

PENDIDIKAN KESEHATAN LINGKUNGAN MELALUI KULTUM

ENVIRONMENTAL HEALTH EDUCATION THROUGH KULTUM

Iswahyudi Haryono¹, Yayi Suryo Prabandari², Widodo Hariyono³

¹Dinas Kesehatan Bener Meriah, Nanggroe Aceh Darussalam

²Minat Utama Perilaku dan Promosi Kesehatan FK, UGM, Yogyakarta

³Bagian Ilmu Kesehatan Kerja, UGM, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: The condition of environmental health in Indonesia is still not good. This is noticed with high morbidity rate of Acute Respiratory Infection (ARI), diarrhea, skin and TBC diseases. This condition is occurred in *pondok pesantren* (moslem school) which is spread out in the District of Bener Meriah Province of Nanggroe Aceh Darussalam (NAD). Therefore, health promotion effort which considered value, norm as well as local resources is necessary. *Kultum* (*kuliah tujuh menit* seven minutes speech) is one of media which could be used to convey *da'wah* (moslem learning) so that *kultum* can be used as media to convey environmental health message.

Objective: The general objective of this research was aimed to find out the improvement knowledge, attitude and behavior related to the health environment through *kultum* method by *ustadz* toward *pesantren* community.

Method: This was a quasi experiment research and the population was *santri* (moslem student in moslem school) and the subject for each group was all *santri*. The independent variable was health education through *kultum* and dependent variable were knowledge, attitude and behavior of *santri* regarding environmental health. The research instrument being used was questionnaire and observation check list. Data analysis was conducted by using independent sample t test and paired sample t test.

Result: The result of statistic analysis showed that knowledge, attitude and behavior regarding environmental health of *santri* who were given health education through *kultum* with hand out were different with those who were not given *kultum* intervention. This was showed by the increasing average value score of knowledge, attitude and behavior of *santri* who were given environmental health education through *kultum* in post test 1 and 2. The routine of environmental health message which is obtained by *santri* through *kultum*, conveying environmental health message which was implemented in religious situation as well as figure of *guru/ustadz* that was credible and respected in *pesantren* effected on the changes of knowledge, attitude and behavior of *santri* toward positive respond.

Conclusion: Knowledge, attitude and behavioral of *santri* who were given environmental health education through *kultum* better than *santri* who were not given intervention *kultum*. *Kultum* as *da'wah* media could be used to convey health message in *pesantren*, mosque or praying forum.

Keywords: knowledge, attitude and behavior of *santri*

PENDAHULUAN

Pembangunan kesehatan lingkungan akan memberikan pengaruh yang besar terhadap berbagai aspek. Seperti yang dijelaskan oleh Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan (Pusdiknakes)¹ bahwa secara ekonomi manfaat yang diperoleh dari pembangunan kesehatan lingkungan antara lain adalah berkurangnya biaya kesehatan yang dikeluarkan penduduk untuk berobat, berkurangnya keharusan pemerintah untuk mensubsidi biaya kesehatan penduduk, serta berkurangnya waktu tidak produktif seseorang karena mengalami sakit. Namun penyakit yang ada hubungannya dengan sanitasi yang buruk seperti diare, ISPA dan kulit masih menjadi pola utama kesakitan. Seperti yang diungkapkan oleh Musadad² bahwa kondisi kesehatan lingkungan di Indonesia masih kurang baik.

Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam (NAD) yang dikenal sebagai Serambi Mekkah, memiliki ciri khas kehidupan yang berbeda dengan daerah lain. Nuansa kehidupan agamis mewarnai segala aspek kehidupan yang ada. Terdapat banyak pesantren yang tersebar di perkotaan dan pedesaan. Pesantren merupakan salah satu institusi strategis dan potensial. Bukan saja sebagai lembaga pendidikan tetapi juga mempunyai akar dan pengaruh yang kuat di masyarakat serta potensi untuk ikut berperan serta dalam pembangunan kesehatan. Aktivitas yang ditimbulkan karena dinamika sosial di lingkungan pesantren akan berdampak terhadap kondisi lingkungan, yang pada akhirnya mempengaruhi kualitas kesehatan penghuni pesantren dan masyarakat sekitarnya. Potensi terhadap kemungkinan terjadinya berbagai penyakit seperti

ISPA, diare, kulit, dan gangguan kesehatan lainnya serta pencemaran lingkungan juga bisa terjadi di pondok pesantren. Departemen Kesehatan telah menyampaikan bahwa sebagian besar pondok pesantren masih memiliki masalah dengan kondisi lingkungan dan air bersih.³ Penelitian Susmarkanto⁴ mengungkapkan bahwa sistem sanitasi lingkungan di Pondok Pesantren Tebuireng Jawa Timur belum memenuhi persyaratan sebagai sarana sanitasi yang berwawasan lingkungan dan kesehatan karena sistem pembuangan tinjanya tidak ditampung di *septic tank* melainkan dibuang ke sungai. Admin juga menjelaskan bahwa sebagian pesantren sanitasinya buruk, kamar mandi dan jamban kotor, serta perilaku santri yang tidak sehat.⁵

Misi pembangunan kesehatan adalah mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat. Oleh sebab itu, penyelenggaraan pembangunan kesehatan didasarkan pada prinsip pemberdayaan dan kemandirian masyarakat. Melihat potensi pesantren, maka peran serta masyarakat pondok pesantren seharusnya menjadi *platform* dalam penyusunan program-program kesehatan di pesantren termasuk program promosi kesehatan. Pelaksanaan komunikasi, informasi dan edukasi kesehatan perlu mempertimbangkan nilai dan norma yang berlaku di pesantren. Ceramah merupakan salah satu metode pendidikan di pesantren. Salah satu bentuk ceramah yang dilakukan setelah sholat wajib sebagai ajang saling memberi nasihat/da'wah adalah kultum (kuliah tujuh menit). Oleh karenanya kultum juga dapat dimanfaatkan sebagai media untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan. Hubungan yang akrab antara santri dengan kyai, ketundukan santri kepada kyai di pesantren juga merupakan modal potensial dalam penyampaian pesan yang dimaksud. Penelitian ini bertujuan untuk menguji peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku yang berkaitan dengan kesehatan lingkungan melalui metode kultum oleh guru/ustadz terhadap komunitas pondok pesantren dan mengetahui perbedaan pengetahuan, sikap dan perilaku antara santri yang diberi pendidikan kesehatan lingkungan melalui kultum dengan santri yang tidak diberi intervensi kultum. Adapun hipotesis yang diajukan apakah metode kultum dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku santri tentang kesehatan lingkungan.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Jenis penelitian yang dilakukan adalah *quasi experiment* atau eksperimen semu dengan rancangan *pre test and post test with control group design*. Rancangan ini dipilih dengan pertimbangan bahwa tujuan penelitian adalah untuk melihat pengaruh dengan melihat perbedaan instrumen penelitian (pengetahuan, sikap dan perilaku) sebelum intervensi (kultum) oleh guru di pondok pesantren dan setelah dilakukan intervensi. Adapun desain penelitiannya adalah sebagai berikut :

- | | | |
|--|--------|----|
| | 01 X02 | 03 |
| | 04—05 | 06 |
- 01 dan 04: *pre test* untuk mengetahui pengetahuan, sikap, dan perilaku santri pondok pesantren tentang kesehatan lingkungan sebelum ceramah dengan metode kultum.
- 02: *post test* untuk mengetahui pengetahuan, sikap dan perilaku santri pondok pesantren tentang kesehatan lingkungan sehari setelah pelaksanaan kultum terahir (kultum ke 12) oleh guru.
- X: perlakuan dengan kultum kesehatan lingkungan oleh guru disertai *hand out* yang diberikan tiga kali dalam seminggu (Perlakuan hari 1, hari 2, hari 3, hari 4, hari 5, hari 6, hari 7, hari 8, hari 10, hari 11, hari 12) selama satu bulan berturut-turut pada santri pondok pesantren.
- 05: *post test* untuk kelompok kontrol guna mengetahui pengetahuan, sikap dan perilaku santri pondok pesantren tentang kesehatan lingkungan.
- 03: *post test* untuk kelompok intervensi guna mengetahui pengetahuan, sikap dan perilaku santri pondok pesantren tentang kesehatan lingkungan satu bulan setelah *post test* 1.
- 06: *post test* untuk kelompok kontrol guna mengetahui pengetahuan, sikap dan perilaku santri pondok pesantren tentang kesehatan lingkungan satu bulan setelah *post test* 1.

Penelitian ini dilaksanakan di Pesantren Bustanul Arifin Kecamatan Bukit dan Pesantren Darussaadah Kecamatan Pintu Rime Gayo Kabupaten Bener Meriah. Pemilihan lokasi di pesantren karena salah satu strategi dasar pembangunan kesehatan di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam (NAD) adalah pengembangan peran serta masyarakat dengan menjadikan pesantren sebagai pusat gerakan hidup sehat. Pemilihan lokasi

di Pesantren Bustanul Arifin dan Darussaadah dengan alasan: a) Pondok Pesantren Bustanul Arifin dan Darussaadah merupakan pesantren terpadu yang memadukan sistem pengajaran umum dan agama. b) Pesantren Bustanul Arifin dan Darussaadah merupakan pesantren mitra puskesmas. c) Hasil observasi menunjukkan bahwa kondisi sanitasi dasar seperti penyediaan air bersih, kamar mandi dan WC, pembuangan limbah dan pembuangan sampah pada kedua pesantren tersebut kurang memenuhi persyaratan kesehatan seperti yang disarankan oleh Depkes RI. d) Pondok Pesantren Bustanul Arifin dan Darussaadah mudah dijangkau alat transportasi.

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh santri Pondok Pesantren Bustanul Arifin dan Pesantren Darussaadah dengan kriteria inklusi: 1) Santri resmi pondok pesantren yang ditunjukkan dengan kartu santri. 2) Santri Madrasah Tsanawiyah kelas 2,3 dan Aliyah kelas 1 dan 2. 3) Dapat berkomunikasi dengan baik dan lancar. 4) Bersedia/tidak berkeberatan menjadi subjek penelitian. 5) Santri yang telah menetap lebih dari satu tahun.

Berdasarkan kriteria di atas maka terdapat 84 santri pada kelompok perlakuan dan 46 santri pada kelompok kontrol yang memenuhi kriteria tersebut. Setelah berkonsultasi dengan pimpinan pesantren maka dipilih tiga orang guru sebagai penyampai kultum tentang kesehatan lingkungan dengan kriteria berpendidikan formal minimal SMU/ sederajat, mengajar dan menetap di pesantren, bersedia menjadi penyampai kultum dan mengikuti pelatihan. Alat pengumpul data yang digunakan untuk mengetahui pengetahuan, sikap dan perilaku siswa adalah kuesioner. Uji homogenitas dan normalitas dilakukan untuk mengetahui kesetaraan antara kelompok perlakuan dan kontrol. Analisis hasil penelitian ini menggunakan bantuan program SPSS

dengan uji statistik *independen sample t test* dan *paired sample t test*, semua keputusan uji dilakukan dengan taraf signifikansi $p=0,05$.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Pengetahuan, sikap dan perilaku santri tentang kesehatan lingkungan sebelum perlakuan

Hasil uji homogenitas terhadap karakteristik umur dan tingkat pendidikan responden kedua kelompok ternyata nilai $p>0,05$. Hal ini menunjukkan bahwa kedua kelompok mempunyai karakteristik yang sama, sedangkan pada uji normalitas secara umum didapatkan nilai $p>0,05$ berarti data terdistribusi secara normal. Untuk perbandingan pengetahuan, sikap dan perilaku responden sebelum perlakuan baik pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol didapatkan nilai $p>0,05$ yang berarti pengetahuan, sikap dan perilaku pada kedua kelompok tidak jauh berbeda. Sesuai dengan pendapat Praktiknya yang menyatakan bahwa persyaratan melakukan penelitian eksperimen semu yaitu kondisi awal subjek pada kelompok perlakuan dan kontrol tidak jauh berbeda.⁶

2. Pengetahuan santri tentang kesehatan lingkungan

Sebelum dilaksanakan kultum kesehatan lingkungan ternyata nilai rerata pengetahuan santri tentang kesehatan lingkungan saat *pre test* pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol tidak menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna dengan nilai $p>0,05$ ($p=0,855$). Pada saat *post test* 1 dan 2 ternyata nilai $p<0,05$, berarti ada perbedaan setelah ada perlakuan. Perbedaan rerata dan simpangan baku pengetahuan santri antara kelompok perlakuan dan kontrol saat *pre test*, *post test* 1 dan 2 disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Perbandingan Rerata dan Simpangan Baku Pengetahuan Santri tentang Kesehatan Lingkungan pada Kelompok Perlakuan dan Kontrol saat *Pre test*, *Post test* 1 dan *Post test* 2

Kelompok	Sebelum perlakuan			Sesudah perlakuan					
	<i>Pre test</i>			<i>Post test 1</i>			<i>Post test 2</i>		
	Mean	SD	P	Mean	SD	P	Mean	SD	P
Perlakuan	8,62	2,759	0,855	13,15	1,401	0,000	13,31	1,575	0,000
Kontrol	8,11	1,703		8,15	1,955		8,13	1,600	

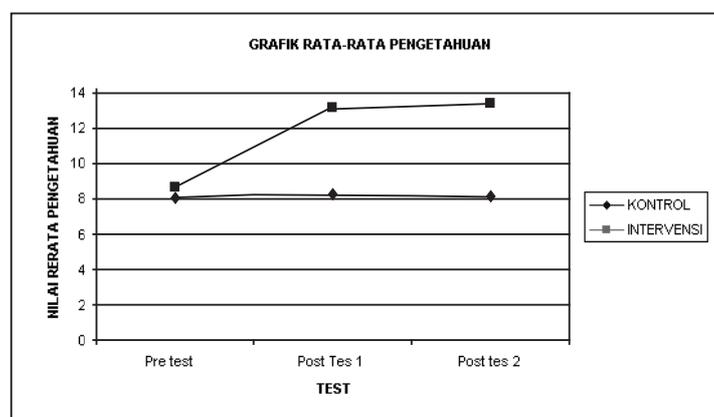
Satu hari setelah dilakukan kultum kesehatan lingkungan selama sebulan oleh guru/ustadz dilaksanakan *post test 1* ternyata pengetahuan responden pada kelompok perlakuan menunjukkan adanya perbedaan dengan nilai $p < 0,05$ ($p = 0,000$). Pada kelompok kontrol tidak terdapat perbedaan yang bermakna dengan nilai $p > 0,05$ ($p = 0,837$). Hal ini juga terlihat pada peningkatan nilai rerata pengetahuan pada *post test 1* sebesar 13,15 yang sebelum perlakuan nilai rerata pengetahuan responden sebesar 8,62. Kelompok kontrol mengalami peningkatan yang kecil dengan nilai rerata pada saat *pre test* sebesar 8,11 dan pada *post test 1* sebesar 8,11. Perbedaan nilai rerata pengetahuan santri tentang kesehatan lingkungan dari *pre test* ke *post test 1* dan 2 disajikan pada Tabel 2.

Peningkatan pengetahuan kesehatan lingkungan responden dikarenakan terjadi proses belajar. Hal ini sesuai dengan penelitian Ilmi yang disitasi oleh Novelasari, dkk.⁷ bahwa proses belajar dapat mengubah kemampuan pada diri subjek belajar yaitu pengetahuan dan sikap yang pada akhirnya dapat mengubah perilaku secara keseluruhan. Perubahan menurut WHO dikategorikan menjadi tiga yaitu

perubahan alamiah, perubahan yang direncanakan dan kesiapan untuk berubah.⁸ Dalam penelitian ini aspek pendidikan kesehatan melalui metode kultum yang dilakukan selama 12 kali dirancang dengan perencanaan khusus sehingga perubahan pengetahuan responden tentang kesehatan lingkungan merupakan perubahan yang direncanakan. Pada *post test 2* juga terlihat peningkatan rerata nilai pengetahuan pada kelompok perlakuan (13,31) sedangkan pada kelompok kontrol tidak mengalami peningkatan (8,13). Adapun rerata nilai pengetahuan *post test 1* dan 2 yang cenderung konstan menunjukkan adanya konsistensi. Hal ini sesuai dengan pendapat Sitorus yang disitasi oleh Ridesman, dkk., bahwa untuk dapat disebut belajar, maka perubahan yang didapatkan termasuk pengetahuan atau kemampuan yang baru relatif menetap.⁹ Peningkatan pengetahuan santri tentang kesehatan lingkungan dikarenakan kultum kesehatan lingkungan disampaikan secara pervasif/ pengulangan pesan dan dilaksanakan secara teratur sehingga memudahkan santri untuk mengingat pesan. Adapun perkembangan kenaikan nilai rerata pengetahuan pada kelompok perlakuan dan kontrol disajikan pada Gambar 1.

Tabel 2. Perbedaan Rerata dan Simpangan Baku Pengetahuan Santri tentang Kesehatan Lingkungan saat *Pre test*, *Post test 1* dan *Post test 2*

Kelompok	Tes	Rerata	SD	P	Keterangan
Kontrol	<i>Pre test</i>	8,11	1,703	0,837	Tidak ada perbedaan bermakna
	<i>Post test 1</i>	8,15	1,955		
	<i>Pre test</i>	8,11	1,703	0,099	Tidak ada perbedaan bermakna
	<i>Post test 2</i>	8,13	1,600		
Perlakuan	<i>Pre test</i>	8,62	2,759	0,000	Ada perbedaan yang bermakna
	<i>Post test 1</i>	13,15	1,401		
	<i>Pre test</i>	8,62	2,759	0,000	Ada perbedaan yang bermakna
	<i>Post test 2</i>	13,31	1,575		



Gambar 1. Perbedaan Rerata Pengetahuan pada *Pre test*, *Post test 1* dan *Post test 2*

Kehadiran seluruh santri saat dilaksanakan kultum menunjukkan adanya keinginan santri untuk menerima informasi kesehatan lingkungan. Rakhmat¹⁰ mengatakan bahwa hal-hal baru yang luar biasa dan berbeda akan menarik sehingga stimuli mudah dipelajari dan diingat. Kultum di pesantren juga dilaksanakan dalam suasana nonformal. Santri duduk di bawah dengan barisan yang teratur, suasana serius, religius tetapi santai. Figur penyampai adalah guru pesantren merupakan suasana dalam penyampaian da'wah. Sesuai dengan penelitian Devy, dkk.,¹¹ yang menjelaskan bahwa model pendidikan nonformal dengan *setting* duduk di bawah, metode ceramah tanya jawab, suasana santai tapi serius, figur penyampai guru biologi, ternyata lebih efektif sebagai model pendidikan kesehatan reproduksi bagi siswa.

3. Sikap responden tentang kesehatan lingkungan

Sebelum dilaksanakan kultum kesehatan lingkungan ternyata nilai rerata sikap santri tentang kesehatan lingkungan saat *pre test* pada kelompok

perlakuan maupun kelompok kontrol tidak menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna dengan nilai $p > 0,005$ ($p = 0,154$). Pada saat *post test* 1 dan 2 ternyata nilai $p < 0,05$, berarti ada perbedaan setelah ada perlakuan. Perbedaan nilai rerata sikap santri antara kelompok perlakuan dan kontrol disajikan pada Tabel 3.

Hasil *pre test* ke *post test* 1 maupun *post test* 2 pada kelompok perlakuan menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna dengan $p < 0,05$ dan pada kelompok kontrol tidak terdapat perbedaan yang bermakna ($p > 0,05$). Pada *pre test* nilai rerata sikap sebesar 63,88, saat dilakukan *post test* 1 sebesar 74,71 dan pada *post test* 2 nilai rerata sikap sebesar 75,58. Pada kelompok kontrol tidak menunjukkan kenaikan yang berarti bahwa saat *pre test* nilai rerata sikap (64,87), pada *post test* 1 (63,35) dan *post test* 2 (64,39). Perbedaan rerata dari *pre test* ke *post test* 1 dan 2 disajikan pada Tabel 4.

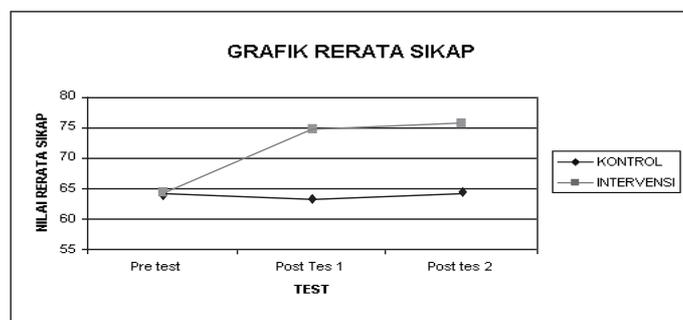
Adapun perkembangan nilai rerata sikap disajikan pada Gambar 2.

Tabel 3. Perbandingan Rerata dan Simpangan Baku Sikap Santri tentang Kesehatan Lingkungan pada Kelompok Perlakuan dan Kontrol saat *Pre test*, *Post test* 1 dan *Post test* 2

Kelompok	Sebelum perlakuan			Sesudah perlakuan					
	<i>Pre test</i>			<i>Post test</i> 1			<i>Post test</i> 2		
	Mean	SD	P	Mean	SD	p	Mean	SD	P
Perlakuan	63,88	4,497	0,154	74,71	4,791	0,000	75,58	4,597	0,000
Kontrol	64,87	3,129		63,35	4,665		64,39	4,192	

Tabel 4. Perbedaan Rerata dan Simpangan Baku Sikap Santri tentang Kesehatan Lingkungan saat *Pre test*, *Post test* 1 dan *Post test* 2

Kelompok	Tes	Rerata	SD	P	Keterangan
Kontrol	<i>Pre test</i>	64,87	3,124	0,090	Tidak ada perbedaan bermakna
	<i>Post test</i> 1	63,35	4,665		
	<i>Pre test</i>	64,87	3,124	0,557	Tidak ada perbedaan bermakna
	<i>Post test</i> 2	64,39	4,192		
Perlakuan	<i>Pre test</i>	63,88	4,497	0,000	Ada perbedaan yang bermakna
	<i>Post test</i> 1	74,71	4,791		
	<i>Pre test</i>	63,88	4,497	0,000	Ada perbedaan yang bermakna
	<i>Post test</i> 2	75,58	4,579		



Gambar 2. Perkembangan Nilai Rerata Sikap Santri tentang Kesehatan Lingkungan pada *Pre test*, *Post test* 1 dan *Post test* 2

Menurut Kolbe yang disitasi oleh Sugiharto, dkk.,¹² perubahan sikap yang terjadi pada periode *post test 1* ke *post test 2* atau *pre test* ke *post test 2* merupakan serangkaian evaluasi dari subjek terhadap konsep yang dianut. Artinya, setelah seseorang melakukan *pre test* kemudian dibandingkan dengan *post test 1* maka pengalaman yang diyakini dan diperoleh belum mendalam, namun setelah melalui *post test 2* nilai sikap cenderung konstan. Azwar¹³ mengatakan bahwa dengan adanya perubahan sikap pada *post test 1* ke 2, menunjukkan bahwa telah terjadi proses belajar dan konsistensi ke arah respon yang positif.

WHO⁹ menjelaskan bahwa pembentukan sikap tidak dapat dilepaskan dari adanya beberapa faktor yang mempengaruhi seperti pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, lembaga pendidikan dan lembaga agama. Sikap juga dipengaruhi oleh informasi yang diberikan oleh orang lain yang telah memiliki sikap tertentu terhadap objek tertentu. Pesantren sebagai lembaga pendidikan dan agama, guru sebagai orang yang dianggap penting kedudukannya sekaligus sebagai pemberi informasi kesehatan lingkungan memberikan kontribusi positif bagi perubahan sikap santri.

Perubahan sikap subjek sesudah menerima informasi merupakan hasil interaksi yang didapat dari pengirim pesan. Teori persuasi perubahan sikap oleh Hovlan yang disitasi oleh Azwar¹³ mengemukakan bahwa dengan memasukkan ide, pikiran, pendapat bahkan fakta baru akan membuka peluang terjadinya perubahan sikap yang diinginkan. Perubahan sikap akan tergantung pada sejauh mana komunikasi itu diperhatikan, dipahami dan diterima. Penyampaian kultum juga dilakukan secara tatap muka, seperti yang diungkapkan Azwar¹³ bahwa komunikasi akan efektif apabila disampaikan secara langsung berhadapan. Di samping hubungan yang akrab antara guru dengan santri, ketundukan santri pada guru/ustadz dalam pendidikan di pesantren merupakan faktor yang memudahkan santri untuk menerima pelajaran. Seperti yang diungkapkan oleh

Novelasari, dkk.,⁸ bahwa menjadikan guru surau sebagai mitra dalam menginformasikan masalah kesehatan dengan metode ceramah melalui forum pengajian lebih tepat dan efisien karena inti dari da'wah adalah mengandung seruan atau ajakan yang bersifat positif. Materi da'wah menyangkut seluruh persoalan hidup manusia, salah satunya adalah kesehatan lingkungan yang sangat mempengaruhi derajat kesehatan pesantren.

4. Perilaku santri yang berkaitan dengan kesehatan lingkungan

Sebelum dilaksanakan kultum kesehatan lingkungan ternyata nilai rerata perilaku santri yang berkaitan dengan kesehatan lingkungan saat *pre test* pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol tidak menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna dengan nilai $p > 0,005$ ($p = 0,538$). Apabila dibandingkan antara kelompok perlakuan dan kontrol saat *post test 2* ternyata didapatkan nilai $p < 0,05$, berarti ada perbedaan setelah ada perlakuan. Perbedaan rerata perilaku antara kelompok perlakuan dan kontrol disajikan pada Tabel 5.

Tabel 5. Perbandingan Rerata dan Simpangan Baku Perilaku Santri yang Berkaitan dengan Kesehatan Lingkungan pada Kelompok Perlakuan dan Kontrol saat *Pre test* dan *Post test 2*

Kelompok	Sebelum perlakuan			Sesudah perlakuan		
	<i>Pre test</i>			<i>Post test 2</i>		
	Mean	SD	P	Mean	Sd	p
Perlakuan	9,45	1,435	0,	12,79	1,380	0,000
Kontrol	8,74	1,324	538	8,78	0,867	

Hasil analisis statistik menunjukkan adanya perubahan pada perilaku santri yang berkaitan dengan kesehatan lingkungan setelah dilakukan intervensi kultum selama sebulan. Hal ini ditunjukkan pada kenaikan rerata perilaku pada saat *post test 2* bahwa nilai $p < 0,05$ yang berarti ada perbedaan yang bermakna, sedangkan pada kelompok kontrol tidak menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna $p > 0,05$. Perbedaan nilai rerata dan simpangan baku perilaku santri yang berkaitan dengan kesehatan lingkungan disajikan pada

Tabel 6. Perbedaan Rerata dan Simpangan Baku Perilaku Santri yang Berkaitan dengan Kesehatan Lingkungan saat *Pre test*, *Post test 1* dan *Post test 2*

Kelompok	Tes	Rerata	SD	P	Keterangan
Kontrol	<i>Pre test</i>	8,74	1,324	0,675	Tidak ada perbedaan bermakna
	<i>Post test 2</i>	8,78	0,867		
Perlakuan	<i>Pre test</i>	9,45	1,435	0,000	Ada perbedaan yang bermakna
	<i>Post test 2</i>	12,79	1,380		

Dari Tabel 6 terlihat peningkatan nilai rerata perilaku pada kelompok perlakuan yaitu pada saat *pre test* (9,45), pada *post test 2* menjadi (12,79). Pada kelompok kontrol nilai rerata perilaku santri yang berkaitan dengan kesehatan lingkungan tidak menunjukkan peningkatan yang berarti. Saat *pre test* nilai rerata perilaku santri sebesar (8,74), dan pada *post test 2* sebesar (8,78).

Perubahan perilaku santri yang berkaitan dengan kesehatan lingkungan di samping merupakan dampak dari kultum yang dilakukan secara teratur oleh guru pesantren juga faktor keteladanan dari ustadz yang memberi kontribusi positif bagi perubahan perilaku santri. Seperti yang dijelaskan Lubis¹⁴ bahwa keteladanan adalah cara yang paling ampuh untuk mempengaruhi orang lain. Kemampuan para pendidik, pembina untuk menampilkan keteladanan dalam mengajak individu atau masyarakat untuk berbuat kebaikan merupakan salah satu kunci keberhasilan terhadap pesan yang disampaikan. Dalam perubahan perilaku peran pemimpin adalah sebagai panutan bagi bawahannya. Di Pesantren guru/ustadz adalah pemimpin, pendidik, dan pembina sehingga ucapan, sikap maupun tingkah lakunya akan dijadikan panutan bagi santri. Hal ini dikarenakan ustadz memiliki keunggulan dalam ilmu dan kepribadian. Tugas ustadz bukan sekedar sebagai pengajar di depan kelas atau mimbar tetapi dituntut untuk bisa menjadikan dirinya sebagai wujud nyata dari apa yang disampaikan, karena pada dasarnya santri lebih banyak menerima pelajaran dengan cara mencontoh daripada dengan cara nasehat. Proses belajar akan berdampak positif terhadap perubahan pada ranah kognitif, afektif dan psikomotorik subjek belajar.¹⁵ Penelitian Tolman dan Honzik yang disitasi oleh Hergenhan dan Olson¹⁶ juga menjelaskan bahwa perilaku yang salah akan semakin turun apabila dilakukan penguatan secara kontinyu atau rutin.

Perilaku positif dari santri muncul karena santri telah memiliki pengetahuan dan sikap yang positif tentang kesehatan lingkungan melalui kultum. Dengan kata lain, pengetahuan dan sikap santri yang positif merupakan prakondisi bagi terbentuknya perilaku positif yang berkaitan dengan kesehatan lingkungan. Penelitian Myrnawati¹⁷ juga melaporkan bahwa semakin baik pengetahuan masyarakat tentang kebersihan lingkungan semakin baik perilakunya terhadap pemanfaatan air sungai.

Galba¹⁸ menjelaskan bahwa figur guru/kyai merupakan orang yang sangat dihormati karena memiliki kekuasaan dan kewenangan, sehingga perkataan, sikap dan perbuatan dari kyai/guru akan didengar dan diikuti oleh santri. Penelitian Novelasari, dkk.,⁸ juga melaporkan bahwa guru surau dapat menyampaikan informasi masalah kesehatan dengan metode ceramah karena guru surau memberikan da'wah secara berkelanjutan di mana saja dan kapan saja kepada masyarakat. Selain itu guru merupakan figur yang disukai oleh dan dipercaya oleh masyarakat.

KESIMPULAN DAN SARAN

'Pengetahuan santri yang diberi pendidikan kesehatan lingkungan melalui kultum lebih baik dari santri yang tidak diberi intervensi kultum. Santri yang diberi pendidikan kesehatan lingkungan melalui kultum menunjukkan adanya peningkatan pada nilai rerata pengetahuan. Sikap santri yang diberi pendidikan kesehatan lingkungan melalui kultum lebih baik dari santri yang tidak diberi intervensi kultum. Santri yang mendapat pendidikan kesehatan lingkungan melalui kultum menunjukkan adanya peningkatan nilai rerata sikap. Perilaku santri yang diberi pendidikan kesehatan lingkungan melalui kultum lebih baik dari santri yang tidak diberi intervensi kultum. Santri yang mendapat pendidikan kesehatan lingkungan melalui kultum menunjukkan adanya peningkatan nilai rerata perilaku. Pengambil kebijakan di Dinas Kesehatan Kabupaten bahwa pendidikan kesehatan lingkungan melalui metode kultum dapat digunakan sebagai salah satu upaya promosi kesehatan di pesantren, masjid maupun forum pengajian. Pondok pesantren hendaknya juga menyampaikan pesan kesehatan melalui kultum, adapun materi kesehatan yang akan disampaikan dapat meminta bantuan kepada dinas kesehatan. Pesanten juga perlu menyediakan jamban dengan perbandingan satu jamban untuk 15 santri, tersedia air bersih yang mencukupi dari segi kuantitas dan kontinuitas, dan pada bak wudhu dilengkapi dengan kran atau disediakan gayung dengan perbandingan satu kran air atau gayung untuk lima orang santri. Bagi peneliti lain yang berkeinginan melanjutkan penelitian diharapkan melakukan penelitian untuk membandingkan efektivitas metode kultum kesehatan antara pesan yang disampaikan ustadz dengan yang disampaikan oleh petugas kesehatan.

KEPUSTAKAAN

1. Pusdiknakes. Otonomi daerah dan investasi di bidang kesehatan lingkungan. 2001. [Internet]. Tersedia dalam: <<http://www.Pusdiknakes.or.id>> [Diakses 1 Juli 2006].
2. Musadad A. Kesehatan lingkungan dan kemiskinan, *Media Litbangkes*. 1996;6(3): 1.
3. Depkes RI. Pedoman pelaksanaan Upaya kesehatan usia sekolah di Pondok Pesantren, Ditjen Binkesmas, Jakarta 1995.
4. Susmarkanto. Sikap santri Tebuireng terhadap biogas, *Jurnal Sains dan Teknologi Indonesia, Humas BPPT* 2003;5(N5)Agustus:66-74.
5. Admin. Cegah dan Hilangkan penyakit khas pesantren, 2005. [Internet]. Tersedia dalam <<http://www.Ummi grup.co.id>> [Diakses 11 Maret 2006].
6. Praktiknya A W. Dasar-dasar metodologi penelitian kedokteran dan kesehatan, *Radja Grafida Persada*, Jakarta 2000.
7. Novelasari, Ismail, Paramastri. Pendidikan kesehatan tentang GAKY kepada guru di Kecamatan IV Angkat Candung Kabupaten Agam Provinsi Sumatera Barat, *Sains Kesehatan* 2004;17 (4)Oktober:564-71.
8. World Health Organization. Pendidikan kesehatan, Diterjemahkan oleh Ida Bagus Tjitarsa, ITB dan Universitas Udayana, Bandung 1992.
9. Ridesman, Muhana, Tetra Dewi. Pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode diskusi kelompok dan demonstrasi terhadap pengetahuan, sikap dan perilaku keluarga dalam menemukan tersangka penderita TB paru, *Sains Kesehatan* 2005;18 (1)Januari:19-21.
10. Rahmat J. Psikologi komunikasi, *Remaja Rosdakarya*, Bandung 2001.
11. Devy, Abdullah, Paramastri. Model pendidikan kesehatan reproduksi remaja di sekolah bagi Siswa SLTPN I, *Sains Kesehatan* 2001;14 (2):205.
12. Sugiharto, Doeljachman, Wahyuni. Pendidikan kesehatan melalui metode ceramah dan diskusi Kelompok tentang HIV/AIDS pada Kader Posyandu di Kecamatan Gringsing Kabupaten Batang Jawa Tengah, *Sains Kesehatan* 2003;16(1)Januari:160-161.
13. Azwar S. Sikap manusia teori dan pengukurannya, Edisi ke 2, *Pustaka Pelajar*, Yogyakarta 1995.
14. Lubis H S. Menjadi murobbi sukses, *Kreasi Cerdas Utama*, Jakarta 2003.
15. Syah, M. Psikologi pendidikan dengan pendekatan baru, *Remaja Rosdakarya*, Bandung 2002.
16. Hergenhann BR; Olson M. *Theories of Learning*, 5th Edition, *Prentice Hall International, Inc, USA* 1997.
17. Myrnawati. Pengetahuan, sikap dan perilaku penduduk dalam memanfaatkan air sungai Cipinang dan hubungannya dengan kesehatan penduduk, *Jurnal Kedokteran Yarsi* 1995; 3(1):11-20.
18. Galba S. Pesantren sebagai wadah komunikasi, *Rineka Cipta*, Jakarta 1995.