



**EFEKTIVITAS MEDIA PEMBELAJARAN *PERSONAL HYGIENE* BERBASIS *MACROMEDIA FLASH* DALAM
PENINGKATAN PENGETAHUAN, SIKAP DAN PRAKTIK
PADA ANAK KELAS 1 SD NEGERI DI KOTA SEMARANG**

SKRIPSI

Diajukan sebagai Salah Satu Syarat untuk
Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Disusun Oleh
Gusti Sesanti Sandra Nastiti
NIM 6411415072

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
2019**



**EFEKTIVITAS MEDIA PEMBELAJARAN *PERSONAL*
HYGIENE BERBASIS *MACROMEDIA FLASH* DALAM
PENINGKATAN PENGETAHUAN, SIKAP DAN PRAKTIK
PADA ANAK KELAS 1 SD NEGERI DI KOTA SEMARANG**

SKRIPSI

Diajukan sebagai Salah Satu Syarat untuk
Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Disusun Oleh
Gusti Sesanti Sandra Nastiti
NIM 6411415072

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
2019**

ABSTRAK

Gusti Sesanti Sandra Nastiti

Efektivitas Media Pembelajaran *Personal Hygiene* Berbasis *Macromedia Flash* dalam Peningkatan Pengetahuan, Sikap dan Praktik pada Anak Kelas 1 SD Negeri di Kota Semarang

XVI + 145 halaman + 14 tabel + 16 gambar + 26 lampiran

Masalah kesehatan umum yang terjadi pada anak usia sekolah dasar biasanya berkaitan dengan kebersihan perorangan dan lingkungan. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di 16 Sekolah Dasar di Kota Semarang, pengetahuan siswa tentang *personal hygiene* dan kebersihan lingkungan sekitar rumah dan sekolah masih buruk yaitu 23%, sikap sudah baik yaitu 83% dan praktik cukup baik yaitu 58%. Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui efektivitas media pembelajaran *personal hygiene* berbasis *macromedia flash* dalam peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik siswa kelas 1 SD Negeri di Kota Semarang.

Jenis penelitian ini adalah penelitian *Riset and Development* dengan metode *Kuasi Eksperimen*. Populasi penelitian ini 14.040 siswa kelas 1 SDN di Kota Semarang. Sampel penelitian ini terdiri dari 10 SD Negeri ditentukan dengan teknik *cluster random sampling*. Sampel dibagi menjadi kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan perbandingan 1:1. Maka 5 SD Negeri menjadi kelompok intervensi dan 5 SD Negeri menjadi kelompok kontrol. Jumlah sampel penelitian ini terbagi menjadi kelompok intervensi 167 siswa dan kelompok kontrol 167 siswa. Pengumpulan data menggunakan kuesioner. Analisis data menggunakan uji *wilcoxon* dengan SPSS 16.00.

Hasil penelitian menunjukkan media pembelajaran berbasis *macromedia flash* efektif untuk meningkatkan pengetahuan 15%, sikap 26% dan praktik 8% pada anak kelas 1 SD Negeri di Kota Semarang.

Saran penelitian ini adalah agar pihak sekolah memfasilitasi media pembelajaran interaktif yang dapat menarik minat siswa untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan praktik siswa tentang *personal hygiene*.

Kata kunci: *Macromedia Flash*, *Personal Hygiene*, Pendidikan Kesehatan Lingkungan, Sekolah Dasar

Kepustakaan: 59 (2003 – 2018)

ABSTRACT

Gusti Sesanti Sandra Nastiti

Effectiveness of *Macromedia Flash*-Based *Personal Hygiene* Learning Media in Increasing Knowledge, Attitudes and Practices in Class 1 Elementary School Children in Semarang City

XVI + 145 pages + 16 tables + 16 images + 26 attachments

General health problems that occur in primary school age children are usually related to personal and environmental hygiene. Based on a preliminary study conducted in 16 elementary schools in the city of Semarang, students' knowledge of personal hygiene and environmental cleanliness around the house and school is still poor at 23%, good attitude at 83% and good practice at 58%. The purpose of this study was to determine the effectiveness of *macromedia flash-based personal hygiene* learning media in improving the knowledge, attitudes and practices of Grade 1 students of Public Elementary School in Semarang City.

This type of research is Research and Development research with the Quasi Experiment method. The population of the study was 14.040 grade 1 students at SDN in the city of Semarang. The research sample consisted of 10 public elementary schools determined by *cluster random sampling* technique. The sample was divided into an intervention group and a control group with a comparison of 1:1. Then 5 public elementary schools became the intervention group and 5 public primary schools became the control group. The number of samples of this study was divided into an intervention group of 167 students and a control group of 167 students. Data collection using a questionnaire. Data analysis using *wilcoxon* test with SPSS 16.00.

The results showed that *Macromedia flash-based* learning media was effective in increasing knowledge by 15%, attitudes by 26% and practices by 8% in grade 1 children of state elementary schools in Semarang City.

The suggestion of this research is for the school to facilitate an interactive learning media that can attract students' interest to improve students' knowledge, attitudes and practices about *personal hygiene*.

Keywords: *Macromedia Flash*, *Personal Hygiene*, Environmental Health Education, Elementary School

Literatures: 59 (2003 – 2018)

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam pustaka.

Semarang, Oktober 2019
Penulis,




Gusti Sesanti Sandra Nastiti
NIM 6411415072

PENGESAHAN

Skripsi dengan judul “Efektivitas Media Pembelajaran *Personal Hygiene* Berbasis *Macromedia Flash* dalam Peningkatan Pengetahuan, Sikap dan Praktik pada Anak Kelas 1 SD Negeri di Kota Semarang” yang disusun oleh Gusti Sesanti Sandra Nastiti, NIM 6411415072 telah dipertahankan di hadapan panitia ujian pada Ujian Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang, yang dilaksanakan pada:

hari, tanggal : Rabu, 13 November 2019

tempat : Ruang Ujian Jurusan IKM A



Ketua
Prof. Dr. Pandiyo Rahayu, M.Pd.
NIP. 196103201984032001

Panitia Ujian

Sekretaris,



Mardiana, S.K.M., M.Si.

NIP. 198004202005012003

Dewan Penguji

Tanggal

Penguji I



Muhammad Azinar, S.K.M., M. Kes
NIP 198205182012121002

5 / 12 - 2019

Penguji II



Prof. Dr. dr. Oktia Woro KH, M.Kes
NIP 195910011987032001

26 / 11 2019

Penguji III



Sofwan Ihdarjo, S.K.M., M.Kes
NIP 197607192008121002

10 / 12 / 2019

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto

“Sesungguhnya jika kamu bersyukur, niscaya Aku akan menambah (nikmat) kepadamu.” (QS. Ibrahim 14:7)

“Maka sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan, sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan.” (QS. Al-Insyirah 94:5-6)

“Tetapi boleh jadi kamu tidak menyukai sesuatu, padahal itu baik bagimu, dan boleh jadi kamu menyukai sesuatu padahal itu tidak baik bagimu. Allah maha mengetahui, sedangkan kamu tidak.” (QS. Al-Baqarah 2:216)

Persembahan

Dengan mengucap syukur kehadiran Allah SWT, saya persembahkan Skripsi ini untuk:

1. Kedua orang tua saya, Bapak Noerandam
Widhi Handoyo dan Ibu Romiyati
2. Adik saya, Dwike Dyandra Niti Aisyah
3. Sahabat-sahabat terbaikku yang telah menyemangati dan mendukungku
4. Almamaterku UNNES

PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala rahmat, berkah dan ridhonya sehingga Skripsi yang berjudul “Efektivitas Media Pembelajaran *Personal Hygiene* Berbasis *Macromedia Flash* dalam Peningkatan Pengetahuan, Sikap dan Praktik pada Anak Kelas 1 SD Negeri di Kota Semarang” dapat terselesaikan dengan baik. Skripsi ini disusun untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang. Skripsi ini dapat diselesaikan dengan bantuan dan kerjasama dari berbagai pihak dengan segala kerendahan hati dan rasa hormat, saya menyampaikan terima kasih kepada:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang Ibu Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd., atas ijin penelitian yang telah diberikan.
2. Pembantu Dekan Bidang Akademik Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang Bapak Dr. dr. Mahalul Azam, M.Kes., atas ijin penelitian yang telah diberikan.
3. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang Bapak Dr. Irwan Budiono S.K.M., M.Kes(epid), atas persetujuan penelitian yang telah diberikan.
4. Dosen Pembimbing Bapak Sofwan Indarjo, S.K.M., M.Kes atas bimbingan, arahan serta masukan dalam penyusunan proposal skripsi ini.
5. Bapak dan Ibu Dosen Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat atas bekal ilmu pengetahuan yang diberikan selama berada di bangku kuliah.

6. Staf TU Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat dan seluruh Staf TU FIK UNNES yang telah membantu dalam segala urusan administrasi dan surat perijinan penelitian.
7. Bapak dan Ibu Guru SD Negeri di Kota Semarang yang telah memberikan ijin kepada peneliti untuk melakukan penelitian di SD yang peneliti pilih.
8. Kedua orang tua dan adikku tercinta, Bapak Noerandam Widhi Handoyo dan Ibu Romiyati serta Adik Dwiki Dyandra Niti Aisyah atas segala perhatian, doa, dukungan moral dan materiil yang telah dicurahkan selama penyusunan skripsi ini.
9. Keluarga besar dan sahabat-sahabat yang telah memberikan doa, dukungan, motivasi dan bantuan selama penyusunan skripsi.
10. Teman-teman Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat angkatan 2015 atas bantuan dan motivasi dalam penyusunan skripsi.
11. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Semoga amal baik dari semua pihak mendapatkan pahala yang berlipat ganda dari Allah SWT. Penulis menyadari bahwa penulisan skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan guna penyempurnaan karya selanjutnya. Atas saran dan masukan yang diberikan, penulis mengucapkan terima kasih

Semarang, Oktober 2019

Penulis

DAFTAR ISI

ABSTRAK	ii
ABSTRACT	iii
PERNYATAAN.....	iv
PENGESAHAN	v
MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....	vi
PRAKATA	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 LATAR BELAKANG.....	1
1.2 RUMUSAN MASALAH.....	6
1.2.1 Rumusan Masalah Umum	6
1.2.2 Rumusan Masalah Khusus	6
1.3 TUJUAN PENELITIAN.....	7
1.3.1 Tujuan Umum	7
1.3.2 Tujuan Khusus.....	7
1.4 MANFAAT.....	8
1.4.1 Bagi Sekolah Dasar	8
1.4.2 Bagi Peneliti	8
1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan	8
1.5 KEASLIAN PENELITIAN	8

1.6	RUANG LINGKUP PENELITIAN	10
1.6.1	Ruang Lingkup Tempat.....	10
1.6.2	Ruang Lingkup Waktu	10
1.6.3	Ruang Lingkup Keilmuan	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....		11
2.1	LANDASAN TEORI	11
2.1.1	Pendidikan.....	11
2.1.2	Pendidikan Kesehatan	18
2.1.3	Pendidikan Kesehatan Lingkungan.....	26
2.1.4	Metode Pendidikan.....	31
2.1.5	Media.....	38
2.1.6	Macromedia Flash	39
2.2	KERANGKA TEORI.....	40
2.2.1	Teori Lawrence Green.....	40
2.2.2	Kerangka Teori Penelitian.....	48
BAB III METODE PENELITIAN		49
3.1	KERANGKA KONSEP.....	49
3.2	VARIABEL PENELITIAN.....	51
3.2.1	Variabel Bebas (<i>Independent Variable</i>).....	51
3.2.2	Variabel Terikat (<i>Dependent Variable</i>).....	52
3.2.3	Variabel Perancu (<i>Confunding Variable</i>).....	52
3.3	HIPOTESIS PENELITIAN	53
3.4	JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN	54
3.4.1	Metode <i>Research and Development</i>	54
3.4.2	Desain Kuasi Eksperimen	54

3.5	DEFINISI OPERASIONAL DAN SKALA PENGUKURAN VARIABEL	55
3.6	POPULASI DAN SAMPEL PENELITIAN	57
3.6.1	Populasi Penelitian	57
3.6.2	Sampel Penelitian	58
3.7	SUMBER DATA	61
3.7.1	Sumber Data Primer	61
3.7.2	Sumber Data Sekunder	61
3.8	INSTRUMEN PENELITIAN DAN TEKNIK PENGAMBILAN DATA... 62	
3.8.1	Instrumen Penelitian	62
3.8.2	Teknik Pengambilan Data	63
3.9	UJI COBA INSTRUMEN	63
3.9.1	Validitas Instrumen	63
3.9.2	Reliabilitas Instrumen	65
3.10	UJI STATISTIK	66
3.11	PROSEDUR PENELITIAN	67
3.11.1	Tahap Persiapan	67
3.11.2	Tahap Pelaksanaan	67
3.11.3	Tahap Pasca Penelitian	68
3.12	TEKNIK ANALISIS DATA	68
3.12.1	Analisis Univariat	68
3.12.2	Analisis Bivariat	68
	BAB IV HASIL PENELITIAN.....	70
4.1	GAMBARAN UMUM.....	70
4.1.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian	70

4.1.2	Demografi Sampel Penelitian.....	71
4.2	HASIL PENELITIAN.....	71
4.2.1	Deskripsi Prosedur Penelitian	71
4.2.2	Analisis Univariat.....	75
4.2.3	Analisis Bivariat.....	79
	BAB V PEMBAHASAN	82
5.1	PEMBAHASAN	82
5.1.1	Hasil Pengetahuan Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol	82
5.1.2	Hasil Sikap Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol	83
5.1.3	Hasil Praktik Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol.....	85
5.2	HAMBATAN DAN KELEMAHAN PENELITIAN	86
5.2.1	Hambatan Penelitian	86
5.2.2	Kelemahan Penelitian.....	87
	BAB VI SIMPULAN DAN SARAN	88
6.1	SIMPULAN	88
6.2	SARAN.....	89
6.2.1	Bagi Sekolah	89
6.2.2	Bagi Insitusi Pendidikan.....	89
6.2.3	Bagi Peneliti Selanjutnya	89
	DAFTAR PUSTAKA	90
	LAMPIRAN.....	95

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Keaslian Penelitian.....	8
Tabel 3.1	Desain Kuasi Eksperimen.....	55
Tabel 3.2	Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel.....	56
Tabel 3.3	Hasil Uji Validitas Instrumen.....	64
Tabel 3.4	Hasil Uji Reliabilitas Instrumen.....	65
Tabel 3.5	Uji Normalitas Data.....	66
Tabel 4.1	Jumlah Sampel Penelitian Tahun 2019.....	71
Tabel 4.2	Hasil Uji Validasi oleh Ahli Materi.....	73
Tabel 4.3	Hasil Uji Validasi oleh Ahli Media.....	73
Tabel 4.4	Rekapitulasi Hasil Uji Validasi oleh Ahli Materi dan Ahli Media.....	73
Tabel 4.5	Hasil Uji Coba Media pada Responden.....	74
Tabel 4.6	Distribusi Frekuensi Responden Menurut Umur.....	75
Tabel 4.7	Distribusi Frekuensi Responden Menurut Jenis Kelamin.....	76
Tabel 4.8	Distribusi Kelompok Intervensi sebelum Intervensi.....	76
Tabel 4.9	Distribusi Kelompok Intervensi sesudah Intervensi.....	77
Tabel 4.10	Distribusi Kelompok Kontrol sebelum Intervensi.....	78
Tabel 4.11	Distribusi Kelompok Kontrol sesudah Intervensi.....	78
Tabel 4.12	Pengetahuan Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol.....	79
Tabel 4.13	Sikap Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol.....	80
Tabel 4.14	Praktik Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol.....	81

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Teori Lawrence Green.....	40
Gambar 2.2 Kerangka Teori Penelitian.....	48
Gambar 3.1 Metode <i>Riset and Development</i>	49
Gambar 3.2 Kerangka Konsep.....	51
Gambar 3.3 Diagram Alir Sampel Penelitian.....	58

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1.	Surat Keputusan Pembimbing.....	96
Lampiran 2.	Surat Izin Penelitian dari Fakultas Ilmu Keolahragaan.....	97
Lampiran 3.	Surat Izin Penelitian dari Kesbangpol.....	98
Lampiran 4.	Surat Izin Penelitian dari Dinas Pendidikan Kota Semarang.....	100
Lampiran 5.	Ethical Clearence.....	101
Lampiran 6.	Surat Bukti telah Melakukan Penelitian.....	102
Lampiran 7.	Surat Bukti telah Melakukan Uji Coba Terbatas.....	103
Lampiran 8.	Instrumen Penelitian.....	104
Lampiran 9.	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Pengetahuan.....	115
Lampiran 10.	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Sikap.....	117
Lampiran 11.	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Praktik.....	119
Lampiran 12.	Hasil Uji Normalitas Data Pengetahuan Kelompok Intervensi....	122
Lampiran 13.	Hasil Uji Normalitas Data Pengetahuan Kelompok Kontrol.....	124
Lampiran 14.	Hasil Uji Normalitas Data Sikap Kelompok Intervensi.....	126
Lampiran 15.	Hasil Uji Normalitas Data Sikap Kelompok Kontrol.....	128
Lampiran 16.	Hasil Uji Normalitas Data Praktik Kelompok Intervensi.....	130
Lampiran 17.	Hasil Uji Normalitas Data Praktik Kelompok Kontrol.....	132
Lampiran 18.	Hasil Uji Wilcoxon Data Pengetahuan Kelompok Intervensi.....	134
Lampiran 19.	Hasil Uji Wilcoxon Data Pengetahuan Kelompok Kontrol.....	135
Lampiran 20.	Hasil Uji Wilcoxon Data Sikap Kelompok Intervensi.....	136
Lampiran 21.	Hasil Uji Wilcoxon Data Sikap Kelompok Kontrol.....	137
Lampiran 22.	Hasil Uji Wilcoxon Data Praktik Kelompok Intervensi.....	138

Lampiran 23. Hasil Uji Wilcoxon Data Praktik Kelompok Kontrol.....	139
Lampiran 24. Media Intervensi.....	140
Lampiran 25. Media Kontrol.....	141
Lampiran 26. Dokumentasi.....	142

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Sekolah merupakan institusi formal dan strategis dalam menyiapkan sumber daya manusia yang sehat secara fisik, mental, sosial, dan produktif (Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, 2014). Dari sekian banyak unsur sumber daya pendidikan, kurikulum merupakan salah satu unsur yang bisa memberikan kontribusi yang signifikan untuk mewujudkan proses berkembangnya kualitas potensi peserta didik. Kurikulum berbasis kompetensi adalah kurikulum yang dirancang baik dalam bentuk dokumen, proses, maupun penilaian didasarkan pada pencapaian tujuan, konten dan bahan pelajaran serta penyelenggaraan pembelajaran yang didasarkan pada Standar Kompetensi Lulusan. Pembelajaran tematik merupakan pendekatan pembelajaran yang mengintegrasikan berbagai kompetensi dari berbagai mata pelajaran. Pengintegrasian tersebut dilakukan dalam 2 (dua) hal, yaitu integrasi sikap, kemampuan/keterampilan dan pengetahuan dalam proses pembelajaran serta pengintegrasian berbagai konsep dasar yang berkaitan (Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, 2013).

Salah satu yang mempengaruhi keberhasilan proses belajar mengajar di sekolah adalah status kesehatan dan kondisi lingkungan sekolah. Saat ini siswa sekolah dasar dirasa harus mulai memiliki kesadaran diri terhadap kebersihan dirinya sendiri dan kebersihan lingkungan sekitarnya. Siswa diharapkan mampu

berperan dalam menjaga, memelihara dan meningkatkan derajat kesehatannya sendiri serta dapat berperan aktif dalam menjaga kesehatan lingkungan di sekitar mereka. Menurut Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 pasal 79 tentang kesehatan menyatakan bahwa kesehatan sekolah diselenggarakan untuk meningkatkan kemampuan hidup sehat peserta didik dalam lingkungan hidup sehat sehingga peserta didik dapat belajar, tumbuh, dan berkembang secara harmonis dan setinggi-tingginya menjadi sumber daya manusia yang berkualitas.

Masalah kesehatan umum yang terjadi pada anak usia sekolah dasar biasanya berkaitan dengan kebersihan perorangan dan lingkungan seperti gosok gigi yang baik dan benar, kebersihan diri, serta kebiasaan cuci tangan pakai sabun dan permasalahan kesehatan yang lainnya (Prasetyo et al, 2014). Penyakit yang biasanya timbul akibat PHBS yang buruk yaitu diare. Orang dengan PHBS yang buruk mempunyai risiko 10 kali menderita diare dibandingkan dengan orang dengan PHBS yang baik (Anggraini et al, 2014).

Di Kota Semarang total kasus diare pada tahun 2016 sebanyak 32.100 kasus kemudian meningkat pada tahun 2017 sebanyak 38.766 kasus. Kasus terbanyak pada kelompok umur > 5 tahun sebanyak 25.578 kasus. Menurut Jenis Kelamin kasus diare di Kota Semarang tahun 2017 tampak bahwa kasus diare pada perempuan 53% lebih banyak dibanding pada laki – laki 47% (Dinas Kesehatan Kota Semarang, 2017).

Menurut penelitian Silalahi & Putri (2017), di SD Negeri Merjosari 3 Malang, masalah *personal hygiene* pada anak sekolah dasar yang paling umum yaitu gigi berlubang 63% dan kuku panjang dan/atau kotor 62%. Penelitian

Anggraini, et al. (2017), masalah *personal hygiene* pada anak usia sekolah dasar di Minahasa masih cukup tinggi. Terbukti dari hasil penelitian mengenai perilaku siswa yang melakukan *hygiene* kulit 84,3%, *hygiene* rambut 10%, *hygiene* gigi dan mulut 5,7%, *hygiene* mata 27,1%, *hygiene* kuku tangan dan kaki 70%, *hygiene* telinga 11,4%. Masalah Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Arisandi, et al. (2015), data dari 26 sampel sekolah di Kolaka Timur ternyata masih didapatkan kesan bahwa masih banyak kekurangan pada fasilitas sanitasi dan kesehatan lingkungan yang tidak terjaga dengan baik, dari hasil observasi masih ada beberapa sekolah yang belum memenuhi syarat-syarat kesehatan lingkungan sekolah atau sanitasi sekolah. Pekarangan sekolah sering terlihat kotor karena siswa sering membuang sampah di sembarang tempat, hal ini disebabkan oleh perilaku siswa yang kurang baik dalam memanfaatkan fasilitas sanitasi yang ada di sekolah.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di 16 Sekolah Dasar di Kota Semarang, pengetahuan siswa tentang *personal hygiene* dan kebersihan lingkungan sekitar rumah dan sekolah masih buruk yaitu 77%, sikap siswa tentang *personal hygiene* dan kebersihan lingkungan sekitar sudah baik yaitu 83% dan praktik siswa tentang *personal hygiene* dan kebersihan lingkungan sekitar cukup baik yaitu 58%. Indikator PHBS di Sekolah yang digunakan dalam penelitian yaitu mencuci tangan dengan air mengalir dan sabun dan membuang sampah pada tempatnya. Mempunyai pengetahuan yang baik tentang cara hidup sehat dan mempraktikkannya dalam kehidupan nyata sejak usia dini itu sangat penting, agar

menjadi kebiasaan gaya hidup yang baik dan dapat meningkatkan kualitas hidup anak (Vionalita & Kusumaningtiar, 2017).

Berdasarkan hasil wawancara dengan guru, diperoleh hasil bahwa hanya 25% dari 16 Sekolah Dasar tersebut yang sudah menerapkan pendidikan kesehatan dan hanya 18,8% dari 16 Sekolah Dasar yang menggunakan media untuk penyampaian materi seperti: buku, modul dan video. Sedangkan menurut wawancara dengan guru dan hasil pengamatan selama studi pendahuluan berlangsung, sarana di sekolah sudah baik dan lengkap, sekolah sudah memiliki LCD dan speaker, namun penggunaan alat tersebut oleh guru dirasa belum maksimal.

Rendahnya tingkat pengetahuan *personal hygiene* pada siswa, kurangnya fasilitas sanitasi dan kesehatan lingkungan yang kurang terjaga maka diperlukan adanya pendidikan kesehatan lingkungan pada sekolah. Pendidikan kesehatan adalah upaya agar masyarakat berperilaku atau mengadopsi perilaku kesehatan dengan cara persuasi, bujukan, imbauan, ajakan, memberikan informasi, memberikan kesadaran dan sebagainya (Notoatmodjo, 2012a). Perlu diadakannya pendidikan kesehatan lingkungan dikarenakan perilaku masyarakat sekolah yang dirasa kurang atau tidak memanfaatkan dan memelihara sarana atau fasilitas sanitasi seperti semestinya. Sehingga pendidikan kesehatan lingkungan dirasa penting agar sarana sanitasi lingkungan dapat dimanfaatkan dan dipelihara secara optimal.

Pendidikan kesehatan lingkungan diajarkan kepada siswa menggunakan cara yang menarik, tidak membosankan, informasi tersampaikan secara efektif

karena menggabungkan beberapa media, yaitu teks, gambar, grafik, *sound*, animasi, video dan interaksi. Media yang sudah ada sebelumnya yaitu media buku, lagu dan video. Penggunaan media yang berbeda dari media sebelumnya ini dikarekan media yang sudah ada dirasa kurang menarik minat siswa dan membosankan. Sehingga akan digunakan media baru berupa *macromedia flash* dengan harapan media ini dapat menarik minat siswa dalam pembelajaran pendidikan kesehatan lingkungan.

Sesuai dengan teori pengalaman Edgar Dale mengenai perbandingan belajar menggunakan indera pandang dan indera dengar. Teori tersebut disebut dengan Kerucut Pengalaman Edgar Dale. Hasil belajar seseorang menurut Dale diperoleh mulai dari pengalaman langsung (kongkret), kenyataan yang ada di lingkungan kehidupan seseorang kemudian melalui benda tiruan, sampai kepada lambang verbal (abstrak). Semakin ke atas di puncak kerucut semakin abstrak media penyampaian pesan itu. Semakin nyata (kongkret pesan itu maka semakin mudah bagi peserta didik mencerna materi yang diberikan. Berkaitan dengan simbol verbal dan visual sendiri, maka guru sebisa mungkin menggambarkan dan memvisualisasikan sehingga benak peserta didik mampu mencernanya dengan baik.

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka peneliti ingin menampilkan media baru untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan praktik tentang kebersihan perumahan dan lingkungan sekitar pada siswa kelas 1 SD menggunakan media *macromedia flash*.

1.2 RUMUSAN MASALAH

1.2.1 Rumusan Masalah Umum

Berdasarkan latar belakang masalah maka yang menjadi perumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana efektivitas media pembelajaran *personal hygiene* berbasis *Macromedia Flash* dalam peningkatan pengetahuan sikap dan praktik pada anak kelas 1 SD Negeri di Kota Semarang?

1.2.2 Rumusan Masalah Khusus

1. Bagaimana efektivitas media pembelajaran *personal hygiene* berbasis *Macromedia Flash* dalam peningkatan pengetahuan pada anak kelas 1 SD Negeri?
2. Bagaimana efektivitas media pembelajaran *personal hygiene* berbasis *Macromedia Flash* dalam peningkatan sikap pada anak kelas 1 SD Negeri?
3. Bagaimana efektivitas media pembelajaran *personal hygiene* berbasis *Macromedia Flash* dalam peningkatan praktik pada anak kelas 1 SD Negeri?
4. Bagaimana efektivitas media pembelajaran *personal hygiene* berbasis *Macromedia Flash* dalam peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik pada anak kelas 1 SD Negeri?

1.3 TUJUAN PENELITIAN

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui efektivitas media pembelajaran *personal hygiene* berbasis *Macromedia Flash* dalam peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik pada anak kelas 1 SD Negeri di Kota Semarang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk menganalisis efektivitas media pembelajaran *personal hygiene* berbasis *Macromedia Flash* dalam peningkatan pengetahuan pada anak kelas 1 SD Negeri.
2. Untuk menganalisis efektivitas media pembelajaran *personal hygiene* berbasis *Macromedia Flash* dalam peningkatan sikap pada anak kelas 1 SD Negeri.
3. Untuk menganalisis efektivitas media pembelajaran *personal hygiene* berbasis *Macromedia Flash* dalam peningkatan praktik pada anak kelas 1 SD Negeri.
4. Untuk menganalisis efektivitas media pembelajaran *personal hygiene* berbasis *Macromedia Flash* dalam peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik pada anak kelas 1 SD Negeri.

1.4 MANFAAT

1.4.1 Bagi Sekolah Dasar

Meningkatkan kesadaran siswa dalam menjaga kesehatan perorangan dan lingkungan di sekitar sekolah dan mendapatkan media baru sebagai sarana belajar siswa agar menambah minat siswa dalam pembelajaran pendidikan kesehatan lingkungan.

1.4.2 Bagi Peneliti

Mengaplikasikan teori yang didapat selama mengikuti perkuliahan serta dapat menambah wawasan yang lebih dalam tentang penerapan *macromedia flash* dan pendidikan kesehatan lingkungan bagi anak sekolah dasar.

1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan acuan untuk peneliti selanjutnya yang akan meneliti tentang efektivitas media pembelajaran *personal hygiene* dalam peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik pada anak kelas 1 SD Negeri di Kota Semarang.

1.5 KEASLIAN PENELITIAN

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No	Peneliti	Judul	Rancangan Penelitian	Variabel	Hasil Penelitian
1	Dipo Wicaksono (Wicaksono, 2016)	Pengaruh Media Audio-Visual MP-ASI Terhadap Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Ibu Baduta di Puskesmas Kelurahan Johar Baru Tahun 2013	<i>Research and Development</i>	Variabel Bebas: Pengaruh Media Audio-Visual MP-ASI Variabel Terikat: Pengetahuan, sikap dan perilaku ibu baduta	Audio Visual memiliki pengaruh lebih tinggi dibandingkan dengan media lain dengan nilai $p < 0,05$.

- | | | | | | |
|----|--|--|-------------------------|---|---|
| 2 | Permata Ika Hidayati (Hidayati, 2017) | Optimalisasi Efektivitas Pemanfaatan <i>Macromedia Flash</i> Terhadap Minat Belajar Siswa Mata Pelajaran Biologi (SMA Negeri 9 Malang Tahun 2013) | <i>Eksperimen</i> | Variabel Bebas: Efektivitas <i>Macromedia Flash</i>
Variabel Terikat: Minat Belajar Siswa | Kemajuan minat belajar siswa diperoleh pada kelas eksperimen lebih tinggi yaitu sebesar 16,33 % sedangkan rata-rata skor kemajuan minat belajar siswa yang diperoleh pada kelas kontrol hanya sebesar 10,48 %. |
| 3 | Mustamid, Hendri Raharjo (Mustamid & Raharjo, 2015) | Pengaruh Efektivitas Multimedia Pembelajaran <i>Macromedia Flash 8</i> Terhadap Motivasi Belajar Siswa Pada Materi Fungsi Komposisi dan Invers (Kelas XI TO SMK Ma'arif Pangenan Kabupaten Cirebon Tahun 2014) | <i>Kuantitatif</i> | Variabel Bebas: Efektivitas Multimedia Pembelajaran <i>Macromedia Flash 8</i>
Variabel Terikat: Motivasi Belajar Siswa | Penerapan <i>Macromedia Flash 8</i> dalam materi Fungsi Komposisi dan Invers sebanyak 1 jam pelajaran dapat meningkatkan motivasi siswa sebanyak 0.564. |
| 4. | Ahmad Marzuki dan Muhammad Fahmi (Marzuki & Fahmi, 2017) | Efektivitas Media Pembelajaran CD Interaktif Berbasis <i>Adobe Flash Cs5</i> dalam Meningkatkan Hasil Belajar Siswa pada Mata Pelajaran Pendidikan Agama Islam di SMK PGRI Pandaan | <i>Kuasi Eksperimen</i> | Variabel Bebas: Efektivitas Media Pembelajaran CD Interaktif Berbasis <i>Adobe Flash CS5</i>
Variabel Terikat: Hasil Belajar Siswa | Dari hasil tersebut menunjukkan bahwa nilai t-hitung lebih besar daripada nilai t-tabel (2,901 > 1,990) artinya terdapat perbedaan yang signifikan antara kelas eksperimen dan kelas kontrol. Dari hasil mean posttest kelas eksperimen yaitu 8,03 dengan peningkatan skor sebesar 1,90 lebih tinggi daripada |
-

kelas kontrol
yaitu 7,18 dengan
peningkatan skor
sebesar 0,94.

Beberapa hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian-penelitian sebelumnya adalah sebagai berikut:

1. Lokasi dan waktu penelitian berbeda dengan penelitian sebelumnya.
2. Variabel yang diteliti dalam penelitian ini yang berbeda dari penelitian terdahulu meliputi, pengetahuan, sikap dan praktik siswa kelas 1 SD di Kota Semarang.
3. Judul belum ada yang sama dengan penelitian sebelumnya.

1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Penelitian ini dilakukan pada anak kelas 1 SD di Kota Semarang.

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Penelitian ini dilaksanakan pada tahun 2019.

1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan

Kajian yang diteliti termasuk dalam Ilmu Kesehatan Masyarakat pada bidang promosi kesehatan yang berfokus pada pendidikan kesehatan anak sekolah yang membahas mengenai efektivitas media pembelajaran *personal hygiene* berbasis *Macromedia Flash* dalam peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik pada anak kelas 1 SD di Kota Semarang.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 LANDASAN TEORI

2.1.1 Pendidikan

2.1.1.1 Pengertian Pendidikan

Menurut Redja Mudyahardjo (2001:3) secara luas, pendidikan adalah segala pengalaman belajar yang berlangsung dalam segala lingkungan dan sepanjang hidup. Pendidikan adalah segala situasi hidup yang mempengaruhi individu. Sedangkan secara sempit, pendidikan adalah sekolah. Pendidikan adalah pengajaran yang diselenggarakan di sekolah sebagai lembaga pendidikan formal. Pendidikan adalah segala pengaruh yang diupayakan sekolah terhadap anak dan remaja yang diserahkan kepadanya agar mempunyai kemampuan yang sempurna dan kesadaran penuh terhadap hubungan-hubungan dan tugas sosial mereka (Maunah, 2009).

Menurut Ki Hajar Dewantara yang dikutip oleh Suwarno (1985:2), pendidikan yaitu tuntutan didalam hidup tumbuhnya anak-anak, adapun maksudnya pendidikan yaitu menuntun segala kekuatan kodrat yang ada pada anak-anak itu agar mereka sebagai manusia dan sebagai anggota masyarakat dapatlah mencapai keselamatan dan kebahagiaan yang setinggi-tingginya (Maunah, 2009).

Menurut Langeveld (1971:5), pendidikan adalah setiap usaha, pengaruh, perlindungan dan bantuan yang diberikan kepada anak tertuju kepada kedewasaan anak itu, atau lebih tepat dapat membantu anak agar cukup cakap melaksanakan

tugas hidupnya sendiri. Pengaruh itu datangnya dari orang dewasa (atau yang diciptakan oleh orang dewasa seperti sekolah, buku, putaran hidup berhari-hari, dan sebagainya) dan ditujukan kepada orang yang belum dewasa (Maunah, 2009).

Dari beberapa pengertian dan uraian diatas, dapat disimpulkan bahwa pendidikan adalah suatu proses bimbingan, tuntunan atau pimpinan yang di dalamnya mengandung unsur-unsur seperti pendidik, anak didik, tujuan dan sebagainya (Maunah, 2009).

2.1.1.2 Tujuan Pendidikan

Menurut Maunah (2009), tujuan pendidikan ialah perubahan yang diharapkan pada subjek didik setelah mengalami proses pendidikan baik tingkah laku individu dan kehidupan pribadinya mauapun kehidupan masyarakat dari alam sekitarnya dimana individu itu hidup. Adapun tujuan atau cita-cita pendidikan antara satu negara dengan negara lain tentu berbeda. Hal ini disebabkan karena sumber-sumber yang dianut sebagai dasar penentuan cita-cita itu berbeda.

Cara atau alat yang paling efektif dan efisien untuk mencapai tujuan pendidikan ialah pengajaran. Karena itu pengajaran sering di identikkan dengan pendidikan, meskipun sebenarnya istilah ini tidak sama; pengajaran ialah proses membuat jadi terpelajar (tahu, mengerti, menguasai, ahli, belum tentu menghayati dan meyakini). Sedangkan pendidikan adalah membuat orang jadi terdidik (memperbaiki, menajadi adat kebiasaan).

Tujuan pendidikan harus dikaitkan pula dengan tujuan pendidikan nasional negara tempat pendidikan itu dilaksanakan dan harus dikaitkan pula dengan tujuan institusional lembaga yang menyelenggarakan pendidikan itu. Tujuan pendidikan

tidak dapat dicapai kecuali setelah melalui proses pengajaran, pengalaman, pembiasaan penghayatan dan keyakinan akan kebenarannya. Tahap-tahap dalam mencapai tujuan itu pada pendidikan formal (sekolah/madrasah), dirumuskan dalam bentuk tujuan kurikuler yang selanjutnya dikembangkan dalam tujuan instruksional (Maunah, 2009).

Sebagai suatu komponen pendidikan, tujuan pendidikan menduduki posisi penting diantara komponen-komponen pendidikan lainnya. Dapat dikatakan bahwa segenap komponen dari seluruh kegiatan pendidikan dilakukan semata-mata terarah kepada atau ditujukan untuk pencapaian tujuan tersebut. Dengan demikian, maka kegiatan-kegiatan yang tidak relevan dengan tujuan tersebut dianggap menyimpang, tidak fungsional bahkan salah, sehingga harus dicegah terjadinya hal tersebut (Maunah, 2009).

Tujuan pendidikan itu bersifat normatif, yaitu mengandung unsur norma yang bersifat memaksa, tetapi tidak bertentangan dengan hakikat perkembangan peserta didik serta dapat diterima oleh masyarakat sebagai nilai hidup yang baik (Maunah, 2009).

Langeveld dalam Umar Tirtarahardja (2000:37) mengemukakan bahwa harus memahami terhadap tujuan pendidikan, karena jika terjadi kesalahan dalam memahami fungsi tujuan pendidikan dapat mengakibatkan kesalahan dalam melaksanakan pendidikan, segala yang demikian itu disebut salah teoritis (Maunah, 2009).

Tujuan pendidikan bersifat abstrak karena memuat nilai-nilai yang bersifat abstrak. Tujuan demikian bersifat umum, ideal dan kandungannya sangat luas

sehingga sangat sulit untuk dilaksanakan di dalam praktek. Sedangkan pendidikan harus berupa tindakan yang ditujukan kepada peserta didik dalam kondisi tertentu, tempat tertentu dan waktu tertentu dengan menggunakan alat tertentu (Maunah, 2009).

Pelaksanaannya hanya mungkin apabila tujuan yang ingin dicapai itu dibuat jelas (eksplisit), konkret, dan lingkup kandungannya terbatas. Dengan kata lain, tujuan umum perlu dirinci sehingga menjadi tujuan yang lebih khusus dan terbatas agar mudah di realisasikan di dalam praktek (Maunah, 2009).

Menurut Umar Tirtarahardja (2000:39), ada beberapa hal yang menyebabkan mengapa tujuan khusus diperlukan, antara lain:

- 1) Pengkhususan tujuan memungkinkan dilaksanakannya tujuan umum melalui proses pendidikan.
- 2) Adanya kekhususan dari peserta didik, yaitu yang berkenaan dengan jenis kelamin, pembawaan dan minatnya kemampuan orang tuanya, lingkungan masyarakatnya.
- 3) Kepribadian yang menjadi sasaran untuk dibentuk atau dikembangkan bersifat kompleks sehingga perlu dirinci dan dikhususkan, aspek apa yang dikembangkan
- 4) Adanya tahap-tahap perkembangan pendidikan, jika proses dari satu tahap pendidikan tercapai disebut satu tujuan sementara telah tercapai.
- 5) Adanya kekhususan masing-masing lembaga penyelenggara pendidikan seperti pendidikan kesehatan seperti jalur pendidikan sekolah dan jalur pendidikan luar sekolah.

- 6) Adanya tuntutan persyaratan pekerjaan di lapangan yang harus dipenuhi oleh peserta didik sebagai pilihannya.
- 7) Diperlukan teknik tertentu yang menunjang pencapaian tujuan lebih lanjut misalnya membaca dan menulis dalam waktu yang relatif pendek. Tujuan khusus yang berhubungan dengan ini bersifat teknis, yang berfungsi sebagai tujuan antara. Karena sifatnya teknis (tidak ideologis), maka bisa berlaku dalam pendidikan yang berbeda ideologisnya.
- 8) Adanya kondisi situasional, yaitu peristiwa-peristiwa yang secara kebetulan muncul tanpa direncanakan. Karena ada sesuatu peristiwa dimana pendidik memandang perlu untuk bertindak, maka bertindaklah pendidik dengan maksud/tujuan tertentu. Misalnya ada murid berprestasi, guru lalu memberi pujian dengan tujuan murid terdorong untuk belajar lebih giat (*reinforcement*).
- 9) Kemampuan yang ada pada pendidik. Didalam praktek pendidikan khususnya pada sistem pendidikan, didalam rentangan antara tujuan umum dengan tujuan yang sangat jgysys terdapat sejumlah tujuan antara. Tujuan antara berfungsi untuk menjembatani pencapaian tujuan umum dari sejumlah tujuan rincian khusus. Umumnya ada 4 jenjang tujuan yang didalamnya terdapat tujuan antara yaitu tujuan umum (manusia Pancasila), tujuan institusional (tujuan yang menjadi tugas dari lembaga pendidikan tertentu untuk mencapainya), tujuan kurikuler (tujuan bidang studi atau tujuan mata pelajaran) dan tujuan instruksional (Maunah, 2009).

2.1.1.3 Kurikulum

Berdasarkan UU nomor 20 tahun 2003; PP nomor 19 tahun 2005, kurikulum adalah seperangkat rencana dan pengaturan mengenai tujuan, isi, dan bahan pelajaran serta cara yang digunakan sebagai pedoman penyelenggaraan kegiatan pembelajaran untuk mencapai tujuan pendidikan tertentu. Secara konseptual, kurikulum adalah suatu respon pendidikan terhadap kebutuhan masyarakat dan bangsa dalam membangun generasi muda bangsanya. Secara pedagogis, kurikulum adalah rancangan pendidikan yang memberi kesempatan untuk peserta didik mengembangkan potensi dirinya dalam suatu suasana belajar yang menyenangkan dan sesuai dengan kemampuan dirinya untuk memiliki kualitas yang diinginkan masyarakat dan bangsanya. Secara yuridis, kurikulum adalah suatu kebijakan publik yang didasarkan kepada dasar filosofis bangsa dan keputusan yuridis di bidang pendidikan (Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, 2013).

2.1.1.4 Kurikulum 2013

Proses Pembelajaran pada satuan pendidikan diselenggarakan secara interaktif, inspiratif, menyenangkan, menantang, memotivasi peserta didik untuk berpartisipasi aktif, serta memberikan ruang yang cukup bagi prakarsa, kreativitas, dan kemandirian sesuai dengan bakat, minat, dan perkembangan fisik serta psikologis peserta didik. Untuk itu setiap satuan pendidikan melakukan perencanaan pembelajaran, pelaksanaan proses pembelajaran serta penilaian proses pembelajaran untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas ketercapaian kompetensi lulusan (Shafa, 2014).

Sesuai dengan Standar Kompetensi Lulusan dan Standar Isi, maka prinsip pembelajaran kurikulum 2013 adalah:

- 1) Dari peserta didik diberi tahu menuju peserta didik mencari tahu;
- 2) Dari guru sebagai satu-satunya sumber belajar menjadi belajar berbasis aneka sumber belajar;
- 3) Dari pendekatan tekstual menuju proses sebagai penguatan penggunaan pendekatan ilmiah;
- 4) Dari pembelajaran berbasis konten menuju pembelajaran berbasis kompetensi;
- 5) Dari pembelajaran parsial menuju pembelajaran terpadu;
- 6) Dari pembelajaran yang menekankan jawaban tunggal menuju pembelajaran dengan jawaban yang kebenarannya multi dimensi;
- 7) Dari pembelajaran verbalisme menuju keterampilan aplikatif;
- 8) Peningkatan dan keseimbangan antara keterampilan fisikal (*hardskills*) dan keterampilan mental (*softskills*);
- 9) Pembelajaran yang mengutamakan pembudayaan dan pemberdayaan peserta didik sebagai pembelajar sepanjang hayat;
- 10) Pembelajaran yang menerapkan nilai-nilai dengan memberi keteladanan(*ing ngarso sung tulodo*), membangun kemauan (*ing madyo mangun karso*), dan mengembangkan kreativitas peserta didik dalam proses pembelajaran (*tut wuri handayani*);
- 11) Pembelajaran yang berlangsung di rumah, di sekolah, dan di masyarakat;

- 12) Pembelajaran yang menerapkan prinsip bahwa siapa saja adalah guru, siapa saja adalah siswa, dan di mana saja adalah kelas;
- 13) Pemanfaatan teknologi informasi dan komunikasi untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas pembelajaran;
- 14) Pengakuan atas perbedaan individual dan latar belakang budaya peserta didik (Shafa, 2014).

2.1.2 Pendidikan Kesehatan

2.1.2.1 Pengertian Pendidikan Kesehatan

Menurut Lawrence Green (1927), pendidikan kesehatan adalah proses perubahan perilaku yang dinamis, dimana perubahan tersebut bukan proses pemindahan materi dari seseorang ke orang lain dan bukan pula seperangkat prosedur. Artinya perubahan tersebut terjadi adanya kesadaran dari dalam individu atau masyarakat sendiri. Pendidikan kesehatan adalah istilah yang diterapkan ada penggunaan proses pendidikan secara terencana untuk mencapai tujuan kesehatan yang meliputi beberapa kombinasi dan kesempatan pembelajaran.

Menurut WHO, pendidikan kesehatan adalah proses membuat orang mampu meningkatkan dan memperbaiki kesehatan mereka.

Menurut *Committee President on Health Education* tahun 1997 yang dikutip oleh Soekidjo Notoatmodjo 1997, pendidikan kesehatan adalah proses yang menjembatani kesenjangan antara informasi kesehatan dan praktek kesehatan, yang memotivasi seseorang untuk memperoleh informasi dan berbuat sesuatu sehingga dapat menjaga dirinya menjadi lebih sehat dengan menghindari

kebiasaan yang buruk dan membentuk kebiasaan yang menguntungkan kesehatan (Mubarak et al, 2007).

2.1.2.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan

Tujuan utama pendidikan kesehatan adalah agar orang mampu menetapkan masalah dan kebutuhan mereka sendiri, memahami apa yang dapat mereka lakukan terhadap masalahnya dengan sumber daya yang ada pada mereka ditambah dengan dukungan dari luar, memutuskan kegiatan yang paling tepat untuk meningkatkan taraf hidup sehat dan kesejahteraan masyarakat (Mubarak et al., 2007).

Menurut Undang-Undang Kesehatan Nomor 23 tahun 1992 maupun WHO yakni: *“meningkatkan kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan, baik fisik, mental, dan sosialnya sehingga produktif secara ekonomi maupun secara sosial, pendidikan kesehatan disemua program kesehatan baik pemberantasan penyakit menular, sanitasi lingkungan, gizi masyarakat pelayanan kesehatan maupun program kesehatan lainnya.”*

Tujuan ini dapat dirinci sebagai berikut:

- 1) Menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai di masyarakat.
- 2) Mendorong individu agar mampu secara mandiri/ kelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup yang sehat.
- 3) Mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada.

Tujuan pendidikan kesehatan secara operasional telah dirinci oleh Wong, 1974 sebagai berikut:

- 1) Agar masyarakat memiliki tanggungjawab yang lebih besar pada kesehatannya keselamatan lingkungan dan masyarakatnya.
- 2) Agar orang melakukan langkah-langkah dalam mencegah terjadinya penyakit menjadi lebih parah, dan mencegah keadaan ketergantungan melalui rehabilitasi cacat yang disebabkan oleh penyakit.
- 3) Agar orang memiliki pengertian yang lebih baik tentang eksistensi dan perubahan-perubahan sistem dan cara memanfaatkannya dengan efisiensi dan efektif.
- 4) Agar orang mempelajari apa yang dapat dia lakukan sendiri dan bagaimana caranya, tanpa selalu meminta pertolongan kepada sistem pelayanan kesehatan yang formal (Mubarak et al., 2007).

2.1.2.3 Sasaran Pendidikan Kesehatan

Sasaran pendidikan kesehatan di Indonesia menurut Fitriani (2011) berdasarkan pada program pembangunan Indonesia adalah: masyarakat umum, masyarakat dalam kelompok tertentu, seperti: wanita, pemuda, remaja (termasuk dalam kelompok khusus adalah lembaga pendidikan mulai dari TK sampai Perguruan Tinggi, sekolah agama baik negeri atau swasta), sasaran individu dengan tehnik pendidikan kesehatan individual.

Sasaran pendidikan kesehatan dibagi dalam tiga kelompok sasaran, yaitu: *Sasaran Primer (Primary Target)*: sasaran langsung pada masyarakat segala upaya pendidikan/promosi kesehatan, *sasaran sekunder (Secondary Target)*: sasaran para tokoh masyarakat adat, diharapkan pada kelompok ini pada umumnya akan memberikan pendidikan kesehatan pada masyarakat disekitarnya,

sasaran tersier (Tertiary Target): sasaran pada pembuat keputusan/penentu kebijakan baik ditingkat pusat maupun tingkat daerah, diharapkan dengan keputusan dari kelompok ini akan berdampak kepada perilaku kelompok sasaran sekunder yang kemudian juga berdampak pada sasaran primer (Mubarak et al., 2007).

2.1.2.4 Tahapan Kegiatan Pendidikan Kesehatan

Menurut Hanlon 1964 yang dikutip oleh Azwar 1983 dalam Fitriani (2011) mengemukakan tahapan yang dilalui oleh pendidikan kesehatan:

1) Tahap sensitisasi

Pada tahapan ini dilakukan guna untuk memberikan informasi dan kesadaran pada masyarakat tentang hal penting mengenai masalah kesehatan seperti kesadaran pemanfaatan fasilitas kesehatan, wabah penyakit, imunisasi. Pada kegiatan ini tidak memberikan penjelasan mengenai pengetahuan, tidak pula merujuk pada masyarakat untuk mengubah perilakunya. Bentuk kegiatannya berupa siaran radio, poster dan selebaran lainnya (Fitriani, 2011).

2) Tahap publisitas

Tahap ini merupakan tahapan lanjutan dari tahap sensitisasi. Bentuk kegiatan berupa Press release yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan untuk memberikan penjelasan lebih lanjut jenis atau macam pelayanan kesehatan (Fitriani, 2011).

3) Tahap edukasi

Tahap ini merupakan kelanjutan pula dari tahap sensitisasi yang mempunyai tujuan untuk meningkatkan pengetahuan, mengubah sikap dan mengarahkan pada perilaku yang diinginkan (Fitriani, 2011).

Contoh kegiatannya berupa ibu memahami bahwa pentingnya pemeriksaan secara rutin mengenai masalah kehamilannya pada bidan atau dokter. Pada bidang kesehatan gigi, sebelum datang rasa sakit gigi sebaiknya masyarakat memahami cara gosok gigi yang benar dan pemeriksaan yang rutin untuk memeriksakan gigi. Cara yang digunakan adalah teori dengan metode belajar mengajar (Fitriani, 2011).

4) Tahap motivasi

Tahap kelanjutan dari tahap edukasi. Masyarakat setelah mengikuti kegiatan pendidikan kesehatan dengan benar diharap mampu melaksanakan kegiatan gosok gigi pada saat yang dianjurkan oleh kesehatan (Fitriani, 2011).

Kegiatan ini dilakukan secara berurutan tahap demi tahap, oleh karena itu pelaksana harus memahami ilmu komunikasi untuk tahap sensitisasi dan publisitas serta edukasi atau ilmu belajar mengajar untuk melaksanakan pendidikan kesehatan pada tahap edukasi dan motivasi (Fitriani, 2011).

2.1.2.5 Proses Pendidikan Kesehatan

Prinsip pokok dalam pendidikan kesehatan adalah proses belajar. Menurut Fitriani (2011) Dalam proses belajar, ada 3 persoalan pokok, yaitu:

1) Masukan (*input*)

Menyangkut pada sasaran belajar (sasaran didik) yaitu individu, kelompok serta masyarakat yang sedang belajar itu sendiri dengan berbagai latar belakangnya.

2) Proses (*process*)

Mekanisme dan interaksi terjadinya perubahan kemampuan (perilaku) pada diri subjek belajar tersebut. Dalam proses ini terjadi pengaruh timbal balik antara berbagai faktor, antara lain: subjek belajar, pengajar (pendidik atau fasilitator), metode, teknik belajar, alat bantu belajar serta materi atau bahan yang dipelajari.

3) Keluaran (*output*)

Merupakan hasil belajar itu sendiri yaitu berupa kemampuan atau perubahan perilaku dari subjek belajar (Fitriani, 2011).

2.1.2.6 Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

Ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari beberapa dimensi, yaitu dimensi sasaran pendidikan, dimensi tempat pelaksanaan atau aplikasinya dan dimensi tingkat pelayanan kesehatan (Mubarak et al., 2007).

Dilihat dari dimensi sasaran, pendidikan kesehatan dapat dikelompokkan menjadi 3, yaitu: pendidikan kesehatan individual dengan sasaran individu, pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok dan pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat luas (Mubarak et al., 2007).

Berdasarkan dimensi tempat pelaksanaannya, pendidikan kesehatan dapat berlangsung di berbagai tempat, dengan sasaran yang berbeda pula, misal:

Pendidikan kesehatan di sekolah dilakukan di sekolah dengan sasaran murid. Pendidikan kesehatan di rumah sakit dilakukan di rumah sakit dengan sasaran pasien atau keluarga pasien, di puskesmas, dan lain sebagainya. Pendidikan kesehatan di tempat-tempat kerja dengan sasaran buruh atau karyawan yang bersangkutan (Mubarak et al., 2007).

Menurut dimensi tingkat pelayanan kesehatan, pendidikan kesehatan dapat dilakukan berdasarkan 5 tingkat pencegahan (*five level prevention*), sebagai berikut:

- 1) *Health Promotion* atau peningkatan kesehatan, yaitu peningkatan status kesehatan masyarakat, dengan melakukan beberapa kegiatan. Diantaranya yaitu: pendidikan kesehatan (*health education*), penyuluhan kesehatan masyarakat (PKM), pengadaan rumah sehat, pengendalian lingkungan, program kesehatan lingkungan dengan tujuan menjaga lingkungan hidup manusia agar aman dari bibit penyakit seperti bakteri, virus dan jamur serta mencegah kemungkinan berkembangnya vektor.
- 2) *General and specific protection* (perlindungan umum dan khusus), merupakan usaha kesehatan untuk memberikan perlindungan secara khusus atau umum kepada seseorang atau masyarakat. Hal ini penting karena kesadaran masyarakat tentang pentingnya perlindungan umum dan khusus sebagai perlindungan terhadap penyakit pada dirinya maupun pada anak-anak masih rendah. Bentuk perlindungan tersebut berupa: imunisasi dan hygiene perseorangan (*Personal Hygiene*), perlindungan diri dari kecelakaan (*Accidental Safety*), perlindungan diri dari lingkungan

(*Protective Self Environment*), kesehatan kerja (*Occupational Health*), perlindungan diri dari karsinogen, toxic dan alergen, pengendalian sumber-sumber pencemaran dan lain-lain (Mubarak et al., 2007).

- 3) *Early diagnosis and prompt treatment* (diagnosis dini dan pengobatan segera atau adekuat). Usaha ini dilakukan karena rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan penyakit, maka sering sulit mendeteksi penyakit yang terjadi dalam masyarakat. Bahkan kadang masyarakat sulit atau tidak mau diperiksa dan diobati penyakitnya. Hal ini menyebabkan masyarakat tidak memperoleh pelayanan kesehatan yang layak. Bentuk usaha tersebut dapat dilakukan melalui: penemuan kasus secara dini (*Early Case Finding*), pemeriksaan umum lengkap (*General Check Up*), pemeriksaan massal (*Mass Screening*), survey terhadap kontak sekolah dan rumah (*Contact Survey, School Survey, Household Survey*), penanganan kasus (*Case Holding*) dan pengobatan adekuat (*Adequate Treatment*).
- 4) *Dissability limitation* atau pembatasan kecacatan. Kurangnya pengertian dan kesadaran masyarakat tentang kesehatan dan penyakit, maka sering masyarakat tidak melanjutkan pengobatannya sampai tuntas. Dengan kata lain mereka tidak melakukan pemeriksaan dan pengobatan yang komplit terhadap penyakitna. Pengobatan yang tidak lengkap dan sempurna dapat mengakibatkan orang yang bersangkutan mengalami kecacatan atau ketidakmampuan. Oleh karena itu, pendidikan kesehatan juga diperlukan dalam tahap ini, dan dapat berupa: penyempurnaan dan intensifikasi terapi

lanjutan, pencegahan komplikasi, perbaikan fasilitas kesehatan, penurunan beban sosial penderita, dan lain-lain.

5) *Rehabilitation* atau rehabilitasi. Setelah sembuh dari suatu penyakit tertentu, kadang-kadang irang menjadi cacat. Untuk memulihkan cacatnya tersebut kadang diperlukan latihan-latihan tertentu. Oleh karena kurangnya pengertian dan kesadaran orang tersebut, ia tidak atau segan melakukan latihan yang telah dianjurkan. Disamping itu orang cacat setelah sembuh dari penyakit, kadang malu untuk kembali ke masyarakat. Sering terjadi pula masyarakat tidak mau menerima mereka sebagai anggota masyarakat yang normal. Oleh sebab itu, jelas pendidikan kesehatan diperlukan bukan saja untuk orang yang cacat tersebut, tetapi juga perlu pendidikan kesehatan kepada masyarakat (Mubarak et al., 2007).

2.1.3 Pendidikan Kesehatan Lingkungan

2.1.3.1 Pengertian Pendidikan Kesehatan Lingkungan

Menurut Singh dan Dogra dalam Efendy et al. (2016), pendidikan lingkungan berarti proses pendidikan hubungan manusia dengan lingkungan alam dan buatan manusia dan mencakup hubungan populasi, alokasi sumber daya polusi, konservasi, transportasi, teknologi, energi, perkotaan dan perencanaan pedesaan (Efendy et al., 2016).

2.1.3.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan Lingkungan

Menurut UNESCO dalam Efendy et al. (2016), bahwa tujuan pendidikan lingkungan hidup adalah untuk membantu menjelaskan masalah kepedulian serta perhatian tentang saling keterkaitan antara ekonomi, sosial, politik, dengan

persoalan ekologi di kota maupun di wilayah pedesaan untuk memberikan kesempatan kepada setiap orang untuk mengembangkan pengetahuan, nilai, sikap, komitmen, dan kemampuan yang dibutuhkan untuk melindungi dan memperbaiki lingkungan, dan untuk menciptakan pola perilaku yang baru pada individu, kelompok, dan masyarakat sebagai suatu keseluruhan terhadap lingkungan. Tujuan yang ingin dicapai tersebut meliputi aspek pengetahuan, sikap, kepedulian, keterampilan dan partisipasi.

Menurut James dan Stapp dalam Efendy et al. (2016), tujuan pendidikan lingkungan hidup adalah mengembangkan warga negara yang memiliki pengetahuan dan wawasan tentang lingkungan biofisik dan masalah yang berkaitan dengannya, menumbuhkan kesadaran agar terlibat secara efektif dalam tindakan menuju pembangunan masa depan yang lebih baik dan dapat dihuni, dan membangkitkan motivasi untuk mengerjakannya.

2.1.3.3 Pendidikan Kesehatan di Sekolah

Pendidikan kesehatan khususnya bagi siswa, utamanya untuk menanamkan kebiasaan hidup sehat agar dapat bertanggungjawab terhadap kesehatan diri sendiri serta lingkungannya serta ikut aktif dalam usaha-usaha kesehatan. Tahap-tahap yang diperlukan untuk mencapai tujuan tersebut adalah: memberikan pengetahuan tentang prinsip dasar hidup sehat, menimbulkan sikap dan perilaku hidup sehat, membentuk kebiasaan hidup sehat (Notoatmodjo, 2010).

Hal-hal pokok sebagai materi dasar untuk menanamkan perilaku atau kebiasaan hidup sehat adalah sebagai berikut:

- 1) Kebersihan perorangan (*personal hygiene*) dan kebersihan lingkungan, terutama kebersihan lingkungan sekolah.
- 2) Pencegahan dan pemberantasan penyakit menular, dengan cara: hidup bersih bagi warga sekolah, imunisasi, pemberantasan nyamuk, kecoa, tikus dan binatang lain yang dapat menularkan penyakit.
- 3) Penyakit-penyakit tidak menular (penyebab dan cara pencegahannya).
- 4) Gizi, meliputi: mengenal berbagai makanan bergizi, nilai gizi pada makanan, memilih makanan yang bergizi, kebersihan makanan, penyakit-penyakit akibat kekurangan atau kelebihan gizi, dan sebagainya.
- 5) Pencegahan kecelakaan atau keamanan.
- 6) Mengetahui fasilitas kesehatan yang profesional, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2010).

2.1.3.4 Pendidikan Kesehatan Lingkungan Kelas 1 Sekolah Dasar

Pendidikan kesehatan lingkungan pada siswa kelas 1 SD menurut buku tematik terpadu menitikberatkan kepada kesehatan perorangan (*personal hygiene*).

Pendidikan kesehatan lingkungan pada siswa kelas 1 SD yaitu sebagai berikut:

- 1) Tema 1 yang berjudul Diriku. Tema 1 ini memiliki subtema seperti aku dan temanku, tubuhku, aku merawat tubuhku dan aku istimewa. Pendidikan kesehatan lingkungan yang bisa diberikan kepada siswa, yaitu: mencuci tangan menggunakan sabun sebelum dan setelah bermain serta sebelum dan sesudah makan, menggosok gigi 2 kali sehari, memotong kuku jika kuku sudah panjang, serta mencuci rambut jika dirasa rambut sudah kotor (Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan RI, 2016b).

- 2) Tema 2 berjudul Kegemaranku. Tema 2 ini memiliki subtema, yaitu: gemar olahraga, aku suka bernyanyi dan menari, gemar menggambar dan gemar membaca. Pendidikan kesehatan lingkungan yang diajarkan dalam tema ini meliputi: melakukan olahraga seperti sepakbola dan basket menggunakan sepatu agar tidak terkena penyakit yang perantaranya melalui kulit, membuang sampah sisa makanan ke tempat sampah disesuaikan dengan jenis sampahnya (Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan RI, 2016c).
- 3) Tema 3 berjudul Kegiatanku. Tema 3 memiliki subtema yaitu: kegiatan pagi hari, kegiatan siang hari, kegiatan sore hari dan kegiatan malam hari. Pendidikan kesehatan lingkungan yang akan diajarkan dalam tema ini yaitu: sarapan gizi seimbang, setelah pulang sekolah harus meletakkan sepatu tas dan baju seragam sesuai dengan tempatnya agar tidak mengundang nyamuk dan lalat, menyiram tanaman dihalaman rumah menggunakan air bersih, sebelum tidur baiknya membersihkan tempat tidur (Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan RI, 2016d).
- 4) Tema 4 berjudul Keluargaku. Tema 4 memiliki subtema yaitu: anggota keluargaku, kegiatan keluargaku, keluarga besarku, kebersamaan dalam keluarga. Pendidikan kesehatan lingkungan yang akan diajarkan dalam tema ini adalah: mencuci peralatan dapur setelah membantu ibu memasak, cuci tangan dan kaki setelah bermain dengan sepupu (Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan RI, 2016e).

- 5) Tema 5 berjudul Pengalamanku. Tema 5 memiliki subtema yaitu: pengalaman masa kecil, pengalaman bersama teman, pengalaman di sekolah, pengalaman yang berkesan. Pendidikan kesehatan lingkungan yang diajarkan dalam tema ini adalah: membantu membersihkan luka saat terjatuh dari sepeda, menanam pohon bersama, makan bekal yang bergizi, memetik buah bersama orangtua (Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan RI, 2016g).
- 6) Tema 6 berjudul Lingkungan Bersih, Sehat dan Asri. Tema 6 memiliki subtema yaitu: lingkungan rumahku, lingkungan sekitar rumahku, lingkungan sekolahku, bekerjasama jaga kebersihan dan kesehatan lingkungan. Pendidikan kesehatan lingkungan yang diajarkan dalam tema ini adalah: kerja bakti bersama tetangga, menyapu ruang kelas, membersihkan saluran air agar tidak menciptakan genangan air, membersihkan kandang hewan agar hewan tidak terkena penyakit (Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan RI, 2016f).
- 7) Tema 7 berjudul Benda, Hewan dan Tanaman di Sekitarku. Tema 7 memiliki subtema yaitu: benda hidup dan tak hidup, hewan disekitarku, tumbuhan disekitarku, bentuk, warna, ukuran dan permukaan benda. Pendidikan kesehatan lingkungan yang diajarkan dalam tema ini adalah: membersihkan mainan, merawat hewan peliharaan agar tidak sakit (Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan RI, 2016a).
- 8) Tema 8 berjudul Peristiwa Alam. Tema 8 memiliki subtema yaitu: peristiwa siang dan malam, kemarau, penghujan, dan bencana alam.

Pendidikan kesehatan lingkungan yang akan diajarkan dalam tema ini yaitu: bermain dipinggir pantai dengan tidak membuang sampah sembarangan, mengganti baju yang basah akibat keringat, tidak membiarkan air tergenang saat musim penghujan karena mengakibatkan nyamuk demam berdarah berkembangbiak (Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan RI, 2016h).

2.1.4 Metode Pendidikan

2.1.4.1 Metode Pendidikan Individual (Perorangan)

Bentuk dari metode individual ada 2 (dua bentuk), yaitu:

2.1.4.1.1 Bimbingan dan penyuluhan (guidance and counseling), yaitu:

- 1) Kontak antara klien dengan petugas lebih intensif.
- 2) Setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat dikorek dan dibantu penyelesaiannya.
- 3) Akhirnya klien tersebut akan dengan sukarela dan berdasarkan kesadaran, penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut (mengubah perilaku).

2.1.4.1.2 Wawancara (Interview)

- 1) Merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan.
- 2) Menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan untuk mengetahui apakah perilaku yang sudah atau yang akan diadopsi itu mempunyai dasar pengertian dan kesadaran yang kuat, apabila belum maka perlu penyuluhan yang lebih mendalam lagi.

2.1.4.2 Metode Pendidikan Kelompok

Menurut Fitriani (2011), metode pendidikan kelompok harus memperhatikan apakah kelompok itu besar atau kecil, karena metodenya lain. Efektivitas metodenya pun akan tergantung pada besarnya sasaran pendidikan.

2.1.4.1.3 *Kelompok Besar*

1) Ceramah

Metode ceramah yang dimaksud disini adalah ceramah dengan kombinasi metode yang bervariasi. Sebab ceramah dilakukan dengan tujuan sebagai pemicu terjadinya kegiatan yang partisipatif (curah pendapat, diskusi, pleno, penugasan, studi kasus, dll). Selain itu, ceramah yang dimaksud disini adalah ceramah yang cenderung interaktif, yaitu melibatkan peserta melalui adanya tanggapan balik atau perbandingan dengan pendapat dan pengalaman peserta. Media pendukung yang digunakan seperti: bahan serahan (*handouts*), transparansi yang ditayangkan dengan OHP, bahan presentasi yang ditayangkan dengan LCD, tulisan-tulisan di kartu, metaplan dan/kertas lano, dll (Fitriani, 2011).

2) Seminar

Hanya cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah keatas. Seminar adalah suatu penyajian (presentasi) dari satu ahli atau beberapa ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan biasanya dianggap hangat di masyarakat (Fitriani, 2011).

2.1.4.1.4 *Kelompok Kecil*

1) Diskusi kelompok

Dibuat sedemikian rupa sehingga saling berhadapan, pimpinan diskusi/penyuluh duduk diantara peserta agar tidak ada kesan lebih tinggi, tiap kelompok punya kebebasan mengeluarkan pendapat, pimpinan diskusi memberikan pancingan, mengarahkan, dan mengatur sehingga diskusi berjalan hidup dan tak ada dominasi dari salah satu peserta (Fitriani, 2011).

Diskusi kelompok ialah pembahasan suatu topik dengan cara tukar piiran antara dua orang atau lebih, dalam kelompok kecil-kecil, yang direncanakan untuk mencapai tujuan tertentu. Metode ini dapat membangun suasana saling menghargai perbedaan pendapat dan juga meningkatkan partisipasi peserta yang masih belum banyak berbicara dalam diskusi yang lebih luas. Tujuan penggunaan metode ini ialah mengembangkan kesamaan pendapat atau kesepakatan atau mencari suatu rumusan terbaik mengenai suatu persoalan. Setelah diskusi kelompok, proses dilanjutkan dengan diskusi pleno. Pleno adalah istilah yang digunakan untuk diskusi kelas atau diskusi umum yang merupakan lanjutan dari diskusi kelompok yang dimulai dengan pemaparan hasil diskusi kelompok (Fitriani, 2011).

2) Curah pendapat (*brainstorming*)

Merupakan modifikasi diskusi kelompok, dimulai dengan memberikan suatu masalah, kemudian peserta memberikan jawaban/tanggapan,

jawaban/tanggapan tersebut ditampung dan ditulis dalam *flipchart*/papan tulis, sebelum semuanya mencurahkan pendapat tidak boleh ada komentar dari siapapun, baru setelah semuanya mengemukakan pendapat, tiap anggota mengomentari, dan akhirnya terjadi diskusi.

Metode curah pendapat adalah suatu bentuk diskusi dalam rangka menghimpun gagasan, pendapat, informasi, pengetahuan, pengalaman dari semua peserta (Fitriani, 2011).

Berbeda dengan diskusi, dimana gagasan dari seseorang dapat ditanggapi (didukung, dilengkapi, dikurangi atau tidak disepakati) oleh peserta lain, pada penggunaan metode curah pendapat, pendapat orang lain tidak untuk ditanggapi.

Tujuan curah pendapat adalah untuk membuat kompliasi (kumpulan) pendapat, informasi, pengalaman semua peserta yang sama atau berbeda. Hasilnya kemudian dijadikan peta informasi, peta pengalaman, atau peta gagasan (*mindmap*) untuk menjadi pembelajaran bersama (Fitriani, 2011).

3) Bola salju (*snow balling*)

Tiap orang dibagi menjadi pasangan-pasangan (1 pasang 2 orang). Kemudian dilontarkan suatu pertanyaan atau masalah, setelah kurang lebih 5 menit tiap 2 pasang bergabung menjadi 1. Mereka tetap mendiskusikan masalah tersebut, dan mencari kesimpulannya. Kemudian tiap 2 pasang yang sudah beranggotakan 4 orang ini bergabung lagi dengan pasangan lainnya dan demikian seterusnya, akhirnya terjadi diskusi seluruh kelas (Fitriani, 2011).

4) Kelompok kecil-kecil (*buzz group*)

Kelompok langsung dibagi menjadi kelompok kecil-kecil, kemudian dilontarkan suatu permasalahan sama/tidak sama dengan kelompok lain, dan masing-masing kelompok mendiskusikan masalah tersebut. Selanjutnya kesimpulan dari tiap kelompok tersebut dan dicari kesimpulannya (Fitriani, 2011).

5) Memainkan peran (*role play*)

Beberapa anggota kelompok ditunjuk sebagai pemegang peranan tertentu untuk memainkan peranan tertentu, misalnya sebagai dokter puskesmas, sebagai perawat atau bidan, dll, sedangkan anggota lainnya sebagai pasien /anggota masyarakat. Mereka memperagakan bagaimana interaksi/komunikasi sehari-hari dalam melaksanakan tugas.

Bermain peran pada prinsipnya merupakan metode untuk ‘menghadirkan’ peran-peran yang ada dalam dunia nyata ke dalam suatu ‘pertunjukan peran’ di dalam kelas/pertemuan, yang kemudian dijadikan sebagai bahan refleksi agar peserta memberikan penilaian. Misalnya: menilai keunggulan maupun kelemahan masing-masing peran tersebut, dan kemudian memberikan saran/ alternatif pendapat bagi pengembangan peran-peran tersebut. Metode ini lebih menekankan terhadap masalah yang diangkat dalam ‘pertunjukan’, dan bukan pada kemampuan pemain dalam melakukan permainan peran (Fitriani, 2011).

6) Permainan simulasi (*simulation game*)

Merupakan gambaran *role play* dan diskusi kelompok. Pesan-pesan disajikan dalam bentuk permainan, seperti permainan monopoli. Cara memainkannya persis seperti bermain monopoli dengan menggunakan dadu, gaco (penunjuk arah), dan papan main. Beberapa orang menjadi pemain, dan sebagian lainnya berperan sebagai narasumber.

Metode simulasi adalah bentuk metode praktik yang sifatnya untuk mengembangkan keterampilan peserta belajar (keterampilan mental maupun fisik/teknis). Metode ini memindahkan suatu situasi yang nyata ke dalam kegiatan atau ruang belajar karena adanya kesulitan untuk melakukan praktik di dalam situasi yang sesungguhnya. Misalnya: sebelum melakukan praktik penerbangan, seorang siswa sekolah penerbangan melakukan simulasi penerbangan terlebih dahulu (belum benar-benar terbang). Situasi yang dihadapi dalam simulasi ini harus dibuat seperti benar-benar merupakan keadaan yang sebenarnya (replikasi kenyataan).

Contoh lainnya yaitu, dalam sebuah pelatihan fasilitasi seorang peserta melakukan simulasi suatu metode belajar seakan-akan tengah melakukannya bersama kelompok dampungannya. Pendamping lainnya berperan sebagai kelompok dampingan yang benar-benar akan ditemui dalam keseharian peserta (ibu tani, bapak tani, pengurus kelompok, dsb.). dalam contoh yang kedua, metode ini memang mirip dengan bermain peran. Tetapi dalam simulasi, peserta lebih banyak berperan sebagai dirinya

sendiri saat melakukan suatu kegiatan/tugas yang benar-benar akan dilakukannya (Fitriani, 2011).

2.1.4.3 Metode pendidikan Massa

Pada umumnya bentuk pendekatan (cara) ini adalah tidak langsung.

Biasanya menggunakan atau melalui media massa. Contoh:

- 1) Ceramah umum (*public speaking*), dilakukan pada acara tertentu, misal Hari Kesehatan Nasional, misalnya oleh menteri atau pejabat kesehatan lain.
- 2) Pidato-pidato diskusi tentang kesehatan melalui media elektronik baik TV maupun radio, pada hakikatnya adalah merupakan bentuk pendidikan kesehatan massa.
- 3) Simulasi, dialog antar pasien dengan dokter atau petugas kesehatan lainnya tentang suatu penyakit atau masalah kesehatan melalui TV atau radio adalah juga merupakan pendidikan kesehatan massa. Contoh: “Praktek Dokter Herman Susilo” di Televisi.
- 4) Sinetron “Dokter Sartika” di dalam acara TV juga merupakan bentuk pendekatan kesehatan massa. Sinetron Jejak sang elang di Indosiar hari Sabtu siang (tahun 2006).
- 5) Tulisan-tulisan di majalah/koran, baik dalam bentuk artikel maupun tanya jawab/ konsultasi tentang kesehatan antara penyakit juga merupakan bentuk pendidikan kesehatan massa.
- 6) *Billboard*, yang dipasang di pinggir jalan, spanduk poster dan sebagainya adalah juga bentuk pendidikan kesehatan massa (Fitriani, 2011).

2.1.5 Media

2.1.5.1 Kerucut Pengalaman Edgar Dale

Pada tahun 1946, Edgar Dale, memperkenalkan Cone of Experience yang menunjukkan perkembangan pengalaman dari yang paling konkret (di bagian bawah kerucut) ke yang paling abstrak (di bagian atas kerucut). Maksud dari Cone of Experience adalah memberi tahu tentang seberapa banyak orang mengingat berdasarkan bagaimana mereka menemukan informasi tersebut (Davis & Summers, 2015).

Menurut Dale's Cone of Experience (1946), dasar kerucut ditandai dengan pengalaman yang lebih konkret, seperti pengalaman langsung (pengalaman kehidupan nyata), pengalaman yang dibuat-buat (model interaktif), dan partisipasi dramatis (permainan peran). Pengalaman yang bertujuan langsung untuk mewakili kenyataan atau hal-hal yang tersembunyi dalam kehidupan sehari-hari secara nyata. Tema umum di antara level-level kerucut ini adalah peserta didik “melakukan.” Bagian tengah kerucut sedikit lebih abstrak dan ditandai oleh peserta didik secara realistik “mengamati” pengalaman. Level-level kerucut ini dibedakan dari level yang lebih rendah karena siswa tidak berinteraksi langsung dengan fenomena tersebut. Level pada bagian kerucut ini meliputi demonstrasi, kunjungan lapangan, pameran, gambar bergerak, dan rekaman audio atau gambar foto. Puncak kerucut adalah yang paling abstrak di mana pengalaman diwakili secara non-realistik oleh simbol-simbol, baik visual maupun verbal yaitu mendengarkan kata yang diucapkan (Davis & Summers, 2015).

Semakin kerucutnya kebawah, maka semakin besar pembelajaran dan semakin banyak kemungkinan informasi dipertahankan. Ini juga menunjukkan bahwa ketika memilih metode pengajaran, penting untuk diingat bahwa melibatkan siswa dalam proses memperkuat retensi pengetahuan. Ini mengungkapkan bahwa teknik "pembelajaran aksi" menghasilkan retensi hingga 90%. Orang-orang belajar dengan baik ketika mereka menggunakan gaya belajar perseptual. Gaya belajar perseptual berbasis sensorik. Semakin banyak saluran indera dalam berinteraksi dengan sumber daya, semakin besar peluang bahwa banyak siswa dapat belajar darinya (Diamond, 1989). Menurut Dale (1969), instruktur harus merancang kegiatan pembelajaran itu dengan membangun lebih banyak pengalaman kehidupan nyata (Davis & Summers, 2015).

2.1.6 Macromedia Flash

2.1.6.1 Pengertian Macromedia Flash

Menurut Ardiansyah (2013), Macromedia Flash Profesional 8 (selanjutnya hanya disebut *Flash*) adalah sebuah software yang dapat digunakan untuk menambahkan aspek dinamis sebuah web atau membuat film animasi interaktif. *Flash* dapat digunakan untuk membuat animasi, presentasi, simulasi, permainan, navigasi situs web, iklan, dll. *Flash* juga dapat digunakan sebagai salah satu media pembelajaran. Karena selain kemampuan animasi, *flash* juga mampu menangani aspek interaktif antara film flash dengan pengguna.

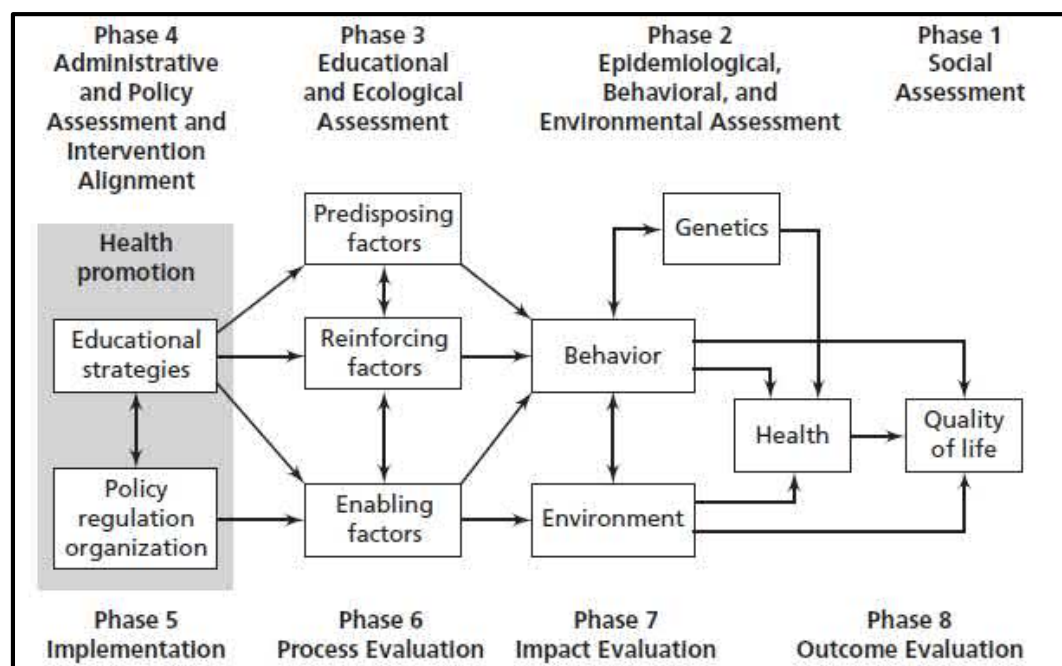
2.1.6.2 Kelebihan *Macromedia Flash*

Dibandingkan dengan media lain, *Macromedia Flash* memiliki keuntungan sebagai berikut:

- 1) Ukuran file-nya kecil, karena khusus dirancang untuk digunakan pada web. Ukuran yang lebih kecil membuat waktu loading situs lebih pendek.
- 2) Memiliki sisi interaktif. Flash bisa menerima masukan dari pengguna.
- 3) Tidak perlu memiliki kemampuan sebagai programmer untuk membuat Film Flash. Walaupun jika Anda bisa membuat program, hal itu menjadi nilai tambah, karena Flash menyediakan sebuah bahasa pemrograman yang disebut Action Script (Ardiansyah, 2013).

2.2 KERANGKA TEORI

2.2.1 Teori Lawrence Green



Gambar 2.1 Teori Lawrence Green dalam Owen & Fisher (2008)

Teori Lawrence W. Green merupakan salah satu teori modifikasi perubahan perilaku yang dapat digunakan untuk mendiagnosis masalah kesehatan ataupun sebagai alat untuk merencanakan suatu kegiatan perencanaan kesehatan atau mengembangkan suatu model pendekatan yang dapat digunakan untuk

membuat perencanaan kesehatan yang dikenal dengan kerangka kerja Precede dan Procede. Kerangka kerja precede mempertimbangkan beberapa faktor yang membentuk status kesehatan dan membantu perencanaan terfokus pada faktor tersebut sebagai target untuk intervensi. Precede juga menghasilkan tujuan spesifik dan kriteria untuk evaluasi. Kerangka Procede menyediakan langkah-langkah tambahan untuk mengembangkan kebijakan dan memulai pelaksanaan dan proses evaluasi. Berikut ini merupakan bagan Teori Lawrence Green (Owen & Fisher, 2008).

Menurut teori Lawrence Green (1980) dalam Notoatmodjo (2012) menyatakan bahwa perilaku manusia dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yaitu faktor perilaku (behaviour causes) dan faktor diluar perilaku (non behaviour causes). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor yaitu:

- 1) Faktor predisposisi (predisposing factors), yang mencakup pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai-nilai dan persepsi.
- 2) Faktor pemungkin (enabling factor), yang mencakup ketersediaan sumber daya, aksesibilitas, arahan, aturan atau hukum, dan ketrampilan.
- 3) Faktor penguat (reinforcing factor), faktor-faktor ini mencakup sikap dan perilaku keluarga, rekan kerja, guru, pengusaha, penyedia layanan kesehatan, pemimpin masyarakat, pengambil keputusan yang dapat berupa undang-undang, peraturan-peraturan, pengawasan dan sebagainya.

2.2.1.1 Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pencaindera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Dalam pengertian lain, pengetahuan yang lebih menekankan pengamatan dan pengalaman inderawi dikenal sebagai pengetahuan empiris atau pengetahuan aposteriori. Pengetahuan ini bisa didapatkan dengan melakukan pengamatan dan observasi yang dilakukan secara empiris dan rasional. Pengetahuan empiris tersebut juga dapat berkembang menjadi pengetahuan deskriptif bila seseorang dapat melukiskan dan menggambarkan segala ciri, sifat, dan gejala yang ada pada objek empiris tersebut. Pengetahuan empiris juga bisa didapatkan melalui pengalaman pribadi manusia yang terjadi berulang kali. Misalnya, seseorang yang sering dipilih untuk memimpin organisasi dengan sendirinya akan mendapatkan pengetahuan tentang manajemen organisasi. Tanpa pengetahuan seseorang tidak mempunyai dasar untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap masalah yang dihadapi (Notoatmodjo, 2010).

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang :

- 1) Faktor internal : faktor dari dalam diri sendiri, misalnya intelegensia, minat, kondisi fisik.
- 2) Faktor eksternal : faktor dari luar misalnya keluarga, masyarakat, sarana.
- 3) Faktor pendekatan belajar : faktor upaya belajar misalnya strategi dan metode dalam pembelajaran.

Menurut Notoatmodjo (2010) Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang dalam hal ini pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan, yaitu sebagai berikut:

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 seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

2) Memahami (comprehension)

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

3) Aplikasi (aplication)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya). Aplikasi di sini 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 (synthesis)

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 dari formulasi-formulasi yang ada. Misalnya dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkaskan, 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 itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

2.2.1.2 Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek (Notoatmodjo, 2010). Menurut Allport (1954)

menjelaskan bahwa sikap mempunyai 3 komponen pokok: kepercayaan (keyakinan) atau konsep terhadap suatu objek, kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek, kecenderungan untuk bertindak (tend to behave). Seperti halnya pengetahuan, sikap juga mempunyai tingkatan yaitu:

1) Menerima (Receiving)

Menerima diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek).

2) Merespon (Responding)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.

3) Menghargai (Valuing)

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

4) Bertanggungjawab (Responsible)

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

2.2.1.3 Praktik

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (overt behavior). Menurut Notoatmodjo (2012b), untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan yang nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas dan faktor dukungan (support) praktik ini mempunyai beberapa tingkatan:

1) Persepsi (perception)

Mengenal dan memilih berbagai obyek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil.

2) Respon terpimpin (guide response)

Dapat melakukan sesuatu dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh.

3) Mekanisme (mecanism)

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

4) Adopsi (Adoption)

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

Menurut Notoatmodjo (2005), Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara langsung, yaitu dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari atau bulan yang telah lalu (recall). Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden. Sebelum orang mengadopsi perilaku yang baru didalam diri orang tersebut terjadi proses berurutan yakni:

1) Kesadaran (awareness)

Dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (obyek).

2) Tertarik (interest)

Dimana orang mulai tertarik pada stimulus.

3) Evaluasi (evaluation)

Menimbang-nimbang terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.

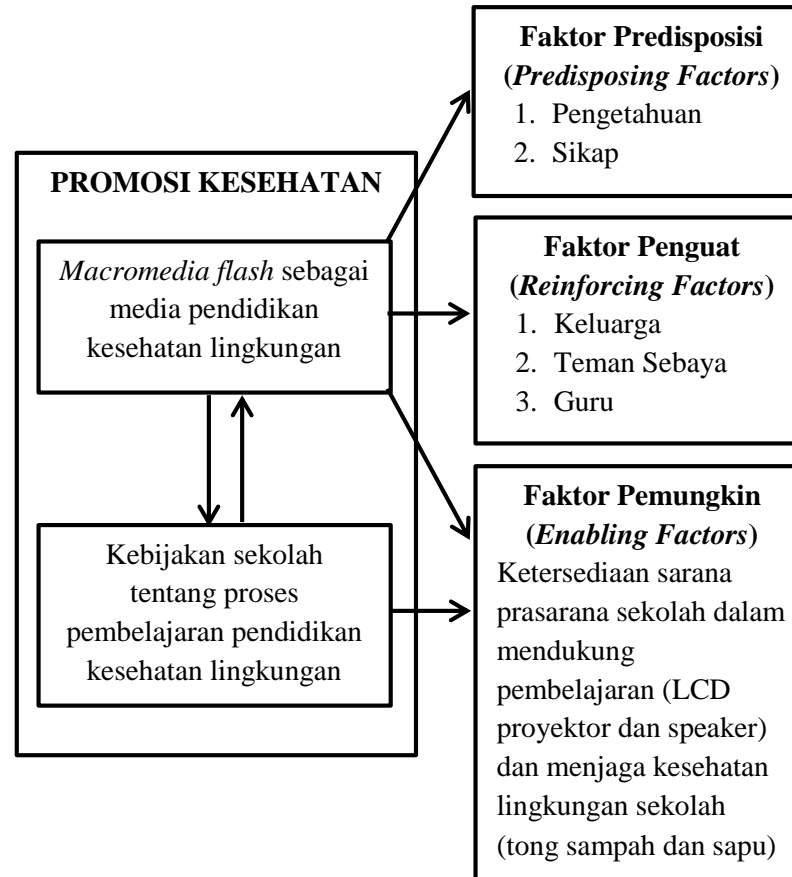
4) Mencoba (trial)

Dimana orang telah memulai mencoba perilaku yang baru.

5) Menerima (Adoption)

Dimana subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

2.2.2 Kerangka Teori Penelitian



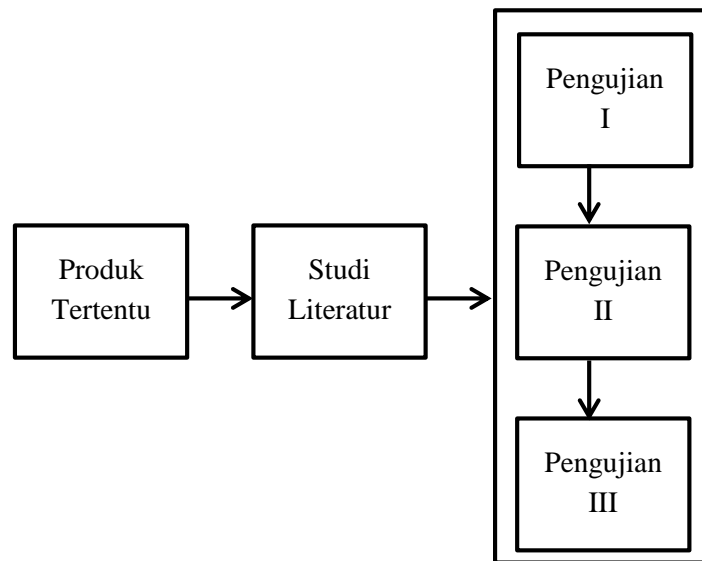
Gambar 2.2 Kerangka Teori Penelitian

Sumber: Modifikasi Lawrence Green dalam buku Owen & Fisher (2008)

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 KERANGKA KONSEP



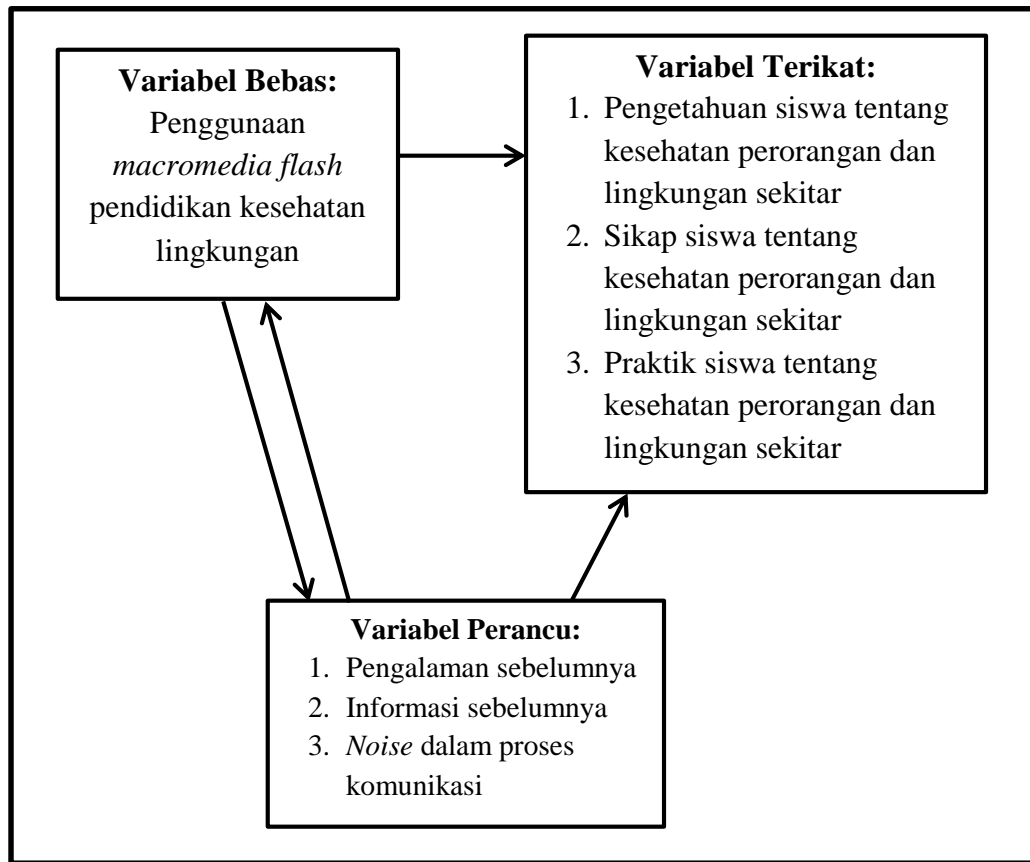
Gambar 3.1 Metode *Research and Development*

Metode *Research and Development* atau metode penelitian dan pengembangan adalah suatu metode penelitian yang digunakan untuk menghasilkan produk tertentu, dan menguji keefektifan produk tersebut (Sugiyono, 2015).

Penelitian pengembangan yang dilakukan dalam penelitian ini merupakan pengembangan *macromedia flash* tentang *personal hygiene* pada anak kelas 1 SD Negeri di Kota Semarang. *Macromedia flash* yang dihasilkan akan digunakan untuk mengoptimalkan pengetahuan, sikap dan praktik tentang *personal hygiene* pada siswa.

Langkah-langkah metode *research and development* yaitu:

- 1) Produk tertentu, telah dibuat suatu produk yang dinilai dapat menyelesaikan suatu masalah. Produk inilah yang akan diuji keefektifannya.
- 2) Studi literatur, berkaitan dengan pencarian informasi dan data melalui teori dan penelitian terdahulu terkait produk serupa. Hal ini dapat menjadi referensi dalam mengembangkan produk.
- 3) Pengujian I, pada pengujian tahap I ini dilakukan di hadapan ahli media dan ahli materi. Ahli yang diundang dalam *Focus Group Discussion* yaitu Bapak Rudatin dan Bapak Widiyanto sebagai ahli media, guru SD Negeri Sekaran 01 dan SD Negeri Sekaran 02 yang berjumlah 5 orang sebagai ahli materi. Pada tahap ini, dilakukan evaluasi bagian mana dalam media tersebut yang menurut para ahli masih perlu di revisi.
- 4) Pengujian II, juga disebut uji coba terbatas. Uji coba terbatas ini dilaksanakan pada SD Negeri Sekaran 01 dimana SD Negeri tersebut bukanlah SD Negeri yang menjadi sampel dalam penelitian ini. Pada tahap ini dilakukan evaluasi pada sampel terbatas apakah media yang digunakan sudah efektif sebagai media penyampaian materi.
- 5) Pengujian III, disebut sebagai uji intervensi. Uji intervensi dilakukan pada SD Negeri yang menjadi sampel dalam penelitian ini.



Gambar 3.2 Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep dalam penelitian ini menggambarkan variabel-variabel yang akan diukur atau diamati selama penelitian. Tidak semua variabel dalam kerangka teori dimasukkan ke dalam kerangka konsep karena keterbatasan peneliti dalam masalah dana, tenaga dan waktu.

3.2 VARIABEL PENELITIAN

3.2.1 Variabel Bebas (*Independent Variable*)

Variabel bebas adalah variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahannya atau timbulnya variabel dependen (terikat) (Sugiyono, 2015). Variabel bebas dalam penelitian ini adalah efektivitas media *macromedia flash*.

3.2.2 Variabel Terikat (*Dependent Variable*)

Variabel terikat adalah variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas (Sugiyono, 2015). Variabel terikat dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- 1) Pengetahuan siswa tentang pendidikan kesehatan lingkungan khususnya tentang kebersihan perorangan dan kebersihan lingkungan sekitar.
- 2) Sikap siswa tentang pendidikan kesehatan lingkungan khususnya tentang kebersihan perorangan dan kebersihan lingkungan sekitar.
- 3) Praktik siswa tentang pendidikan kesehatan lingkungan khususnya tentang kebersihan perorangan dan kebersihan lingkungan sekitar.

3.2.3 Variabel Perancu (*Confounding Variable*)

Variabel perancu adalah variabel yang berhubungan dengan variabel bebas dan variabel terikat, tetapi bukan variabel perantara (Sastroasmoro & Ismael, 2011). Variabel perancu dalam penelitian ini dikendalikan dengan cara restriksi. Restriksi adalah menyingkirkan variabel perancu dari setiap subyek penelitian (Sastroasmoro & Ismael, 2011). Variabel perancu dalam penelitian ini yaitu sebagai berikut:

- 1) Pengalaman sebelumnya, jika ada siswa yang pernah menjadi dokter kecil atau kader kesehatan lingkungan di sekolah.
- 2) Informasi sebelumnya, jika ada siswa yang sudah pernah menerima informasi atau mata pelajaran mengenai pendidikan kesehatan lingkungan.
- 3) *Noise*, adalah hambatan dalam proses komunikasi. *Noise* dibedakan menjadi 2, yaitu hambatan saluran dan hambatan semantik. Hambatan

saluran (*channel noise*) berhubungan dengan fisik penyampaian pesan, terjadi antara komunikator dan komunikan yang menggunakan saluran berupa media. Hambatan semantik adalah gangguan yang berhubungan dengan tata bahasa, gangguan ini sering terjadi karena ketidaksesuaian antara pesan yang disampaikan komunikator kepada komunikannya (Wisman, 2017).

3.3 HIPOTESIS PENELITIAN

Hipotesis adalah jawaban tentatif atas pertanyaan penelitian yang telah dirumuskan dalam masalah penelitian (Murti, 2003). Berdasarkan kajian diatas, maka hipotesis di dalam penelitian ini adalah:

- 1) Media Pembelajaran *Personal Hygiene* berbasis *Macromedia Flash* efektif untuk meningkatkan pengetahuan tentang pendidikan kesehatan perorangan dan lingkungan sekitar pada anak kelas 1 SD Negeri.
- 2) Media Pembelajaran *Personal Hygiene* berbasis *Macromedia Flash* efektif untuk meningkatkan sikap tentang pendidikan kesehatan perorangan dan lingkungan sekitar pada anak kelas 1 SD Negeri.
- 3) Media Pembelajaran *Personal Hygiene* berbasis *Macromedia Flash* efektif untuk meningkatkan praktik tentang pendidikan kesehatan perorangan dan lingkungan sekitar pada anak kelas 1 SD Negeri.
- 4) Media Pembelajaran *Personal Hygiene* berbasis *Macromedia Flash* untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan praktik tentang pendidikan

kesehatan perorangan dan lingkungan sekitar pada anak kelas 1 SD Negeri.

3.4 JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN

Berdasarkan permasalahan dan tujuan yang ingin dicapai, maka jenis penelitian yang digunakan yaitu *Research and Development* dengan desain penelitian *Kuasi Eksperimen*.

3.4.1 Metode *Research and Development*

Berdasarkan permasalahan dan tujuan yang ingin dicapai, maka jenis penelitian yang digunakan yaitu *Research and Development*. Metode *Research and Development* atau metode penelitian dan pengembangan adalah suatu metode penelitian yang digunakan untuk menghasilkan produk tertentu, dan menguji keefektifan produk tersebut (Sugiyono, 2015).

3.4.2 Desain Kuasi Eksperimen

Desain kuasi eksperimen adalah desain yang memiliki kelompok kontrol, tetapi tidak dapat berfungsi sepenuhnya untuk mengontrol variabel-variabel luar yang mempengaruhi pelaksanaan eksperimen (Sugiyono, 2015).

Rancangan penelitian Kuasi Eksperimen ini digunakan untuk membandingkan hasil intervensi program kesehatan di suatu kontrol yang serupa, tetapi tidak perlu kelompok yang benar-benar sama. Bentuk rancangan ini digambarkan sebagai berikut:

Tabel 3.1 Desain Kuasi Eksperimen

Pre-test Perlakuan Post-test

Kelompok Intervensi	01	X ₁	02
Kelompok Kontrol	01	X ₂	02

Rancangan penelitian kuasi eksperimen digunakan pada tahap Pengujian III atau uji intervensi. Pada kelompok intervensi diberikan perlakuan berupa *macromedia flash* sebagai media belajar, sedangkan pada kelompok kontrol diberikan perlakuan berupa *booklet* sebagai media belajar.

Rancangan ini baik untuk membandingkan hasil intervensi program kesehatan disuatu kecamatan atau desa, dengan kecamatan atau desa lainnya. Dalam rancangan ini, pengelompokan anggota sampel pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol tidak dilakukan secara random atau acak (Notoatmodjo, 2005a).

3.5 DEFINISI OPERASIONAL DAN SKALA PENGUKURAN VARIABEL

Tabel 3.2 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Kategori	Skala
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1.	Penggunaan media	Ketercapaian tujuan pembelajaran yang dilakukan menggunakan <i>macromedia flash</i> Aku dan Lingkungan	Kuesioner	1. Sebelum diberikan <i>macromedia flash</i> “Aku dan Lingkungan Sekitarku” 2. Sesudah diberikan <i>macromedia flash</i> “Aku dan Lingkungan Sekitarku”	Nominal

Sekitarku

Kelompok Intervensi:

Intervensi dilakukan selama 2 minggu.

Minggu pertama diberikan *pre test* dan intervensi selama 2 hari berturut-turut dengan durasi 1,5 tiap pertemuan. Minggu kedua dilakukan *post test*.

Kelompok Kontrol:

Intervensi dilakukan selama 2 minggu.

Minggu pertama diberikan *pre test* dan *booklet* dipinjamkan selama 3 hari berturut-turut. Minggu kedua dilakukan *post test*.

2.	Pengetahuan	Segala sesuatu yang diketahui tentang kebersihan perorangan dan kebersihan lingkungan sekitar oleh siswa kelas 1 SD Negeri	Kuesioner	Skala Likert jika pernyataan positif maka: 2 = Ya 0 = Tidak Skala Likert jika pernyataan negatif maka: 0 = Ya 2 = Tidak Kategori perhitungan: 1. Kurang Baik, jika skor jawaban < 75% 2. Baik, jika skor jawaban ≥ 75% (Wawan & Dewi, 2010)	Rasio
----	-------------	--	-----------	---	-------

3.	Sikap	Respon siswa kelas 1 SD Negeri mengenai kebersihan perorangan dan kebersihan lingkungan sekitar dalam sehari-hari	Kuesioner	Skala Likert jika pernyataan positif maka: 2 = Setuju 0 = Tidak Setuju Skala Likert jika pernyataan negatif maka: 0 = Setuju 2 = Tidak Setuju Kategori perhitungan: 1. Kurang Baik - Jika total skor < median (data tidak terdistribusi normal) 2. Baik - Jika total skor \geq median (data tidak terdistribusi normal)	Rasio
4.	Praktik	Praktik siswa kelas 1 SD dalam pelaksanaan kebersihan perorangan dan kebersihan lingkungan sekitar dalam sehari-hari	Kuesioner	Skala Likert jika pernyataan positif maka: 2 = Ya 0 = Tidak Skala Likert jika pernyataan negatif maka: 0 = Ya 2 = Tidak Kategori perhitungan: 1. Kurang Baik, jika skor jawaban < 80% 2. Baik, jika skor jawaban \geq 80% (Lestari et al., 2016)	Rasio

3.6 POPULASI DAN SAMPEL PENELITIAN

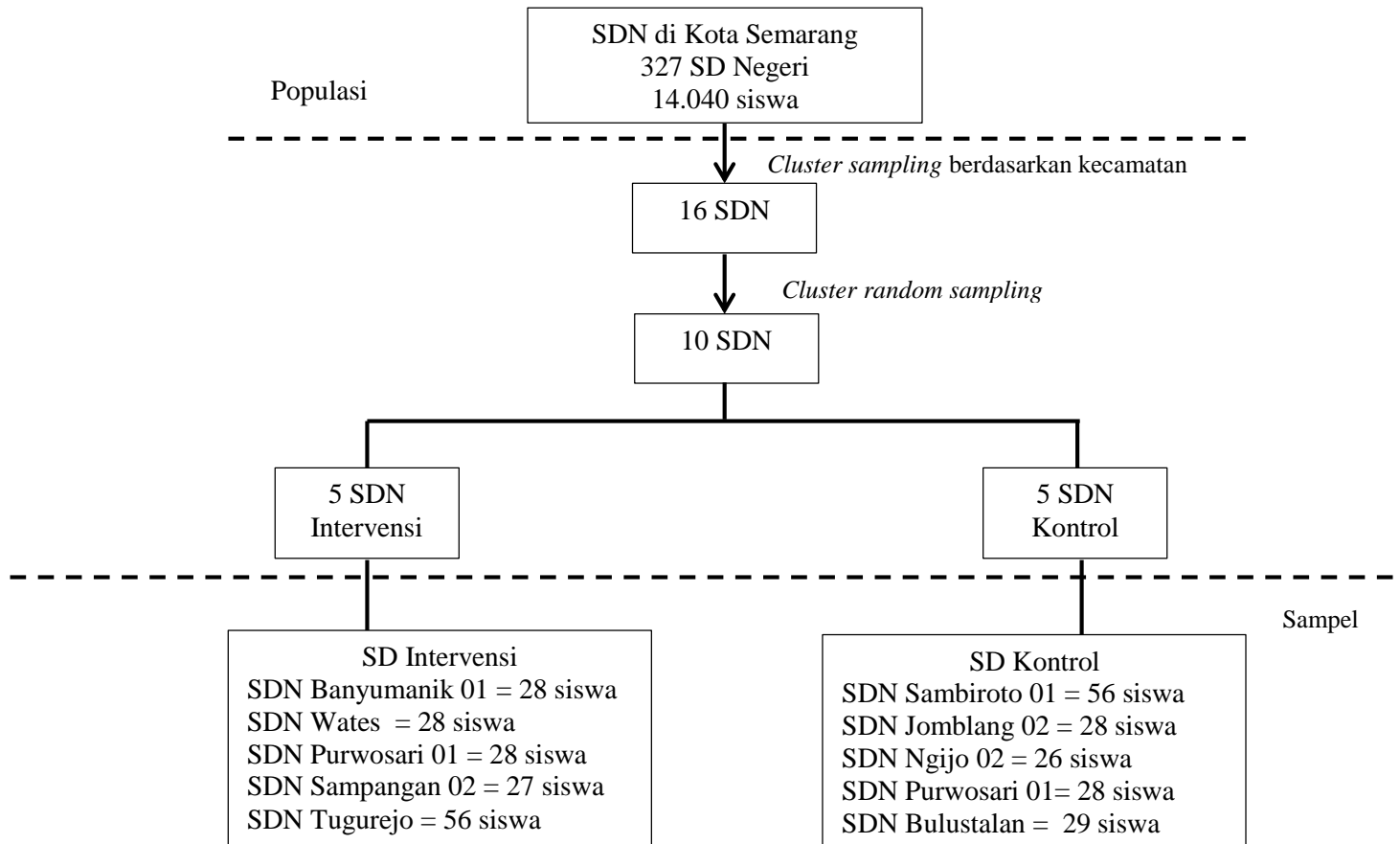
3.6.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah sebagian besar subyek yang memiliki karakteristik tertentu yang sesuai dengan kriteria penelitian (Sastroasmoro & Ismael, 2011).

Populasi dalam penelitian ini adalah 327 Sekolah Dasar Negeri di Kota Semarang dengan jumlah siswa kelas 1 sebanyak 14.040 siswa.

3.6.2 Sampel Penelitian

3.6.2.1 Sampel



Gambar 3.3 Diagram Alir Sampel Penelitian

Sampel adalah mereka yang memenuhi kriteria penelitian dan dipilih dengan cara tertentu hingga dianggap mewakili populasi terjangkau (Sastroasmoro & Ismael, 2011). Sampel penelitian ini adalah siswa kelas 1 pada 10 SD Negeri di Kota Semarang. Pengambilan sampel menggunakan cara *cluster sampling* berdasarkan kecamatan yang ada di Kota Semarang, kemudian sampel diperkecil menggunakan *cluster random sampling* berdasarkan 5 Kecamatan

dengan SD paling banyak dan 5 Kecamatan dengan SD paling sedikit. 10 SD Negeri tersebut dibagi menjadi kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan perbandingan 1:1. 5 SD Negeri yang menjadi kelompok intervensi akan diberikan media berupa *macromedia flash* yaitu SD Negeri Banyumanik 01, SD Negeri Sampangan 02, SD Negeri Purwosari 01, SD Negeri Tugurejo dan SD Negeri Wates. 4 SD Negeri yang menjadi kelompok kontrol akan diberikan media berupa modul yaitu SD Negeri Jomblang 02, SD Negeri Krapyak, SD Negeri Genuksari 01, SD Sarirejo Kartini dan SD Negeri Sambiroto 01.

Dalam penelitian ini, sampel dapat dihitung dengan menggunakan rumus Slovin sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

Keterangan:

n = Besar sampel

N = Besar populasi

e = Presentase kelonggaran kesalahan pengambilan sampel yang masih bisa di tolerir (e = 0,1)

$$n = \frac{14.040}{1 + 14.040 (0,1)^2}$$

$$n = \frac{14.040}{1 + 140,4}$$

$$n = \frac{14.040}{141,4}$$

$$n = 99,29$$

Maka besar sampel minimal yang diperlukan dalam penelitian ini yaitu 99,29 yang kemudian dibulatkan menjadi 99 siswa kelas 1 SD di Kota Semarang. Dari 99 responden, peneliti memilih untuk mengambil seluruh total sampel yang ada pada 5 SD kelompok intervensi dan 5 SD kelompok kontrol dengan jumlah responden masing-masing kelompok 139. Pada 139 sampel dilakukan penambahan 20% jumlah sampel untuk mengantisipasi adanya *drop out* responden pada saat dilakukan pengambilan data, sehingga jumlah sampel adalah 167 responden pada kelompok intervensi dan 167 responden pada kelompok kontrol.

3.6.2.2 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *cluster sampling* yang dimana sampel dipilih secara acak pada kelompok individu dalam populasi yang terjadi secara alamiah, misal: wilayah kodya, kecamatan, kelurahan, dst namun dengan proporsi yang tidak seimbang (Sastroasmoro, 2014). Variabel perancu dalam penelitian ini dikendalikan menggunakan kriteria inklusi dan eksklusi, yaitu:

- 1) Inklusi
 - a) Siswa merupakan siswa kelas 1 SD Negeri di Kota Semarang
 - b) Siswa yang berdomisili atau bertempat tinggal di sekitar SD Negeri yang dipilih sebagai kelompok intervensi dan kelompok kontrol
- 2) Eksklusi
 - a) Siswa yang tidak bersedia berpartisipasi dalam penelitian
 - b) Siswa yang tidak masuk sekolah saat penelitian dilakukan

- c) Siswa yang sudah pernah mendapat informasi atau pelajaran pendidikan kesehatan
- d) Siswa yang mempunyai pengalaman menjadi dokter kecil

Berdasarkan syarat inklusi dan eksklusi, peneliti memilih untuk melakukan *total sampling* yang ada pada Sekolah Dasar tersebut, maka sampel pada penelitian ini yang memenuhi syarat inklusi dan eksklusi yaitu 167 siswa, terbagi menjadi kelompok intervensi sejumlah 167 siswa dan kelompok kontrol sebanyak 167 siswa.

3.7 SUMBER DATA

3.7.1 Sumber Data Primer

Data yang diperoleh langsung dari sumber melalui hasil dari studi pendahuluan dengan observasi langsung pada narasumber. Sumber data primer dalam penelitian ini didapatkan melalui wawancara menggunakan lembar kuesioner.

3.7.2 Sumber Data Sekunder

Data yang diperoleh dari studi kepustakaan, yaitu dengan membuka, mencatat dan mengutip data yang berkaitan dengan masalah penelitian dan dapat mendukung penelitian. Sumber data sekunder dalam penelitian ini didapatkan melalui studi kepustakaan dari buku dan jurnal-jurnal penelitian sebelumnya.

3.8 INSTRUMEN PENELITIAN DAN TEKNIK PENGAMBILAN DATA

3.8.1 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah suatu alat yang digunakan untuk mengumpulkan data. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

3.8.1.1 Kuesioner

Kuesioner merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawabnya. Kuesioner merupakan teknik pengumpulan data yang efisien bila peneliti tahu dengan pasti variabel yang akan diukur dan tahu apa yang bisa diharapkan dari responden. Kuesioner dapat berupa pertanyaan atau pernyataan terbuka atau tertutup (Sugiyono, 2015). Kuesioner dalam penelitian ini terdiri dari beberapa jenis skala pengukuran, antara lain: pengetahuan, sikap, praktik. Kuesioner penelitian ini berisi pertanyaan dan pernyataan yang berhubungan dengan pengetahuan, sikap dan praktik anak kelas 1 SD. Instrumen ini dapat digunakan sebagai alat ukur penelitian jika sudah memenuhi syarat validitas dan reliabilitas. Untuk itu instrumen penelitian ini harus di uji coba terlebih dahulu.

Poin-poin dari kuesioner tersebut yaitu mengenai kebersihan perseorangan meliputi: cuci tangan, gosok gigi, keramas, potong kuku dan mandi. Kemudian mengenai kebersihan lingkungan sekitar yaitu kerja bakti, piket kelas dan bermain bersama teman dan keluarga. Lalu mengenai kebersihan benda dan hewan disekitar meliputi kebersihan mainan, kebersihan hewan peliharaan dan kandang hewan serta kebersihan rumah.

3.8.2 Teknik Pengambilan Data

3.8.2.1 Wawancara

Wawancara digunakan sebagai teknik pengumpulan data apabila peneliti ingin mengetahui keterangan atau informasi yang lebih mendalam dari responden, atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut. Wawancara dilakukan dengan responden melalui kuesioner.

3.8.2.2 FGD (Focus Group Discussion)

Focus Group Discussion (FGD) adalah bentuk diskusi yang didesain untuk memunculkan informasi mengenai keinginan, kebutuhan, sudut pandang, kepercayaan dan pengalaman yang dikehendaki peserta (Paramita & Kristiana, 2013). FGD ini dilakukan dengan lintas sektor seperti: ahli media, ahli dan ahli pendidikan untuk mengetahui kelayakan *macromedia flash* yang akan digunakan sebagai media pembelajaran.

3.8.2.3 Dokumentasi

Dokumentasi adalah metode pengumpulan data dengan menggunakan berbagai sumber tulisan yang berkenaan dengan objek penelitian. Metode ini digunakan untuk mengambil data tentang efektivitas *macromedia flash* pendidikan kesehatan lingkungan pada siswa kelas 1 SD di Kota Semarang.

3.9 UJI COBA INSTRUMEN

3.9.1 Validitas Instrumen

Validitas yaitu suatu indeks yang berarti instrumen tersebut dapat digunakan untuk mengukur apa yang seharusnya diukur (Sugiyono, 2016).

Mengetahui valid atau tidaknya suatu instrumen yang telah dibuat perlu diujikan kepada responden. Kuesioner akan diujikan kepada siswa kelas 1 SD Negeri Sekaran 01 sebanyak 52 siswa. Pemilihan lokasi didasarkan karena responden uji coba memiliki karakter yang hampir sama dengan responden yang akan diteliti. Perbedaan dengan responden yang akan diteliti yaitu pada wilayah sekolah yang berbeda. Uji validitas instrumen pada penelitian ini akan menggunakan program aplikasi SPSS versi 16.00 dengan menggunakan uji r product pearson moment, dengan signifikansi 5% nilai r hitung akan dibandingkan dengan r tabel. Jika r hitung $>$ r tabel, maka variabel pertanyaan tersebut dinyatakan valid. Responden berjumlah 52 dengan taraf signifikansi 5% maka diketahui bahwa r tabel product moment pearson sebesar 0,279. Berdasarkan hasil uji validitas, didapatkan hasil instrumen sebagai berikut:

Tabel 3.3 Hasil Uji Validitas Instrumen

No.	Variabel	Pernyataan	
		Valid	Tidak Valid
1.	Pengetahuan mengenai <i>personal hygiene</i> dan kebersihan lingkungan sekolah dan rumah	(item_1), (item_6), (item_8), (item_10), (item_12), (item_14), (item_17), (item_20)	(item_5), (item_7), (item_9), (item_11), (item_13), (item_16), (item_19), (item_20)
2.	Sikap mengenai <i>personal hygiene</i> dan kebersihan lingkungan sekolah dan rumah	(item_2), (item_4), (item_6), (item_10), (item_13),	(item_3), (item_5), (item_8), (item_12), (item_15),

3.	Praktik mengenai <i>personal hygiene</i> dan kebersihan lingkungan sekolah dan rumah	(item_1), (item_2), (item_3), (item_4), (item_5), (item_6), (item_8), (item_12), (item_7), (item_9), (item_19) (item_10), (item_11), (item_13), (item_14), (item_15), (item_16), (item_17), (item_18), (item_20)
----	--	--

Dari hasil uji validitas yang telah diperoleh, maka pernyataan yang tidak valid sebaiknya disingkirkan dan tidak dijadikan sebagai instrumen penelitian.

3.9.2 Reliabilitas Instrumen

Instrumen yang reliabel adalah instrumen yang bila digunakan beberapa kali untuk mengukur objek yang sama, akan menghasilkan data yang sama (Sugiyono, 2016). Dalam uji reliabilitas, nilai r hasil adalah nilai alpha (dalam hasil SPSS 16.00 diketahui sebagai kolom *Cornbach's alpha*). Bila r alpha $>$ r tabel, maka pernyataan tersebut dinyatakan reliabel. Berikut adalah hasil uji reliabilitas pada penelitian ini:

Tabel 3.4 Hasil Uji Reliabilitas Instrumen

No.	Variabel	<i>Cornbach's alpha</i>	Simpulan
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Pengetahuan mengenai <i>personal hygiene</i> dan kebersihan lingkungan sekolah dan rumah	0,540	Reliabel
2.	Sikap mengenai <i>personal hygiene</i> dan kebersihan lingkungan sekolah dan rumah	0,679	Reliabel
3.	Praktik mengenai <i>personal hygiene</i> dan kebersihan lingkungan sekolah dan rumah	0,829	Reliabel

Berdasarkan tabel diatas, maka seluruh variabel yang ada dalam penelitian ini dinyatakan reliabel karena r alpha $>$ 0,279.

3.10 UJI STATISTIK

Uji normalitas data bertujuan untuk menguji apakah data penelitian terdistribusi normal atau tidak, karena akan berpengaruh pada uji statistik yang akan digunakan pada data penelitian. Dalam penelitian ini untuk melihat normalitas data, peneliti menggunakan uji statistik non parametrik *Kolmogorov Smirnov* karena jumlah data lebih dari 50 sampel.

Tabel 3.5 Uji Normalitas Data

No.	Variabel	Signifikansi	Kesimpulan
1.	Pengetahuan kelompok intervensi sebelum diberikan media	0,000	Data tidak terdistribusi normal
2.	Pengetahuan kelompok intervensi sesudah diberikan media	0,000	Data tidak terdistribusi normal
3.	Pengetahuan kelompok kontrol sebelum diberikan media	0,000	Data tidak terdistribusi normal
4.	Pengetahuan kelompok kontrol sesudah diberikan media	0,000	Data tidak terdistribusi normal
5.	Sikap kelompok intervensi sebelum diberikan media	0,000	Data tidak terdistribusi normal
6.	Sikap kelompok intervensi sesudah diberikan media	0,000	Data tidak terdistribusi normal
7.	Sikap kelompok kontrol sebelum diberikan media	0,000	Data tidak terdistribusi normal
8.	Sikap kelompok kontrol sebelum diberikan media	0,000	Data tidak terdistribusi normal
9.	Praktik kelompok intervensi sebelum diberikan media	0,000	Data tidak terdistribusi normal
10.	Praktik kelompok intervensi sesudah diberikan media	0,000	Data tidak terdistribusi normal
11.	Praktik kelompok kontrol sebelum diberikan media	0,000	Data tidak terdistribusi normal
12.	Praktik kelompok kontrol sebelum diberikan media	0,000	Data tidak terdistribusi normal

Tabel 3.5 menunjukkan hasil normalitas data pada semua variabel penelitian dan didapatkan bahwa data terdistribusi tidak normal pada semua variabel, dikarenakan $\text{sig.p} < 0,05$.

3.11 PROSEDUR PENELITIAN

3.11.1 Tahap Persiapan

Pada tahap ini peneliti melakukan survey awal untuk mengidentifikasi permasalahan yang ada, apakah permasalahan sudah sesuai dengan produk atau media yang akan diterapkan. Menentukan besaran populasi dan sampel yang akan diteliti. Kemudian melakukan studi literatur guna memperkuat latar belakang dalam menentukan masalah.

3.11.2 Tahap Pelaksanaan

Tahap pelaksanaan dijabarkan sebagai berikut:

- 1) Melakukan pengujian I yaitu Uji Ahli dengan mengundang ahli media dan ahli materi
- 2) Melakukan pengujian II yaitu Uji Coba Terbatas, dilakukan di 2 Sekolah Dasar Negeri di Kecamatan Gunungpati, dimana 2 SD Negeri uji coba tersebut bukan SD Negeri yang akan dijadikan kelompok intervensi maupun kelompok kontrol
- 3) Menyebarkan kuesioner *pre-test* penelitian
- 4) Pengisian lembar kuesioner oleh responden
- 5) Melakukan intervensi dengan memutar *macromedia flash* pendidikan kesehatan pada 4 Sekolah Dasar Negeri yang menjadi kelompok intervensi

- 6) Menyebarkan kuesioner *post-test* penelitian
- 7) Pengisian lembar kuesioner oleh responden

3.11.3 Tahap Pasca Penelitian

Tahap pasca penelitian adalah kegiatan yang dilakukan setelah peneliti selesai melakukan penelitian. Kegiatan tersebut antara lain melakukan pencatatan hasil penelitian dan melakukan pengolahan data serta analisis data.

3.12 TEKNIK ANALISIS DATA

3.12.1 Analisis Univariat

Tujuan analisis univariat adalah untuk menerangkan karakteristik masing-masing variabel, baik variabel bebas maupun terikat. Dengan melihat distribusi frekuensi masing-masing variabel. Dari hasil penelitian dideskripsikan dalam bentuk tabel dan narasi untuk mengevaluasi besarnya proporsi masing-masing variabel yang diteliti. Hasil dari analisis ini berupa distribusi dan persentase setiap variabel (Notoatmodjo, 2010).

3.12.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis yang dilakukan terhadap dua hal variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi. Analisis ini digunakan untuk mengetahui hubungan antar variabel bebas dengan variabel terikat secara sendiri-sendiri (Notoatmodjo, 2010). Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui efektivitas *macromedia flash* pendidikan kesehatan lingkungan terhadap pengetahuan, sikap dan praktik siswa kelas 1 SD Negeri di Kota Semarang. Uji statistik yang digunakan sesuai dengan skala data yaitu ordinal pada variabel

bebas dan ordinal pada variabel terikat, maka analisis yang digunakan yaitu uji t berpasangan. Analisis uji t berpasangan dilakukan dengan tingkat signifikan $p > 0,05$ (taraf kepercayaan 95%). Dasar pengambilan keputusan dengan tingkat kepercayaan 95% yaitu: jika nilai signifikansi $p > 0,05$ maka H_0 diterima, jika nilai signifikansi $p < 0,05$ maka H_0 ditolak.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 SIMPULAN

Hasil penelitian mengenai Efektivitas Media Pembelajaran *Personal Hygiene* Berbasis *Macromedia Flash* dalam Peningkatan Pengetahuan, Sikap dan Praktik pada Anak Kelas 1 SD Negeri di Kota Semarang dapat disimpulkan sebagai berikut:

- 1) Media pembelajaran *personal hygiene* berbasis *macromedia flash* efektif untuk meningkatkan pengetahuan tentang *personal hygiene* pada siswa kelas 1 SD Negeri di Kota Semarang dengan efektivitas peningkatan pengetahuan sebesar 15%.
- 2) Media pembelajaran *personal hygiene* berbasis *macromedia flash* efektif untuk meningkatkan sikap tentang *personal hygiene* pada siswa kelas 1 SD Negeri di Kota Semarang dengan efektivitas peningkatan sikap sebesar 26%.
- 3) Media pembelajaran *personal hygiene* berbasis *macromedia flash* efektif untuk meningkatkan praktik tentang *personal hygiene* pada siswa kelas 1 SD Negeri di Kota Semarang dengan efektivitas peningkatan praktik sebesar 8%.
- 4) Media pembelajaran *personal hygiene* berbasis *macromedia flash* efektif untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan praktik tentang *personal hygiene* pada siswa SD Negeri kelas 1 di Kota Semarang

6.2 SARAN

6.2.1 Bagi Sekolah

Saran untuk pihak sekolah agar dapat menggunakan media pembelajaran yang lebih interaktif dan dapat menarik minat siswa agar lebih dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan praktik siswa tentang *personal hygiene*, sehingga siswa memiliki kesadaran akan pentingnya menjaga kesehatan diri sendiri dan lingkungan sekitar sekolah maupun rumah.

6.2.2 Bagi Insitusi Pendidikan

Saran bagi institusi pendidikan yaitu agar dapat memfasilitasi adanya mata pelajaran pendidikan kesehatan agar siswa mendapatkan pembelajaran tentang kesehatan secara menyeluruh langsung dari guru yang kompeten di bidang kesehatan agar siswa dapat lebih memperhatikan kesehatan pada dirinya sendiri dan lingkungan sekitar sekolah maupun sekitar rumah

6.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

Saran bagi peneliti selanjutnya yaitu agar diharapkan dapat menyempurnakan media pembelajaran berbasis *macromedia flash* yang telah dibuat dan melakukan penelitian sejenis dengan lebih mendalam dan mendetail, serta diharapkan dapat meneliti hingga mengetahui seberapa besar pengaruh media pembelajaran berbasis *macromedia flash* ini dalam mempengaruhi peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik pada siswa SD.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini, L., Pinontoan, O., & Boky, H. (2017). Gambaran Personal Hygiene Siswa Sekolah Dasar Inpres 3/77 Ranowangko Kecamatan Tombariri Kabupaten Minahasa. *Jurnal Kesehatan*, 4(2), 27–33.
- Anggraini, M. T., Aviyanti, D., & Saputri, D. M. (2014). PHBS yang Buruk Meningkatkan Kejadian Diare. *Jurnal Kedokteran*, 3(1), 1–6.
- Ardiansyah, N. (2013). Macromedia Flash Profesional: Sebuah Tutorial Flash untuk Pemula. In *Macromedia Flash Profesional: Sebuah Tutorial Flash untuk Pemula* (pp. 1–66). Kalimantan Barat.
- Arisandi, D., Junaid, & Ismail, C. S. (2015). Gambaran Sanitasi Sekolah Dasar Negeri Kecamatan Poli-Polia dan Kecamatan Ladongi di Kolaka Timur Tahun 2015. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*, 1(3), 1–11.
- Azizaah, D. L., Arief, Y. S., & Krisnana, I. (2015). Media Ceramah dan Film Pendek sebagai Upaya Pencegahan Penyakit Diare berdasar Teori Health Promotion Model (HPM). *Jurnal Pediomaternal*, 3(1), 43–57.
- Davis, B., & Summers, M. (2015). Applying Dale's Cone of Experience to Increase Learning and Retention: A Study of Student Learning in a Foundational Leadership Course. *Bloomsbury Qatar Foundation*, 6, 1–7.
- Dinas Kesehatan Kota Semarang. (2017). *Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun 2017*. Semarang: Dinas Kesehatan Kota Semarang.
- Efendy, I., Hafidhuddin, D., & Tanjung, H. (2016). Konstruksi Pendidikan Kesehatan Lingkungan dalam Perspektif Islam. *Miqot*, XI(2), 328–348.
- Eliana, D., & Solikhah. (2012). Pengaruh Buku Saku Gizi terhadap Tingkat Pengetahuan Gizi pada Anak Kelas 5 Muhammadiyah Dadapan Desa Wonokerto Kecamatan Turi Kabupaten Sleman Yogyakarta. *Kes Mas*, 6(2), 162–232.
- Fahmi, S. (2014). Pengembangan Multimedia Macromedia Flash dengan Pendekatan Kontekstual dan Keefektifannya terhadap Sikap Siswa pada Matematika. *Jurnal Agrisains*, 5(2), 166–191.
- Fitriani, S. (2011). Promosi Kesehatan. In *Promosi Kesehatan* (pp. 1–268). Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Hamdalah, A. (2013). Efektivitas Media Cerita Bergambar dan Ular Tangga dalam Pendidikan Kesehatan Gigi dan Mulut Siswa SDN 2 Patrang

- Kabupaten Jember. *Jurnal Promkes*, 1(2), 118–123.
- Handayani, S. (2010). Perbandingan Efektifitas Pemberian Informasi melalui Media Cerita Bergambar (Komik) Versi BKKBN dengan Media Leaflet. *Gaster*, 7(1), 482–490.
- Hanif, M. F., Ririanty, M., & Nafikadhini, I. (2018). Efektivitas Buku Saku PHBS di Sekolah dalam Meningkatkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat. *Jurnal Kesehatan*, 6(2), 46–53.
- Hidayati, P. I. (2017). Optimalisasi Efektifitas Pemanfaatan Macromedia Flash Terhadap Minat Belajar Siswa Mata Pelajaran Biologi. *Jurnal Ilmu Pendidikan*, 7(1), 33–42.
- Kantohe, Z. R., Wowor, V. N. S., & Gunawan, P. N. (2016). Perbandingan Efektivitas Pendidikan Kesehatan Gigi Menggunakan Media Video dan Flip Chart terhadap Peningkatan Pengetahuan Kesehatan Gigi dan Mulut Anak. *Jurnal E-GiGi (eG)*, 4(2), 7–12.
- Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan. (2013). Dokumen Kurikulum 2013.
- Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan. (2014). Panduan Pelaksanaan Pengembangan SD Bersih dan Sehat.
- Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan RI. (2016a). *Benda, Hewan, dan Tanaman di Sekitarku*. Jakarta: Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan RI.
- Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan RI. (2016b). *Diriku*. Jakarta: Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan RI.
- Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan RI. (2016c). *Kegemaranku*. Jakarta: Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan RI.
- Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan RI. (2016d). *Kegiatanku*. Jakarta: Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan RI.
- Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan RI. (2016e). *Keluargaku*. Jakarta: Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan RI.
- Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan RI. (2016f). *Lingkungan Bersih, Sehat dan Asri*. Jakarta: Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan RI.
- Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan RI. (2016g). *Pengalamanku*. Jakarta: Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan RI.
- Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan RI. (2016h). *Peristiwa Alam*. Jakarta:

Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan RI.

- Latifah, K., & Budiono, I. (2016). Pengembangan Model Media KIE Gizi untuk Peningkatan Pengetahuan, Sikap dan Praktik Pemilihan Pangan Jajan Anak Sekolah (PJAS). *Unnes Journal of Public Health*, 1(2), 8–15.
- Lestari, S. N., Hartati, E., & Supriyono, M. (2016). Gambaran Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di Sekolah pada Siswa SD Kembangarum 02 Semarang Barat. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan (JIKK)*, 1–10.
- Listyarini, A. D., & Hindriyastuti, S. (2017). Penyuluhan dengan Media Audio Visual Meningkatkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Anak Usia Sekolah. In *The 5th URECOL PROCEEDING* (pp. 112–117).
- Marzuki, A., & Fahmi, M. (2017). Efektivitas Media Pembelajaran CD Interaktif Berbasis Adobe Flash CS5 dalam Meningkatkan Hasil Belajar Siswa pada Mata Pelajaran Pendidikan Agama Islam di SMK PGRI Pandaan. *Al-Ghazwah*, 1(2), 261–280.
- Maunah, B. (2009). *Ilmu Pendidikan* (pp. 1–159). Yogyakarta: Teras.
- Mubarak, W. I., Chayatin, N., Rozikin, K., & Supradi. (2007). *Promosi Kesehatan* (pp. 1–413). Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Murti, B. (2003). *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Mustamid, & Raharjo, H. (2015). Pengaruh Efektifitas Multimedia Pembelajaran Macromedia Flash 8 Terhadap Motivasi Belajar Siswa Pada Materi Fungsi Komposisi dan Invers. *Mathematics Education Learning and Teaching*, 4(1), 26–42.
- Notoatmodjo, S. (2005a). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2005b). Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi. In *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi* (pp. 1–390). Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2010). Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi. In *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2012a). Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan. In *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan* (pp. 1–250). Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2012b). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

- Owen, N., & Fisher, E. B. (2008). *Health Behavior and Health Education Theory, Research, and Practice*. United States of America: Jossey-Bass.
- Paramita, A., & Kristiana, L. (2013). Teknik Focus Group Discussion dalam Penelitian Kualitatif. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 16(2), 117–127.
- Prasetyo, Y. B., Hudha, A. M., & Mayangsari, W. T. (2014). Pelaksanaan Program Usaha Kesehatan Sekolah Dalam Upaya Meningkatkan Derajat Kesehatan Pada Anak Usia Sekolah Dasar di Lombok Timur, 22(2), 102–113.
- Prasko, Sutomo, B., & Santoso, B. (2016). Penyuluhan Metode Audio Visual dan Demonstrasi terhadap Pengetahuan Menyikat Gigi pada Anak Sekoah Dasar. *Jurnal Kesehatan Gigi*, 3(2), 53–57.
- Rachmayani, D., Kurniawati, Y., & Lestari, S. (2018). Penerapan Metode Dongeng dalam Meningkatkan Pengetahuan dan Perilaku Menggosok Gigi pada Anak TK. *ELSE (Elementary School Education Journal)*, 2(2), 12–20.
- Ruby, D. P., Tafwidhah, Y., & Hidayah, M. N. (2018). Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Metode Audiovisual terhadap Pelaksanaan Cuci Tangan Pakai Sabun pada Anak Usia Prasekoah di TK Al Adabiy Kota Pontianak. *Jurnal Keperawatan Suaka Insan (JKSI)*, 3(2), 1–14.
- Sastroasmoro, S. (2014). Pemilihan Subyek Penelitian. In *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis (Edisi ke-5)* (pp. 1–529). Jakarta: Sagung Seto.
- Sastroasmoro, S., & Ismael, S. (2011). Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis (Edisi ke-4). In *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis (Edisi ke-4)* (pp. 1–519). Jakarta: Sagung Seto.
- Selviana, & Suwarni, L. (2018). Promosi Kesehatan Melalui Media Film Dalam Upaya Meningkatkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Anak Sekolah Dasar Wilayah Pesisir Kepulauan. *Jurnal Abdimas Mahakam*, 2(2), 78–84.
- Shafa. (2014). Karakteristik Proses Pembelajaran Kurikulum 2013. *Dinamika Ilmu*, 14(32), 81–96.
- Silalahi, V., & Putri, R. M. (2017). Personal Hygiene pada Anak SD Negeri Merjosari 3. *Jurnal Akses Pengabdian Indonesia*, 2(2), 15–23.
- Sugiyono. (2015). Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D. In *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D* (pp. 1–468). Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. (2016). Skala Pengukuran dan Instrumen Penelitian. In *Metode*

Penelitian Kualitatif, Kuantitatif dan R&D (pp. 92–97). Bandung: Alfabeta.

Vionalita, G., & Kusumaningtiar, D. A. (2017). Knowledge of Clean and Healthy Behavior and Quality of Life among School-Children. *Advances in Health Sciences Research (AHSR)*, 2, 431–436.

Wati, N., Yuniar, N., & Paridah. (2017). Pengaruh Intervensi Penayangan Video terhadap Pengetahuan, Sikap dan Tindakan tentang Cuci Tangan Pakai Sabun pada Siswa SDN 10 Kabowo Tahun 2016. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*, 2(5), 1–12.

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

Wicaksono, D. (2016). Pengaruh Media Audio-Visual MP-ASI Terhadap Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Ibu Baduta di Puskesmas Kelurahan Johar Baru. *Jurnal Penelitian Dan Pengabdian Masyarakat*, 4(2), 291–298.

Wisman, Y. (2017). Komunikasi Efektif dalam Dunia Pendidikan. *Jurnal Nomosleca*, 3(2), 646–654.

Wulandari, M., & Prameswari, G. N. (2017). Media Komik terhadap Peningkatan Pengetahuan dan Sikap Gizi pada Anak yang Gemuk dan Obesitas. *Jurnal of Health Education*, 2(1), 73–79.

Zulaekah, S. (2012). Efektivitas Pendidikan Gizi dengan Media Booklet terhadap Pengetahuan Gizi Anak SD. *Kesmas*, 7(2), 121–128.