapi mereka justru memiliki banyak waktu untuk mencari sesuatu yang baru baik berupa informasi maupun pengalaman. Sementara itu, mereka yang bekerja menghabiskan banyak waktunya untuk pekerjaannya, sehingga akan mengalami kesulitan untuk menerima informasi baru karena kelelahan.

Salah satu faktor ekstrinsik pengetahuan berasal dari pengaruh kolega atau lingkungan (Nursalam, 2003) sehingga masyarakat dapat sebagai sumber informasi yang sangat berpengaruh meskipun kadang informasi itu sulit dicari kebenarannya, dan responden yang mendapat informasi dari masyarakat 7 dari 25 orang memiliki pengetahuan yang kurang, sedangkan yang mendapat informasi dari televisi dengan jumlah 6 orang memiliki pengetahuan yang cukup. Salah satu sumber pengetahuan adalah komunikasi (Ishak, 2003). Komunikasi yang lancar adalah

komunikasi terbuka dimana ada unsur saling percaya, menghormati, memperhatikan dan umpan balik dan semua ini sulit dicapai dari komunikasi di masyarakat yang tidak berkecimpung dalam bidang kesehatan, televisi dan tenaga kesehatan yang merupakan beberapa sumber informasi yang dapat meningkatkan pengetahuan. Pengukuran sebelum dilakukan intervensi sangat penting guna mengetahui sejauh mana pengetahuan masyarakat tentang penyakit kusta, sehingga dapat mengurangi *overlapping*.

## 2. **Pengetahuan Masyarakat Tentang Kusta Setelah Dilakukan Pendidikan Kesehatan (Post Test)**

Berdasarkan tabel 6 tampak bahwa setelah dilakukan intervensi dan hasil post test menunjukkan mayoritas pengetahuan responden tentang kusta baik sebanyak 27 orang (67,5%) dan tidak ada yang berpengetahuan kurang (0%). Karakteristik responden yang berpengetahuan baik ini mayoritas berpendidikan SMP, bekerja dan mendapatkan informasi tentang kusta dari tenaga kesehatan. Hal ini disebabkan bahwa dengan latar belakang seperti itu seseorang mudah untuk diajak berkomunikasi karena adanya antusias terhadap pengetahuan baru yang belum didapatkan, selain itu juga pengaruh adanya dorongan untuk menjadi lebih baik.

## 3. **Pengaruh Pendidikan Kesehatan Metode Ceramah dan Diskusi Terhadap Peningkatan Pengetahuan Masyarakat Tentang Kusta.**

Tabel 7 terlihat adanya peningkatan pengetahuan tentang kusta tetapi berdasarkan analisa independensi T-Test menggunakan software SPSS didapatkan hasil T-Test 0,624 pada signifikan 0.000 (tabel 8) maka peneliti menerima  $H_0$  yang berarti bahwa tidak ada pengaruh pendidikan kesehatan metode ceramah dan diskusi terhadap peningkatan pengetahuan masyarakat tentang kusta. Edgar Dale dan James Finn (dalam Seels, 1989) mengembangkan Kerucut Pengalaman (*Cone Of Experience*) yang merupakan upaya awal untuk memberikan alasan tentang kaitan teori belajar dengan komunikasi audiovisual dimana simbol, teori atau gagasan yang abstrak dapat lebih mudah dipahami dan serap manakala dalam bentuk yang lebih konkrit. Hal ini berarti penyampaian materi dengan metode ceramah yang cenderung bersifat abstrak lebih sulit dipahami *audience* daripada melihat atau berpengalaman langsung.

Adanya peningkatan pengetahuan seperti pada tabel 7 dari yang berpengetahuan kurang (21 orang), pengetahuan cukup (19 orang) dan

tidak ada yang berpengetahuan baik. Setelah diintervensi dan dilakukan pengukuan (post test) menjadi tidak ada responden yang berpengetahuan kurang, terdapat 13 orang berpengetahuan cukup dan 27 orang berpengetahuan baik. Namun demikian metode ceramah dan diskusi tidak memberikan pengaruh yang signifikan terhadap peningkatan pengetahuan sebab terlihat pada tabulasi instrumen penelitian (kuesioner) terlihat ada responden yang masih tidak dapat menjawab soal meskipun soal tersebut sama bahkan ada yang sebelumnya bisa menjawab benar setelah dilakukan intervensi justru pada post test jawabannya salah. Hal ini sangat berpengaruh pada analisis menggunakan independensi T-Test, karena pendekatan statistik ini analisa data dilakukan satu persatu. Disamping masih tidak sesuainya jumlah sample yang seharusnya berjumlah 99 responden, tetapi hanya ada 40 orang yang bersedia menjadi responden, sehingga secara tidak langsung hal ini akan mempengaruhi dalam pengambilan kesimpulan atas intervensi yang diberikan.

Menurut Dorethy E. dan Marilyn (2002) mengatakan bahwa tidak ada metode pengajaran satupun yang inklusif karena adanya sifat lingkungan yang multiguna, berbagai aktivitas yang sesuai dengan keperawatan, kegunaan dan obyek yang bervariasi untuk sebuah pengalaman klinis yang khusus serta adanya perbedaan diantara peserta didik dan pengajar. Menurut Vernon yang dikutip oleh DePorter (2002) bahwa kita belajar 10% didapat dari apa yang kita baca, 20% dari apa yang kita dengar, 30% dari apa yang kita lihat, 50% dari apa yang kita lihat dan dengar, 70% dari apa yang kita katakan dan 90% pengetahuan kita dapat dari apa yang kita katakan dan lakukan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa metode ceramah hanya bisa menambah wawasan peserta didik hanya 20%, sedangkan diskusi dapat menambah pengetahuan sebanyak 70%, tetapi perlu diketahui bahwa diskusi yang dilakukan saat penelitian berlangsung, lebih dari setengah jumlah peserta didik (responden) cenderung pasif. Sehingga pengetahuan yang mereka dapatkan tidak maksimal. Jadi dari data ini dapat diambil gambaran bahwa bila responden ikut aktif dalam diskusi maka secara otomatis pengetahuan responden akan meningkat, bahkan peningkatan pengetahuannya dapat mencapai 70%, tidak hanya 20% saja yang diperoleh dari mendengarkan ceramah.

## E. PENUTUP

Pengetahuan masyarakat tentang kusta mayoritas masih kurang 52,5% (21 orang) dan tidak ada responden yang memiliki pengetahuan baik (0%). Pengetahuan masyarakat yang kurang ini dikarenakan belum adanya pendidikan kesehatan yang diberikan khusus oleh tenaga kesehatan khususnya tentang kusta. Setelah dilakukan pendidikan kesehatan mayoritas tingkat pengetahuan responden tentang kusta baik sebanyak 27 orang (67,5%) dan tidak ada yang berpengetahuan kurang (0%). Hal ini menunjukkan bahwa ada peningkatan pengetahuan meskipun ada beberapa responden yang justru pengetahuannya menurun. Memang terjadi peningkatan pengetahuan masyarakat tentang kusta, tetapi berdasarkan analisa independensi T-Test menggunakan *software* SPSS menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh pendidikan kesehatan metode ceramah dan diskusi terhadap peningkatan pengetahuan masyarakat tentang kusta. Disamping itu metode diskusi yang diadakan tidak dapat dilakukan oleh keseluruhan responden secara maksimal sehingga pengetahuan yang diperoleh juga tidak maksimal, hal ini juga disebabkan karena setiap responden memiliki karakteristik yang berbeda-beda, maka secara tidak langsung hal ini juga akan mempengaruhi dalam proses penerimaan intervensi (pendidikan kesehatan) sehingga metode ceramah dan diskusi yang diberikan tidak memberikan pengaruh yang signifikan terhadap peningkatan pengetahuan masyarakat tentang kusta.

Melihat hasil penelitian tentang pemberian pendidikan kesehatan mengenai kusta yang diberikan kepada masyarakat melalui metode ceramah dan diskusi yang ternyata tidak secara signifikan mempengaruhi peningkatan pengetahuan masyarakat tentang kusta, maka mempertimbangkan metode lain dalam pemberian pendidikan kesehatan seperti metode audiovisual dimana secara langsung memberikan contoh dan gambar atau berupa film yang nantinya dapat meningkatkan pengetahuan bahkan pemahaman masyarakat tentang kusta, karena hal ini sangat penting melihat upaya peningkatan pengetahuan harus senantiasa dilakukan guna mewujudkan masyarakat yang sehat.

## DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto Suharsimi, 2003. *Manajemen Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta.
- \_\_\_\_\_, 2002. *Prosedur Penelitian edisi revisi V*. Jakarta: Rineka cipta.
- \_\_\_\_\_, 1998. *Prosedur Penelitian suatu pendekatan praktek edisi revisi IV*. Jakarta: Rineka cipta.
- Budiarto Eko, 2001. *Biostatistik untuk kedokteran dan kesehatan masyarakat*. Jakarta: ECG.
- Departemen Kesehatan R.I Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit Dan Penyehatan Lingkungan, 2005. *Buku Pedoman Nasional Pemberantasan Penyakit Kusta, cetakan XVII*.
- Departemen Pendidikan Nasional. 2003. *Kamus Besar Bahasa Indonesia edisi ke 3*. Jakarta: Balai pustaka.
- Depkes RI, 2004. [http ; // www. depkes. go. id/index. Php](http://www.depkes.go.id/index.Php)
- DePoter, Reardon, Singer, 2002. *Quantum Teaching*. Bandung: Kaifa.
- Ditjen PP&PL RI, 2005. [http ; // www. ppmplp. Depkes. go.id](http://www.ppmplp. Depkes. go.id)
- Ghozali, Imam, 2002. *Statistik Non Parametrik*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Ismiarto, Nilasari, Menaldi, Sjamsue-Djalil, 2003. *Kusta*. Jakarta: Balai Penerbit FKUL.
- Jawetz, Melnickk, & Adelberg's. 2001. *Mikrobiologi Kedokteran, buku 1*. Jakarta: Salemba Medika.
- Mappiare, Andi, 1983. *Psikologi Orang Dewasa*. Surabaya: Usaha Nasional.
- Nasrul Effendy.1998. *Perawatan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC.
- Notoatmodjo Soekidjo, 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat prinsip-prinsip dasar*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam, 2003. *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Rachmalina, 2003. [http : // digilib. litbang. depkes. go. id / go.php. node=132 jpkbppk – gdl – res – 1133 - kusta](http://digilib.litbang.depkes.go.id/go.php.node=132jpkbppk-gdl-res-1133-kusta).
- Reilly E. Dorothy, Oberman H. Marilyn, 2002. *Pengajaran Klinis Dalam Pendidikan Keperawatan. Edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Sell, Barbara B. 1994. *Teknologi Pembelajaran*. Jakarta: Universitas Negeri Jakarta.

- Sudjana Nana, 2002. *Dasar-Dasar Proses Belajar Mengajar*. Bandung: Sinar Baru Algensindo.
- Siegal Sidney, 1997. *Statistik Nonparametrik*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.