

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN METODE CERAMAH
DAN LEAFLET TERHADAP PENGETAHUAN DAN SIKAP REMAJA
TENTANG NAPZA PADA SISWA JURUSAN TEKNIK
KOMPUTER JARINGAN DI SMK ISTIQOMAH
MUHAMMADIYAH 4 SAMARINDA
TAHUN 2016**

SKRIPSI

**Diajukan Sebagai Persyaratan Untuk
Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan**



DISUSUN OLEH:

**HABIB MAULA AKBAR IBRAHIM
1211308230479**

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH SAMARINDA
TAHUN 2016**

Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Metode Ceramah dan Leaflet terhadap Pengetahuan dan Sikap Remaja tentang NAPZA pada Siswa Jurusan Teknik Komputer Jaringan di SMK Istiqomah Muhammadiyah 4 Samarinda Tahun 2016

Habib Maula Akbar Ibrahim¹ Ghozali M Hasyim² Mukhrifah Damaiyanti²

INTISARI

Latar Belakang : Menurut Lidya & Satya (2006) Narkoba atau NAPZA adalah obat/bahan/zat yang bukan tergolong makanan. Jika diminum, dihisap, dihirup, ditelan atau disuntikkan, berpengaruh terutama pada kerja otak (susunan saraf pusat), dan sering menyebabkan ketergantungan. Akibatnya, kerja otak berubah (meningkat atau menurun). Dari hasil Survei Penelitian kerjasama antara Badan Narkotika Nasional dengan Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia (BNN-Puslitkes UI 2014), menerangkan bahwa prevalensi penyalahgunaan narkoba dalam setahun terakhir sebelum survei dilakukan kepada penduduk yang berusia 10-59 tahun didapati telah mencapai 4,2 juta orang yang menggunakan narkoba. Kemudian menurut tingkat ketergantungan pengguna narkoba (adiksi) diklasifikasikan pengguna coba pakai sebesar 27% atau sekitar 1,15 juta orang, pengguna teratur pakai (3 hari dalam 1 minggu) sebesar 45% atau sekitar 1,89 juta orang, dan pecandu sebesar 28% atau 1,19 juta orang.

Tujuan Penelitian : Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Metode Ceramah dan Leaflet terhadap Pengetahuan dan Sikap Remaja tentang NAPZA pada Siswa Jurusan Teknik Komputer jaringan di SMK Istiqomah Muhammadiyah 4 Samarinda tahun 2016.

Metode penelitian : Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode *Quasi Experimental* (experimen semu) dengan desain penelitian yang digunakan adalah "*Nonequivalen Control Group Design*". Teknik pengambilan sampel menggunakan rumus *stratified random sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 76 siswa, dan pengumpulan data menggunakan lembar kuesioner.

Hasil Penelitian : Berdasarkan perhitungan menggunakan uji *Wilcoxon Sign Rank Test*, sebelum dan sesudah diberikan perlakuan dengan metode ceramah dan media leaflet terhadap pengetahuan dan sikap didapatkan hasil pada metode ceramah dengan *P-Value* pengetahuan (0,006<0,05), dan *P-Value* sikap (0,002<0,05). Kemudian pada media leaflet didapatkan hasil *P-Value* pengetahuan (0,000<0,05), dan *P-Value* sikap (0,002<0,05). Dan dilanjutkan dengan menggunakan uji *Mann-Whitney U* didapatkan hasil pengetahuan dan sikap terhadap metode ceramah dan media leaflet adalah *P-Value* pengetahuan (0,588>0,05) *P-Value* sikap (0,560>0,05).

Kesimpulan : Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa ada perubahan pengetahuan dan sikap remaja sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode ceramah dan media leaflet, tetapi tidak ada perbedaan pengaruh metode ceramah dan media leaflet terhadap pengetahuan dan sikap remaja tentang NAPZA.

Kata Kunci : *Pengetahuan, Sikap, Pendidikan Kesehatan, Ceramah, Leaflet, Napza*

¹. Mahasiswa Prodi S-1 Ilmu Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda

². Dosen STIKES Muhammadiyah Samarinda

*The Effect of Health Education with Lecture Method and Leaflets on Knowledge and Attitudes
Of Adolescents about Drugs of Students in Network Computer Technique Major at
SMK Istiqomah Muhammadiyah Samarinda In 2016*

Habib Maula Akbar Ibrahim¹ Ghozali M Hasyim² Mukhriyah Damaiyant²

ABSTRACT

Background : According Lidya & Satya (2006) drugs or NAPZA is a drug/material/substance is not classified as food. If drunk, smoked, swallowed or injected, affect especially the brain (Central nervous System), and often cause dependence. Consequently the brain changes (decreasing or increasing). Of survey Research collaboration with National Narcotics Agency with Indonesian University Medical Research Center (BNN-Puslitkes UI 2014), explained that the prevalence of drug abuse in the last year prior to the survey to the population aged 10-59 years found to have reached 4,2 million people who use drugs. Then according to the degree of dependence of drug users, classified users try to use a 27% or about 1,15 million people, regular users use (3 days a week) si 45% or about 1,189 million people, and the addict by 28% or 1,19 million people.

Purpose : This study aims to determine the effect of Health Education with lecture method and leaflets on knowledge and attitudes of adolescents about drugs in student majoring in Computer engineering Networks in SMK Istiqomah Muhammadiyah 4 Samarinda 2016.

Methods : This Research used Quasy Experiment design with a Non-Equivalen Control Group Design. Sampling technique using stratified random sampling formula with a total sampel of 76 students, and data collection using the questionnaire.

Result : Based on calculations using the Wilcoxon Sign Rank Test test before and after treatment with the lecture method and media leaflets on knowledge and attitudes showed in lecture with knowledge p-value (0,006<0,05) and p-value attitude of (0,002<0,05). Then the media leaflet showed knowledge p-value (0,000<0,05) and p-value attitude of (0,002<0,05). And continued using Mann Whitney U test showed knowledge and attitudes towards lecture method and media leaflets are knowledge p-value (0,588>0,05) and p-value attitude (0,560>0,05).

Conclusion : The result of this study concluded that There are changed in knowledge and behavior of teenagers before and after Health Education with lecture and leaflets, but there was on statistically significant difference in the effect of lecture and leaflet on the Change of knowledge and attitude about drugs.

Keywords : Knowledge, Attitude, Health Education, Lecture, Leaflets, Drugs

1. The Student Of Nursing Graduates STIKES Muhammadiyah Samarinda

2. The Lecturer Of STIKES Muhammadiyah Samarinda

MOTTO

KEHIDUPAN LEBIH NYATA DARIPADA PENDAPAT SIAPAPUN TENTANG
KENYATAAN

-Pramoedya Ananta Toer-

JADILAH KAMU ORANG

YANG BAIK

BILA ADA DISUKAI

BILA TIADA DIRINDU

BILA MATI DITANGISI

JANGANLAH KAMU JADI ORANG

YANG JAHAT

BILA ADA DIBENCI

BILA TIADA DISUKAI

BILA MATI DISYUKURI

- Saïdina Ali R.A -

"TUHAN TIDAK AKAN MENGUBAH APA YANG ADA PADA SUATU
KAUM SEBELUM MEREKA MENGUBAH APA YANG ADA PADA DIRI MEREKA"

(Q.S Al-Raad : 11)

KATA PENGANTAR



Assalamualaikum Warrahmatullahi Wabarokatuhu

Segala puji dan syukur marilah kita panjatkan kepada tuhan semesta alam, Allah SWT karena atas petunjuk serta hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode ceramah dan leaflet terhadap pengetahuan dan sikap remaja tentang napza pada siswa jurusan teknik komputer jaringan di SMK Istiqomah Muhammadiyah 4 Samarinda”. Shalawat serta salam kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW yang telah mengantarkan kita semua dari zaman kegelapan menuju zaman yang terang benderang seperti sekarang ini.

Skripsi ini dibuat dalam rangka sebagai syarat memenuhi tugas akhir mata ajar Skripsi Program Studi S-1 Ilmu Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda. Dalam skripsi ini penulis banyak mendapatkan bimbingan dan dorongan dari berbagai pihak, untuk itu perkenankan penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Ghozali, M.H., M.Keselaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda dan juga sebagai pembimbing 1 peneliti yang telah menyediakan waktunya untuk memberikan bimbingan dan masukan kepada peneliti demi penyempurnaan penulisan skripsi ini.

2. Ibu Ns. Siti Khoiroh Muflihatin, M.Kep, selaku Ketua Program Studi S-1 Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda.
3. Bapak Ns. Faried Rahman Hidayat, S.kep., M.kes selaku Koordinator mata ajar Skripsi 2.
4. Ibu Ns. Mukhriyah Damaiyanti, S.kep., MNS, selaku pembimbing II yang telah memberikan arahan dan bimbingan kepada penulis.
5. Seluruh Bapak Ibu Dosen dan Staf Pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda.
6. Kedua orang tua bapak Ahmad Yaman Basiran dan Ibu Karsiin Ulfah Insiyiroh yang telah rela membagi kasih kepada peneliti dan memberi semangat sampai akhirnya penyusunan ini terlaksana dengan baik.
7. Kakak dan adikku tersayang yang telah menyempatkan menasehati peneliti sehingga terciptanya penelitian yang sesuai harapan.
8. Teman-teman seperjuangan S-1 Ilmu Keperawatan angkatan 2012 terkhusus kelas B yang selama ini menimba ilmu bersama-sama di kampus yang kita cintai ini.
9. Para sahabat-sahabat Adenal FC Eka, Gatot, Huda, Reza, Risdi, Sandy, Said, yang telah memberi dukungan dan semangatnya kepada peneliti.
10. Siti Ghardian Nursari, yang telah rela dan sabar menemani peneliti dalam menyusun skripsi ini dan selalu memberikan masukan-masukan yang positif sehingga peneliti dapat menyelesaikannya dengan lancar.
11. Semua pihak yang telah berpartisipasi hingga selesainya penyusunan skripsi ini yang tak bisa di sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa skripsi ini jauh dari kata sempurna, semata – mata karena keterbatasan yang ada pada penulis baik pengalaman, pengetahuan dan waktu yang tersedia. Oleh karena itu, penulis berharap agar skripsi ini dapat bermanfaat terutama dalam perkembangan ilmu keperawatan di masa mendatang. Akhir kata penulis mengucapkan terima kasih.

Wassalamualaikum Warrahmatullahi Wabarokatuhu

Samarinda, 30 Juni 2016

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Sampul	i
Halaman judul	ii
Halaman Pernyataan Keaslian Penelitian	iii
Halaman Persetujuan	iv
Halaman Pengesahan.....	v
Intisari	vi
Abstract	vii
Motto	viii
Kata Pengantar	ix
Daftar Isi	xii
Daftar Tabel	xv
Daftar Gambar	xvii
Daftar Lampiran	xviii

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah	8
C. Tujuan Penelitian	8
D. Manfaat Penelitian	9
E. Keaslian Penelitian	10

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka.....	13
B. Penelitian Terkait	73
C. Kerangka teori Penelitian	75
D. Kerangka Konsep Penelitian.....	76

E. Hipotesis Penelitian	77
-------------------------------	----

BAB III METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian.....	78
B. Populasi dan Sampel	80
C. Waktu dan Tempat Penelitian	83
D. Definisi Operasional	84
E. Instrumen Penelitian	85
F. Uji Validitas dan Realibilitas.....	88
G. Intervensi Metode Ceramah dan Leaflet.....	94
H. Teknik Pengumpulan Data.....	95
I. Teknik Analisa Data.....	96
J. Etika penelitian.....	104
K. Jalannya Penelitian.....	104
L. Jadwal Penelitian.....	106

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian	107
B. Pembahasan	117
C. Keterbatasan Penelitian	125

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan	126
B. Saran	127

DAFTAR PUSTAKA	130
-----------------------------	------------

LAMPIRAN

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Non Equivalen Kontrol Grup Desain	79
Tabel 3.2 Daftar Jumlah Siswa	80
Tabel 3.3 Definisi Operasional	84
Tabel 3.4 Kisi-kisi Kuesioner Pengetahuan	87
Tabel 3.5 Kisi-kisi Kuesioner Sikap	88
Tabel 3.6 Hasil Uji Coba Validitas Soal Pengetahuan	90
Tabel 3.7 Hasil Uji Coba Validitas Soal Sikap	91
Tabel 3.8 Hasil Uji Reliabilitas Pada Instrumen pengetahuan	92
Tabel 3.9 Hasil Uji Reliabilitas Pada Instrumen Sikap	93
Tabel 3.10 Jadwal Penelitian	106
Tabel 4.1 Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin, umur, informasi dan sumber Siswa	108
Tabel 4.2 Distribusi Pengetahuan dan Sikap Responden Menurut Metode Ceramah	110
Tabel 4.3 Distribusi Nilai Pengetahuan Berdasarkan kategori	111

Tabel 4.4 Distribusi Pengetahuan dan Sikap Responden Menurut Media Leaflet	111
Tabel 4.5 Distribusi Nilai Pengetahuan berdasarkan Kategori	112
Tabel 4.6 Pengaruh Metode Ceramah Terhadap Pengetahuan dan Sikap	113
Tabel 4.7 Pengaruh Media Leaflet Terhadap Pengetahuan dan sikap	115
Tabel 4.8 Pengaruh Metode Ceramah dan Media leaflet Terhadap Pengetahuan, Sikap	116

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Narkotika Golongan I	15
Gambar 2.2 Narkotika Golongan II	15
Gambar 2.3 Narkotika Golongan III	15
Gambar 2.4 Psikotropika Golongan I	16
Gambar 2.5 Psikotropika Golongan II	17
Gambar 2.6 Psikotropika Golongan III	17
Gambar 2.7 Psikotropika Golongan IV	18
Gambar 2.8 Zat Adiktif Alkohol	19
Gambar 2.9 Zat Adiktif Inhalsia	19
Gambar 2.10 Zat Adiktif Tembakau	20
Gambar 2.11 Zat Adiktif Kafein	20
Gambar 2.12 Kerangka Teori Penelitian	75
Gambar 2.13 Kerangka Konsep Penelitian	76

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Biodata Peneliti

Lampiran 2. Surat Permohonan Menjadi Responden

Lampiran 3. Surat pernyataan bersedia menjadi Responden

Lampiran 4. Kuesioner Penelitian

Lampiran 5. Satuan Acara Penyuluhan

Lampiran 6. Leaflet

Lampiran 7. DLL

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut *World Health Organization* (WHO, 2010) mendefinisikan “kesehatan” sebagai suatu keadaan sejahtera baik fisik, mental, dan sosial yang sempurna dan bukan sekedar tidak ada penyakit atau kelemahan, batasan usia remaja adalah 10 sampai 24 tahun. Masa remaja merupakan sebuah realitas dari pada masa peralihan dari anak-anak ke masa dewasa. Soetjningsih (2010) menerangkan, tahap perkembangan remaja memiliki tugas yang harus diselesaikan, remaja biasanya merasakan adanya tekanan agar mereka menyesuaikan dengan norma-norma dan harapan kelompoknya, bila remaja tidak mampu menjalankan tugas dengan baik mereka cenderung menganggap hidup adalah penderitaan, tidak menyenangkan dan melakukan hal-hal seperti menyakiti diri, lari dari kehidupan dan keluarga, terlibat pergaulan bebas, penggunaan Alkohol, serta lebih jauh terlibat dalam dunia Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA).

Lidya & Satya (2006) menjelaskan Narkoba atau NAPZA adalah obat/bahan/zat yang bukan tergolong makanan. Jika diminum, dihisap, dihirup, ditelan atau disuntikkan, berpengaruh terutama pada kerja otak

(susunan saraf pusat), dan sering menyebabkan ketergantungan. Akibatnya, kerja otak berubah (meningkat atau menurun). Demikian pula fungsi vital organ tubuh lain (jantung, peredaran darah, pernafasan, dan lain-lain). Narkoba yang ditelan masuk kelambung, kemudian ke pembuluh darah. Jika dihisap, atau dihirup, zat diserap masuk kedalam pembuluh darah melalui saluran hidung dan paru-paru. Jika zat disuntikkan, langsung masuk ke aliran darah. Darah membawa zat itu ke otak.

Menurut laporan *United Nation Office Drugs and Crime* (UNODC) menyatakan penduduk dunia usia 15-64 tahun telah menyalahgunakan obat terlarang tersebut. Terbukti pada tahun 2009 terdapat 149-272 juta orang (2,8%-4,5%), kemudian pada tahun 2010 terdapat 153-300 juta orang (3,4%-6,6%), dan pada tahun 2011, diperkirakan antara 167-315 juta orang (3,6%-6,9%) dari populasi penduduk dunia telah menggunakan narkoba minimal sekali dalam setahun.

Dari hasil Survei Penelitian kerjasama antara Badan Narkotika Nasional dengan Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia (BNN-Puslitkes UI 2014), menerangkan bahwa prevalensi penyalahgunaan narkoba dalam setahun terakhir sebelum survei dilakukan kepada penduduk yang berusia 10-59 tahun didapati telah

mencapai 4,2 juta orang yang menggunakan narkoba. Kemudian menurut tingkat ketergantungan pengguna narkoba (adiksi) diklasifikasikan pengguna coba pakai sebesar 27% atau sekitar 1,15 juta orang, pengguna teratur pakai (3 hari dalam 1 minggu) sebesar 45% atau sekitar 1,89 juta orang, dan pecandu sebesar 28% atau 1,19 juta orang.

Lydia & satya (2006), menjelaskan Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta melaporkan bahwa dari penderita yang umumnya berusia 15-24 tahun, kebanyakan dari mereka masih aktif di SMP, SMA, atau Perguruan Tinggi. Bahkan ada pula yang masih duduk di sekolah dasar. Penyalahgunaan narkoba biasanya diawali dengan pemakaian pertama pada usia SD atau SMP, karena tawaran, bujukan, dan tekanan seseorang atau kawan sebaya. Didorong rasa ingin tahu atau ingin mencoba, mereka menerimanya. Selanjutnya, tidak sulit untuk menerima tawaran berikutnya. Dari pemakaian sekali, kemudian beberapa kali, akhirnya menjadi ketergantungan terhadap zat yang digunakan.

Menurut Rita (2014), menerangkan bahwa tingkat prevalensi pengguna narkoba di Kalimantan Timur mencapai 97.000 jiwa. Jumlah tersebut terdiri dari pemakai coba-coba, teratur pakai dan pecandu. Ditambah lagi dengan maraknya narkoba jenis baru yang beredar luas di masyarakat. Untuk provinsi Kalimantan Timur (Kaltim) sendiri pengguna

narkoba juga terus meningkat setiap tahunnya, dan kota Samarinda menempati urutan teratas dengan penggunaan narkoba terbanyak yakni 50.300 pengguna (BNNK Samarinda, 2014).

NAPZA mempunyai dampak antara lain merusak hubungan kekeluargaan, menurunkan kemampuan belajar, ketidakmampuan dalam membedakan mana yang baik dan mana yang buruk, perubahan perilaku menjadi antisosial, merosotnya produktifitas kerja, gangguan kesehatan, meningkatkan angka kecelakaann lalu lintas, meningkatnya angka kriminalitas dan tindak kekerasan baik kuantitatif maupun kualitatif. Penyalahgunaan NAPZA juga mempertinggi kejadian AIDS (Armelia, 2003).

Ketergantungan zat merupakan dampak dari penyalahgunaan NAPZA yang parah, hal ini sering dianggap sebagai penyakit. Ketergantungan seperti ketidakmampuan untuk mengendalikan atau menghentikan pemakaian zat menimbulkan gangguan fisik yang hebat jika dihentikan akan berbahaya dan merugikan keluarga serta menimbulkan dampak sosial yang luas. Beberapa faktor yang berpengaruh terhadap penyalahgunaan NAPZA adalah pengetahuan, sikap dan juga perilaku, dimana dalam suatu kondisi jika seseorang itu tahu bahwa hal yang akan dilakukannya akan berakibat buruk terhadap

dirinya maka orang tersebut kemungkinan tidak akan melakukan hal tersebut (Menthan, 2013).

Peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku dapat dilakukan dengan cara penyuluhan, hal ini sejalan dengan penelitian yang menyatakan bahwa ada peningkatan yang signifikan setelah pemberian penyuluhan. Penyuluhan NAPZA adalah semua upaya secara sadar dan berencana yang dilakukan untuk memperbaiki perilaku manusia, sesuai prinsip-prinsip pendidikan, yakni agar orang-orang mampu menghindari dari penyalahgunaan narkoba. Sasaran dari upaya ini adalah orang-orang dengan risiko tinggi yang memiliki masalah yang tidak mampu dipecahkan sendiri, sehingga dalam kehidupannya sering mencari pemecahan keliru, seperti perilaku untuk kepuasan sementara melalui penggunaan NAPZA (Badri, 2013).

Notoatmodjo (2003) menjelaskan, metode ceramah merupakan metode yang boleh dikatakan metode tradisional, karena sejak dulu metode ini telah dipergunakan sebagai alat komunikasi lisan antara guru dengan anak didiknya dalam proses belajar mengajar, meski metode ini lebih banyak menuntut keaktifan dari guru daripada anak didiknya. Metode ceramah lebih baik digunakan apabila pesertanya lebih dari limabelas orang, sasaran yang berpendidikan tinggi maupun yang

berpendidikan rendah. Kelebihan dari metode ceramah ini guru dapat menguasai seluruh arah kelas dan organisasi kelas menjadi sederhana.

Sedangkan leaflet merupakan bentuk penyampaian informasi kesehatan melalui lembaran yang dilipat. Keuntungan menggunakan media ini antara lain: sasaran dapat menyesuaikan dan belajar mandiri serta praktis karena mengurangi kebutuhan mencatat, sasaran dapat melihat isinya disaat santai dan sangat ekonomis, berbagai informasi dapat diberikan atau dibaca oleh anggota kelompok sasaran, sehingga bisa didiskusikan, dapat memberikan informasi yang detail yang mana tidak diberikan secara lisan, mudah dibuat, diperbanyak dan diperbaiki serta mudah disesuaikan dengan kelompok sasaran. Sementara itu kelemahan dari *leaflet* : tidak cocok untuk sasaran individu per individu, tidak tahan lama dan mudah hilang, *leaflet* akan menjadi percuma jika sasaran tidak diikutsertakan secara aktif, serta perlu proses penggandaan yang baik. (Lucie, 2005).

Dari uraian diatas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode ceramah dan leaflet tentang NAPZA terhadap pengetahuan dan sikap remaja pada siswa Jurusan Teknik Komputer Jaringan di SMK Istiqomah Muhammadiyah 4 Samarinda, dikarenakan SMK Istiqomah Muhammadiyah 4 Samarinda

berada di kecamatan Samarinda Ulu, dekat dengan pusat kota dan lokasi tempat hiburan tongkrongan anak muda seperti waduk folder, vorvo, dan tempat perbelanjaan. Dimana berdasarkan wawancara dan informasi yang didapatkan dari anggota BNN tentang daerah rawan transaksi narkoba bahwa daerah seperti tempat hiburan malam, perhotelan, perbelanjaan dan termasuk tongkrongan anak muda merupakan tempat yang sangat rawan sekali terhadap kejadian transaksi narkoba.

Jurusan Teknik komputer Jaringan merupakan jurusan yang memiliki paling banyak jumlah siswa laki-laki dibandingkan dengan jurusan yang lainnya yaitu sebanyak 84 siswa, dimana dari 84 siswa itu terdiri dari 83% laki-laki dan 17% perempuan. Menurut informasi yang didapat dari wawancara dengan guru BK (Bimbingan Konseling) dan kepala jurusan Teknik Komputer Jaringan, bahwa pernah ditemukan siswa yang masih kurang mengetahui hal-hal tentang NAPZA dan tidak tahu sikap apa yang harus dilakukan, serta dari wawancara juga didapatkan data siswa yang pernah mengkonsumsi atau pernah terlibat dengan NAPZA, sehingga diperlukannya pendidikan kesehatan tentang NAPZA agar tidak ada kesalahpahaman siswa terhadap pengetahuan dan sikap remaja tentang NAPZA. Dan juga diharapkan tidak ada penyebar luasan kasus lagi setelah dilakukannya pendidikan kesehatan tentang NAPZA. Peneliti mengawalinya melalui studi pendahuluan dengan mengajukan pertanyaan

kepada 12 murid yang terdiri dari 6 siswa dan 6 siswi tentang pengertian, tujuan dan sikap apa yang akan dilakukan serta pencegahan dari penyalahgunaan NAPZA dikalangan para remaja, dan diketahui bahwa mereka masih minim informasi tentang NAPZA serta masih belum faham mengenai sikap apa yang harus dilakukan terhadap penanganan NAPZA khususnya dikalangan para remaja itu sendiri serta masih belum mengerti tindakan penanggulangannya.

B. Rumusan Masalah

Apakah Ada Pengaruh Pendidikan Kesehatandengan Metode Ceramah dan Leaflet Terhadap Pengetahuan dan Sikap Remaja Tentang NAPZA pada Siswa Jurusan Teknik Komputer jaringan di SMK Istiqomah Muhammadiyah 4 Samarinda?

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Pengaruh PendidikanKesehatandengan Metode Ceramah dan Leaflet Terhadap Pengetahuan dan Sikap Remaja Tentang NAPZA pada Siswa Jurusan Teknik Komputer jaringan di SMK Istiqomah Muhammadiyah 4 Samarinda.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi pengetahuan dan sikap siswa tentang NAPZA

sebelum dan sesudah diberikan intervensi metode ceramah dan media leaflet

- b. Menganalisis perbedaan tingkat pengetahuan dan sikap siswa sebelum dan sesudah diberikan intervensi metode ceramah
- c. Menganalisis perbedaan tingkat pengetahuan dan sikap siswa sebelum dan sesudah diberikan intervensi media leaflet
- d. Menganalisis perbedaan pengaruh metode ceramah dan media leaflet terhadap pengetahuan dan sikap remaja tentang NAPZA

D. Manfaat penelitian

1. Manfaat Teoritis

- a. Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan referensi, dalam meningkatkan khazanah ilmu pengetahuan dalam bidang kesehatan khususnya tentang NAPZA
- b. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan akurasi data terbaru serta dalam bidang penelitian lainnya.

2. Manfaat praktis

a. Bagi Peneliti

Dengan melakukan penelitian ini, peneliti dapat mengetahui bagaimana tingkat pengetahuan dan sikap remaja Jurusan Teknik Komputer jaringan di SMK Istiqomah 4 Muhammadiyah 4 Samarinda

b. Bagi Responden

Penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan remaja tentang NAPZA, sehingga remaja dapat bersikap positif dan dapat mencegah terjadinya kesalahpahaman tentang NAPZA

c. Bagi Institusi Pendidikan

Menjadi acuan, masukan, serta pertimbangan dalam rangkakerjasama lintas sektoral dibidang kesehatan khususnya promosi kesehatan tentang NAPZA.

d. Bagi Puskesmas

Dapat memberikan masukan tentang pentingnya program Kesehatan, sehingga dapat menjadi acuan tindak lanjut program promosi kesehatan (pendidikan kesehatan NAPZA) di puskesmas

E. Keaslian Penelitian

1. Pesonawati (2014) dengan judul penelitian pengaruh penyuluhan kesehatan terhadap sikap remaja tentang bahaya narkoba di SMA Negeri 2 Sukoharjo. Penelitian ini menggunakan metode penelitian *Quasi Experiment* dengan rancangan *Pre test and Post test*. Besar sampel dalam penelitian ini adalah sebanyak 88 responden yang dibagi menjadi 2 kelompok yaitu kelompok penyuluhan dan kelompok kontrol. Kriteria inklusi adalah siswa siswi kelas XI SMA

Negri 2 sukoharjo. Analisis data yang digunakan adalah uji t tidak berpasangan.

Perbedaan dengan penelitian ini adalah terletak pada variabel yang diteliti, populasi, dan jumlah sampel, kemudian tempat penelitian. Penelitian ini menggunakan metode intervensi media ceramah dan leaflet dengan rancangan *non-equivalent control group design*. Menggunakan 2 kelompok yaitu kelompok eksperimen (ceramah) kelompok kontrol (leaflet), serta populasinya adalah seluruh siswa kelas X,XI,XII jurusan Teknik Komputer Jaringan di SMK Istiqomah Muhammadiyah 4 Samarinda yang berjumlah 84 siswa, dan pengambilan sampel menggunakan rumus *proportionate stratified random sampling*.

2. Munawarohdan Sulistyorini(2010) dengan judul efektifitas metode ceramah dan leaflet dalam peningkatan pengetahuan remaja tentang seks bebas di SMA Negeri Ngrayun. Jenis penelitian ini adalah *Quasi eksperiment* dan rancangan penelitiannya adalah *pare test and post test group design* yaitu peneliti melakukan penggalan pengetahuan tentang sex bebas, kemudian group I diberi penyuluhan dengan metode ceramah dan group II dengan metode leaflet. Untuk mengetahui peningkatannya kedua group dilakukan *post test*. Penelitian ini dilakukan di SMA Ngrayun

Kabupaten Ponorogo dengan jumlah sampel 126 siswa yang dibagi menjadi dua kelompok yaitu kelompok leaflet dan kelompok ceramah, dimana masing-masing kelompok ada 63 siswa. Peneliti dalam menyebarkan kuesioner dilakukan secara bersama-sama baik pada kelompok ceramah maupun kelompok leaflet.

Perbedaan dengan penelitian ini adalah terletak pada populasi, jumlah sampel, dan tempat penelitian. Penelitian ini menggunakan metode *Quasi Eksperimen* dengan rancangan non-equivalent control group design. Memakai 2 kelompok yaitu kelompok eksperimen, dan kelompok kontrol, populasinya adalah seluruh siswa kelas X,XI,XII jurusan Teknik Komputer Jaringan di SMK Istiqomah Muhammadiyah 4 Samarinda yang berjumlah 84 siswa, dan menggunakan rumus *proportionate stratified random sampling*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. NAPZA

a. Pengertian

Lydia dan Satya (2006) menerangkan Narkoba atau Napza adalah obat/bahan/zat, yang bukan tergolong makanan. Jika diminum, dihirup, dihisap, ditelan atau disuntikkan, berpengaruh terutama pada kerja otak (Susunan Saraf Pusat), dan sering menyebabkan ketergantungan. Akibatnya, kerja obat berubah (menurun dan meningkat). Demikian pula fungsi vital organ tubuh lain (jantung, peredaran darah, pernapasan, dll). (Azmiyati, 2014)

NAPZA adalah bahan/ zat/ obat yang bila masuk ke dalam tubuh manusia akan mempengaruhi tubuh terutama otak/ susunan saraf pusat, sehingga menyebabkan gangguan kesehatan fisik, psikis, dan fungsi sosialnya karena terjadi kebiasaan, ketagihan (adiksi) serta ketergantungan (dependensi) terhadap NAPZA. Penyalahgunaan NAPZA adalah penggunaan salah satu atau beberapa jenis NAPZA secara berkala atau teratur diluar indikasi

medis, sehingga menimbulkan gangguan kesehatan fisik, psikis dan gangguan fungsi sosial.

b. Jenis-jenis Narkoba/NAPZA

Karena bahaya ketergantungan, penggunaan, dan peredaran narkoba diatur dalam undang-undang, yaitu Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1997 tentang Narkotika, Undang-Undang Nomor 5 Tahun 1997 tentang Psikotropika. Penggolongan jenis-jenis narkoba berikut didasarkan pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.

1. Narkotika

Narkotika adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman baik sintesis maupun semisintesis yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri, dan dapat menimbulkan ketergantungan. Narkotika terdiri dari 3 golongan, yaitu :

a. *Golongan I* : Narkotika yang hanya dapat digunakan untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan dan tidak digunakan dalam terapi, serta mempunyai potensi sangat tinggi mengakibatkan ketergantungan. Contoh : heroin,

kokain, dan ganja.



Gambar 2.1 Lidya & Satya (2006) narkotika golongan I

b. *Golongan II* : Narkotika yang berkhasiat pengobatan, digunakan sebagai pilihan terakhir dan dapat digunakan dalam terapi dan / atau untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi tinggi mengakibatkan ketergantungan Contoh : morfin, pethidin,



Gambar 2.2 Lidya & Satya (2006) narkotika golongan II

c. *Golongan III* : Narkotika yang berkhasiat pengobatan dan banyak digunakan dalam terapi dan / atau tujuan pengembangan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi ringan mengakibatkan ketergantungan. Contoh : codein.



Gambar 2.3 Lidya & Satya (2006) narkotika golongan III

2. Psikotropika

Psikotropika adalah zat atau obat, baik alamiah maupun sintetis bukan Narkotika yang bersifat psikoaktif melalui pengaruh selektif pada susunan syaraf pusat yang menyebabkan perubahan khas pada aktifitas mental dan perilaku.

Menurut penjelasan Undang-Undang tersebut, Psikotropika dibedakan dalam empat golongan sebagai berikut :

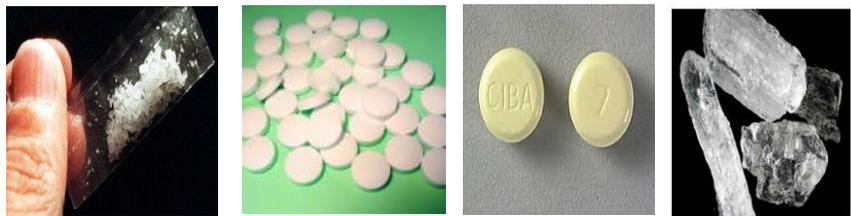
a. *Psikotropika Golongan I* : Psikoatropika yang hanya dapat digunakan untuk tujuan ilmu pengetahuan dan bukan untuk terapi serta mempunyai potensi yang sangat kuat, mengakibatkan sindroma ketergantungan. Contoh: ekstasi, (LSD) Lysergic Acid Dyethylamide.



Sumber Gambar 2.4 BNN (2008) psikotropika golongan I

b. *Psikotropika Golongan II* : Psikotropika yang digunakan

dalam terapi atau tujuan pengembangan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi kuat mengakibatkan sindroma ketergantungan. Contoh : amphetamine, metilfenidat, ritalin, fensiklidin, metamfetamin.



Sumber Gambar 2.5 BNN (2008)psikotropika golongan II

c. *Psikotropika Golongan III* : Psikotropika yang banyak digunakan dalam terapi dan untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi yang kuat mengakibatkan sindrom ketergantungan. Contoh : penobarbital, flunitrazepam.



Sumber Gambar 2.6 BNN (2008) psikotropika golongan

III

d. *Psikotropika Golongan IV* : Psikotropika yang berkhasiat untuk pengobatan dan sangat luas digunakan dalam terapi atau untuk ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi ringan, mengakibatkan sindroma ketergantungan. Contoh : pil koplo, MG, nitrazepam (pil BK, dum) pil nipam.



Sumber Gambar 2.7 BNN (2008) psikotropika golongan IV

3. Zat adiktif

Menurut Jazuli (2007) zat adiktif adalah zat atau bahan kimia yang apabila masuk kedalam tubuh manusia akan mempengaruhi tubuh, terutama susunan syaraf pusat, sehingga menyebabkan perubahan aktivitas mental, emosional, dan perilaku. Apabila digunakan secara terus menerus akan dapat menimbulkan kecanduan.

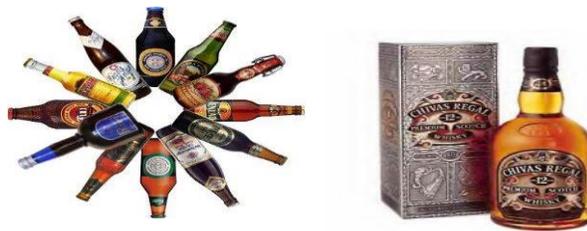
Yang dimaksud zat adiktif adalah bahan atau zat yang terpengaruh psikoaktif selain narkotika dan psikotropika. Yang

termasuk dalam zat adiktif ini selain narkotika dan psikotropika adalah :

a. Minuman alkohol

Mengandung ethanol yang berpengaruh menekan susunan syaraf pusat. Jika digunakan sebagai campuran dengan Narkotika atau Psikotropika memperkuat pengaruh zat itu dalam tubuh manusia. Ada 3 golongan minuman beralkohol, yakni :

1. Golongan A : kadar ethanol antara 1%-5% (bir)
2. Golongan B : kadar ethanol antara 5%-20% (minuman anggur)
3. Golongan C : kadar ethanol antara 20%-45% (minuman keras)



Gambar 2.8 BNN (2008) zat adiktif alcohol

b. *Inhalasia*

Gas yang dihirup dan solvent (zat pelarut) mudah menguap berupa senyawa organik pada barang keperluan rumah tangga, kantor, dan sebagai bahan bakar mesin. Yang paling sering disalahgunakan antara lain lem, thinner, penghapus cat kuku, bensin.



Gambar 2.9 BNN (2008) zat adiktif inhalasia

c. *Tembakau*

Masyarakat kita cukup banyak mengonsumsi tembakau yang mengandung nikotin. Nikotin itulah yang menyebabkan perokoknya merasa ketagihan. Nikotin dalam rokok merupakan zat adiktif tingkat sedang. Maka dia akan merasa loyo, tidak produktif, tidak konsentrasi. Pada remaja, rokok sering menjadi pemula penyalahgunaan napza lain yang lebih berbahaya.



Gambar 2.10 BNN (2008) zat adiktif tembakau

- d. Kafein pada kopi minuman penambah energi dan obat sakit kepala tertentu.



Gambar 2.11 BNN (2008) zat adiktif kafein

Penggolongan Narkotika, Psikotropika, dan Zat adiktif lain menurut *World Health Organisation* (WHO,1993) dibawah ini didasarkan atas pengaruhnya terhadap tubuh manusia :

1. *Opioda* (mengurangi rasa nyeri dan menyebabkan mengantuk, atau turunnya kesadaran. Contoh : opium, morfin, heroin, dan petidin).
2. *Ganja* / mariyuana, hasis (menyebabkan perasaan riang, meningkatkan daya khayal, dan berubahnya perasaan

waktu).

3. *Kokain* dan *daun koka*, tergolong stimulasi (meningkatkan aktifitas otak/fungsi organ tubuh lain).
4. *Golongan Amfetamin* (stimulasi) : amfetamin, ekstasi, sabu (metamfetamin).
5. *Alkohol*, yang terdapat pada minuman keras.
6. *Halusinogen*, memberikan halusinasi (khayal). Contoh : LSD
7. *Sedativa* dan *Hipnotika* (obat penenang/obat tidur, seperti pil BK, MG).
8. *PCP* (fensiklidin).
9. *Solven* dan *inhalasi* : gas atau uap yang dihirup, Contoh tiner dan lem.
10. *Nikotin*, terdapat pada tembakau (termasuk stimulasi).
11. *Kafein* (stimulasi), terdapat dalam kopi, berbagai jenis obat penghilang rasa sakit atau nyeri, dan minuman kola.

c. Cara Kerja Narkoba dan Pengaruhnya pada Otak

Narkoba berpengaruh pada bagian otak yang bertanggung jawab atas kehidupan perasaan, yang disebut *Sistem Limbus*. *Hipotalamus*-pusat kenikmatan pada otak adalah bagian dari sistem limbus. Narkoba menghasilakan perasa "high"

dengan mengubah susunan biokimia molekul pada sel otak yang disebut *neuro-transmitter*.

dapat dikatakan, otak bekerja dengan motto *jika merasa enak, lakukanlah*. Otak kita memang dilengkapi dengan alat untuk menguatkan rasa nikmat dan menghindari rasa sakit atau tidak enak, guna membantu kita memenuhi kebutuhan dasar manusia, seperti rasa lapar, haus, rasa hangat, dan tidur. Mekanisme ini merupakan mekanisme pertahanan diri. Jika kita lapar, otak menyampaikan pesan agar mencari makan yang kita butuhkan. Kita berupaya mencari makanan itu, dan mendapatkannya di atas segala-galanya. Kita rela meninggalkan pekerjaan dan kegiatan lain, demi memperoleh makanan itu.

(Lydia & Satya, 2006)

d. Dampak dari NAPZA

Bila narkoba digunakan secara terus menerus atau melebihi takaran yang telah ditentukan akan mengakibatkan ketergantungan. Kecanduan inilah yang akan mengakibatkan gangguan fisik dan psikologis, karena terjadinya kerusakan pada sistem syaraf pusat (SSP) dan organ-organ tubuh seperti jantung, paru-paru, hati dan ginjal. Dampak penyalahgunaan

narkoba pada seseorang sangat tergantung pada jenis narkoba yang dipakai, kepribadian pemakai dan situasi atau kondisi pemakai. Menurut Hawari (2004) secara umum, dampak kecanduan narkoba dapat terlihat pada fisik, psikis maupun sosial seseorang.

a. Dampak penyalahgunaan narkoba terhadap fisik:

1. Gangguan pada system syaraf (neurologis) seperti: kejang-kejang, halusinasi, gangguan kesadaran, kerusakan syaraf tepi.
2. Gangguan pada jantung dan pembuluh darah (kardiovaskuler) seperti: infeksi akut otot jantung, gangguan peredaran darah
3. Gangguan pada kulit (dermatologis) seperti: penanahan (abses), alergi, eksim
4. Gangguan pada paru-paru (pulmoner) seperti: penekanan fungsi pernapasan, kesukaran bernafas, pengerasan jaringan paru-paru Sering sakit kepala, mual-mual dan muntah, murus-murus, suhu tubuh meningkat, pengecilan hati dan sulit tidur

5. Dampak penyalahgunaan narkoba terhadap kesehatan reproduksi adalah gangguan pada endokrin, seperti: penurunan fungsi hormon reproduksi (estrogen, progesteron, testosteron), serta gangguan fungsi seksual. Dampak penyalahgunaan narkoba terhadap kesehatan reproduksi pada remaja perempuan antara lain perubahan periode menstruasi, ketidakteraturan menstruasi, dan amenorhoe (tidak haid). Bagi pengguna narkoba melalui jarum suntik, khususnya pemakaian jarum suntik secara bergantian, risikonya adalah tertular penyakit seperti hepatitis B, C, dan HIV yang hingga saat ini belum ada obatnya. Penyalahgunaan narkoba bisa berakibat fatal ketika terjadi over dosis yaitu konsumsi narkoba melebihi kemampuan tubuh untuk menerimanya. Over dosis bisa menyebabkan kematian.

b. Dampak penyalahgunaan narkoba terhadap psikis:

1. Lamban kerja, ceroboh kerja, sering tegang dan gelisah
2. Hilang kepercayaan diri, apatis, pengkhayal, penuh curiga

3. Agitatif, menjadi ganas dan tingkah laku yang brutal
 4. Sulit berkonsentrasi, perasaan kesal dan tertekan
 5. Cenderung menyakiti diri, perasaan tidak aman, bahkan bunuh diri
- c. Dampak penyalahgunaan narkoba terhadap lingkungan social:
1. Gangguan mental, anti-sosial dan asusila, dikucilkan oleh lingkungan
 2. Merepotkan dan menjadi beban keluarga
 3. Pendidikan menjadi terganggu, masa depan suram

e. Akibat penyalahgunaan Narkoba

Menurut Lydia dan Satya, (2006) menjelaskan akibat penyalahgunaan narkoba terbagi kedalam beberapa hal :

1. Bagi Diri Sendiri

- a. Terganggunya fungsi otak dan perkembangan normal remaja:
 1. *Daya ingat* sehingga mudah lupa
 2. *Perhatian* sehingga susah berkonsentrasi

3. *Perasaan* sehingga tak dapat bertindak rasional dan impulsif.

4. *Persepsi* sehingga keinginan dan kemampuan belajar merosot, persahabatan rusak, minat dan cita-cita semula padam.

Oleh karena itu, narkoba menyebabkan perkembangan mental-emosional dan sosial remaja terhambat. Bahkan, ia mengalami kemunduran perkembangan.

b. *Intoksikasi (keracunan)*, yaitu gejala yang timbul akibat pemakaian narkoba dalam jumlah yang cukup berpengaruh pada tubuh pelakunya. Gejalanya tergantung jenis, jumlah, dan cara penggunaan. Istilah yang sering dipakai pecandu adalah *pedaw, fly, mabuk, teler, high*, dan sebagainya.

c. *Overdosis (OD)*, dapat menyebabkan kematian karena terhentinya pernapasan (heroin) atau perdarahan otak (amfetamin, sabu). OD terjadi karena toleransi, maka perlu dosis yang lebih besar, atau karena sudah lama berhenti pakai, lalu memakai lagi dengan dosis yang dahulu digunakan.

- d. *Gejala putus zat*, yaitu gejala ketika dosis yang dipakai berkurang atau dihentikan pemakaiannya, berarti ringan gejala bergantung jenis zat, dosis, dan lama pemakaian.
- e. *Berulang kali kambuh*, yaitu ketergantungan yang menyebabkan craving (rasa rindu pada narkoba), walaupun telah berhenti pakai. Narkoba dan perangkatnya, kawan-kawan, suasana, dan tempat-tempat penggunaannya dahulu mendorongnya untuk memakai narkoba kembali. Itu sebabnya pecandu akan berulang kali kambuh.
- f. *Gangguan perilaku/mental-sosial*, sikap atuh tak acuh, sulit mengendalikan diri, mudah tersinggung, marah, menarik diri dari pergaulan, hubungan dengan keluarga dan sesama terganggu. Terjadi perubahan mental, diantaranya gangguan pemusatan perhatian, motivasi belajar/bekerja lemah, ide paranoid, gejala parkinson.
- g. *Gangguan kesehatan*, yaitu kerusakan atau gangguan fungsi organ tubuh seperti hati, jantung, paru, ginjal, kelenjar endokrin, alat reproduksi, infeksi hepatitis B/C (80%), HIV/AIDS (40-50%), penyakit kulit dan kelamin, kurang gizi, penyakit kulit, dan gigi berlubang.

- h. Kendornya nilai-nilai*, mengendornya nilai-nilai kehidupan agama, sosial, budaya, seperti perilaku seks bebas dengan akibatnya (penyakit kelamin, kehamilan yang tak diinginkan). Sopan santun hilang. Ia menjadi asosial, mementingkan diri sendiri, dan tidak memedulikan kepentingan orang lain.
- i. Keuangan dan hukum*, yaitu keuangan menjadi kacau, karena harus memenuhi kebutuhannya akan narkoba. Itu sebabnya ia mencuri, menipu, dan menjual barang-barang milik sendiri atau orang lain. Jika masih sekolah, uang sekolah digunakan untuk membeli narkoba sehingga ia terancam terputus sekolah, disamping nilai-nilai raport menrosot. Ia juga terkesan sanksi hukum (ditahan, dipenjara, atau didenda).

2. Bagi Keluarga

Suasana hidup nyaman dan tenteram menjadi terganggu. Membuat keluarga resah karena barang-barang berharga dirumah hilang. Anak berbohong, mencuri, menipu, bersikap kasar, acuh tak acuh dengan urusan keluarga, tidak bertanggung jawab, hidup semaunya, dan asosial.

Orang tua malu karena memiliki anak pecandu, merasa bersalah, tetapi juga sedih dan marah. Perilakunya ikut berubah

sehingga fungsi keluarga terganggu. Mereka berusaha menutupi perbuatan anak agar tidak diketahui oleh orang luar.

Orang tua menjadi putus asa karena masa depan anak tidak jelas. Anak putus sekolah atau menganggur, karena dikeluarkan dari sekolah atau pekerjaan. Stres meningkat dan membuat kehidupan ekonomi morat-marit. Pengeluaran uang meningkat karena pemakaian narkoba atau karena harus berulang kali dirawat, bahkan mungkin mendekam dipenjara. Keluarga harus menanggung beban ekonomi ini.

3. Bagi Sekolah

Narkoba merusak disiplin dan motivasi yang sangat penting bagi proses belajar. Siswa penyalahguna narkoba mengganggu suasana belajar-mengajar dikelas dan prestasi belajar turun drastis. Penyalahgunaan narkoba juga berkaitan dengan kenakalan dan putus sekolah. Kemungkinan siswa penyalahguna membolos lebih besar daripada siswa lainnya.

Penyalahgunaan narkoba berhubungan dengan kejahatan dan perilaku asosial lain yang mengganggu suasana tertib dan aman, perusakan barang-barang milik sekolah, meningkatnya perkelahian. Mereka juga menciptakan iklim acuh

tak acuh dan tidak menghormati pihak lain. Banyak diantara mereka menjadi pengedar atau pencuri barang milik teman atau karyawan sekolah.

4. Bagi Masyarakat, Bangsa dan Negara

Mafia perdagangan gelap selalu berusaha memasok narkoba. Terjalin hubungan antara pengedar/bandar dan korban sehingga tercipta pasar gelap. Oleh karena itu, sekali pasar terbentuk, sulit memutus mata rantai pengedarnya. Masyarakat yang rawan narkoba memiliki daya tahan, sehingga kesinambungan pembangunan terancam. Negara menderita kerugian karena masyarakatnya tidak produktif dan tingkat kejahatan meningkat, belum lagi sarana dan prasarana yang harus disediakan.

2. PENDIDIKAN KESEHATAN

a. Pengertian

Pendidikan kesehatan dalam arti pendidikan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain, baik individu, kelompok, atau masyarakat, sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan atau promosi kesehatan. Dan batasan ini tersirat unsur-unsur

input (sasaran dan pendidik dari pendidikan), proses (upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain) dan output (melakukan apa yang diharapkan). Hasil yang diharapkan dari suatu promosi atau pendidikan kesehatan adalah perilaku kesehatan, atau perilaku untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang kondusif oleh sasaran dari promosi kesehatan (Notoadmojo, 2012).

b. Tujuan Pendidikan Kesehatan

Green dalam Notoadmojo (2012) menerangkan, promosi kesehatan mempengaruhi 3 faktor penyebab terbentuknya perilaku tersebut yaitu:

1. Promosi kesehatan dalam faktor-faktor predisposisi

Promosi kesehatan bertujuan untuk mengunggah kesadaran, memberikan atau meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang pemeliharaan dan peningkatan kesehatan bagi dirinya sendiri, keluarganya maupun masyarakatnya. Disamping itu, dalam konteks promosi kesehatan juga memberikan pengertian tentang tradisi, kepercayaan masyarakat dan sebagainya, baik yang merugikan maupun yang menguntungkan kesehatan. Bentuk promosi ini dilakukan

dengan penyuluhan kesehatan, pameran kesehatan, iklan-iklan layanan kesehatan, billboard, dan sebagainya.

2. Promosi kesehatan dalam faktor-faktor enabling

(penguat)

Bentuk promosi kesehatan ini dilakukan agar masyarakat dapat memberdayakan masyarakat agar mampu mengadakan sarana dan prasarana kesehatan dengan cara memberikan kemampuan dengan cara bantuan teknik, memberikan arahan, dan cara-cara mencari dana untuk pengadaan sarana dan prasarana.

3. Promosi kesehatan dalam faktor reinforcing (pemungkin)

Promosi kesehatan pada faktor ini bermaksud untuk mengadakan pelatihan bagi tokoh agama, tokoh masyarakat, dan petugas kesehatan sendiri dengan tujuan agar sikap dan perilaku petugas dapat menjadi teladan, contoh atau acuan bagi masyarakat tentang hidup sehat.

c. Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

Menurut Mubarak (2006) menjelaskan bahwa ruang lingkup pendidikan kesehatan yaitu :

1. Dimensi Sasaran

- a. Pendidikan kesehatan individual dengan sasaran individu.
- b. Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok.
- c. Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat.

2. Dimensi Tempat Pelaksanaannya

- a. Pendidikan kesehatan disekolah, dilakukan disekolah dengan sasaran murid yang pelaksanaannya diintegrasikan dengan Unit Kesehatan Sekolah (UKS).
- b. Pendidikan kesehatan dipelayanan kesehatan, dilakukan di Pusat Kesehatan Masyarakat, Balai Kesehatan, Rumah Sakit Umum maupun khusus dengan sasaran pasien dan keluarga.
- c. Pendidikan kesehatan ditempat-tempat kerja dengan sasaran buruh atau karyawan.

3. Tingkat Pelayanan Pendidikan Kesehatan

- a. Promosi kesehatan (*Health Promotion*).
- b. Perlindungan khusus (*Specific Protection*).
- c. diagnosa dini dan pengobatan segera (*Early Diagnosis and Prompt Treatment*)
- d. Pembatasan cacat (*Disability Limitation*).

e. Rehabilitasi (*Rehabilitation*).

d. Metode pembelajaran dalam pendidikan kesehatan

Metode pendidikan kesehatan pada dasarnya merupakan pendekatan yang digunakan dalam proses pendidikan untuk penyampaian pesan kepada sasaran pendidikan kesehatan, yaitu individu, kelompok/keluarga dan masyarakat. Metode pembelajaran dalam pendidikan kesehatan dapat berupa metode pendidikan individu, metode pendidikan kelompok, dan metode pendidikan masa.

Suatu metode pembelajaran dalam pendidikan kesehatan dipilih berdasarkan tujuan pendidikan kesehatan, kemampuan individu/keluarga/kelompok/masyarakat, besarnya kelompok, waktu pelaksanaan pendidikan kesehatan, serta ketersediaan fasilitas pendukung.

Menurut Notoatmodjo (2012) metode pendidikan kesehatan terbagi menjadi:

1. Metode pendidikan individual (perorangan)

Dalam pendidikan kesehatan, metode pendidikan kesehatan yang bersifat individual ini digunakan untuk membina

perilaku baru, atau seseorang yang telah tertarik pada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Dasar digunakannya pendekatan individual ini disebabkan karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut. Agar petugas kesehatan mengetahui dengan tepat maka perlu menggunakan metode ini. Metode atau pendekatan individu yang digunakan adalah:

a. Bimbingan dan penyuluhan (*guidance and counseling*)

Dengan cara ini kontak antara klien dengan petugas lebih intensif, setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat dikorek dan dibantu penyelesaiannya. Akhirnya klien tersebut dengan sukarela dan dengan kesadaran, penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut (mengubah perilaku).

Sebelum dilakukan konseling didahului dengan wawancara. Wawancara antara petugas kesehatan dengan klien untuk menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, ia tertarik atau belum, untuk mengetahui apakah perilaku yang sudah atau yang akan

diadopsi itu belum mempunyai dasar pengertian dan kesadaran yang kuat. Apabila belum maka perlu penyuluhan yang lebih mendalam.

2. Metode pendidikan kelompok

Dalam memilih metode pendidikan kelompok, harus mengingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal pada sasaran. Untuk kelompok yang besar metodenya akan lain dengan kelompok kecil. Efektifitas suatu metode akan tergantung pula pada besarnya sasaran pendidikan.

a. Kelompok besar

Yang dimaksud kelompok besar disini adalah apabila peserta penyuluhan itu lebih dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelompok besar itu, antara lain:

1. Ceramah

Menurut Sanjaya (2008) ceramah ialah cara menyajikan pelajaran melalui penuturan secara lisan atau penjelasan langsung pada sekelompok peserta didik. Metode ini baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi

maupun rendah. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menggunakan metode ceramah:

a. Persiapan

Ceramah akan berhasil apabila penceramah itu sendiri menguasai materi dari yang akan diceramahkan. Untuk itu penceramah harus mempersiapkan diri dengan:

1. Mempelajari materi dengan sistematika yang baik, lebih baik lagi kalau disimpan dalam diagram atau sketsa.
2. Menyiapkan alat-alat bantu pengajaran misalnya, makalah singkat, slide, transparan, *soundsystem* dan sebagainya.

b. Pelaksanaan

Kunci dari keberhasilan pelaksanaan ceramah adalah apabila penceramah tersebut dapat menguasai sasaran (dalam arti psikologis), penceramah dapat melakukan hal-hal sebagai berikut:

- a. Sikap dan penampilan yang meyakinkan, tidak boleh bersikap ragu-ragu, dan gelisah.
 - b. Suara hendaknya cukup keras dan jelas.
 - c. Pandangan harus tertuju keseluruhan peserta ceramah.
 - d. Berdiri didepan (dipertengahan), tidak boleh duduk.
 - e. Menggunakan alat-alat bantu lain semaksimal mungkin.
- c. Kelebihan dan kekurangan metode ceramah

Menurut Suryosubroto (2002) kelebihan metode ceramah diantaranya adalah :

1. *Guru dapat menguasai seluruh arah kelas*

Sebab guru semata-mata berbicara langsung sehingga ia dapat menentulan arah itu dengan jalan menetapkan sendiri apa yang akan diperbicarakan.

2. *Organisasi kelas menjadi sederhana*

Persiapan mudah dilakukan, guru hanya membutuhkan buku catatan atau bahan pelajaran yang akan diajarkan. Pembicaraan dapat dilakukan sambil duduk atau berdiri, murid-murid hanya perlu diam untuk mendengarkan dan mencatat hal-hal penting yang disampaikan.

Kekurangan metode ceramah diantara nya adalah:

1. Guru sukar mengetahui sampai dimana murid-murid telah mengerti pembicaraan.
2. Murid seringkali memberi pengertian lain dari hal yang dimaksudkan guru.

2. Seminar

Metode ini sangat cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah keatas. Seminar adalah suatu penyajian (presentasi) dari satu ahli atau beberapa ahli tentang suatu yang dianggap penting dan biasanya dianggap hangat di masyarakat.

b. Kelompok kecil

Apabila peserta kegiatan itu kurang dari 15 orang biasanya kita sebut kelompok kecil. Metode-metode yang cocok untuk kelompok kecil ini antara lain:

1. Diskusi kelompok

Dalam diskusi kelompok agar semua anggota kelompok dapat bebas berpartisipasi dalam diskusi, maka formasi duduk peserta diatur sedemikian rupa sehingga mereka dapat berhadapan-hadapan atau saling memandang satu sama lain, misalnya dalam bentuk lingkaran atau segi empat. Pimpinan diskusi/ penyuluh juga duduk diantara peserta sehingga tidak menimbulkan kesan ada yang lebih tinggi. Tepatnya mereka dalam taraf yang sama, sehingga tiap anggota kelompok ada kebebasan/ keterbukaan untuk mengeluarkan pendapat.

2. Curah pendapat (*Brain Storming*)

Metode ini merupakan modifikasi metode diskusi kelompok. Perinsipnya sama dengan metode diskusi

kelompok. Bedanya pada permulaan, pemimpin kelompok memancing dengan suatu masalah, kemudian tiap peserta memberikan jawaban-jawaban atau tanggapan (curah pendapat). Tanggapan atau jawaban-jawaban tersebut ditampung dan ditulis dalam *flipchart* atau papan tulis. Sebelum semua peserta mencurahkan pendapatnya tidak boleh diberi komentar oleh siapapun. Baru setelah semua anggota mengeluarkan pendapatnya, tiap anggota dapat mengomentari, dan akhirnya terjadilah diskusi.

3. Bola salju (*Snow balling*)

Kelompok dibagi dalam pasang-pasangan (1 pasang 2 orang). Kemudian dilontarkan suatu pertanyaan atau masalah, setelah lebih kurang 5 menit tiap 2 pasang bergabung menjadi satu. Mereka tetap mendiskusikan masalah tersebut dan kesimpulannya. Kemudian setiap 2 pasang yang sudah beranggotakan 4 orang ini bergabung lagi dengan pasangan lainnya dan demikian seterusnya akhirnya menjadi diskusi seluruh kelas.

4. Kelompok kecil-kecil (*Bruzz group*)

Kelompok langsung dibagi menjadi kelompok kecil-kecil kemudian dilontarkan suatu permasalahan sama/tidak dengan kelompok lain dan masing-masing kelompok mendiskusikan masalah tersebut. Selanjutnya kesimpulan dari tiap kelompok tersebut dicari kesimpulannya.

5. Bermain peran (*Role Play*)

Dalam metode ini beberapa anggota kelompok ditunjuk sebagai pemegang peran tertentu untuk memainkan peran, misalnya sebagai dokter puskesmas, perawat atau bidan dan sebagainya. Sedangkan anggota yang lain sebagai pasien atau anggota masyarakat. Mereka memperagakan misalnya bagaimana interaksi/komunikasi sehari-hari dalam melaksanakan tugas.

6. Permainan simulasi (*Simulation Game*)

Metode ini merupakan gambaran antara *Role Play* dengan diskusi kelompok. Pesan-pesan kesehatan

disajikan dalam beberapa bentuk permainan seperti permainan monopoli. Cara memaikannya persis seperti bermain monopoli dengan menggunakan dadu, gaco (petunjuk arah), selain beberan atau papan main. Beberapa orang menjadi pemain dan sebagian lagi berperan sebagai narasumber.

c. Metode pendidikan massa (*Public*)

Metode pendidikan (pendekatan) masa untuk mengkomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat yang sifatnya massa atau publik, maka yang paling tepat adalah pendekatan massa. Oleh karena sasaran pendidikan ini bersifat umum dalam arti tidak membedakan golongan umur, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan dan sebagainya, maka pesan-pesan kesehatan yang akan disampaikan harus dirancang sedemikian rupa sehingga dapat ditangkap oleh massa tersebut. Pendekatan ini biasanya digunakan untuk menggugah '*awareness*' atau kesadaran masyarakat terhadap suatu inovasi, belum begitu diharapkan sampai dengan perubahan perilaku.

Namun demikian bila sudah sampai berpengaruh terhadap perubahan perilaku adalah wajar.

Pada umumnya bentuk pendekatan (cara) massa ini tidak langsung. Biasanya menggunakan atau melalui media massa. Beberapa contoh metode ini, antara lain:

1. Ceramah umum (*public speaking*)

Pada acara tertentu, misalnya pada hari kesehatan nasional, menteri kesehatan atau penjabat kesehatan lainnya berpidato dihadapan massa untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan.

2. Pidato-pidato dan diskusi

Pada hakikatnya bentuk pendidikan kesehatan media massa adalah pidato-pidato dan diskusi tentang kesehatan melalui media elektronik baik TV maupun radio. Simulasi, dialog antara pasien dengan dokter atau petugas kesehatan lainnya tentang suatu penyakit atau masalah kesehatan melalui TV atau radio juga merupakan pendekatan pendidikan kesehatan massa. Contoh: 'Dokter OZ Indonesia' di televisi.

3. Sinetron 'Dokter Sartika' dalam acara tv tahun 1990-an juga merupakan bentuk pendekatan pendidikan kesehatan massa.
4. Tulisan-tulisan dimajalah atau koran, baik dalam bentuk artikel maupun tanya jawab/ konsultasi tentang kesehatan antara penyakit juga merupakan bentuk pendidikan kesehatan massa.
5. *Billboard*, yang di pasang di pinggir jalan, spanduk, poster, dan sebagainya juga bentuk pendekatan pendidikan kesehatan massa. Contoh: *Billboard* 'Ayo ke Posyandu'.

e. Media pembelajaran dalam pendidikan kesehatan

1. Pengertian Media

kata media berasal dari bahasa latin yaitu *medias* yang secara harfiah berarti "tengah, perantara, atau pengantar". Sedangkan menurut *Association Of Education and Communicatin Technology* (AECT) memberi batasan mengenai media sebagai segala bentuk yang digunakan untuk menyampaikan informasi. Secara lebih khusus,

pengertian media dalam proses belajar mengajar cenderung diartikan sebagai alat-alat grafis, fotografis, atau elektronis untuk menangkap, memproses, dan menyusun kembali informasi visual atau verbal. Sehingga dapat diartikan sebagai alat yang menyampaikan atau mengantarkan pesan-pesan pembelajaran (Arsyad, 2005).

2. Fungsi media pembelajaran

Pada umumnya fungsi utama media pembelajaran adalah sebagai sumber belajar. Fungsi-fungsi yang lain merupakan hasil pertimbangan pada kajian ciri-ciri umum yang dimilikinya, bahasa yang dipakai menyampaikan pesan dan dampak yang ditimbulkannya. Munadi (2013) analisis fungsi yang didasarkan pada medianya dan penggunaannya dibagi menjadi 5, yaitu:

a. Sebagai sumber belajar

Secara teknis media pembelajaran berfungsi sebagai sumber belajar. Dalam kalimat sumber belajar ini tersirat makna keaktifan, yakni sebagai penyalur, penyampai, penghubung dan lain-lain. Sumber belajar pada hakikatnya merupakan komponen sistem instruksional

yang meliputi, pesan, orang, bahan, alat, teknik dan lingkungan yang mana hal itu dapat mempengaruhi hasil belajar seseorang.

b. Fungsi semantik

Fungsi semantik diartikan sebagai kemampuan media dalam menambah perbendaharaan kata (simbol verbal) yang makna atau maksudnya benar-benar dipahami penerima pesan (tidak verbalistik).

c. Fungsi manipulatif

Fungsi manipulatif ini didasarkan pada ciri-ciri (karakteristik) umum yang dimilikinya (kemampuan merekam, menyimpan, melestarikan, merekonstruksi, dan mentransportasikan). Berdasarkan karakteristiknya ini, media memiliki 2 kemampuan, yakni:

1. Kemampuan media dalam mengatasi ruang dan waktu.

a. Kemampuan media menghadirkan objek atau peristiwa yang sulit dihadirkan dalam bentuk

aslinya, seperti peristiwa bencana alam, ikan paus melahirkan anak dan lain-lain.

b. Kemampuan media menjadikan objek atau peristiwa yang menyita waktu panjang menjadi singkat, seperti proses metamorfosis dan proses ibadah haji.

c. Kemampuan media menghadirkan kembali objek atau peristiwa yang telah terjadi, seperti peristiwa perang dunia 1 dan 2. Peristiwa tersebut dapat dituangkan dalam film, dramatisasi, dongeng, cerita bergambar dan lain-lain.

2. Kemampuan media dalam mengatasi keterbatasan inderawi manusia.

a. Membantu memahami objek yang sulit diamati karena terlalu kecil, seperti molekul, sel, atom dan lain-lain dengan memanfaatkan gambar, film dan lain-lain.

- b. Membantu memahami objek yang terlalu lambat atau terlalu cepat, seperti proses *metamorfosis*. Hal ini dapat memanfaatkan gambar.
- c. Membantu memahami objek yang membutuhkan kejelasan suara, seperti cara membaca Al-Qur'an sesuai dengan kaidah tajwid, yakni dengan cara memanfaatkan kaset (*tape recorder*).
- d. Membantu memahami objek yang terlalu kompleks, misalnya dengan memanfaatkan diagram, peta, grafik, dan lain-lain.

d. Fungsi psikologi

1. Fungsi atensi

Media dapat meningkatkan perhatian (*attention*) seseorang terhadap materi. Media yang tepat adalah media yang mampu menarik dan memfokuskan perhatian seseorang saat menerima materi. Dalam psikologi komunikasi, fenomena ini ketika kita memperhatikan rangsangan tertentu sambil

membuang rangsangan lainnya disebut perhatian selektif (*selective attention*).

2. Fungsi afektif

Fungsi afektif yakni, menggugah perasaan, emosi, dan tingkat penerimaan atau penolakan penerima pesan terhadap sesuatu. Media tepat guna dapat meningkatkan sambutan atau penerimaan seseorang terhadap stimulus tertentu. Sambutan atau penerimaan tersebut berupa kemauan. Hal lain dari penerimaan adalah munculnya tanggapan yakni berupa partisipasi siswa dalam keseluruhan proses pembelajaran secara sukarela, ini merupakan reaksi terhadap rangsangan yang diterima.

3. Fungsi kognitif

Seseorang yang belajar melalui media akan memperoleh dan menggunakan bentuk-bentuk representasi yang mewakili objek-objek yang dihadapi, baik objek itu berupa orang, benda, atau peristiwa. Objek itu direpresentasikan atau dihadirkan dalam diri seseorang melalui tanggapan, gagasan

atau lambang, yang dalam psikologi semuanya merupakan sesuatu yang bersifat mental.

4. Fungsi imajinatif

Media dapat mengembangkan dan meningkatkan imajinasi. Imajinasi (*Imagination*) berdasarkan kamus lengkap psikologi (CP. Chaplin, 1993:239, dalam Munadi, 2013:46) adalah proses menciptakan objek atau peristiwa tanpa pemanfaatan data sensoris. Imajinasi ini mencakup penimbulan atau kreasi objek-objek baru sebagai rencana bagi masa mendatang, atau dapat juga mengambil bentuk fantasi (khayalan) yang didominasi kuat sekali oleh pikiran-pikiran autistik.

5. Fungsi motivasi

Motivasi merupakan seni mendorong seseorang agar terdorong untuk melakukan kegiatan belajar sehingga tujuan pembelajaran tercapai. Dengan demikian, motivasi merupakan usaha pihak luar dalam hal ini tenaga kesehatan untuk mendorong, mengaktifkan

dan menggerakkan masyarakat secara sadar untuk terlibat secara aktif dalam proses pembelajaran.

e. Fungsi sosio-kultural

Fungsi media dilihat dari sosio-kultural, yakni mengatasi hambatan sosio-kultural antar peserta komunikasi dalam proses penyampaian pesan.

3. Klasifikasi Media Pembelajaran

Leshin, Pollock, dan Reigeluth (Arsyad, 2005) mengklasifikasikan media pembelajaran kedalam lima kelompok, yaitu:

- a. Media berbasis manusia : guru, instruktur, tutor, kegiatan kelompok.
- b. Media berbasis cetak, meliputi : buku penuntun, buku latihan, brosur, komik, *leaflet*.
- c. Media berbasis visual : buku, alat Bantu kerja, charts, grafik, peta, gambar.
- d. Media berbasis audio visual : film, video, program slide, televisi.

e. Media berbasis komputer : interaktif video.

Sedang Oemar Hamalik (Asnawir & Basyarudin, 2002) membagi media pembelajaran menjadi empat, yaitu:

a. Media Auditif, yaitu: radio, telepon, kaset recorder, piringan audio, dan sebagainya.

b. Media Visual: foto, gambar, lukisan, cetakan, grafik, dan sebagainya.

c. Media Audio-visual: film suara, televisi, video kaset.

d. Dramatisasi: bermain peran, sandiwara, boneka

Sedangkan Menurut Gagne (Daryanto, 2010), media diklasifikasikan menjadi tujuh kelompok, yaitu:

a. Benda untuk didemonstrasikan

b. Komunikasi lisan

c. Media cetak

d. Gambar diam

e. Gambar bergerak

f. Film bersuara

g. Mesin belajar

3. Media “*Leaflet*” dalam Pendidikan Kesehatan

Dalam proses belajar, pengetahuan seseorang akan diterima dengan melibatkan semua panca indera. Semakin banyak panca indera yang dilibatkan dalam menerima sesuatu, semakin kompleks pengetahuan yang didapatkan. Untuk mendapatkan pengetahuan yang kompleks dalam proses belajar diperlukan penggunaan media sebagai alat bantu yang disebut media komunikasi (Arsyad, 2005).

Kelebihan dan keterbatasan media leaflet yaitu:

a. Kelebihan media cetakan leaflet adalah:

1. Siswa dapat belajar dan maju sesuai dengan kecepatan masing-masing. Materi pelajaran dapat dirancang sedemikian rupa sehingga mampu memenuhi kebutuhan siswa, baik yang cepat maupun yang lamban membaca dan memahami. Namun, pada akhirnya siswa diharapkan dapat menguasai materi pelajaran itu.
2. Di samping dapat mengulangi materi dalam media berbentuk cetakan khususnya leaflet, siswa akan mengikuti urutan pikiran secara logis.

3. Perpaduan teks dan gambar dalam halaman cetak yang dikemas sedemikian rupa dapat menambah daya tarik, serta dapat memperlancar pemahaman informasi yang disajikan.

b. Keterbatasan media cetakan leaflet adalah:

1. Tidak dapat menampilkan gerak dalam media leaflet
2. Biaya percetakan mahal apabila ingin menampilkan ilustrasi, gambar, atau foto yang berwarna.
3. Proses percetakan media sering kali memakan waktu lama.

(Notoatmojo, 2003) Menjelaskan Leaflet merupakan selebaran kertas yang berisi tulisan, gambar-gambar menarik yang membahas tentang suatu masalah. (Lucie, 2005) Leaflet Merupakan bentuk penyampaian informasi kesehatan melalui lembaran yang dilipat, adapun keuntungan dan kelemahannya:

a. Keuntungan menggunakan media ini antara lain: sasaran dapat menyesuaikan dan belajar mandiri serta praktis karena mengurangi kebutuhan mencatat, sasaran dapat melihat isinya disaat santai dan sangat ekonomis, berbagai informasi dapat diberikan atau dibaca oleh anggota kelompok sasaran, sehingga bisa didiskusikan, dapat memberikan informasi

yang detail yang mana tidak diberikan secara lisan, mudah dibuat, diperbanyak dan diperbaiki serta mudah disesuaikan dengan kelompok sasaran.

- b. Kelemahan dari leaflet yaitu : tidak cocok untuk sasaran individu per individu, tidak tahan lama dan mudah hilang, *leaflet* akan menjadi percuma jika sasaran tidak diikutsertakan secara aktif, serta perlu proses pengandaan yang baik.

3. PENGETAHUAN

a. Pengertian

Pengetahuan adalah informasi atau maklumat yang diketahui atau disadari oleh seseorang. Dalam pengertian lain, pengetahuan adalah berbagai gejala yang ditemui dan diperoleh manusia melalui pengamatan inderawi. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku seseorang (Notoatmodjo, 2005). Pengetahuan (*Knowledge*) adalah suatu proses dengan menggunakan pancaindra yang dilakukan seseorang terhadap objek tertentu dapat menghasilkan pengetahuan dan keterampilan (Hidayat, 2007).

Pengetahuan adalah segala sesuatu yang ada dikepala kita. Kita dapat mengetahui sesuatu berdasarkan pengalaman yang kita miliki. Selain pengalaman, kita juga menjadi tahu karena kita diberitahu oleh orang lain. Pengetahuan juga didapatkan dari tradisi (Prasetyo, 2007).

b. Tingkat Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2005) ada 6 (enam) tingkatan pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif, yaitu:

1) Tahu (*know*)

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

2) Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat mengintegrasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan menyebutkan contoh menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang di pelajari.

3) Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah di pelajari pada situasi atau kondisi *real* (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

4) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat

menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.

5) Sintesis (*sintesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru. Misalnya, dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkas, dapat menyesuaikan, dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

6) Evaluasi (*evaluation*)

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

c. Sumber-Sumber Pengetahuan

Menurut Suhartono (2008), sumber-sumber pengetahuan ada 5 (lima), yaitu :

1. Sumber *pertama*, yaitu kepercayaan berdasarkan tradisi, adat, istiadat, dan agama, adalah berupa nilai-nilai warisan nenek moyang. Sumber ini biasanya berbentuk norma-norma dan kaidah-kaidah baku yang berlaku di dalam kehidupan sehari-hari. Di dalam norma dan kaidah itu terkadang pengetahuan yang kebenarannya boleh jadi, tidak dapat dibuktikan secara rasional dan empiris. Tetapi sulit dikritik untuk diubah begitu saja. Jadi, harus diikuti dengan tanpa keraguan dengan percaya secara bulat. Pengetahuan yang bersumber dari kepercayaan cenderung bersifat tetap tetapi subjektif.
2. Sumber *kedua*, yaitu pengetahuan yang berdasarkan pada otoritas kesaksian orang lain, juga masih diwarnai oleh kepercayaan pihak-pihak pemegang otoritas kebenaran. Pengetahuan yang dapat dipercayai adalah orang tua, guru, ulama, orang yang dituakan, dan sebagainya. Apa pun yang mereka katakan benar atau salah, baik atau buruk, dan indah atau jelek, pada umumnya diikuti dan dijalankan dengan patuh tanpa kritik karena kebanyakan orang telah mempercayai mereka sebagai orang-orang yang cukup berpengalaman dan berpengetahuan lebih luas dan benar. Boleh jadi sumber pengetahuan ini mengandung kebenaran, tetapi persoalannya

terletak pada sejauh mana orang-orang itu bisa dipercaya. Lebih dari itu, sejauh mana kesaksian pengetahuannya itu merupakan hasil pemikiran dan pengalaman yang telah teruji kebenarannya. Jika kesaksiannya adalah kebohongan, hal ini akan membahayakan kehidupan manusia dan masyarakat itu sendiri.

3. Sumber *ketiga*, yaitu pengalaman indrawi. Bagi manusia, pengalaman indrawi adalah vital penyelenggara kebutuhan hidup sehari-hari. Dengan mata, telinga, hidung, lidah, dan kulit orang bisa menyaksikan secara langsung dan bisa pula melakukan kegiatan hidup.
4. Sumber *keempat* yaitu akal pikiran. Berbeda dengan panca indera, akal pikiran memiliki sifat lebih rohani karena lingkup kemampuannya melebihi panca indera yang menembus batas-batas fisis sampai pada hal-hal yang bersifat metafisis. Kalau panca indera hanya mampu menangkap hal-hal yang fisis menurut sisi tertentu yang satu persatu dan berubah-ubah, maka akal pikiran mampu menangkap hal-hal yang metafisis, spiritual, abstrak, universal, yang seragam, dan yang bersifat tetap. Tetapi tidak berubah-ubah. Oleh sebab itu, akal pikiran senantiasa bersikap meragukan kebenaran

pengetahuan indrawi sebagai pengetahuan semu menyesatkan. Singkatnya akal pikiran cenderung memberikan pengetahuan yang lebih umum, objektif, dan pasti serta bersifat tetap tidak berubah-ubah.

5. Sumber *kelima* yaitu intuisi. Sumber ini berupa gerak hati yang paling dalam. Jadi, sangat bersifat spiritual, melampaui ambang batas ketinggian akal pikiran dan kedalaman pengalaman. Pengetahuan yang bersumber dari intuisi merupakan pengalaman batin yang bersifat langsung. Artinya, tanpa melalui sentuhan indera maupun olah akal pikiran ketika dengan serta merta seseorang memutuskan untuk berbuat atau tidak berbuat dengan tanpa alasan yang jelas. Maka ia berada di dalam pengetahuan yang intuitif. Dengan demikian, pengetahuan intuitif ini kebenarannya tidak dapat di uji baik menurut ukuran pengalaman indrawi maupun akal pikiran. Karena itu tidak bisa berlaku umum, hanya berlaku secara personal belaka.

d. Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden

kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkat-tingkat tersebut (Notoatmodjo, 2007).

e. Faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Notoatmodjo (2005) Ada beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang antara lain:

1. Faktor internal

a) Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju kearah cita-cita tertentu yang menentukan manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupan untuk mencapai keselamatan dan kebahagiaan (Wawan dan Dwi, 2010). Pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi (Nursalam, 2011).

b) Pengalaman

Pengalaman belajar dalam bekerja yang dikembangkan memberikan pengetahuan dan keterampilan profesional serta pengalaman belajar selama bekerja akan dapat mengembangkan

kemampuan mengambil keputusan yang merupakan manifestasi dari keterpaduan menalar secara ilmiah dan etik yang bertolak dari masalah nyata dalam bidang keperawatan.

c) Usia

Menurut, (Wawan dan Dewi, 2010) semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat seseorang yang lebih dewasa dipercaya dari orang yang belum tinggi kedewasaannya.

2. Faktor Eksternal

a) Faktor Lingkungan

Menurut Marnier yang dikutip (Nursalam 2003) lingkungan merupakan seluruh kondisi yang ada disekitar manusia pengaruhnya yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok.

b) Sosial Budaya

Sistem sosial budaya yang ada pada masyarakat dapat mempengaruhi dari sikap dalam menerima informasi.

f. Kriteria Tingkat Pengetahuan

Menurut Arikunto (2006) pengetahuan seseorang dapat diketahui dan diintresprestasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu :

- 1) Baik : Hasil Presentasi 76%-100%
- 2) Cukup : Hasil Presentasi 56%-75%
- 3) Kurang : Hasil Presentasi < 56%

4. SIKAP (Attitude)

a. Definisi

Sikap adalah merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek (Notoatmodjo, 2010). Sikap adalah pandangan-pandangan atau perasaan yang disertai kecenderungan untuk bertindak sesuai sikap objek tadi (dalam Wawan dan Dewi 2010). Sikap adalah evaluasi umum yang dibuat manusia terhadap dirinya sendiri, orang lain, obyek atau issue. (Azwar, 2011).

b. Komponen Sikap

Struktur sikap terdiri atas 3 komponen yaitu (Azwar, 2011).

1. Komponen kognitif

Merupakan representasi apa yang dipercayai oleh individu pemilik sikap, komponen kognitif berisi kepercayaan *stereo tipe* yang dimiliki individu mengenai sesuatu dapat disamakan penanganan (opini) terutama apabila menyangkut masalah isu atau problema yang kontroversi

2. Komponen afektif

Merupakan perasaan yang menyangkut aspek emosional. Aspek emosional inilah yang biasanya berakar paling dalam sebagai komponen sikap dan merupakan aspek yang paling bertahan terhadap pengaruh–pengaruh yang mungkin adalah mengubah sikap seseorang komponen afektif disamakan dengan perasaan yang dimiliki seseorang terhadap sesuatu.

3. Komponen Konatif

Merupakan aspek kecenderungan berperilaku tertentu sesuai dengan sikap yang dimiliki oleh seseorang dan berisi tendensi atau kecenderungan untuk bertindak / bereaksi terhadap sesuatu dengan cara-cara tertentu. Objek yang dihadapinya adalah logis untuk mengaharapkan bahwa sikap seseorang adalah dicerminkan dalam bentuk tendensi perilaku.

c. Tingkatan sikap

Sikap terdiri dari berbagai tingkatan yakni : (Notoatmojo, 2010)

1. Menerima (*Receiving*), dimana bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).
2. Merespon (*Responding*), dimana individu memberikan jawaban bila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.
3. Menghargai (*Valuing*), dimana individu mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan atau masalah.
4. Bertanggungjawab (*Responsible*), dimana individu bertanggungjawabn terhadap segala sesuatu yang telahdipilihnya dengan segala resiko.

d. Sifat sikap

Sikap dapat pula bersifat positif dan dapat pula bersifat negatif (dalam Wawan dan Dewi, 2010).

1. Sikap positif kecenderungan tindakan adalah mendekati, menyenangkan, mengharapkan obyek tertentu.
2. Sikap negatif terdapat kecenderungan untuk menjauhi, menghindari, membenci, tidak menyukai obyek tertentu

e. Ciri-Ciri Sikap

Ciri-ciri sikap adalah (dalam Wawan dan Dewi, 2010) :

1. Sikap bukan dibawa sejak lahir melainkan dibentuk atau dipelajari sepanjang perkembangan itu dalam hubungan dengan obyeknya. Sifat ini membedakannya dengan sifat motif-motif biogenis seperti lapar, haus, kebutuhan akan istirahat.
2. Sikap dapat berubah-ubah karena itu sikap dapat dipelajari dan sikap dapat berubah pada orang-orang bila terdapat keadaan-keadaan dan syarat-syarat tertentu yang mempermudah sikap pada orang itu.
3. Sikap tidak berdiri sendiri, tetapi senantiasa mempunyai hubungan tertentu terhadap suatu objek dengan kata lain. Sikap itu terbentuk, dipelajari atau berubah senantiasa berkenaan dengan suatu objek tertentu yang dapat dirumuskan dengan jelas.
 - a. Objek sikap itu merupakan suatu hal tertentu tetapi dapat juga merupakan kumpulan dari hal-hal tersebut.

f. Cara Pengukuran Sikap

Pengukuran sikap dapat dilakukan dengan menilai pernyataan sikap seseorang. Pernyataan sikap adalah rangkaian kalimat yang mengatakan sesuatu mengenai objek 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, pertanyaan sikap yang berisi hal-hal negatif mengenai obyek sikap yang bersifat tidak mendukung maupun kontrak terhadap obyek sikap. Pernyataan seperti ini disebut dengan pernyataan yang *unfavourable*. Suatu skala sikap sedapat mungkin diusahakan agar terdiri dari atas pernyataan *favourable* dan *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 objek sikap (Azwar, 2011).

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

tidak langsung dapat dilakukan dengan pernyataan–pertanyaan hipotesis kemudian ditanyakan pendapat responden melalui kuesioner. Alternatif penilaian terhadap item yang positif / favourable yaitu: Sangat setuju = 5, Setuju = 4, Ragu-ragu = 3, Tidak setuju = 2, Sangat tidak setuju = 1. Alternatif penilaian terhadap item yang negatif / unfavourable yaitu : Sangat setuju = 1, Setuju = 2, ragu-ragu= 3, Tidak setuju = 4, Sangat tidak setuju = 5 (Hidayat, 2007).

g. Faktor Faktor yang Mempengaruhi Sikap

Menurut Wawan dan Dewi (2010) Ada 5 faktor yang mempengaruhi sikap keluarga terhadap objek sikap antara lain.

1) Pengalaman Pribadi

Untuk dapat menjadi dasar pembentukan sikap, pengalaman pribadi haruslah meninggalkan kesan yang kuat. Sikap akan lebih mudah terbentuk apabila pengalaman pribadi tersebut terjadi dalam situasi yang melibatkan faktor emosional.

2) Pengaruh orang lain yang dianggap penting

Pada umumnya, individu cenderung untuk memiliki sikap yang konformis atau searah dengan sikap orang yang

dianggap penting. Kecenderungan ini antara lain dimotivasi oleh keinginan untuk berafiliasi dan keinginan untuk menghindari konflik dengan orang yang dianggap penting tersebut.

3) Pengaruh Kebudayaan

Tanpa disadari kebudayaan telah menanamkan garis pengaruh sikap kita terhadap berbagai masalah. Kebudayaan telah mewarnai sikap anggota masyarakatnya. karena kebudayaanlah yang memberi corak pengalaman individu-individu masyarakat asuhannya.

4) Media Massa

Dalam pemberitaan surat kabar maupun radio atau media komunikasi lainnya. berita yang seharusnya faktual disampaikan secara obyektif cenderung dipengaruhi oleh sikap penulisnya, akibatnya berpengaruh terhadap sikap konsumennya.

5) Lembaga Pendidikan dan Lembaga Agama

Konsep moral dan ajaran dari lembaga pendidikan dan lembaga agama sangat menentukan sistem kepercayaan

tidaklah mengherankan jika kalau pada gilirannya konsep tersebut mempengaruhi sikap.

Menurut Azwar (2011) menjelaskan faktor Emosional merupakan suatu bentuk sikap pertanyaan yang didasari emosi yang berfungsi sebagai semacam penyaluran frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego.

5. REMAJA

a. Pengertian Remaja

Remaja didefinisikan sebagai orang yang mengalami masa peralihan dari masa kanak-kanak ke masa dewasa. Menurut WHO, remaja (*adolescence*) adalah mereka yang berusia 10-19 tahun. Sementara dalam terminology lain PBB menyebutkan anak muda (*youth*) untuk mereka yang berusia 15-24 tahun, ini kemudian disatukan dalam sebuah *terminology* kaum muda (*young people*) yang mencakup 10-24 tahun. Masa remaja adalah masa pencarian, identitas diri dan merupakan periode yang paling berat (BKKBN, 2012).

b. Perubahan yang Terjadi pada Masa Remaja

Perubahan-perubahan yang terjadi pada saat seorang anak memasuki usia remaja antara lain dapat dilihat dari 3 dimensi yaitu dimensi biologis, dimensi kognitif, dan dimensi sosial.

1) Dimensi Biologis

Pada saat seorang anak memasuki masa pubertas yang ditandai dengan menstruasi pertama pada remaja putri atau mimpi basah pada remaja putra, secara biologis dia mengalami perubahan yang sangat besar. Pubertas menjadikan seorang anak memiliki kemampuan untuk berreproduksi. Pada saat memasuki masa pubertas, anak perempuan akan mendapatkan menstruasi, sebagai tanda bahwa sistem reproduksinya sudah aktif. selain itu terjadi juga perubahan fisik seperti payudara mulai berkembang, panggul mulai membesar, timbul jerawat dan tumbuh rambut pada daerah kemaluan. Anak lelaki mulai memperlihatkan perubahan dalam suara, tumbuhnya kumis, jakun, alat kelamin menjadi lebih besar, otot-otot membesar, timbul jerawat dan perubahan fisik lainnya. Bentuk fisik mereka akan berubah secara cepat sejak awal pubertas dan akan membawa mereka pada dunia remaja.

(Santrock, 2003)

2) Dimensi Kognitif

Perkembangan Kognitif, remaja dalam pandangan (*Jean Piaget, 2007*) merupakan periode terakhir dan tertinggi dalam tahap pertumbuhan operasi formal (*period of formal operations*). Pada periode ini, idealnya para remaja sudah memiliki pola pikir sendiri dalam usaha memecahkan masalah–masalah yang kompleks dan abstrak kemampuan berpikir para remaja berkembang sedemikian rupa sehingga mereka dengan mudah dapat membayangkan banyak alternatif pemecahan masalah beserta kemungkinan akibat atau hasilnya. Kapasitas berpikir secara logis dan abstrak mereka berkembang sehingga mereka mampu berpikir multi dimensi seperti ilmuwan. Para remaja tidak lagi menerima informasi apa adanya, tetapi mereka akan memproses informasi itu serta mengadaptasikannya dengan pemikiran mereka sendiri. Mereka juga mampu mengintegrasikan pengalaman lalu dan sekarang untuk di transformasikan menjadi konklusi, prediksi, dan rencana untuk masa depan.

3) Dimensi Moral

(Santrock, 2003) menjelaskan Masa remaja adalah periode dimana seseorang mulai bertanya-tanya mengenai berbagai fenomena yang terjadi di lingkungan sekitarnya sebagai dasar bagi pembentukan nilai diri mereka. Para remaja mulai membuat penilaian tersendiri dalam menghadapi masalah-masalah populer yang berkenaan dengan lingkungan mereka, misalnya politik, kemanusiaan, perang, keadaan sosial, dan sebagainya. Remaja tidak lagi menerima hasil pemikiran yang kaku, sederhana, dan absolut yang diberikan pada mereka selama ini tanpa bantahan.

Remaja mulai mempertanyakan keabsahan pemikiran yang ada dan mempertimbangkan lebih banyak alternatif lainnya. Secara kritis, remaja akan lebih banyak melakukan pengamatan keluar dan membandingkannya dengan hal-hal yang selama ini diajarkan dan ditanamkan kepadanya.

a. Tahap Perkembangan Remaja

Menurut perkembangannya (Depkes RI, 2008), masa remaja dibagi menjadi tiga tahap yaitu :

1. Masa remaja awal (10-12 tahun), dengan ciri khas yaitu :
 - a. Lebih dekat dengan teman sebaya

- b. Ingin bebas.
 - c. Lebih banyak memperhatikan keadaan tubuhnya dan mulai berpikir abstrak.
2. Masa remaja tengah (13-15 tahun), dengan ciri khas yaitu :
- a. Mencari identitas diri
 - b. Timbulnya keinginan untuk kencan
 - c. Mempunyai rasa cinta yang mendalam
 - d. Mengembangkan kemampuan berpikir abstrak
 - e. Berkhayal tentang aktivitas seks
3. Masa remaja akhir (16-19 tahun), dengan ciri khas yaitu :
- a. Pengungkapan kebebasan diri.
 - b. Lebih selektif dalam mencari teman sebaya
 - c. Mempunyai citra jasmani dirinya
 - d. Dapat mewujudkan rasa cinta.
 - e. Mampu berpikir abstrak

B. Penelitian Terkait

1. Pesonawati (2014) dengan judul penelitian pengaruh penyuluhan kesehatan terhadap sikap remaja tentang bahaya narkoba di SMA Negeri 2 Sukoharjo. Penelitian ini menggunakan metode penelitian Quasi Experiment dengan rancangan Pre test and Post test. Besar sampel dalam penelitian ini adalah sebanyak 88 responden yang

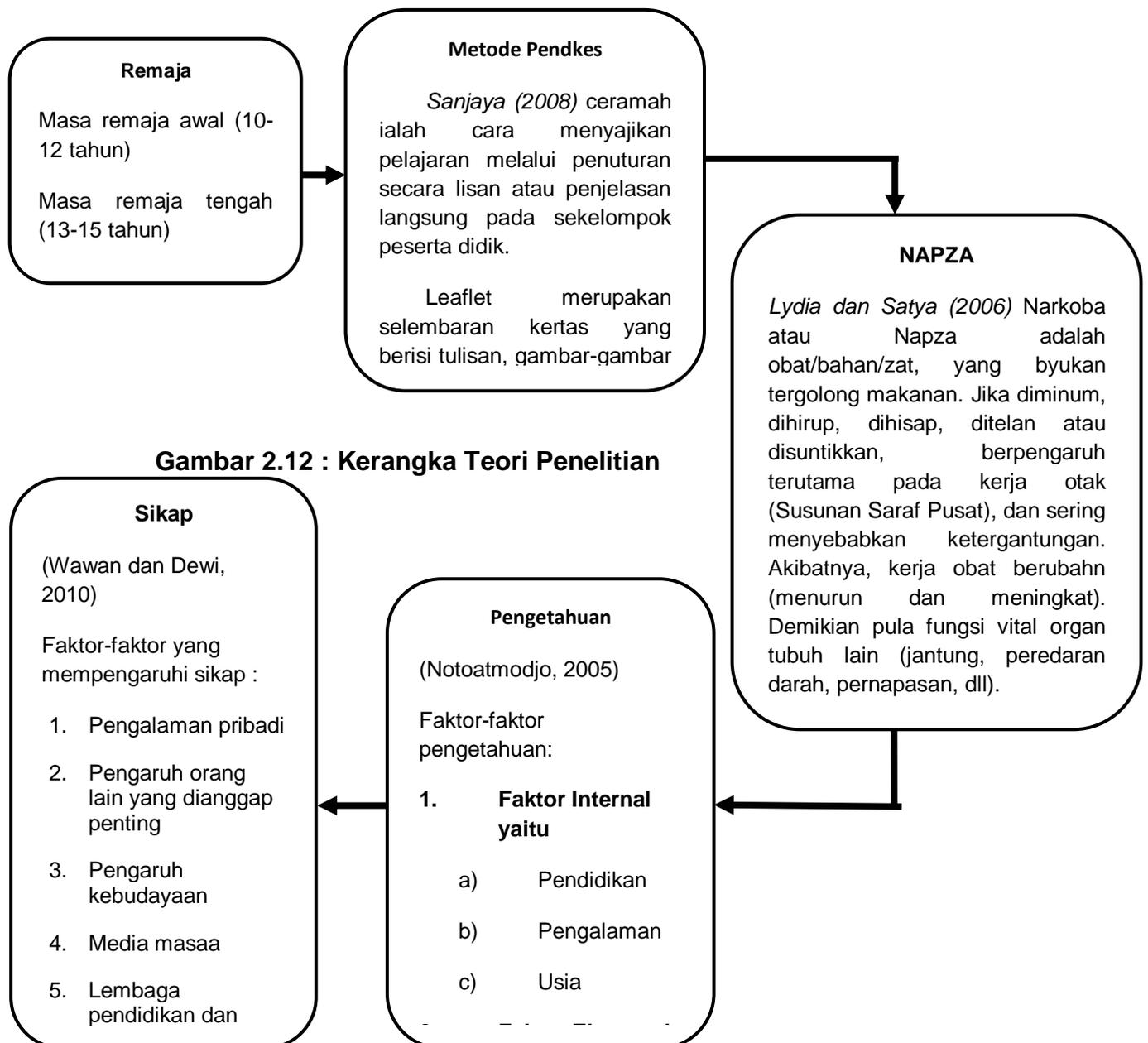
dibagi menjadi 2 kelompok yaitu kelompok penyuluhan dan kelompok kontrol. Kriteria inklusi adalah siswa siswi kelas XI SMA Negeri 2 Sukoharjo. Analisis data yang digunakan adalah uji t tidak berpasangan. Secara statistik ada perbedaan pada nilai pre test dan post test ($p=0,018$) dan nilai pre test dan post test 2 minggu setelah penyuluhan ($p=0,000$). Tetapi bila dibandingkan dengan kelompok kontrol didapat hasil tidak ada perbedaan pada uji t tidak berpasangan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol, nilai pre test ($p=0,25$), nilai post test ($p=0,64$) dan nilai post test 2 minggu setelah penyuluhan ($p=0,27$), diduga karena faktor tertentu seperti pemilihan kelompok kontrol.

2. Munawaroh dan Sulistyorini (2010) dengan judul efektifitas metode ceramah dan leaflet dalam peningkatan pengetahuan remaja tentang seks bebas di SMA Negeri Ngrayun. Jenis penelitian ini adalah Quasi eksperimen dan rancangan penelitiannya adalah pre and post test group design yaitu peneliti melakukan penggalan pengetahuan tentang seks bebas, kemudian group I diberi penyuluhan dengan metode ceramah dan group II dengan metode leaflet. Untuk mengetahui peningkatannya kedua group dilakukan post test. Penelitian ini dilakukan di SMA Ngrayun Kabupaten Ponorogo dengan jumlah sampel 126 siswa yang dibagi menjadi dua kelompok yaitu kelompok

leaflet dan kelompok ceramah, dimana masing-masing kelompok ada 63 siswa. Peneliti dalam menyebarkan kuesioner dilakukan secara bersama-sama baik pada kelompok ceramah maupun kelompok leaflet. Hasil penelitian didapatkan rata-rata pengetahuan remaja yang diberi ceramah adalah 2,08 dengan standar deviasi 1,506. Pengetahuan remaja yang diberi leaflet rata-ratanya adalah 1,40 dengan standar deviasi 1,199. Hasil uji statistik didapatkan nilai p value 0,009 maka dapat disimpulkan ada perbedaan metode leaflet dengan ceramah terhadap peningkatan pengetahuan remaja tentang seks bebas.

C. Kerangka Teori Penelitian

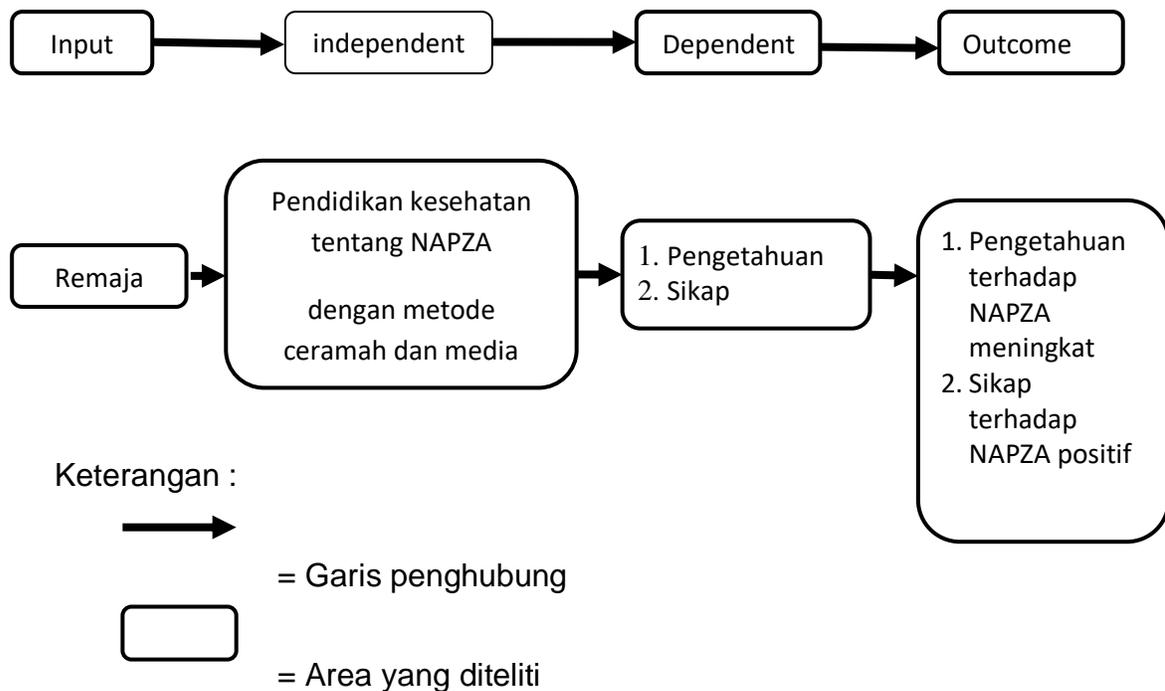
Kerangka teori adalah kerangka berfikir yang bersifat teoritis mengenai masalah dan memberikan petunjuk terhadap kekurangan pada pengetahuan peneliti (Notoatmodjo, 2010). Kerangka teori yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 2.12 : Kerangka Teori Penelitian

D. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep penelitian pada hakikatnya adalah suatu uraian dan visualisasi konsep-konsep serta variabel-variabel yang akan diukur / diteliti (Notoatmodjo, 2010). Kerangka konsep yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 2.13 : Kerangka Konsep Penelitian

E. Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah suatu jenis jawaban sementara dari pertanyaan penelitian. Hipotesis merupakan pernyataan yang harus dibuktikan (Notoatmodjo, 2010). Berdasarkan uraian dalam latar belakang serta perumusan masalah dapat diajukan suatu hipotesa kerja yaitu :

H₀ :

1. Tidak terdapat perbedaan pengetahuan dan sikap siswa sebelum dan sesudah diberikan intervensi media ceramah.
2. Tidak terdapat perbedaan pengetahuan dan sikap siswa sebelum dan sesudah diberikan intervensi media leaflet.
3. Tidak terdapat perbedaan pengaruh metode ceramah dan leaflet terhadap pengetahuan dan sikap siswa tentang NAPZA.

H_a :

1. Terdapat perbedaan pengetahuan dan sikap siswa sebelum dan sesudah diberikan intervensi media ceramah.
2. Terdapat perbedaan pengetahuan dan sikap siswa sebelum dan sesudah diberikan intervensi media leaflet.
3. Terdapat perbedaan pengaruh metode ceramah dan leaflet terhadap pengetahuan dan sikap siswa tentang NAPZA.

BAB III
METODE PENELITIAN

BAB IV
HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR

Jl. Ir. H. Juanda No. 15

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

berdasarkan hasil penelitian mengenai pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode ceramah dan media leaflet terhadap pengetahuan dan sikap remaja tentang napza pada siswa jurusan Teknik Komputer Jaringan di SMK Istiqomah Muhammadiyah 4 Samarinda tahun 2016 diperoleh kesimpulan sebagai berikut :

1. Sebelum diberikan intervensi dengan metode ceramah nilai rata-rata pengetahuan siswa adalah 10,21 dan mengalami peningkatan setelah diberikan intervensi menjadi 11,34. Dan sebelum pemberian intervensi dengan media leaflet nilai rata-rata pengetahuan siswa adalah 9,92 dan mengalami peningkatan menjadi 11,34.
2. Sebelum pemberian intervensi dengan metode ceramah nilai rata-rata sikap siswa adalah 90,87 dan mengalami peningkatan setelah diberikan intervensi menjadi 96,58. Dan juga sebelum pemberian intervensi dengan media leaflet nilai rata-rata sikap siswa adalah 89,79 dan setelah diberikan intervensi meningkat menjadi 95,89.
3. Berdasarkan hasil uji *Wilcoxon Sign Rank Test* yang telah dilakukan, menunjukkan terdapat pengaruh metode ceramah terhadap

pengetahuan dan sikap tentang NAPZA pada siswa kelas X,XI,XII jurusan Teknik Komputer Jaringan SMK Istiqomah Muhammadiyah 4 Samarinda tahun 2016 dengan *P-Value* pengetahuan = 0,006 dan *P-Value* sikap = 0,006.

4. Berdasarkan hasil uji *Wilcoxon Sign Rank Test* yang telah dilakukan, menunjukkan Terdapat pengaruh media leaflet terhadap pengetahuan dan sikap NAPZA pada siswa kelas X,XI,XII jurusan Teknik Komputer Jaringan SMK Istiqomah Muhammadiyah 4 Samarinda tahun 2016 *P-Value* pengetahuan = 0,000 dan *P-Value* sikap = 0,002
5. Berdasarkan hasil uji *Mann-Whitney U* yang telah dilakukan, menunjukkan tidak terdapat perbedaan pengaruh metode ceramah dan media leaflet terhadap pengetahuan dan sikap NAPZA pada siswa kelas X,XI,XII jurusan teknik Komputer Jaringan SMK Istiqomah Muhammadiyah 4 Samarinda tahun 2016 *P-Value* pengetahuan = 0,588 dan *P-Value* sikap = 0,560

B. Saran

1. Bagi SMK Istiqomah Muhammadiyah 4 Samarinda
 - a. Diharapkan dari pihak sekolah dapat menginformasikan lebih lanjut mengenai NAPZA dengan memberikan penyuluhan berupa pendidikan kesehatan melalui metode ceramah dan juga media leaflet atau dapat menambah media *Audio-visual* atau media

poster sebagai bahan tambahan ilmu yang bisa memberikan informasi bagi para siswa.

- b. Pihak sekolah harus bekerja sama dengan orang tua siswa dan juga para tenaga medis atau instansi terkait untuk sering memperhatikan perilaku para siswa pada saat jam sekolah maupun diluar jam sekolah, agar tidak sampai para siswa menyalahgunakan narkoba. Seperti membangun kelompok-kelompok kecil yang dipelopori oleh para siswa itu sendiri seperti misalnya membangun NAPZA Center disekolah atau grup problem solving bagi para siswa.

2. Bagi STIKES Muhammadiyah Samarinda

Diharapkan penelitian ini dapat digunakan sebagai landasan dasar sumber referensi dalam memberikan bimbingan, konseling, dan penyuluhan kepada masyarakat baik yang menggunakan narkoba maupun yang tidak. Serta diharapkan dapat membangun kerjasama antar sekolah dan perguruan tinggi demi membangun generasi muda yang bebas dari pengaruh narkoba.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini memiliki keterbatasan dan belum mampu membahas lebih spesifik lagi mengenai faktor lain yang dapat mempengaruhi perilaku penyalahgunaan narkoba pada siswa. Diharapkan para peneliti selanjutnya dapat menambahkan variabel-variabel yang lain contohnya seperti faktor-faktor yang mempengaruhi NAPZA, dan pencegahan terhadap NAPZA. Dan juga diharapkan dapat menambahkan beberapa metode dan media yang lainnya seperti metode bermain peran atau media *Audio-Visual* ataupun media poster yang bertujuan untuk menambah perhatian dan wawasan para siswa.

4. Bagi Puskesmas

Puskesmas sebagai pusat pelayanan dasar kesehatan masyarakat hendaknya dapat membuat suatu program berkaitan dengan penyuluhan NAPZA secara berkesinambungan dan teragenda dengan jelas dalam rangka peningkatan pengetahuan dan sikap remaja tentang NAPZA.

DAFTAR PUSTAKA

Agus Riyanto. (2011). *Aplikasi Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika

Arikunto, S. (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Proses*. Jakarta: Rineka Cipta

_____. (2010). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta

_____. (2013). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Proses (edisi revisi)*. Jakarta: Rineka Cipta

Armelia, H. (2003). *Penyalahgunaan Narkoba Dalam Ruang Lingkup Remaja*. Jakarta: Reksa

Arsyad. (2005). *Metode Pembelajaran. Edisi I Cetakan 6*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.

Asnawir dan M. Basyarudin Usman. (2002). *Media Pembelajaran*. Jakarta: Ciputat Press.

Azmiyati, SR, dkk. 2014. *Gambaran penggunaan NAPZA pada anak jalanan di Kota Semarang*. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (KEMAS)*, 9(2): 137-143.

Azwar. (2011). *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya, (Edisi Ke 2)*. Yogyakarta, Pustaka Pelajar.

Badri, M. *Implementasi Undang-Undang No. 35 Tahun 2009 Tentang Narkotika Dalam Pelaksanaan Wajib Laport Bagi Pecandu Narkotika*. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 13 (3): 7-12.

BKKBN. (2012). *Pedoman Pengelolaan Bina Keluarga Remaja (BKR)*. Jakarta: Direktorat Bina Ketahanan Remaja dan Perlindungan Hak-Hak Reproduksi.

BNN. (2008). *Jenis-jenis narkoba dan aspek kesehatan penyalahgunaan narkoba*. Jakarta:Departemen sosial RI.

BNN-Puslitkes UI. (2014). *Laporan Kinerja badan nasional*. Jakarta Timur

Dahlan, M Sopiudin. (2013). *Statistika untuk kedokteran dan kesehatan*. Jakarta : Salemba Medika

Daryanto. (2010). *Media Pembelajaran*. Yogyakarta: Gava Media

Depkes RI. (2008). *Pedoman Pelaksanaan Kegiatan Komunikasi, Informasi, Edukasi Kesehatan Reproduksi Untuk Petugas Kesehatan Ditingkat Pelayanan Dasar*. Jakarta: Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat dan Direktorat Bina Kesehatan Ibu.

dr. Lydia H., dr Satya J,. (2006). *Pencegahan dan penanggulangan narkoba berbasis sekolah*. Jakarta: PT Balai Pustaka

Handoko, Riwidikdo. (2013). *Statistik kesehatan dan aplikasi SPSS dalam prosedur penelitian, cetakan I*. Yogyakarta : CV. Rihana-Rohima

Hasan, Iqbal. (2006). *Analisis data penelitian dengan statistik*. Jakarta : Bumi Aksara

Hawari, D. (2004). *Penyalahgunnaan Narkotika dan Zat Adiktif*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI

Hidayat, A. (2007). *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta: Salemba medika.

Jazuli, Ahmad. (2007). *Upaya Menjaga Diri dari Bahaya Narkoba*. Semarang: Bengawan Ilmu.

Jeny pesonawati. (2014). *Pengaruh penyuluhan kesehatan terhadap sikap remaja tentang bahaya narkoba di sma negeri 2 sukoharjo*. Fakultas kedokteran UnMuh Surakarta

Lucie, S. (2005). *Teknik Penyuluhan dan Pemberdayaan Masyarakat*. Bogor. Penerbit Ghalia Indonesia

Menthan, Fadrian. (2013). *Peranan Badan Narkotika Nasional Kota Samarinda dalam Penanggulangan Masalah Narkoba di Kalangan Remaja Kota Samarinda*. *Ejournal Administrasi Negara*, 1 (2): 544-557.

Mubarak, Bambang Adi Santoso, dkk.(2006). *Ilmu Keperawatan Komunitas*. Erlangga: Jakarta.

Munadi, Yudhi. (2013). *Media Pembelajaran: Sebuah Pendekatan Baru*. Jakarta: Referensi

Notoatmodjo. (2003). *Prinsip-prinsip dasar ilmu kesehatan Masyarakat*. Cet. Ke-2, Mei. Jakarta : Rineka Cipta

_____. (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta

_____. (2007). *Pendidikan & Perilaku Kesehatan, cetakan ke-2*. Jakarta: PT. Rineka Cipta

_____. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta

_____. (2012). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.

Nursalam. (2003). *Konsep dan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: salemba medika

_____. (2008). *Konsep dan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. *Jakart*

_____. (2011). *Konsep dan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: salemba medika

Prasetyo, Eko. (2002). *Buku pedoman T & R primary stage*. Yogyakarta: PSPP. Sehat Mandiri

Rita. (2014). *Kalimantan timur peringkat ketiga pengguna narkoba*. <http://www.republika.co.id/berita/nasional/umum/15/03/16/nl9szm-kaltim-peringkat-tiga-pengguna-narkoba>. Diakses pada tanggal 26 November 2015

Sanjaya Wina. (2008). *Strategi Pembelajaran Berorientasi Standar Proses Pendidikan*. Prenada Media Group: Jakarta.

Santrock, John, W. (2003). *Adolescence : Perkembangan Remaja*. alih bahasa, Shinto B, Adeelar, Sherly Saragih; editor, wisnu C, kristiaji, yati sumiharti. Jakarta : Erlangga

Siti Munawarah & Anik Sulistyorini. (2010). *Efektifitas Metode Ceramah dan Leaflet Dalam Peningkatan Pengetahuan Remaja tentang Seks Bebas di SMA Negeri Ngrayun*. Fakultas Ilmu Kesehatan, UNMUH Ponorogo

Suhartono.(2008).*Konsep Dasar Statistik.*: Jakarta: Reksa Pustaka

Soetjiningsih. (2010). *Tumbuh kembang remaja dan permasalahannya*. Jakarta: sagung seto

Sugiyono. (2009).*metode penelitian kuantitatif, kualitatif dan R&D*. Bandung :Alfabeta

_____. (2011).*metode penelitian kuantitatif, kualitatif dan R&D*. Bandung : alfabeta

_____. (2012). *Metode Penelitian Kombinasi (Mixed Methods)*. Bandung: Alfabeta

Suryosubroto. (2002). *Proses Belajar Mengajar di Sekolah*. Jakarta. PT Rineka Cipta

Undang-undang narkotika no 22 tahun 1997

Undang-undang psikotropika no 5 tahun 1997

UNODC. (2011). World Drug Report 2011. [http : //www.unodc.org](http://www.unodc.org)

UNODC. (2012). *World Drug Report 2012*.http://www.unodc.org/documents/dataand-analysis/WDR2012/WDR_2012_bab1.pdf diunduh tanggal 11 oktober 2015

UNODC. (2013). World Drug Report 2013. [http : //www.unodc.org](http://www.unodc.org)

Wawan, A dan Dewi M. (2010). *Teori dan Pengukuran: Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Manusia*. Yogyakarta: Nusa Medika

LAMPIRAN

BIODATA PENELITI



A. Data Pribadi

Nama : Habib Maula Akbar Ibrahim
Tempat, tglahir : Sebulu, 21 Mei 1994
Alamat asal : Jln. P. Antasari Desa Manunggal Daya
Kecamatan Sebulu Kab-KUKAR
Alamat sekarang : Jln. Ir. H. Juanda No 44 Rt 58 Samarinda
Alamat Email : habibdianmaula2@gmail.com

B. Riwayat Pendidikan

1. Pendidikan formal

- Tamat SD tahun : 2006 di SDN 012 Sebulu
- Tamat SMP tahun : 2009 di SMPN 02 Sebulu
- Tamat SMA tahun : 2012 di SMA M 2 Almujaahidin Balikpapan

2. Pendidikan non-formal

Selama kuliah peneliti pernah menjabat sebagai anggota Badan Eksekutif Mahasiswa bidang Kemendikbud periode 2012/2013, kemudian pada tahun yang sama pernah juga menjadi anggota PIK-Ma Harapan Kita STIKES Muhammadiyah Samarinda pada bidang konselor sebaya, dan dari PIK-Ma tersebut peneliti pernah meraih juara 1 perlombaan duta mahasiswa tingkat kota dan provinsi pada tahun 2014 yang diadakan oleh BKKBN Provinsi. Disamping menjadi anggota PIK-Ma peneliti juga pernah menjabat sebagai ketua Stikes Muda English Club periode 2013/2014.

KUESIONER PENELITIAN

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN METODE CERAMAH
DAN LEAFLET TERHADAP PENGETAHUAN DAN SIKAP REMAJA
TENTANG NAPZA PADA SISWA JURUSAN TEKNIK
KOMPUTER JARINGAN DI SMK ISTIQOMAH
MUHAMMADIYAH 4 SAMARINDA
TAHUN 2016**

Saya adalah mahasiswa dari STIKES Muhammadiyah Samarinda Podi S1 Ilmu keperawatan yang sedang menyusun skripsi, saya memohon bantuan dan kesediaan anda untuk mengisi dan menjawab pertanyaan yang ada. Kesediaan anda untuk mengisi kuesioner ini merupakan suatu kehormatan bagi saya.

A. Identitas Responden

1. Kode Responden* : _____
2. Jenis Kelamin** : Pria Wanita
3. Umur : _____ tahun
4. Apakah sebelumnya anda pernah mendapatkan informasi tentang narkoba ?
a. Ya b. Tidak
5. Jika Ya, darimana anda mendapatkan informasi tersebut ?
.....

Keterangan : *) diisi oleh peneliti

**) dipilih salah satu

B. Pengetahuan

Beri tanda silang (x) atau (√) pada kotak yang telah tersedia sesuai dengan jawaban responden

No	Pertanyaan	Jawaban	
		Benar	Salah
1	NAPZA lebih dikenal dalam masyarakat dengan sebutan Narkoba		
2	Narkotika telah terbagi dalam 3 golongan		
3	NAPZA adalah suatu zat atau obat yang dapat membuat seseorang merasa sehat		
4	Alkohol adalah zat atau obat yang cara pemakaiannya dengan cara dihirup		
5	Ganja adalah bukan salah satu jenis narkotika		
6	Inhalasia adalah termasuk jenis zat yang cara pemakaiannya ditelan/diminum		
7	Seseorang yang menggunakan napza secara fisiologis organ tubuh yang paling banyak diserang adalah sistem syaraf pusat		
8	Berperasaan cemas bukan merupakan dampak psikologis dari penggunaan narkoba		
9	Dampak dari penggunaan napza adalah hidup menjadi nyaman dan santai		

10	Overdosis penggunaan napza akan menyebabkan kematian		
11	Menggunakan napza tidak berpengaruh apapun terhadap prestasi belajar disekolah		
12	Zat yang terkandung dalam napza dapat merusak sistem syaraf pusat kita		
13	kegiatan penyuluhan merupakan salah satu cara untuk mencegah penyalahgunaan napza		

C. Sikap

Beri tanda silang (X) atau (√) pada kotak yang telah tersedia sesuai dengan jawaban responden

SS = Sangat Setuju

TS = Tidak Setuju

S = Setuju

STS = Sangat Tidak Setuju

RR = Ragu-Ragu

No	Pertanyaan	Jawaban				
		SS	S	RR	TS	STS
1	Saya tidak akan pernah mencoba-coba untuk memakai NAPZA					
2	Saya bersedia akan mengikuti penyuluhan / seminar					

	tentang NAPZA					
3	Saya akan menerima masukan dari teman-teman saya untuk menjauhi NAPZA					
4	Saya tidak suka dengan adanya penyuluhan ini					
5	Saya tidak peduli dengan apapun yang disampaikan dalam penyuluhan ini					
6	Saya bangga pada diri saya sendiri karena tidak terlibat NAPZA					
7	Saya tidak ingin menggunakan narkoba jika ada teman yang menawarkan saya narkoba					
8	Menurut saya, pengguna narkoba harus mendapatkan sanksi baik secara hukum, moral atas tindakannya					
9	Saya akan menyisakan uang jajan saya untuk membeli narkoba					
10	saya akan membuka kesempatan bagi teman-teman yang ingin bekerja sama untuk mencari narkoba					
11	Saya ingin sekali mencari tau tentang narkoba lalu menggunakannya					
12	Menurut saya pengguna narkoba tidak perlu diobati karena pasti akan meninggal juga					
13	Saya akan patuh dan taat pada tata tertib atau aturan sekolah termasuk mengikuti kegiatan penyuluhan					

	kesehatan tentang NAPZA					
14	Tidak memaksakan pendapat teman terhadap penilaian tentang napza					
15	Saya akan menghargai keputusan teman saya yang lebih memilih untuk menggunakan NAPZA					
16	Saya senang apabila ada teman saya mengajak saya untuk memakai NAPZA					
17	Agar terlihat keren maka saya akan menggunakan NAPZA					
18	Saya berani menerima resiko apabila saya terlibat dalam pemakaian napza					
19	Saya akan menjauhi napza agar cita-cita dan impian saya tidak terganggu					
20	Saya akan berpikir optimis dalam menghadapi masalah-masalah di kehidupan sehari-hari					
21	Apabila saya terlibat dalam narkoba maka saya akan melimpahkan kesalahan itu pada teman-teman saya					
22	Pada saat saya mempunyai permasalahan, saya tidak membutuhkan siapapun kecuali narkoba					