



**PERBEDAAN TINGKAT PENGETAHUAN PENCEGAHAN DEMAM
BERDARAH *DENGUE* (DBD) DENGAN METODE CERAMAH DAN
SNOWBALL THROWING PADA ANAK USIA 6-12 TAHUN
DI SDN PUGER KULON 01 KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

Oleh

**Maulidiyah Megasari
NIM 092310101012**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2013**

PENGESAHAN

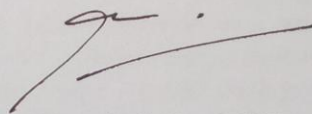
Skripsi yang berjudul “Perbedaan Tingkat Pengetahuan Pencegahan Demam Berdarah *Dengue* (DBD) dengan Metode Ceramah dan *Snowball Throwing* pada Anak Usia 6-12 Tahun di SDN Puger Kulon 01 Kabupaten Jember” telah diuji dan disahkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember pada:

hari : Rabu

tanggal : 25 September 2013

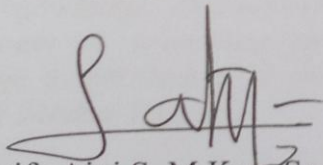
tempat : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Tim Penguji
Ketua,



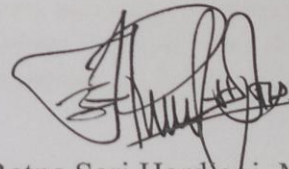
Hanny Rasni, S.Kp.,M.Kep.
NIP 19761219 200212 2 003

Anggota I,



Ns. Latifa Aini S, M.Kep, Sp.Kom.
NIP 19710926 200912 2 001

Anggota II,



Ns. Ratna Sari Hardiani, M.Kep.
NIP 19810811 201012 2 002

Mengesahkan
Ketua Program Studi,



dr. Sujono Kardis, Sp.KJ.
NIP 19490610 198203 1 001

Perbedaan Tingkat Pengetahuan Pencegahan Demam Berdarah *Dengue* (DBD) dengan Metode Ceramah dan *Snowball Throwing* pada Anak Usia 6-12 Tahun di SDN Puger Kulon 01 Kabupaten Jember (*The Difference Level of Knowledge About Prevention of Dengue Hemorrhage Fever (DHF) with Preaching and Snowball Throwing Method to Children 6-12 years old in SDN Puger Kulon 01 Jember Regency*)

Maulidiyah Megasari

Nursing Science Study Program, Jember University

ABSTRACT

Dengue Hemorrhage Fever (DHF) is still one the health problem in Indonesia. Jember Regency is endemic area of DHF each year. The purpose of this research to determine difference effectiveness of the preaching and snowball throwing method on level of knowledge about prevention of DHF to children 6-12 years old in SDN Puger Kulon 01 Jember Regency. This research used pre-experiment with one group pretest-posttest. Sampling technique was purposive sampling. The total sample was 60 respondents from SDN Puger Kulon 01 Jember Regency divided into two groups each group was 30 respondents. Data collection used questionnaires. This research was analyzed wilcoxon. The results showed there was difference level of knowledge before and after health education with Z value of preaching method was -4.460 with p value $0,000 < \alpha (0,05)$ and Z value of snowball throwing method was -4.562 with p value $0,000 < \alpha (0,05)$. There were differences effectiveness of the preaching and snowball throwing on level of knowledge to children 6-12 years old. Preaching method were 23 respondents whereas snowball throwing method were 25 respondents increase level of knowledge. This research showed that there were significant differences effectiveness of preaching and snowball throwing method on the level of knowledge to children 6-12 years old about prevention of DHF in SDN Puger Kulon 01 Jember Regency.

Keywords : DHF, Health Education, Level of Knowledge

RINGKASAN

Perbedaan Tingkat Pengetahuan Pencegahan Demam Berdarah *Dengue* (DBD) dengan Metode Ceramah dan *Snowball Throwing* pada Anak Usia 6-12 Tahun di SDN Puger Kulon 01 Kabupaten Jember; Maulidiyah Megasari, 092310101012; 2013; 81 halaman; Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Pengetahuan merupakan hasil mengingat suatu hal, termasuk mengingat kembali kejadian yang pernah dialami baik secara sengaja maupun tidak sengaja dan terjadi sesudah orang melakukan kontak atau pengamatan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan pencegahan DBD dipengaruhi oleh pendidikan, pekerjaan, umur, minat, pengalaman, kebudayaan lingkungan sekitar dan informasi. Informasi memberikan kemudahan untuk memperoleh suatu informasi dapat membantu mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan yang baru. Pendidikan kesehatan merupakan penyampaian informasi yang bertujuan untuk mempengaruhi orang lain untuk berperilaku hidup sehat.

Metode dan teknik pendidikan kesehatan kelompok digunakan dalam penelitian ini untuk sasaran kelompok. Sasaran kelompok dibedakan menjadi dua, yaitu kelompok kecil dan kelompok besar. Kelompok kecil apabila kelompok sasaran terdiri dari 6 sampai 15 orang dalam penelitian ini menggunakan metode *snowball throwing*. *Snowball throwing* merupakan metode pembelajaran yang diawali dengan pembentukan kelompok yang diwakili ketua kelompok mempunyai tugas menjelaskan materi yang disampaikan oleh pendidik kemudian masing-masing anak membuat pertanyaan yang dibentuk seperti bola (kertas pertanyaan) lalu dilempar ke anak lain dalam kelompoknya yang masing-masing anak menjawab pertanyaan yang diperoleh. Kelompok besar apabila sasaran diatas 15 sampai dengan 50 orang dalam penelitian menggunakan metode ceramah. Metode ceramah merupakan penuturan materi secara lisan dan metode

paling ekonomis untuk menyampaikan informasi, dan paling efektif dalam mengatasi kelangkaan literatur atau rujukan yang sesuai dengan jangkauan daya beli serta daya paham peserta didik.

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian *pre-experiment* dengan rancangan *one-group pretest-posttest*. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui perbedaan tingkat pengetahuan pencegahan DBD yang diberikan pendidikan kesehatan dengan metode ceramah dan *snowball throwing* pada anak usia 6-12 tahun di SDN Puger Kulon 01 Kabupaten Jember. Populasi penelitian semua anak di SDN Puger Kulon 01 berjumlah 843 anak, karena pengambilan sampel menggunakan teknik *purposive sampling* sehingga sampel sebanyak 60 anak yang telah ditetapkan kriterianya. Data primer penelitian ini adalah nilai *pretest* dan *posttest* pengetahuan tentang DBD dan pencegahan DBD yang dikategorikan menjadi 3 yaitu tingkat pengetahuan kurang, cukup dan baik. Uji validitas dan reliabilitas menggunakan *Pearson Product Moment* dan uji *Alpha Cronbach*. Analisa data menggunakan uji *wilcoxon* dengan tingkat kemaknaan 5%.

Hasil penelitian ini menunjukkan analisa menggunakan uji *wilcoxon* didapatkan nilai Z sebesar -4,460 dengan *p value* $0,000 < \alpha (0,05)$ pada kelompok ceramah dan nilai Z sebesar -4,562 dengan *p value* $0,000 < \alpha (0,05)$ pada kelompok metode *snowball throwing*. Hal ini menunjukkan bahwa ada perbedaan tingkat pengetahuan pencegahan DBD dengan metode ceramah dan *snowball throwing* pada anak usia 6-12 tahun di SDN Puger Kulon 01 Kabupaten Jember.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
ABSTACT	viii
RINGKASAN	ix
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	8
1.3 Tujuan	8
1.3.1 Tujuan Umum	8
1.3.2 Tujuan Khusus	8
1.4 Manfaat	9
1.4.1 Manfaat Bagi Peneliti	9
1.4.2 Manfaat Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan	9
1.4.3 Manfaat Bagi Siswa-Siswi Puger Kulon 01	9
1.4.4 Manfaat Bagi SDN Puger Kulon 01	9
1.4.5 Manfaat Bagi Institusi Pelayanan Keperawatan.....	10
1.4.6 Manfaat Bagi Masyarakat	10
1.5 Keaslian Penelitian	10

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	12
2.1 Konsep Demam Berdarah <i>Dengue</i> (DBD).....	12
2.1.1 Definisi DBD	12
2.1.2 Etiologi DBD	13
2.1.3 Morfologi Nyamuk <i>Aedes Aegypti</i>	13
2.1.4 Mekanisme Penularan DBD	15
2.1.5 Pencegahan Penyakit DBD	16
2.2 Konsep Anak Usia Sekolah	21
2.2.1 Definisi Anak Usia Sekolah	21
2.2.2 Perkembangan Anak Usia Sekolah	22
2.3 Konsep Pengetahuan	24
2.3.1 Pengertian	24
2.3.2 Tingkatan Pengetahuan	24
2.3.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan	25
2.4 Konsep Pendidikan Kesehatan	27
2.4.1 Pengertian	27
2.4.2 Sasaran	28
2.4.3 Proses Pendidikan Kesehatan	28
2.4.4 Metode dan Teknik Pendidikan Kesehatan Kelompok	29
2.5 Metode Ceramah	30
2.6 Metode <i>Snowball Throwing</i>	32
2.7 Keterkaitan Pendidikan Kesehatan dengan Metode Ceramah dan <i>Snowball Throwing</i> terhadap Tingkat Pengetahuan Pencegahan DBD	35
2.8 Kerangka Teori	37
BAB 3. KERANGKA KONSEP	38
3.1 Kerangka Konsep	38
3.2 Hipotesis Penelitian	39
BAB 4. METODOLOGI PENELITIAN	40
4.1 Desain Penelitian	40
4.2 Populasi dan Sampel Penelitian	41

4.2.1 Populasi Penelitian.....	41
4.2.2 Sampel Penelitian	41
4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel	42
4.2.4 Kriteria Sampel	42
4.3 Lokasi Penelitian	43
4.4 Waktu Penelitian	43
4.5 Definisi Operasional	44
4.6 Pengumpulan Data	44
4.6.1 Sumber Data	44
4.6.2 Teknik Pengumpulan Data	45
4.6.3 Alat Pengumpulan Data	50
4.6.4 Uji Validitas dan Uji Reliabilitas	51
4.7 Pengolahan Data dan Analisis Data	53
4.7.1 Pengolahan Data	53
4.7.2 Analisa Data	55
4.8 Etika Penelitian	56
BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN	56
5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	58
5.2 Hasil Penelitian.....	58
5.2.1 Karakteristik Responden	58
5.2.2 Tingkat Pengetahuan Anak Usia 6-12 Tahun Sebelum dan Sesudah Diberikan Pendidikan Kesehatan dengan Metode Ceramah	60
5.2.3 Tingkat Pengetahuan Anak Usia 6-12 Tahun Sebelum dan Sesudah Diberikan Pendidikan Kesehatan dengan Metode <i>Snowball Throwing</i>	61
5.2.4 Perbedaan Tingkat Pengetahuan Anak Usia 6-12 Tahun Sebelum dan Sesudah Diberikan Pendidikan Kesehatan dengan Metode Ceramah dan <i>Snowball Throwing</i>	62
5.3 Pembahasan	63
5.3.1 Karakteristik Responden	63

5.3.2 Tingkat Pengetahuan Anak Usia 6-12 Tahun Sebelum dan Sesudah Diberikan Pendidikan Kesehatan dengan Metode Ceramah	65
5.3.3 Tingkat Pengetahuan Anak Usia 6-12 Tahun Sebelum dan Sesudah Diberikan Pendidikan Kesehatan dengan Metode <i>Snowball Throwing</i>	67
5.3.4 Perbedaan Tingkat Pengetahuan Anak Usia 6-12 Tahun Sebelum dan Sesudah Diberikan Pendidikan Kesehatan dengan Metode Ceramah dan <i>Snowball Throwing</i>	71
5.4 Keterbatasan Penelitian	74
5.4.1 Responden	74
5.4.2 Prosedur Penelitian	74
BAB 6. SIMPULAN DAN SARAN.....	75
6.1 Simpulan	75
6.2 Saran	76
DAFTAR PUSTAKA	78
LAMPIRAN	82

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat setiap orang sehingga mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Program pencegahan dan pemberantasan penyakit merupakan salah satu strategi Departemen Kesehatan tahun 2010 sampai dengan 2014 yang bertujuan menurunkan angka kesakitan, kematian dan kecacatan akibat penyakit menular dan tidak menular (Depkes RI, 2010). Penyakit Demam Berdarah *Dengue* (DBD) atau *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) merupakan salah satu penyakit menular yang diprioritaskan dalam program pencegahan dan pemberantasan penyakit.

Penyakit DBD merupakan penyakit demam akut yang berpotensi menyebabkan kematian (Mansjoer, 2000). Penyakit ini ditularkan melalui gigitan vektor nyamuk jenis *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus* yang terinfeksi oleh virus *dengue* yang ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti* betina (Ginancar, 2008). *World Health Organization* (WHO) mencatat bahwa Asia Tenggara mencapai 1,3 miliar atau 52% dari 2,5 miliar orang di seluruh dunia berisiko DBD (WHO, 2011). WHO memperkirakan 50 sampai 100 juta infeksi terjadi setiap tahun, termasuk 500.000 kasus DBD dan 22.000 mortalitas, sebagian besar anak-anak (CDC, 2012). DBD pertama kali ditemukan di Indonesia tahun 1968 di Jakarta dan Surabaya. Setiap tahun Indonesia merupakan daerah endemis DBD dan

menempati urutan tertinggi kasus DBD di ASEAN, jumlah kasus DBD tahun 2010 ada 150.000 kasus (Kompas, 2013) dan kelompok usia anak-anak memiliki proporsi 70 persen (okezone.com, 2013).

Provinsi Jawa Timur (Jatim) merupakan daerah endemis DBD, tahun 2010 kasus DBD di Jatim mencapai 26.059 kasus dengan jumlah kematian 234 orang, tahun 2011 mencapai 5.372 kasus dengan jumlah kematian 63 orang dan akhir bulan Desember tahun 2012 mencapai 5.140 kasus dengan jumlah kematian 69 orang (Dinkes Provinsi Jatim, 2012). Jurnal Nasional (2012) menyebutkan bahwa Jember termasuk salah satu wilayah endemik yang mempunyai insidensi kasus DBD yang tinggi di Jawa Timur. Kasus DBD di Jember yaitu 161 kasus dan angka kematian sampai September 2012 yaitu 1.86% sedangkan target *Case Fatality Rate* (CFR) DBD Provinsi Jatim $\leq 1\%$ (Dinkes Provinsi Jatim, 2012).

Dinas Kesehatan Kabupaten Jember menunjukkan angka insidensi DBD di Kabupaten Jember selama lima tahun terakhir mengalami peningkatan yaitu dari 52,2 per 100.000 penduduk pada tahun 2007, kemudian mengalami penurunan menjadi 33,2 per 100.000 penduduk pada tahun 2008, tahun 2009 mengalami peningkatan menjadi 46,0 per 100.000 penduduk, tahun 2010 meningkat lagi menjadi 62,4 per 100.000 penduduk, dan menurun pada tahun 2011 menjadi 3,17 per 100.000 penduduk. Kasus DBD mengalami kenaikan dari 77 kasus pada tahun 2011 menjadi 260 kasus pada tahun 2012. Kelompok anak usia sekolah (6-12 tahun) sebanyak 20 kasus yang tersebar pada kelompok umur 5-9 tahun sebanyak 12 kasus dan kelompok umur 10-14 tahun sebanyak 8 kasus (Dinkes Jember, 2012).

Distribusi DBD pada periode 1 Januari sampai Maret 2013 di tiga wilayah kerja Puskesmas tertinggi kasus DBD di Kabupaten Jember yaitu Puskesmas Puger yaitu 54 kasus, Puskesmas Lojejer yaitu 43 kasus, dan Puskesmas Balung yaitu 37 kasus (Dinkes Jember, 2013). Puskesmas Puger yang terdiri dari 5 desa yaitu Desa Puger Kulon, Puger Wetan, Grenden, Mojosari dan Mojomulyo. Pada periode 1 Januari sampai Mei 2013 tiga desa tertinggi DBD yaitu Desa Puger Kulon 27 kasus, Desa Puger Wetan 18 kasus dan Desa Grenden 11 kasus. Jumlah kasus DBD menurut jenis kelamin, perempuan sebanyak 32 orang dan laki-laki sebanyak 35 orang. DBD lebih banyak pada anak usia sekolah (6-12 tahun) sebanyak 24 dari 67 kasus (Puskesmas Puger, 2013). Penyakit DBD dapat menyerang semua umur baik anak-anak maupun dewasa. Penyakit ini menyerang segala usia tetapi beberapa penelitian menunjukkan bahwa anak-anak lebih rentan terhadap penyakit yang berpotensi mematikan ini (Ginanjar, 2008).

Pelayanan kesehatan bertujuan menciptakan negara dengan tingkat kesejahteraan anak yang optimal sehingga anak berumur panjang, bahagia dan produktif. Komponen penting pemberian pelayanan yaitu promosi kesehatan, pencegahan penyakit dan pemeliharaan kesehatan. Perawat bermitra dalam lingkungan komunitas sekolah untuk mencapai tujuan ini (Mc Farlane & Anderson, 2007). Keperawatan komunitas memungkinkan anak-anak untuk secara efektif mendapatkan sumber-sumber yang dibutuhkan untuk memelihara kesehatan yang optimal (Wong, 2008). Pendekatan pendidikan kesehatan harus komprehensif yang melibatkan komunitas sekolah meliputi anak usia sekolah, orang tua, personil sekolah (staf pengajar, staf sekolah, dan administrasi) dan

warga disekitar sekolah, perusahaan dan lembaga penyedia layanan (Mc Farlane & Anderson, 2007).

Pendidikan kesehatan merupakan upaya sadar yang dilakukan seorang edukator untuk mempengaruhi orang lain agar dapat berperilaku atau memiliki pengetahuan dan pemahaman yang sesuai dengan yang diharapkan (Asmadi, 2008). Pendidikan kesehatan berorientasi pada perubahan perilaku. Perilaku baru yang terbentuk sebatas pemahaman sasaran (aspek kognitif) sedangkan perubahan sikap dan tingkah laku merupakan tujuan tidak langsung (Maulana, 2009).

Sasaran pendidikan kesehatan di Indonesia menurut Fitriani (2011) berdasarkan pada program pembangunan Indonesia adalah sekolah. Sekolah menjadi sasaran utama untuk program pencegahan DBD dikarenakan anak usia sekolah lebih banyak menghabiskan waktu siang hari di sekolah. Anak berisiko tinggi terkena gigitan vektor nyamuk *Aedes aegypti* yang mengandung virus *dengue* yang efektif menggigit pada siang hari. Anak usia sekolah merupakan kelompok umur yang paling *susceptible* terserang DBD (Depkes RI, 2005). Keadaan lingkungan sekolah yang kurang sehat menjadi tempat potensial penularan DBD. Penyampaian informasi kesehatan yang tepat pada anak sekolah harus disesuaikan dengan usia dan tahap perkembangan anak (Mc Farlane & Anderson, 2007).

Anak usia sekolah dimulai dari usia 6 sampai 12 tahun yang dimulai dengan masuknya anak ke lingkungan sekolah yang memiliki dampak signifikan dalam perkembangan dan hubungan anak dengan orang lain (Wong, 2008). Pada masa sekolah, anak mengalami perkembangan psikososial yang menurut teori

perkembangan Erikson (dalam Santrock, 2007) yang berlangsung pada masa sekolah yaitu *industry versus inferiority*. Pada awal masa anak-anak banyak mendapatkan pengalaman baru, pada saat masa anak-anak pertengahan dan akhir, akan menggunakan dan mengarahkan energinya untuk menguasai pengetahuan dan keterampilan. Pada tahap perkembangan sekolah seseorang akan lebih bersemangat dan antusias untuk belajar dibandingkan akhir periode pengembangan imajinasi pada masa kanak-kanak.

Perkembangan kognitif pada masa sekolah menurut Piaget dalam Wong (2008) anak usia sekolah memasuki periode operasional konkret yaitu ketika anak mampu menggunakan proses berpikir untuk mengalami peristiwa dan tindakan. Anak usia 7-11 tahun memasuki tahap operasional konkret mempunyai kemampuan berpikir secara logis mengenai peristiwa dan mengkalsifikasikan obyek kedalam bentuk yang berbeda (Santrok, 2007). Banyak metode pendidikan kesehatan yang dapat digunakan dalam memberikan informasi kesehatan antara lain pendidikan kesehatan individual, kelompok dan massa (Notoatmodjo, 2005). Pada masa sekolah anak-anak akan berinteraksi dan berhubungan dengan anak lainnya. Klub dan kelompok teman sebaya merupakan salah satu karakteristik yang menonjol pada masa usia sekolah. Hubungan sosial dan kerja sama dengan teman sebaya merupakan salah satu agen sosialisasi terpenting dalam kehidupan anak sekolah (Wong, 2008).

Peneliti tertarik meneliti pendidikan kesehatan kelompok sedangkan pendidikan kesehatan kelompok dibagi menjadi dua yaitu pendidikan kesehatan untuk kelompok kecil dan besar (Notoatmodjo, 2005). Metode ceramah termasuk

pendidikan kesehatan untuk kelompok besar. Syah dalam Simamora (2009) mendefinisikan metode ceramah (*preaching method*) merupakan suatu metode pengajaran dengan menyampaikan informasi dan pengetahuan secara lisan kepada sejumlah peserta didik, yang pada umumnya mengikuti secara pasif. Metode ceramah sangat efektif untuk menyampaikan materi selain murah dan mudah juga dapat menyajikan materi secara luas. Kelemahan dari metode ceramah adalah membuat sasaran pasif dan cepat membosankan jika ceramah kurang menarik (Simamora, 2009).

Snowball throwing termasuk pendidikan kesehatan kelompok untuk kelompok kecil. Metode *snowball throwing* merupakan salah satu model pembelajaran aktif atau *student active learning* (Suprijono, 2009). Penelitian Tunggal (2011) menyebutkan bahwa kelebihan dari metode *snowball throwing* adalah melatih kesiapan dalam merumuskan dan menjawab pertanyaan, anak lebih memahami dan mengerti tentang materi yang dipelajari, belajar bekerja sama memecahkan masalah, dan memotivasi untuk meningkatkan kemampuan anak. Kelemahan metode ini antara lain sangat bergantung pada anggota didik, kelas tidak kondusif serta memerlukan waktu yang panjang.

Dari hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti pada bulan Mei tahun 2013 didapatkan bahwa SDN Puger Kulon 01 merupakan sekolah yang terletak di Desa Puger Kulon tertinggi kasus DBD. Hasil wawancara dengan kepala SDN Puger Kulon 01 bahwa SDN Puger Kulon 01 Kabupaten Jember belum pernah mendapatkan pendidikan kesehatan terkait pencegahan DBD. Beberapa anak SDN Puger Kulon 01 pernah mengalami kasus DBD secara

massal. Satu diantaranya pernah mendapatkan perawatan intensif di RSUD. Balung. Kepala SDN Puger Kulon 01 telah melaporkan untuk melakukan *fogging* (pengasapan) tetapi belum ada respon balik dari petugas kesehatan untuk kegiatan ini.

Hasil wawancara dengan 10 anak yang berusia 6-12 tahun di SDN Puger Kulon 01 Kabupaten Jember, 6 dari 10 anak diantaranya hanya dapat menyebutkan kepanjangan dari DBD dan belum mampu menjelaskan definisinya, 4 dari 10 anak hanya mampu menyebutkan kepanjangan DBD dan vektor perantara DBD. Pengetahuan tentang pencegahan DBD dari 10 anak didapatkan, 8 dari 10 anak belum bisa menyebutkan contoh pencegahan DBD dan 2 dari 10 anak hanya dapat menyebutkan 3M (Menguras, Menutup, dan Mengubur) tetapi belum mampu menjelaskan maksud dan tujuannya. Pendidikan kesehatan di sekolah menjadi penting untuk pencegahan DBD. Peningkatan pengetahuan bertujuan untuk mengubah perilaku tidak sehat menjadi sehat dengan metode pendidikan kesehatan yang efektif.

Berdasarkan uraian diatas, maka menjadi penting seorang perawat jika melakukan pencegahan primer pada anak usia sekolah dengan melakukan pendidikan kesehatan. Berdasarkan penjabaran dari fenomena diatas, peneliti ingin mengetahui perbedaan tingkat pengetahuan pencegahan DBD dengan metode ceramah dan *snowball throwing* pada anak usia 6-12 tahun di SDN Puger Kulon 01 Kabupaten Jember.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas peneliti merumuskan masalah “Apakah ada perbedaan tingkat pengetahuan pencegahan DBD dengan metode ceramah dan *snowball throwing* pada anak usia 6-12 tahun di SDN Puger Kulon 01 Kabupaten Jember?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis perbedaan tingkat pengetahuan pencegahan DBD dengan metode ceramah dan *snowball throwing* pada anak usia 6-12 tahun di SDN Puger Kulon 01 Kabupaten Jember.

1.3.2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik umum responden penelitian;
- b. Mengidentifikasi tingkat pengetahuan anak usia 6-12 tahun di SDN Puger Kulon 01 tentang pencegahan DBD sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode ceramah;
- c. Mengidentifikasi tingkat pengetahuan anak usia 6-12 tahun di SDN Puger Kulon 01 tentang pencegahan DBD sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode *snowball throwing*; dan
- d. Menganalisis perbedaan tingkat pengetahuan anak usia 6-12 tahun di SDN Puger Kulon 01 tentang pencegahan DBD yang diberikan pendidikan kesehatan dengan metode ceramah dan *snowball throwing*.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

Hasil penelitian diharapkan menambah pengetahuan peneliti terkait perbedaan tingkat pengetahuan pencegahan DBD dengan metode ceramah dan *snowball throwing* pada anak usia 6-12 tahun di SDN Puger Kulon 01 Kabupaten Jember.

1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan menambah informasi dan referensi tentang keilmuan keperawatan komunitas, khususnya metode pendidikan kesehatan yang efektif.

1.4.3 Bagi Siswa-Siswi SDN Puger Kulon 01 Kabupaten Jember

Hasil penelitian ini diharapkan menanamkan kebiasaan hidup bersih dan sehat pada siswa-siswi SDN Puger Kulon 01 Kabupaten Jember untuk mencegah perkembangbiakan nyamuk *Aedes aegypti* baik di lingkungan sekolah maupun rumah sejak dini.

1.4.4 Bagi SDN Puger Kulon 01 Kabupaten Jember

Hasil penelitian ini diharapkan SDN Puger Kulon 01 membuat kebijakan upaya pencegahan DBD. Kegiatan yang dapat diupayakan pihak sekolah untuk memelihara kebersihan lingkungan sekolah.

1.4.5 Bagi Institusi Pelayanan Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan perawat di lapangan dapat melakukan upaya preventif dengan metode yang efektif dalam penyampaian informasi kesehatan kepada masyarakat.

1.4.6 Bagi Masyarakat

Hasil penelitian diharapkan dapat menambah pengetahuan kepada masyarakat terkait pencegahan DBD yang harus mulai digalakkan sejak dini. Hal ini dikarenakan faktor lingkungan sangat mempengaruhi angka kejadian kasus DBD.

1.5 Keaslian Penelitian

Penelitian sebelumnya yang mendasari penelitian ini adalah penelitian yang oleh Widyawati dengan judul “Pengaruh Penyuluhan Kesehatan Terhadap Pengetahuan dan Sikap Anak Sekolah Dasar dalam Pencegahan Demam Berdarah *Dengue* di Kecamatan Medan Denai”. Tujuan penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh penyuluhan kesehatan terhadap pengetahuan dan sikap anak SD dalam pencegahan DBD. Penelitian ini menggunakan rancangan *quasi experimental pretest-posttest control group design*, dilakukan dengan teknik *simple random sampling* dengan uji hipotesis yang dilakukan menggunakan *uji t-test*.

Penelitian saat ini berbeda dari penelitian sebelumnya, judul penelitian yang sekarang “Perbedaan Tingkat Pengetahuan Pencegahan DBD dengan Metode Ceramah dan *Snowball Throwing* pada Anak Usia 6-12 Tahun di SDN Puger Kulon 01 Kabupaten Jember”. Tujuan penelitian ini bertujuan untuk menganalisis perbedaan tingkat pengetahuan pencegahan DBD dengan metode ceramah dan *snowball throwing* pada anak usia 6-12 tahun di SDN Puger Kulon 01 Kabupaten Jember. Penelitian ini menggunakan rancangan *pre-experiment one-group pretest-posttest*, dilakukan dengan teknik *non probability sampling* menggunakan *purposive sampling* dengan uji hipotesis yang dilakukan menggunakan uji *wilxocon*.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Demam Berdarah *Dengue* (DBD)

2.1.1 Definisi DBD

Departemen Kesehatan RI (2005) mendefinisikan Demam Berdarah *Dengue* (DBD) atau *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) merupakan penyakit yang ditandai dengan : (1) Demam tinggi mendadak, tanpa sebab yang jelas, berlangsung terus-menerus selama 2-7 hari; (2) Manifestasi perdarahan (petekie, purpura, perdarahan konjungtiva, epistaksis, ekimosis, perdarahan mukosa, epistaksis, perdarahan gusi, hematemesis, melena, hematuri) termasuk uji tourniquet (*Rumple Leede*) positif; (3) Trombositopeni (jumlah trombosit $\leq 100.00/\mu\text{l}$); (4) Hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit) $\geq 20\%$; dan (5) Disertai dengan atau tanpa pembesaran hati (hepatomegali).

Behrman *et al* (2000) mendefinisikan DBD merupakan suatu penyakit demam berat yang sering mematikan disebabkan oleh virus, ditandai dengan permeabilitas kapiler, kelainan hemostasis dan pada kasus berat dan sindrom kehilangan protein. Mansjoer (2000) mendefinisikan DBD merupakan penyakit demam akut dengan ciri-ciri demam, manifestasi perdarahan dan bertedensi mengakibatkan renjatan yang dapat menyebabkan kematian. DBD merupakan penyakit yang ditularkan melalui gigitan vektor nyamuk jenis *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus* yang terinfeksi oleh virus *dengue* (Ginjar, 2008).

2.1.2 Etiologi DBD

DBD disebabkan oleh infeksi virus DEN-1, DEN-2, DEN-3 atau DEN-4 yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus* yang sebelumnya telah terinfeksi oleh virus *dengue* dari pasien DBD lainnya (Ginanjar, 2008). Nyamuk *Aedes aegypti* betina merupakan vektor penyakit yang paling efektif dan utama. Hal ini karena sifatnya yang sangat senang tinggal berdekatan dengan manusia dan lebih senang menghisap darah manusia, bukan darah hewan (*antropofilik-peny*) (Depkes RI, 2005). Selain *Aedes aegypti*, nyamuk *Aedes albopictus*, *Aedes polynesiensis*, dan *Aedes scutellaris* yang berperan sebagai vektor DBD, tetapi kurang efektif (Mansjoer, 2000).

Keempat serotipe virus *dengue* tersebut termasuk dalam group B *Arthropod Borne Virus* (arbovirus). Keempat serotipe virus ini telah ditemukan diberbagai daerah di Indonesia. Hasil penelitian di Indonesia menunjukkan bahwa *dengue-3* sangat berkaitan dengan kasus DBD berat dan serotipe yang paling luas distribusinya disusul oleh *dengue-2*, *dengue-3* dan *dengue-4* (Depkes RI, 2005)

2.1.3 Morfologi Nyamuk *Aedes aegypti*

DBD ditularkan terutama oleh nyamuk *Aedes aegypti*. Nyamuk *Aedes albopictus* dapat menularkan DBD tetapi peranannya dalam penyebaran penyakit sangat kecil, karena hidup di daerah perkebunan. Masa pertumbuhan dan perkembangan nyamuk *Aedes aegypti* terbagi menjadi 4 tahap, yaitu telur, larva, pupa, dewasa (imago), sehingga termasuk metamorfosis sempurna (holometabola).

a. Telur

Telur berwarna hitam dengan ukuran $\pm 0,80$ mm, berbentuk oval yang mengapung satu persatu pada permukaan air yang jernih, atau menempel pada dinding tempat penampung air (Depkes RI, 2005).

b. Larva

Menurut Depkes RI (2005), ada 4 tingkat (instar) jentik sesuai dengan pertumbuhan larva yaitu:

- 1) Instar I : berukuran paling kecil, yaitu 1-2 mm
- 2) Instar II : 2,5 – 3,8 mm
- 3) Instar III : lebih besar sedikit dari larva instar II
- 4) Instar IV : berukuran paling besar 5 mm

c. Pupa

Kepompong (pupa) berbentuk seperti “koma”. Bentuknya lebih besar namun lebih ramping dibanding larva (jentik). Pupa berukuran lebih kecil jika dibandingkan dengan rata-rata pupa nyamuk lain (Depkes RI, 2005)

d. Dewasa (imago)

Nyamuk dewasa berukuran lebih kecil dibandingkan dengan rata-rata nyamuk lain dan mempunyai warna dasar hitam dengan bintik-bintik putih pada bagian badan dan kaki. Nyamuk *Aedes aegypti* jantan menghisap cairan tumbuhan atau sari bunga untuk keperluan hidupnya sedangkan yang betina menghisap darah. Nyamuk betina lebih menyukai darah manusia daripada binatang (bersifat antropofilik). Darah (proteinnya) diperlukan untuk mematangkan telur agar jika dibuahi oleh sperma nyamuk jantan, dapat

menetas. Biasanya nyamuk betina mencari mangsanya pada siang hari. Umumnya menggigit pada siang hari (pukul 09.00-10.00) atau sore hari (pukul 16.00-17.00). Kemampuan terbang nyamuk mencapai radius 100-200 meter (Hastuti, 2008).

2.1.4 Mekanisme Penularan DBD

Seseorang yang didalam darahnya mengandung virus *dengue* merupakan sumber penular DBD. Virus *dengue* berada dalam darah selama 4-7 hari mulai 1-2 hari sebelum demam. Bila seseorang dengan diagnosa DBD digigit nyamuk penular, maka virus dalam darah akan ikut terisap masuk kedalam lambung nyamuk, selanjutnya virus akan memperbanyak diri dan tersebar diberbagai jaringan tubuh nyamuk termasuk didalam kelenjar liurnya.

Kira-kira satu minggu setelah menghisap darah pasien DBD, nyamuk tersebut siap untuk menularkan kepada orang lain (masa inkubasi eksrinsik). Virus ini akan tetap berada dalam tubuh nyamuk sepanjang hidupnya. Nyamuk *Aedes aegypti* yang telah menghisap virus *dengue* menjadi penular (infektif) sepanjang hidupnya. Penularan ini terjadi karena setiap kali nyamuk menusuk (menggigit), sebelum menghisap darah akan mengeluarkan air liur melalui saluran alat tusuknya (*proboscis*), agar darah yang dihisap tidak membeku. Air liur inilah membawa virus *dengue* dan dipindahkan dari nyamuk ke orang lain (Depkes RI, 2005). Tempat yang potensial untuk terjadi penularan DBD (Depkes RI, 2005) adalah :

- a. Wilayah yang banyak kasus DBD (endemis)

b. Tempat-tempat umum merupakan tempat berkumpulnya orang-orang yang datang dari berbagai wilayah, sehingga kemungkinan terjadinya pertukaran beberapa virus *dengue* cukup besar. Tempat-tempat tersebut antara lain:

1) Sekolah

- a) Anak/murid sekolah berasal dari berbagai wilayah; dan
- b) Merupakan kelompok umur yang paling *susceptible* terserang DBD.

2) Rumah sakit/puskesmas dan sarana pelayanan kesehatan lainnya

Orang datang dari berbagai wilayah dan kemungkinan diantaranya adalah kasus DBD, DD (Demam *Dengue*) atau *carier* virus *dengue*.

3) Tempat umum lainnya seperti: hotel, pertokoan, pasar, restoran, dan tempat ibadah.

c. Pemukiman baru dipinggir kota

Lokasi ini penduduknya berasal dari berbagai wilayah, maka kemungkinan diantaranya terdapat kasus atau *carrier* yang membawa virus *dengue* yang berlainan dari masing-masing lokasi asal.

2.1.5 Pencegahan Penyakit DBD

Jenis kegiatan pencegahan nyamuk penular DBD antara lain:

- a. “Bulan Bakti Gerakan 3M” atau dikenal dengan dengan istilah “Bulan Kewaspadaan 3M Sebelum Musim Penularan” atau “Gerakan 3M Sebelum Masa Penularan (G 3M SMP) adalah suatu kegiatan yang dilaksanakan pada saat sebelum terjadinya penularan DBD, yaitu bulan dimana jumlah kasus DBD paling rendah berdasarkan jumlah kasus rata-rata per bulan selama 5

tahun terakhir. Hal ini bertujuan menekan serendah-rendahnya populasi nyamuk penular DBD sehingga KLB dapat dicegah, kegiatan ini diprioritaskan didaerah yang endemis. Komunitas sekolah yang meliputi anak usia sekolah dan personel sekolah (staf pengajar, staf sekolah, dan administrasi) mempunyai kewajiban untuk menjaga lingkungan sekolah yang sehat.

b. Pemeriksaan jentik berkala (PJB)

Kegiatan yang dapat dilakukan oleh anak yaitu siswa pemantau jentik (sismantik). Menurut Depkes RI (2005) survei jentik dilakukan dengan cara sebagai berikut:

- 1) Semua tempat atau bejana yang dapat menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes aegypti* diperiksa untuk mengetahui ada tidaknya jentik;
- 2) Jika tidak tampak tunggu kira-kira 0,5-1 menit untuk memastikan bahwa benar jentik tidak ada;
- 3) Memeriksa tempat-tempat perkembangbiakan yang kecil, seperti: vas bunga, pot tanaman air, botol yang airnya keruh, seringkali air perlu dipindahkan ketempat lain;dan
- 4) Memeriksa jentik di tempat yang agak gelap atau airnya keruh biasanya digunakan senter.

Kegiatan yang dapat dilakukan oleh personel sekolah yang melibatkan staf pengajar, staf sekolah, dan administrasi dengan juru pemantau jentik (jumantik) yang bertugas melakukan pemantauan secara rutin terhadap ada tidaknya jentik nyamuk pada tempat penampungan air di lingkungan sekolah yang secara

sukarela ataupun dibayar. Kesehatan bukan hanya tanggung jawab pemerintah dan negara. Kesehatan merupakan tanggung jawab bersama.

c. Penyuluhan dan pendidikan kesehatan

Penyuluhan secara individu, kelompok dan massa dilaksanakan untuk memberikan informasi bahaya penyakit DBD dan pencegahan penyakit DBD.

Adapun peran perawat terkait upaya pencegahan DBD antara lain:

1) Peran perawat komunitas

Menurut Leavell & Clark dalam Wong (2008) penyuluhan dan pendidikan kesehatan pencegahan DBD termasuk pada tingkat pencegahan primer, intervensi ini bertujuan melindungi anak-anak dari penyakit DBD. Perawat komunitas bertanggung jawab untuk memberikan layanan kesehatan pada anak usia sekolah.

2) Peran perawat sekolah

Standar praktik yang dikemukakan oleh NSAN antara lain memberikan dan mengevaluasi perawatan yang diberikan, kolaborasi dengan tenaga kesehatan dan staf sekolah, menjaga kerahasiaan dan keamanan dari rekam medis dan mengajarkan pendidikan kesehatan kepada siswa, keluarga dan komunitas (Stanhope & Lancaster, 2006). Peran perawat sekolah sebagai *health educator* di tingkat prevensi primer yaitu perawat sekolah mendapatkan kesempatan untuk masuk ke kelas-kelas dan mengajarkan tentang pendidikan kesehatan. Peran perawat sekolah mengajarkan pola hidup bersih dan sehat untuk mencegah penyakit DBD.

Prevensi sekunder yang dilakukan oleh perawat sekolah antara lain *screening* pada anak usia sekolah terkait penyakit, monitor pertumbuhan dan perkembangan dan melaksanakan asuhan keperawatan ketika sakit dan cedera. Prevensi tersier yang dilakukan oleh perawat sekolah antara lain melaksanakan asuhan keperawatan pada anak usia sekolah yang membutuhkan layanan keperawatan selama proses pendidikan di komunitas sekolah

- d. PSN (Pemberantasan Sarang Nyamuk) secara terus-menerus dan berkesinambungan sesuai dengan situasi dan kondisi masing-masing daerah (*local area specific*)

Secara umum cara pencegahan penyakit DBD yang dapat dilakukan saat ini adalah pemberantasan vektor yaitu nyamuk *Aedes aegypti* dan pemberantasan terhadap jentik-jentik penyakit. Hal ini dikarenakan vaksin untuk mencegah dan obat membasmi virus *dengue* belum tersedia (Depkes RI, 2005). Cara pencegahan yang paling dianggap paling tepat adalah :

- a. Pemberantasan nyamuk dewasa

Pemberantasan terhadap nyamuk dewasa dilakukan dengan cara penyemprotan (pengasapan atau *fogging*) dengan insektisida. Nyamuk suka hinggap pada benda-benda bergantung, maka penyemprotan tidak dilakukan di dinding rumah.

Penyemprotan dilakukan dua siklus dengan interval satu minggu untuk membatasi penularan virus *dengue*. Pada penyemprotan siklus pertama semua nyamuk yang mengandung virus *dengue* (nyamuk infeksi) dan nyamuk-

nyamuk lainnya akan mati tetapi akan segera muncul nyamuk-nyamuk baru yang diantaranya akan mengisap darah seseorang *viremia* yang masih ada yang dapat menimbulkan terjadinya penularan kembali. Penyemprotan pertama perlu dilakukan agar nyamuk baru yang infeksi tersebut akan terbasmi sebelum menularkan kepada orang lain.

b. Pemberantasan jentik

Pemberantasan terhadap jentik *Aedes aegypti* dikenal dengan istilah Pemberantasan Sarang Nyamuk DBD (PSN-DBD) dilakukan dengan cara antara lain :

1) Fisik

Pemberantasan sarang nyamuk dengan cara fisik dikenal dengan kegiatan 3M yaitu Menguras, Menutup dan Mengubur. Adapun kegiatan 3M antara lain: menguras dan menyikat bak mandi, bak WC dan lain-lain, menutup tempat penampungan air rumah tangga (tempayan, drum dan lain-lain), mengubur, menyingkirkan atau memusnahkan barang-barang bekas seperti kaleng, ban, tempurung dan lain-lain. Pengurasan tempat-tempat penampungan air perlu dilakukan secara teratur sekurang-kurangnya seminggu sekali agar nyamuk tidak dapat berkembang biak ditempat itu.

Pada saat ini telah dikenal dengan istilah 3M plus yaitu mengganti air didalam vas bunga, tempat minum burung atau tempat yang sejenis seminggu sekali, memperbaiki saluran dan talang yang tidak lancar/rusak, membersihkan dan mengeringkan tempat-tempat yang dapat menampung

air hujan seperti pelepah pisang, melakukan larvasidasi yaitu membubuhkan bubuk pembunuh jentik (abate) ditempat yang sulit dikuras atau didaerah yang sulit air, memasang kawat kasa dirumah, menghindari kebiasaan menggantung pakaian didalam kamar, mengupayakan pencahayaan dan ventilasi yang cukup, menggunakan kelambu dan memakai obat nyamuk.

2) Kimia

Cara memberantas nyamuk *Aedes aegypti* dengan menggunakan insektisida pembasmi jentik ini dikenal dengan larvasida. Larvasida yang biasa digunakan yaitu *temephos*. Formulasi *temephos* yang digunakan adalah granules (*sand granules*). Dosis yang digunakan 1 ppm atau 10 gram (\pm 1 sendok makan rata) untuk setiap 100 liter air. Larvasida dengan *temephos* ini mempunyai efek residu 3 bulan, selain itu dapat digunakan golongan *insect growth regulator*.

3) Biologi

Pemberantasan jentik *Aedes aegypti* dengan cara biologi adalah dengan memelihara ikan pemakan jentik yaitu ikan kepala timah, ikan gupi, ikan cupang/tempalo dan lain-lain.

2.2 Konsep Anak Usia Sekolah

2.2.1 Definisi Anak Usia Sekolah

Periode usia pertengahan yaitu usia 6 sampai dengan 12 tahun disebut usia sekolah atau masa sekolah. Periode ini dimulai dengan masuknya anak ke

lingkungan sekolah, yang memiliki dampak signifikan dalam perkembangan dan hubungan anak dengan orang lain (Wong, 2008).

2.2.2 Perkembangan Anak Usia Sekolah

Ciri-ciri anak usia sekolah menurut Wong (2008) mencakup perkembangan biologis, psikososial, kognitif dan sosial.

a. Perkembangan biologis

Selama periode usia sekolah, pertumbuhan tinggi dan berat badan terjadi tetapi lebih lambat dibandingkan periode sebelumnya. Pada masa anak-anak pertengahan adalah tahap dimana perkembangan ketika gigi susu mulai tanggal. Kematangan sistem tubuh meliputi gastrointestinal, organ kandung kemih, organ jantung yang tumbuh lebih lambat tetapi denyut jantung menurun sedangkan tekanan darah semakin meningkat pada usia 6 sampai 12 tahun. Persiapan remaja atau prapubertas yaitu periode yang dimulai menjelang akhir masa anak-anak pertengahan dan berakhir pada hari ulang tahun ketiga belas.

b. Perkembangan psikososial

Pada masa anak-anak pertengahan adalah periode perkembangan psikosesual yang menurut Freud pada tahap periode laten, yaitu waktu tenang antara fase Oedipus pada masa anak-anak awal dan erotisisme masa remaja. Selama waktu ini, anak-anak membina hubungan dengan teman sebaya sesama jenis dan didahului ketertarikan pada lawan jenis yang menyertai pubertas.

Perkembangan psikososial menurut Erikson dalam Santrock (2007) yaitu berada pada pengembangan *industry versus inferiority*. Anak usia sekolah mengembangkan keterampilan dan berpartisipasi dalam pekerjaan dan berarti dan berguna secara sosial. Pada awal masa anak-anak banyak mendapatkan pengalaman baru, pada saat masa anak-anak pertengahan dan akhir, akan menggunakan dan mengarahkan energinya untuk menguasai pengetahuan dan keterampilan. Pada tahap perkembangan sekolah seseorang akan lebih bersemangat dan antusias untuk belajar dibandingkan akhir periode pengembangan imajinasi pada masa anak-anak.

c. Perkembangan kognitif

Anak memasuki masa sekolah mulai memperoleh kemampuan untuk menghubungkan serangkaian kejadian untuk menggambarkan mental anak yang dapat diungkapkan secara verbal ataupun simbolik. Tahap ini disebut dengan operasional konkret oleh Piaget. Ketika anak mampu menggunakan proses berpikir untuk mengalami peristiwa dan tindakan. Anak usia 7-11 tahun memasuki tahap operasional konkret mempunyai kemampuan berpikir secara logis mengenai peristiwa dan mengkalsifikasikan obyek kedalam bentuk yang berbeda (Santrok, 2007).

d. Perkembangan sosial

Pada masa sekolah anak-anak akan berinteraksi dan berhubungan dengan anak lainnya. Klub dan kelompok teman sebaya merupakan salah satu karakteristik yang menonjol pada masa usia sekolah. Hubungan sosial dan

kerja sama dengan teman sebaya merupakan salah satu agen sosialisasi terpenting dalam kehidupan anak sekolah.

2.3 Konsep Pengetahuan

2.3.1 Pengertian

Pengetahuan merupakan hasil mengingat suatu hal, termasuk mengingat kembali kejadian yang pernah dialami baik secara sengaja maupun tidak sengaja dan terjadi setelah orang melakukan kontak atau pengamatan terhadap suatu objek tertentu (Mubarak, 2007).

2.3.2 Tingkatan Pengetahuan

Bloom dalam Potter & Perry (2005) domain pengetahuan dibagi menjadi enam tingkatan yaitu:

- a. Tahu (*know*), diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh materi yang telah diterima.
- b. Memahami (*comprehension*) adalah kemampuan untuk memahami materi yang telah dipelajari. Kemampuan seseorang menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara luas.
- c. Aplikasi (*application*) merupakan penerapan mencakup penggunaan ide-ide abstrak yang baru dipelajari untuk diterapkan dalam situasi yang nyata.

- d. Analisis (*analysis*) adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih dalam struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitan satu sama lain.
- e. Sintesis (*synthesis*) menunjukkan pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.
- f. Evaluasi (*evaluation*) berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek.

2.3.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Menurut Mubarak (2007) faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang :

- a. Pendidikan, pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang pada orang lain terhadap sesuatu hal agar dapat memahami. Makin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah pula menerima informasi, dan pada akhirnya makin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya sebaliknya jika seseorang tingkat pendidikan rendah, akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap penerimaan, informasi dan nilai-nilai yang baru diperkenalkan.

- b. Pekerjaan, lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun secara tidak langsung.
- c. Umur, dengan bertambahnya umur seseorang akan terjadi perubahan pada aspek fisik dan psikologis (mental). Pertumbuhan pada fisik secara garis besar ada empat kategori perubahan yaitu (1) perubahan ukuran, (2) perubahan proporsi, (3) hilangnya ciri-ciri lama dan (4) timbulnya ciri-ciri baru hal ini terjadi akibat kematangan fungsi organ. Pada aspek psikologis atau mental taraf berpikir seseorang semakin matang dan dewasa.
- d. Minat, sebagai suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu. Minat menjadikan seseorang untuk mencoba dan menekuni suatu hal dan pada akhirnya diperoleh pengetahuan yang lebih mendalam.
- e. Pengalaman, adalah suatu kejadian yang pernah dialami seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungannya. Pengalaman yang kurang baik akan membuat seseorang untuk melupakan tetapi pengalaman terhadap objek yang menyenangkan maka secara psikologis akan timbul kesan yang sangat mendalam dan membekas dalam emosi kejiwaannya dan akhirnya dapat membentuk sikap positif dalam kehidupannya.
- f. Kebudayaan lingkungan sekitar, kebudayaan dimana kita hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap. Apabila dalam suatu wilayah mempunyai budaya untuk menjaga kebersihan lingkungan maka sangat mungkin masyarakat sekitarnya mempunyai sikap

untuk selalu menjaga kebersihan lingkungan karena lingkungan sangat berpengaruh dalam pembentukan sikap pribadi atau sikap seseorang.

- g. Informasi, kemudahan untuk memperoleh suatu informasi dapat membantu mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan yang baru.

2.4 Konsep Pendidikan Kesehatan

2.4.1 Pengertian

Batasan pendidikan kesehatan menurut beberapa ahli kesehatan menurut Fitriani (2011) antara lain :

1. Wood (1926), pendidikan kesehatan adalah pengalaman-pengalaman yang bermanfaat yang dapat mempengaruhi kebiasaan, sikap, dan pengetahuan seseorang atau masyarakat.
2. Nyswander (1947), pendidikan kesehatan adalah sebuah proses perubahan perilaku yang bersifat dinamis, bukan suatu proses pemindahan materi (pesan) dari seseorang ke orang lain dan bukan pula seperangkat prosedur.
3. Stuart (1968), pendidikan kesehatan adalah komponen program kesehatan yang berisi perencanaan perubahan perilaku individu, kelompok dan masyarakat berhubungan dengan pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan

Dari pengertian beberapa pendidikan kesehatan dapat diambil sebuah kesimpulan bahwa pendidikan kesehatan adalah suatu upaya yang bertujuan untuk mempengaruhi orang lain untuk berperilaku hidup sehat.

2.4.2 Sasaran

Menurut Fitriani (2011) sasaran pendidikan kesehatan di Indonesia berdasarkan pada program pembangunan Indonesia adalah:

- a. Masyarakat umum;
- b. Masyarakat dalam kelompok tertentu seperti wanita, pemuda, remaja, termasuk dalam kelompok khusus adalah lembaga pendidikan mulai TK sampai Pendidikan Tinggi (PT), sekolah agama baik negeri atau swasta; dan
- c. Sasaran individu dengan tehnik pendidikan kesehatan individual.

2.4.3 Proses Pendidikan Kesehatan

Menurut Fitriani (2011) prinsip pokok dalam pendidikan kesehatan adalah proses belajar, dalam proses belajar terdapat 3 persoalan pokok yaitu:

- a. Persoalan masukan (input)

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

- b. Persoalan proses

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

c. Persoalan keluaran (output)

Hasil belajar itu sendiri yaitu berupa kemampuan atau perubahan perilaku dari subjek belajar.

2.4.4 Metode dan Teknik Pendidikan Kesehatan Kelompok

Metode dan teknik pendidikan kesehatan kelompok digunakan untuk sasaran kelompok. Sasaran kelompok dibedakan menjadi dua, yaitu kelompok kecil dan kelompok besar. Kelompok kecil apabila kelompok sasaran terdiri dari 6 sampai 15 orang sedangkan untuk kelompok besar apabila sasaran diatas 15 sampai dengan 50 orang (Notoatmodjo, 2005). Metode pendidikan kesehatan kelompok dibedakan menjadi 2 yaitu :

- a. Metode dan teknik pendidikan kesehatan untuk kelompok kecil misalnya : diskusi kelompok, metode curah pendapat (*brain storming*), bola salju (*snowball*), bermain peran (*role play*), metode permainan simulasi (*simulation game*), dan sebagainya. Metode ini lebih efektif apabila dibantu dengan alat bantu atau media, misalnya : lembar balik (*flip chart*), alat peraga, slide, dan sebagainya.
- b. Metode dan teknik pendidikan kesehatan untuk kelompok besar, misalnya metode ceramah yang diikuti atau tanpa diikuti tanya jawab, seminar, loka karya, dan sebagainya. Metode ini dapat diperkuat dengan alat bantu misalnya, *overhead projector*, *slide projector*, *film*, *sound system*, dan sebagainya.

2.5 Metode Ceramah

Metode ini termasuk metode pendidikan kelompok besar dengan peserta pendidikan kesehatan lebih dari 15 orang sampai dengan 50 orang dan metode ini baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah (Notoatmodjo, 2005). Metode ceramah juga merupakan penuturan materi secara lisan dan metode paling ekonomis untuk menyampaikan informasi, dan paling efektif dalam mengatasi kelangkaan literatur atau rujukan yang sesuai dengan jangkauan daya beli serta daya paham peserta didik (Simamora, 2009). Menurut Depdiknas (2008) hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menggunakan metode ceramah :

a. Persiapan

Pada tahap ini yang harus dilakukan adalah:

- 1) Merumuskan tujuan yang ingin dicapai
- 2) Menentukan pokok-pokok materi yang akan diceramahkan
- 3) Mempersiapkan alat bantu

Ceramah yang berhasil apabila penceramah itu sendiri menguasai materi yang akan disampaikan sehingga penceramah sendiri harus mempersiapkan diri. Mempelajari materi dengan sistematika yang baik. Ceramah akan lebih baik lagi kalau disusun dalam diagram atau skema dan mempersiapkan alat-alat bantu pengajaran misalnya: makalah singkat, slide, transparan, sound sistem dan sebagainya.

b. Pelaksanaan

Pada tahap ini ada tiga langkah yang harus dilakukan:

1) Langkah pembukaan

Langkah pembukaan dalam metode ceramah merupakan langkah yang menentukan. Keberhasilan pelaksanaan ceramah sangat ditentukan oleh langkah ini.

2) Langkah penyajian

Tahap penyajian adalah tahap penyampaian materi pembelajaran dengan cara bertutur. Agar ceramah berkualitas sebagai metode pembelajaran, maka pendidik harus menjaga perhatian peserta didik agar tetap terarah pada materi pembelajaran yang sedang disampaikan.

3) Langkah mengakhiri atau menutup ceramah

Ceramah harus ditutup dengan ringkasan pokok-pokok agar materi pendidikan kesehatan yang sudah dipahami dan dikuasai peserta didik. Ciptakan kegiatan-kegiatan yang memungkinkan peserta didik tetap mengingat materi pembelajaran

Menurut Simamora (2009) beberapa kelebihan dan kelemahan metode ceramah adalah sebagai berikut:

a. Kelebihan metode ceramah

1. Pendidik mudah menguasai kelas;
2. Pendidik mudah menerangkan banyak bahan ajar berjumlah besar;
3. Dapat diikuti oleh peserta didik dalam jumlah banyak; dan
4. Mudah dilaksanakan.

b. Kelemahan metode ceramah

1. Membuat peserta pasif;

2. Mengandung unsur paksaan kepada peserta didik;
3. Mengandung sedikit daya kritis peserta didik;
4. Bagi peserta didik dengan tipe belajar yang visual akan lebih sulit menerima pelajaran dibandingkan dengan peserta didik yang memiliki tipe belajar audio;
5. Sukar mengendalikan sejauh mana pemahaman belajar peserta didik;
6. Kegiatan pengajaran menjadi verbalisme; dan
7. Jika terlalu lama dapat membuat jenuh.

2.6 Metode *Snowball Throwing*

Metode *snowball throwing* merupakan salah satu model pembelajaran aktif atau *student active learning* (Suprijono, 2009). *Snowball* secara etimologi berarti bola salju, sedangkan *throwing* artinya melempar. *Snowball throwing* adalah melempar bola salju. *Snowball throwing* merupakan suatu metode pembelajaran yang diawali dengan pembentukan kelompok yang diwakili ketua kelompok mempunyai tugas menjelaskan materi yang disampaikan oleh pendidik kemudian masing-masing anak membuat pertanyaan yang dibentuk seperti bola (kertas pertanyaan) lalu dilempar ke anak lain dalam kelompoknya yang masing-masing anak menjawab pertanyaan yang diperoleh.

Metode pembelajaran ini melatih anak untuk lebih tanggap menerima pesan dari anak lain dalam bentuk bola salju yang terbuat dari kertas, dan menyampaikan pesan tersebut kepada temannya dalam satu kelompok. Metode ini merupakan pendidikan kelompok untuk kelompok kecil apabila kelompok sasaran

terdiri dari 6 sampai 15 orang (Notoatmodjo, 2005). Menurut Suprijono (2009) langkah-langkah pembelajaran metode *snowball throwing* adalah:

- a. Pendidik menyampaikan materi yang akan disajikan, dan kompetensi dasar yang ingin dicapai;
- b. Pendidik membentuk peserta berkelompok, lalu memanggil masing-masing ketua kelompok untuk memberikan penjelasan tentang materi;
- c. Masing-masing ketua kelompok kembali kekelompoknya masing-masing kemudian menjelaskan materi yang disampaikan oleh pendidik kepada temannya;
- d. Kemudian masing-masing peserta diberikan satu lembar kertas kerja, untuk menuliskan satu pertanyaan apa saja yang menyangkut materi yang sudah dijelaskan oleh ketua kelompok;
- e. Kemudian kertas yang berisi pertanyaan tersebut dibuat seperti bola dan dilempar dari satu peserta ke peserta yang lain selama \pm 15 menit;
- f. Setelah peserta dapat satu bola atau satu pertanyaan diberikan kesempatan kepada peserta untuk menjawab pertanyaan yang tertulis dalam kertas berbentuk bola tersebut secara bergantian;
- g. Evaluasi; dan
- h. Penutup.

Hasil penelitian dari Tunggal (2011) kelebihan dan kelemahan pembelajaran dengan metode *snowball throwing* adalah sebagai berikut :

a. Kelebihan metode *snowball throwing*

- 1) Melatih kesiapan anak dalam merumuskan pertanyaan dengan bersumber pada materi yang diajarkan serta saling memberikan pengetahuan;
- 2) Anak lebih memahami dan mengerti secara mendalam tentang materi pelajaran yang dipelajari. Hal ini disebabkan karena anak mendapat penjelasan dari teman sebaya yang yang secara khusus disiapkan oleh pendidik serta mengarahkan penglihatan, pendengaran, menulis dan berbicara mengenai materi yang didiskusikan dalam kelompok;
- 3) Dapat membangkitkan keberanian anak dalam mengemukakan pertanyaan kepada teman lain maupun pendidik;
- 4) Melatih anak menjawab pertanyaan yang diajukan oleh temannya dengan baik;
- 5) Melatih anak mengemukakan pertanyaan sesuai dengan topik yang sedang dibicarakan dalam pelajaran tersebut;
- 6) Dapat mengurangi rasa takut anak dalam bertanya kepada teman maupun pendidik;
- 7) Anak akan lebih mengerti makna kerjasama dalam menemukan pemecahan suatu masalah;
- 8) Anak akan memahami makna tanggung jawab;
- 9) Anak akan lebih bisa menerima keragaman atau heterogenitas suku, sosial, budaya, bakat dan intelegensia; dan

10) Anak akan termotivasi untuk meningkatkan kemampuannya

b. Kelemahan metode *snowball throwing*

- 1) Terciptanya suasana kelas yang kurang kondusif;
- 2) Adanya anak yang bergantung pada anak lain; dan
- 3) Memerlukan waktu yang panjang.

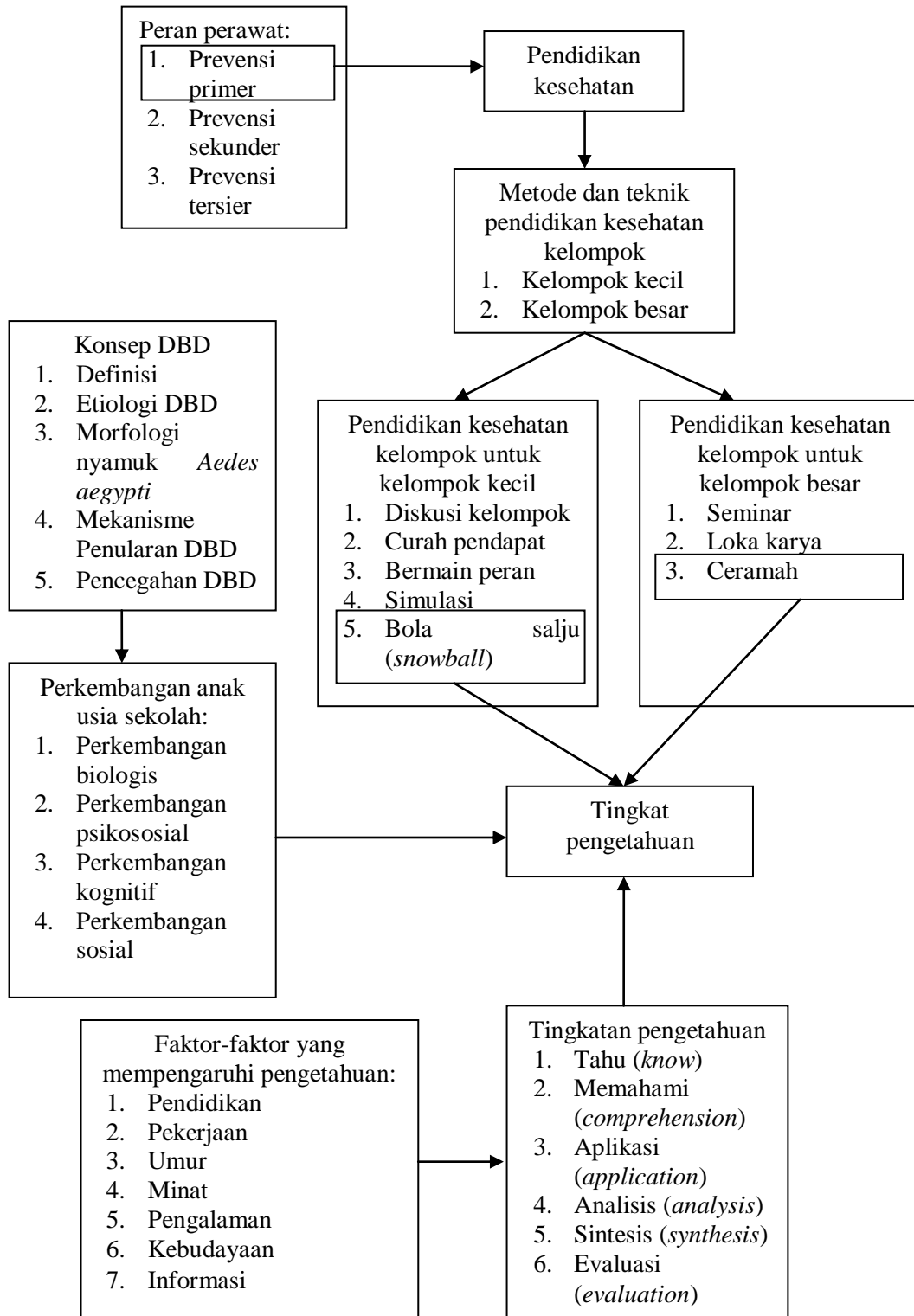
2.7 Keterkaitan Pendidikan Kesehatan dengan Metode Ceramah dan *Snowball Throwing* Terhadap Tingkat Pengetahuan Pencegahan DBD

Pendidikan kesehatan kelompok dibagi menjadi dua yaitu pendidikan kesehatan untuk kelompok kecil dan besar. Metode ceramah termasuk pendidikan kesehatan kelompok untuk kelompok besar. Menurut Syah dalam Simamora (2009) mendefinisikan metode ceramah (*preaching method*) merupakan suatu metode pengajaran dengan menyampaikan informasi dan pengetahuan secara lisan kepada sejumlah peserta didik, yang pada umumnya mengikuti secara pasif. Metode ceramah sangat efektif untuk menyampaikan materi selain murah dan mudah juga dapat menyajikan materi secara luas. Kelemahan dari metode ceramah adalah membuat sasaran pasif dan cepat membosankan jika ceramah kurang menarik (Simamora, 2009). Penelitian Widyawati (2010) tentang pengaruh penyuluhan kesehatan terhadap pengetahuan dan sikap anak sekolah dasar dalam pencegahan DBD di Kecamatan Medan Denai menunjukkan terdapat perbedaan rerata nilai pengetahuan dan sikap sebelum dan sesudah diberikan penyuluhan pada kelompok satu kali penyuluhan dan kelompok dua kali penyuluhan ($p = 0,00$).

Snowball throwing termasuk pendidikan kesehatan kelompok untuk kelompok kecil (Notoatmodjo, 2005). Metode *snowball throwing* merupakan salah satu model pembelajaran aktif atau *student active learning* (Suprijono, 2009). Penelitian Tunggal (2011) menyebutkan bahwa kelebihan dari metode *snowball throwing* adalah melatih kesiapan dalam merumuskan dan menjawab pertanyaan, anak lebih memahami dan mengerti tentang materi yang dipelajari, belajar bekerja sama memecahkan masalah, dan memotivasi untuk meningkatkan kemampuan anak. Kelemahan metode ini antara lain sangat bergantung pada anggota didik, kelas tidak kondusif serta memerlukan waktu yang panjang.

Pendidikan kesehatan dengan metode ceramah dan *snowball throwing* berbeda tetapi memiliki tujuan yang sama yaitu sama-sama menyampaikan pesan atau informasi kesehatan kepada masyarakat untuk meningkatkan pengetahuan. Peningkatan pengetahuan diharapkan masyarakat mampu berperilaku sehat. Anak usia sekolah yang berusia 6-12 tahun diharapkan setelah diberikan intervensi pendidikan kesehatan tahu, mau dan mampu melakukan pencegahan DBD dalam kehidupan sehari-hari minimal anak mampu menjaga lingkungan tempat tinggal sekitarnya bersih dengan cara membuang sampah pada tempatnya, mengubur sampah yang kemungkinan menjadi sarang nyamuk, memantau adanya jentik pada penampungan air, menguras air minimal seminggu sekali, kerja bakti membersihkan selokan dan got, adanya piket kelas secara bergantian bertujuan meminimalisir angka kejadian kasus DBD baik di sekolah dengan memutus rantai hidup perkembangbiakan nyamuk *Aedes aegypti* yang menjadi vektor dominan penularan DBD.

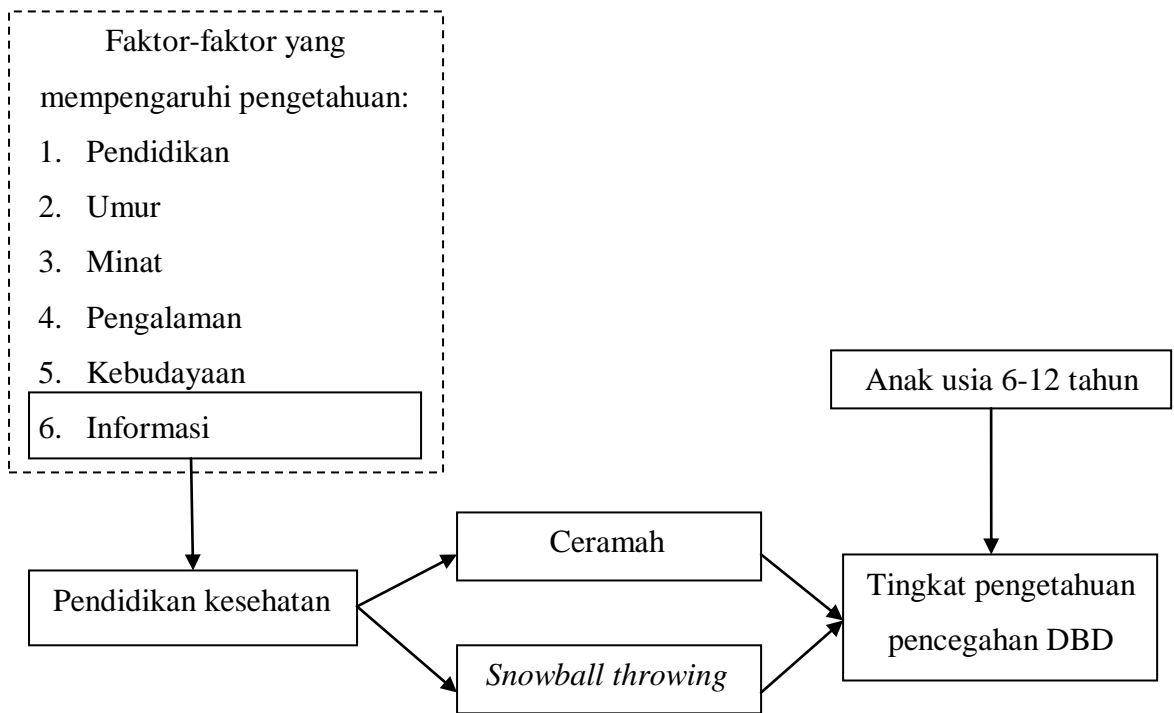
2.8 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

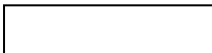
BAB 3. KERANGKA KONSEP


3.1. Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan:

 = diteliti

 = tidak diteliti

3.2 Hipotesis Penelitian

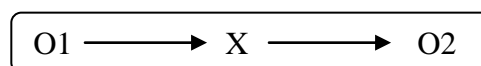
Hipotesis dalam penelitian merupakan jawaban sementara dari sebuah penelitian (Setiadi, 2007). Hipotesis dalam penelitian ini (H_a) yaitu ada perbedaan tingkat pengetahuan pencegahan DBD dengan metode ceramah dan *snowball throwing* pada anak usia 6-12 tahun di SDN Puger Kulon 01 Kabupaten Jember.

BAB 4. METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah penelitian *pre-eksperiment* dengan rancangan *one-group pretest-posttest*. *One-group pretest-posttest* merupakan rancangan penelitian yang tidak memiliki kelompok pembanding (kontrol) tetapi dilakukan observasi pertama (*pretest*) yang memungkinkan menguji perubahan setelah diberikan perlakuan (Notoatmodjo, 2010). Tujuan penelitian ini adalah mengetahui perbedaan tingkat pengetahuan pencegahan DBD dengan metode ceramah dan *snowball throwing* pada anak usia 6-12 tahun di SDN Puger Kulon 01 Kabupaten Jember.

Pengukuran yang dilakukan sebelum intervensi (O1) disebut *pretest*. Pada Penelitian ini *pretest* bertujuan mengetahui pengetahuan sebelum pemberian intervensi (X). Intervensi yang diberikan berupa pendidikan kesehatan dengan membedakan dua metode yaitu: (1) metode ceramah dan (2) *snowball throwing*. Setelah dilakukan perlakuan peneliti mengobservasi kembali pengetahuan (O2) disebut *posttest*. Rancangan penelitian dapat digambarkan dalam bagan berikut :



Gambar 4.1. Rancangan penelitian

Keterangan :

O1 : Nilai *pretest* (sebelum dilakukan intervensi)

X : Perlakuan (intervensi)

O2 : Nilai *posttest* (sesudah dilakukan intervensi)

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2010). Populasi pada penelitian ini adalah seluruh anak di SDN Puger Kulon 01 Kabupaten Jember yang berjumlah 843 anak.

4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian adalah elemen-elemen populasi yang dipilih berdasarkan kemampuan yang mewakilinya (Setiadi, 2007). Sampel dalam penelitian ini adalah anak usia 6-12 tahun. Sugiyono (2011), bila sampel dibagi dalam kategori maka jumlah sampel setiap kategori minimal 30 responden. Sastroasmoro dan Ismael (2010) untuk mengantisipasi kemungkinan responden terpilih yang *drop out*, *loss to follow-up*, atau subjek yang tidak taat, sehingga perlu dilakukan koreksi besar sampel dengan menambahkan subjek agar besar sampel tetap terpenuhi. Rumus perhitungan untuk koreksi sampel adalah sebagai berikut:

$$n' = \frac{n}{(1-f)}$$

$$n' = \frac{30}{(1-0,1)}$$

$n' = 33,33$ dibulatkan menjadi 33 responden

Keterangan :

n' = besar sampel setelah dikoreksi

f = perkiraan proporsi drop out 10% (0,1)

Besar sampel yang telah ditambah *drop out* 10% adalah 33 responden penelitian untuk masing-masing kelompok metode pendidikan kesehatan. Sampel penelitian ini adalah 60 responden anak usia 6-12 tahun di SDN Puger Kulon 01, yang dibagi menjadi dua kelompok yaitu kelompok metode ceramah sebanyak 30 responden dan kelompok metode *snowball throwing* sebanyak 30 responden.

4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel

Penentuan metode pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik non random (*non probability sampling*) dengan teknik *purposive sampling*. *purposive sampling* adalah pengambilan sampel yang didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat sendiri oleh peneliti berdasarkan kriteria-kriteria yang sudah ditentukan (Notoatmodjo, 2010). Pengambilan sampel penelitian ini menggunakan responden dari perwakilan dari kelas 3, 4 dan 5 yang berada pada rentang usia 6-12 tahun. Responden penelitian tiap kelas diwakili oleh 10 responden yang terdiri dari 5 laki-laki dan 5 perempuan. Jadi, kelompok metode ceramah dan *snowball throwing* sebanyak 30 responden yang terdiri dari 10 anak dari kelas 3, 4 dan 5 dan jenis kelamin terdiri dari 5 laki-laki dan 5 perempuan untuk masing-masing kelas.

4.2.4 Kriteria Sampel

Kriteria sampel atau subjek penelitian yang diperlukan dalam penelitian ini terdiri dari kriteria inklusi dan kriteria eksklusi.

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria atau ciri-ciri yang harus dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel penelitian (Notoatmodjo, 2010).

Kriteria inklusi dalam penelitian ini terdiri dari:

- 1) Responden berusia 6-12 tahun;
- 2) Bersedia menjadi responden; dan
- 3) Memahami bahasa Indonesia.

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah kriteria atau ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel penelitian (Notoatmodjo, 2010). Kriteria eksklusi penelitian ini adalah:

- 1) Responden tidak masuk atau dalam keadaan sakit saat intervensi dilakukan; dan
- 2) Responden yang sebelumnya pernah mendapatkan pendidikan kesehatan tentang DBD secara khusus, bertujuan untuk memperkecil bias informasi.

4.3 Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian berada di SDN Puger Kulon 01 Kabupaten Jember.

4.4 Waktu Penelitian

Waktu penelitian dimulai dengan pengusulan judul penelitian, penelusuran daftar pustaka, persiapan proposal penelitian, merancang kuesioner, membuat

materi dan media pendidikan kesehatan, konsultasi dengan pembimbing, pelaksanaan penelitian sampai dengan penyusunan laporan akhir yang dimulai dari bulan Maret 2013 dan selesai pada bulan September 2013.

4.5 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Indikator	Alat Ukur	Skala	Hasil ukur
Variabel Bebas: Pendidikan kesehatan yaitu a. Ceramah b. <i>Snowball throwing</i>	a. Bentuk kegiatan penyampaian informasi masalah kesehatan: pencegahan DBD secara lisan pada responden b. Bentuk kegiatan penyampaian informasi masalah kesehatan : pencegahan DBD melalui pertanyaan yang harus dijawab antar responden.	-	-	-	-
Variabel Terikat: Tingkat pengetahuan	Suatu respon informasi yang telah diberikan anak usia 6-12 tahun terhadap masalah kesehatan yang berkaitan dengan pencegahan DBD	1. Definisi DBD 2. Penyebab DBD 3. Ciri-ciri nyamuk <i>Aedes aegypti</i> 4. Mekanisme penularan DBD 5. Pencegahan DBD	Kuesioner 1-30	Ordinal	Baik : 76-100% dari skor total (≥ 23 soal) Cukup : 56-75% dari skor total (18 – 22 soal) Kurang : 0-55% dari skor total (≤ 21 soal)

4.6 Pengumpulan Data

4.6.1 Sumber Data

1. Data primer melalui kuesioner yang disusun secara terstruktur. Responden diminta untuk memilih jawaban yang paling sesuai dan benar. Kuesioner

penelitian ini disusun sendiri oleh peneliti. Kuesioner tersebut meliputi karakteristik responden dan pertanyaan pengetahuan pencegahan DBD.

2. Data sekunder diperoleh dari pencatatan dan dokumen yang ada pada sekolah, data Puskesmas Puger, Dinas Kesehatan dan Dinas Pendidikan Kabupaten Jember.

4.6.2 Teknik Pengumpulan Data

Penelitian ini dilakukan sebelum dan sesudah intervensi pendidikan kesehatan: ceramah dan *snowball throwing* tentang pencegahan DBD. Rangkaian pelaksanaan kegiatan ini dilakukan sesuai materi yang ada dan dialokasikan selama 8 kali pertemuan dengan klasifikasi 4 kali pertemuan menentukan ketua kelompok metode *snowball throwing* dan 2 kali pertemuan untuk intervensi setiap metode pendidikan kesehatan. Prosedur pengumpulan data pada kegiatan penelitian yang dilakukan meliputi dua tahapan, yaitu :

1. Tahap persiapan

Peneliti mempersiapkan sarana dan prasarana yang mendukung kegiatan ini seperti izin penelitian, koordinasi sekolah tempat kegiatan penelitian, materi dan media pendidikan kesehatan. Peneliti meminta izin kepada kepala SDN Puger Kulon 01 Kabupaten Jember untuk melaksanakan kegiatan penelitian pada hari Sabtu tanggal 14 September 2013 pada pukul 08.00 WIB.

2. Tahap pelaksanaan

a. Tahap pertama

Pengisian *pretest* pengetahuan pencegahan DBD kepada seluruh responden penelitian. Peneliti memilih 60 responden sebagai responden penelitian. Peneliti memberikan *informed consent* sebelum melaksanakan *pretest* untuk masing-masing responden dari kelompok intervensi yaitu kelompok ceramah dan *snowball throwing*. Jumlah responden 30 anak untuk masing-masing kelompok intervensi dengan usia anak 6-12 tahun di SDN Puger Kulon 01 yang telah dipilih sesuai kriteria penelitian yang dilaksanakan pada hari Sabtu tanggal 14 September 2013 pada pukul 08.45-09.45 WIB.

b. Tahap kedua

1) Pemilihan calon ketua kelompok *snowball throwing*

Peneliti menentukan calon ketua kelompok untuk kelompok intervensi *snowball throwing* yang dilaksanakan hari Sabtu tanggal 14 September 2013 pada pukul 08.45-09.45 WIB di SDN Puger Kulon 01. Peneliti menentukan calon ketua kelompok untuk intervensi *snowball throwing* yaitu memilih lima calon ketua kelompok yang diperoleh dari 5 nilai tertinggi *pretest* untuk kelompok intervensi *snowball throwing*. Pemilihan calon ketua kelompok juga dipilih sesuai kriteria Widyantoro *et al* (2002) yaitu:

- a) Aktif dalam kegiatan sosial dan populer dilingkungannya
- b) Lancar berbahasa dan menulis

- c) Berminat menyebarkan informasi kesehatan
- d) Memiliki ciri-ciri kepribadian, diantaranya ramah, lancar dalam mengemukakan pendapat, luwes dalam pergaulan, tidak mudah tersinggung, terbuka untuk hal-hal baru dan mau belajar

Peneliti juga melakukan wawancara dengan pihak akademik sekolah dan beberapa responden yang telah terpilih menjadi calon ketua kelompok.

- 2) Intervensi pendidikan kesehatan pada calon ketua kelompok *snowball throwing*.

Perkenalan peneliti dengan calon ketua kelompok dan penyampaian materi sesi I tentang definisi, penyebab, ciri-ciri nyamuk *Aedes aegypti* dan penularan DBD dan materi sesi II tentang pencegahan DBD yang terdiri dari pencegahan DBD dengan memberantas nyamuk dewasa dan jentik *Aedes aegypti* yang dilaksanakan hari Rabu tanggal 18 September 2013 pada pukul 08.45-10.00 WIB di ruang kelas VB SDN Puger Kulon 01.

- 3) Evaluasi kelayakan ketua kelompok *snowball throwing*

Evaluasi kepada calon ketua kelompok sebagai syarat dalam uji kelayakan agar dapat memberikan materi kepada ketua *snowball throwing* tentang pencegahan DBD. Syarat minimal nilai yang harus diperoleh adalah keterampilan dan kualitas pemahaman materi yang baik dengan skor minimal 70-79. Peneliti menguji kelayakan calon ketua kelompok yang dilaksanakan hari Rabu tanggal 18 September

2013 pada pukul 10.30-11.15 di ruang kelas VB SDN Puger Kulon 01 Kabupaten Jember.

c. Tahap ketiga

1) Kelompok pendidikan kesehatan dengan metode ceramah

Kelompok ceramah dilakukan 2 kali pertemuan untuk penyampaian materi (1x45 menit). Adapun tahap dan alokasi waktu untuk metode ceramah sebagai berikut :

- a. Persiapan : menyiapkan ruang kelas \pm 15 menit
- b. Pelaksanaan : pembukaan \pm 5 menit, penyajian \pm 20 menit dan menutup \pm 5 menit.

Kelompok metode ceramah dilakukan 2 kali pertemuan pada hari Senin tanggal 16 September 2013 pukul 08.45-09.30 WIB untuk sesi pertama dan pada hari Selasa tanggal 17 September pada pukul 08.45-09.30 WIB untuk sesi ke-2 di ruang kelas VA SDN Puger Kulon 01.

2) Kelompok pendidikan kesehatan dengan *snowball throwing*

Kelompok *snowball throwing* dilakukan 6 kali pertemuan, 4 kali pertemuan menentukan ketua kelompok (1 kali pertemuan untuk menentukan calon ketua kelompok, 2 kali untuk penyampaian materi dan 1 kali pertemuan untuk evaluasi calon ketua kelompok) dan 2 kali pertemuan untuk tahap pelaksanaan metode *snowball throwing* yaitu untuk penyampaian materi (1x60 menit).

Adapun tahap dan alokasi waktu untuk metode *snowball throwing* sebagai berikut :

- a. Persiapan : menyiapkan ruang kelas dan membentuk ketua serta anggota kelompok \pm 15 menit;
- b. Ketua kelompok menjelaskan materi kepada anggota kelompoknya \pm 20 menit;
- c. Kegiatan inti : metode *snowball throwing* \pm 15 menit; dan
- d. Evaluasi dan penutup \pm 10 menit.

Kelompok metode *snowball throwing* dilakukan 2 kali sesi penyampaian materi yaitu sesi pertama dan kedua pada hari Kamis tanggal 19 September pada pukul 08.45 -10.00 WIB di ruang kelas VB SDN Puger Kulon 01 Kabupaten Jember.

d. Tahap keempat

Pengisian *posttest* pengetahuan pencegahan DBD kepada seluruh responden penelitian. Intervensi pendidikan kesehatan dilaksanakan mulai dari hari Sabtu sampai Kamis pada tanggal 14 sampai 19 September 2013, kemudian dilaksanakan *posttest* untuk mengetahui tingkat pengetahuan pencegahan DBD sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode ceramah dan *snowball throwing* yang dilaksanakan pada hari Kamis tanggal 19 September 2013 pada pukul 10.30-11.45 WIB di ruang kelas VA dan VB SDN Puger Kulon 01.

4.6.3 Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan kuesioner. Kuesioner yang digunakan untuk mengukur tingkat pengetahuan pencegahan DBD yang terdiri dari definisi, penyebab, ciri-ciri nyamuk *Aedes aegypti*, penularan dan pencegahan DBD. Pertanyaan tersebut tersebar di C1 sampai C6 yang dapat dilihat pada tabel 4.2. Pengukuran tingkat pengetahuan didasarkan pada skala ordinal berdasarkan 30 item pertanyaan dengan kategori pertanyaan *favorable* jawaban “benar” diberi skor 2 dan “salah” diberi skor 0 sedangkan untuk kategori *unfavorable* jawaban “benar” diberi skor 0 dan jawaban “salah” diberi skor 2. Skor yang dihasilkan akan dikategorikan untuk mendeskripsikan tingkat pengetahuan.

Nursalam (2008) menyatakan bahwa hasil skoring dari jawaban pada daftar pertanyaan pengetahuan dapat dikategorikan yaitu:

- a. Baik : 76-100% dari skor total yaitu > 45
- b. Cukup : 56-75% dari skor total yaitu 34-44
- c. Kurang : 0-55% dari skor total yaitu < 34

Tabel 4.2 *Blue Print* Kuisisioner Penelitian

Materi Pendidikan Kesehatan	Domain Tingkat Pengetahuan						Nomor Butir Pertanyaan	
	C1	C2	C3	C4	C5	C6	<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>
Pengertian DBD	√						2 5	1
Penyebab DBD	√						3,7	4,6
Ciri-ciri nyamuk <i>Aedes aegypti</i>	√			√			10 8,16	9,11,15,17
Penularan DBD	√				√		13	12 18
Pencegahan DBD	√	√	√				14,23,41,45 20,30,34,39,43 25,26,27,32,37 47,49	21,22,35,42,48 24,31,36,50 28,29,33,38,40,44 ,46
Total							25 soal	25 soal

4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilitas

Instrumen penelitian yang valid dan reliabel dalam pengumpulan data merupakan syarat untuk mendapatkan hasil penelitian yang valid dan reliabel. Validitas sebuah instrumen menyatakan yang harusnya dapat diukur, sebuah instrumen dikatakan valid jika instrumen mampu mengukur yang seharusnya diukur menurut situasi dan kondisi tertentu (Setiadi, 2007).

Uji coba validitas dan reliabilitas dilakukan minimal terhadap 20 responden agar diperoleh distribusi nilai hasil pengukuran yang mendekati normal (Notoatmodjo, 2012). SDN Puger Kulon 04 Kabupaten Jember yang merupakan sekolah tempat uji coba validitas dan reliabilitas dengan pertimbangan karakteristik yang hampir sama dan SD tersebut berada di Desa Puger Kulon wilayah kerja Puskesmas Puger yang merupakan wilayah daerah endemis DBD dengan kasus DBD tertinggi dialami anak usia sekolah dan belum pernah mendapatkan pendidikan kesehatan tentang DBD dan pencegahan DBD secara khusus. Uji validitas dan reliabilitas dilaksanakan pada tanggal 7 September 2013 pada pukul 09.00-10.00 WIB di kelas VB SDN Puger Kulon 04 Kabupaten Jember dengan jumlah responden sebanyak 20 anak. Data yang diperoleh dari uji coba kuesioner tersebut diolah menggunakan program *SPSS 16.0 For Windows* dengan penentuan validitas menggunakan *Korelasi Pearson (r)* dan reliabilitas menggunakan *Alpha Cronbach*.

Uji validitas instrumen penelitian yang digunakan adalah validitas konstruksi dengan mengetahui nilai total setiap item pada analisis reliabilitas yang tercantum pada nilai *correlation corrected item*. Suatu pertanyaan dikatakan valid

atau bermakna sebagai alat pengumpul data bila korelasi hasil hitung (r -hitung) lebih besar dari angka kritik nilai korelasi (r -tabel), pada taraf signifikansi 95%. Nilai r -tabel dalam penelitian ini untuk sampel pengujian 20 (dua puluh) responden, menggunakan pada tingkat kemaknaan 5% adalah sebesar 0,444, maka dikatakan valid, jika nilai r -hitung variabel $\geq 0,444$ dikatakan valid, dan nilai r – hitung variabel $< 0,444$ dikatakan tidak valid (Riyanto, 2011).

Teknik yang dipakai untuk menguji kuesioner penelitian, adalah teknik *Alpha Cronbach* yaitu dengan menguji coba instrumen kepada sekelompok responden pada satu kali pengukuran, juga pada taraf 95%. Jika nilai *Alpha Cronbach* $> 0,6$ maka dikatakan reliabel, dan jika nilai *Alpha Cronbach* $< 0,6$ dikatakan tidak reliabel (Riyanto, 2011).

Tabel 4.3 Perbandingan Sebelum dan Sesudah Uji Validitas dan Reliabilitas

Materi	Sebelum		Sesudah	
	<i>Favourable</i>	<i>Unfavorable</i>	<i>Favorable</i>	<i>Unfavourable</i>
Pengetahuan pencegahan DBD:				
1. Definisi DBD	2,5	1	2,5	1
2. Penyebab DBD	3,7	4,6	3,7	4
3. Ciri-ciri nyamuk <i>Aedes aegypti</i>	8,10,16	9,11,15,17	8,10,16	11*),15,17
4. Penularan DBD	13	12,18	13	12,18
5. Pencegahan DBD	14,20,23,25,26 ,27,30,32,34,3 7,39,41,43,45, 47,49	21,22,24,28, 29,31,33,35, 36,38,40,42, 44,46,44,50	14**),23,25, 27,30,37**), 32,39,45**), 47 **),49	21,22,24,28,29, 31,38,42**), 44**),46**), 48**),50

*)point nomor tersebut valid, namun digabung dengan nomor 10 dan dimasukkan dalam kuesioner dengan pertimbangan pertanyaan nomor 10 dan 11 hampir mirip.

***)point nomor tersebut valid tetapi tidak dimasukkan dalam kuesioner dengan pertimbangan sudah ada yang mewakili untuk materi pencegahan DBD

4. 7 Pengolahan dan Analisis Data

4.7.1 Pengolahan Data

Pengolahan data pada dasarnya merupakan suatu proses untuk memperoleh data atau data ringkasan berdasarkan suatu kelompok data mentah dengan menggunakan rumus tertentu sehingga menghasilkan informasi yang diperlukan (Setiadi, 2007). Beberapa kegiatan yang dilakukan dalam pengolahan data oleh peneliti, yaitu:

a. *Editing* / memeriksa

Merupakan kegiatan peneliti melakukan pemeriksaan lembar kuisisioner yang telah diserahkan oleh responden. Pemeriksaan ini meliputi kelengkapan jawaban, keterbacaan tulisan, relevansi jawaban dan kebenaran penghitungan skor.

b. *Coding* / memberi tanda kode

Merupakan kegiatan mengklasifikasikan jawaban-jawaban dari para responden ke dalam kategori tertentu. Pemberian *coding* pada penelitian ini meliputi:

- 1) Variabel independen metode pendidikan kesehatan, terbagi atas dua kategori yaitu pendidikan kesehatan metode ceramah diberi kode 1 dan pendidikan kesehatan metode *snowball throwing* diberi kode 2;
- 2) Variabel dependen peningkatan pengetahuan, terbagi atas tiga kategori yaitu pengetahuan kurang diberi kode 1, pengetahuan cukup diberi kode 2 dan pengetahuan baik diberi kode 3;

- 3) Sub variabel usia, terbagi atas dua kategori yaitu usia 8-9 tahun diberi kode 1 dan usia 10-11 tahun diberi kode 2;
- 4) Sub variabel jenis kelamin anak, terbagi atas dua kategori yaitu laki-laki diberi kode 1 dan perempuan diberi kode 2;
- 5) Sub variabel kelas, terbagi atas tiga kategori yaitu kelas 3 diberi kode 1, kelas 4 diberi kode 2 dan kelas 5 diberi kode 3

c. *Entry*

Proses memasukkan data kedalam tabel dilakukan dengan program yang ada dikomputer. Proses pemasukan data tersebut dilakukan setelah jawaban-jawaban yang sudah diberi kode, dikategori kemudian dimasukkan dalam tabel dengan cara menghitung frekuensi data.

d. *Cleaning*

Data yang telah dimasukkan sudah benar sehingga tidak perlu untuk dilakukan proses *cleaning*. *Cleaning* merupakan teknik atau kegiatan pembersihan data, data-data yang tidak sesuai dengan kebutuhan akan dihapus (Setiadi, 2007). Apabila semua data dari setiap sumber data atau responden selesai dimasukkan, perlu dicek kembali untuk melihat kemungkinan-kemungkinan adanya kesalahan-kesalahan kode atau ketidaklengkapan sehingga tidak ada data yang *missing*.

4.7.2 Analisa Data

a. Analisa univariat

Analisa univariat bertujuan untuk mendiskripsikan setiap variabel secara terpisah dengan cara membuat tabel distribusi frekuensi. Analisa data univariat dilakukan terhadap karakteristik dari responden yaitu umur, kelas dan jenis kelamin.

b. Analisa bivariat

Analisa bivariat yang bertujuan untuk menganalisis perbedaan tingkat pengetahuan sebelum dan setelah diberikan intervensi untuk masing-masing metode pendidikan kesehatan yaitu metode ceramah dan *snowball throwing* menggunakan uji *wilcoxon matched pairs*. Uji *wilcoxon matched pairs* digunakan untuk menguji komparatif dua sampel berpasangan bila datanya berbentuk ordinal (Sugiyono, 2011). Syarat menggunakan uji *wilcoxon* yaitu (1) Pengujian non-parametrik; (2) Distribusi data tidak harus normal; (3) Membandingkan antara dua kelompok data yang saling berhubungan (4) Skala data berbentuk ordinal, interval dan rasio. Taraf kesalahan (α) yang digunakan dalam penelitian ini adalah 0,05.

Analisa statistik dari uji *wilcoxon matched pairs* adalah:

- 1) Bila nilai $p < \alpha$, H_0 ditolak, berarti ada perbedaan yang bermakna
- 2) Bila nilai $p \geq \alpha$, H_0 gagal ditolak, berarti tidak ada perbedaan yang bermakna

4.8 Etika Penelitian

Menurut *Canadian Nurses Association* (CAN) dan *American Nurses Association* (ANA) dalam Potter & Perry (2005) etika penelitian yang harus dilakukan oleh perawat sebagai peneliti antara lain :

a. *Informed consent*

Subjek penelitian memiliki hak untuk: (1) informasi terkait penelitian mengenai tujuan, prosedur, pengumpulan data dan keuntungan keikutsertaan mengikuti penelitian, (2) memahami peneliti dan tindakan yang akan dilakukan, dan (3) memahami kerahasiaan keanoniman. Responden dijamin akan adanya pilihan bebas dan memberikan izin (*consent*) yaitu hak untuk menarik diri dari penelitian. Lembar ini diberikan kepada responden sebelum melakukan data penelitian, apabila bersedia maka akan dijadikan subjek dalam penelitian. Pada penelitian ini peneliti menginformasikan tentang tujuan dan manfaat penelitian sedangkan responden penelitian menandatangani lembar persetujuan yang menyatakan bersedia menjadi responden penelitian.

b. Kerahasiaan (*confidentially*)

Peneliti menjamin kerahasiaan informasi yang diberikan subjek penelitian dalam bentuk apapun untuk tidak diekspos oleh publik selain tim penelitian. Penelitian ini tidak mempublikasi nama responden penelitian kepada publik.

c. Anonim (*anonymity*)

Anonim atau tanpa nama, peneliti menjamin kerahasiaan identitas dari responden. Nama responden dirahasiakan dan hanya terdapat inisial atau kode yang dibuat oleh peneliti untuk memudahkan proses pengolahan data. Proses pengolahan data dan pembahasan serta dokumentasi dalam penelitian ini hanya mencantumkan inisial responden.

d. Berkeadilan

Setiap orang harus diperlakukan sama berdasarkan moral, martabat, dan hak asasi manusia. Hak dan kewajiban peneliti maupun subjek penelitian harus seimbang. Keadilan pada penelitian ini yaitu setiap responden diberikan waktu pengerjaan soal sama oleh peneliti dan tidak memberikan perlakuan yang istimewa saat intervensi dilaksanakan.

e. Kemanfaatan

Penelitian dilakukan apabila memberikan manfaat yang diperoleh lebih besar daripada dampak negatif yang akan terjadi. Penelitian tidak boleh membahayakan dan menjaga kesejahteraan manusia. Peneliti melaksanakan penelitian sesuai dengan prosedur penelitian guna mendapatkan hasil manfaat semaksimal mungkin bagi subjek penelitian. Penelitian ini dapat bermanfaat bagi responden penelitian yaitu responden penelitian mengetahui tentang DBD dan pencegahan DBD sehingga dapat mengubah perilaku kurang sehat menjadi perilaku sehat dan diharapkan angka kejadian morbiditas dan mortalitas DBD dapat menurun.

BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

SDN Puger Kulon 01 terletak di Jalan Sumodiharjo No. 98 Kecamatan Puger Kabupaten Jember dengan kepala sekolah Bapak Drs. H. Slamet A. Sa, M.Pd. Jumlah kelas sebanyak 19 kelas. Jumlah siswa SDN Puger Kulon 01 pada tahun ajaran tahun 2013/2014 sebanyak 843 anak. SDN Puger Kulon 01 mempunyai 2 toilet yaitu satu untuk toilet siswa dan 1 toilet untuk guru, 2 kolam ikan, dan selokan kecil yang berada di depan kelas dan selokan besar di depan sekolah.

5.2 Hasil Penelitian

Hasil penelitian yang dilakukan menghasilkan beberapa data yaitu diantaranya karakteristik responden dan variabel tingkat pengetahuan.

5.2.1 Karakteristik Responden

Data karakteristik responden menggambarkan karakteristik responden penelitian di SDN Puger Kulon 01. Data karakteristik responden penelitian terdiri dari usia, kelas dan jenis kelamin. Distribusi responden berdasarkan usia, kelas dan jenis kelamin dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.1. Karakteristik Responden di SDN Puger Kulon 01 Kabupaten Jember Berdasarkan Usia, Kelas dan Jenis Kelamin Tahun 2013 (n=60)

Karakteristik Responden	Kategori	Metode Ceramah		Metode <i>Snowball Throwing</i>	
		Jumlah	Persentase %	Jumlah	Persentase %
Usia	8-9 tahun	14	46,7	11	36,7
	10-11 tahun	16	53,3	19	63,3
Total		30	100	30	100
Kelas	Kelas 3	10	33,3	10	33,3
	Kelas 4	10	33,3	10	33,3
	Kelas 5	10	33,3	10	33,3
Total		30	100	30	100
Jenis kelamin	Laki-laki	15	50	15	50
	Perempuan	15	50	15	50
Total		30	100	30	100

Sumber : Data Primer, September 2013

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa karakteristik usia responden penelitian untuk kelompok pendidikan kesehatan dengan metode ceramah dan *snowball throwing* berada pada rentang usia 8 sampai 11 tahun. Pada kelompok metode ceramah sebagian besar berada pada usia 10-11 tahun berjumlah 16 responden (53,3%) dan responden pada usia 8-9 tahun berjumlah 14 responden (46,7%). Kelompok metode *snowball throwing* sebagian besar berada pada kelompok usia 10-11 tahun berjumlah 19 responden (63,3%) dan responden pada usia 8-9 tahun berjumlah 11 responden (36,7%).

Karakteristik jumlah responden berdasarkan kelas memiliki rasio yang sama antara kelas 3, 4 dan 5 yaitu berjumlah 10 responden (33,3%) untuk masing-masing intervensi pendidikan kesehatan dengan metode ceramah dan *snowball throwing*. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin yaitu 15 responden (50%) laki-laki dan 15 responden (50%) untuk masing-masing kelompok metode pendidikan kesehatan dengan metode ceramah dan *snowball throwing*.

5.2.2 Tingkat Pengetahuan Anak Usia 6-12 Tahun Sebelum dan Sesudah Diberikan Pendidikan Kesehatan dengan Metode Ceramah

Tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode ceramah dapat dilihat pada tabel 5.2.

Tabel 5.2 Tingkat Pengetahuan Sebelum dan Sesudah Intervensi Pendidikan Kesehatan dengan Metode Ceramah pada Anak Usia 6-12 Tahun di SDN Puger Kulon 01 Kabupaten Jember Tahun 2013 (n=30)

Tingkat pengetahuan	Sebelum		Sesudah	
	Frekuensi	Persentase (%)	Frekuensi	Persentase (%)
Kurang	11	36,7	0	0
Cukup	17	56,7	11	36,7
Baik	2	6,7	19	63,3
Total	30	100	30	100

Sumber : Data Primer, September 2013

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa adanya perbedaan tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode ceramah. Berdasarkan data yang didapatkan bahwa sebelum diberikan intervensi menggunakan metode ceramah sebagian besar berada pada tingkat pengetahuan cukup sebanyak 17 responden (56,7%) dan lainnya berada pada tingkat pengetahuan kurang sebanyak 11 responden (36,7%) dan pada tingkat pengetahuan baik sebanyak 2 responden (6,7%). Sesudah diberikan intervensi pendidikan kesehatan dengan metode ceramah didapatkan sebagian besar berada pada tingkat pengetahuan baik sebanyak 19 responden (63,3%) dan lainnya berada pada tingkat pengetahuan cukup sebanyak 11 orang dan tidak ada yang berada pada tingkat pengetahuan kurang.

5.2.3 Tingkat Pengetahuan Anak Usia 6-12 Tahun Sebelum dan Sesudah Diberikan Pendidikan Kesehatan dengan *Snowball Throwing*

Tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode *snowball throwing* dapat dilihat pada tabel 5.3.

Tabel 5.3 Tingkat Pengetahuan Sebelum dan Sesudah Intervensi Pendidikan Kesehatan dengan Metode *Snowball Throwing* pada Anak Usia 6-12 Tahun di SDN Puger Kulon 01 Kabupaten Jember Tahun 2013 (n=30)

Tingkat pengetahuan	Sebelum		Sesudah	
	Frekuensi	Persentase (%)	Frekuensi	Persentase (%)
Kurang	8	26,7	0	0
Cukup	19	63,3	2	6,7
Baik	3	10	28	93,3
Total	30	100	30	100

Sumber : Data Primer, September 2013

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa adanya perbedaan tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode *snowball throwing*. Berdasarkan data yang didapatkan bahwa sebelum diberikan intervensi menggunakan metode *snowball throwing* sebagian besar berada pada tingkat pengetahuan cukup sebanyak 19 responden (63,3%) dan lainnya berada pada tingkat pengetahuan kurang sebanyak 8 responden (26,7%) dan pada tingkat pengetahuan baik sebanyak 3 responden (10%). Sesudah diberikan intervensi pendidikan kesehatan dengan metode *snowball throwing* sebagian besar berada pada tingkat pengetahuan baik sebanyak 28 responden (93,3%) dan lainnya berada pada tingkat pengetahuan cukup sebanyak 2 responden (6,7%) dan tidak ada yang berada pada tingkat pengetahuan kurang.

5.2.4 Perbedaan Tingkat Pengetahuan Anak Usia 6-12 Tahun Sebelum dan Sesudah Diberikan Pendidikan Kesehatan dengan Metode Ceramah dan *Snowball Throwing*

Berikut adalah tabel perbedaan tingkat pengetahuan pada kelompok metode ceramah dan *snowball throwing* sebelum dan sesudah diberikan intervensi pendidikan kesehatan dengan metode ceramah dan *snowball throwing* menggunakan uji *wilcoxon* dengan derajat kemaknaan 95%. Penelitian ini menggunakan uji *wilcoxon* karena data tidak berdistribusi normal setelah dilakukan uji *Shapiro Wilk* dengan jumlah sampel masing-masing 30 responden dan nilai p value $(0,000) < 0,05$ (Dahlan, 2009). Hasil dari uji ini dapat dilihat pada tabel 5.4

Tabel 5.4 Perbedaan Tingkat Pengetahuan pada Anak Usia 6-12 Tahun Sebelum dan Sesudah Diberikan Intervensi dengan Metode Ceramah dan *Snowball Throwing* di SDN Puger Kulon 01 Kabupaten Jember Tahun 2013 (n = 60)

Metode	Nilai pretest-posttest	F	Mean	Z	p value
Ceramah	Menurun	0	12	-4,460	0,000
	Meningkat	23			
	Tetap	7			
Jumlah		30			
<i>Snowball Throwing</i>	Menurun	0	13	-4,562	0,000
	Meningkat	25			
	Tetap	5			
Jumlah		30			

Sumber : Data Primer, September 2013

Tabel 5.4 Berdasarkan hasil penelitian pada kelompok metode ceramah dengan nilai *pretest-posttest* sebagian besar mengalami peningkatan sebanyak 23 responden dan lainnya tetap sebanyak 7 responden dan tidak ada yang mengalami penurunan. Kelompok metode *snowball throwing* dengan nilai *pretest-posttest* sebagian besar mengalami peningkatan sebanyak 25 responden dan lainnya tetap

sebanyak 5 responden dan tidak ada yang mengalami penurunan. Uji *wilcoxon* didapatkan nilai Z sebesar -4,460 dengan *p value* $0,000 < \alpha (0,05)$ pada kelompok ceramah dan nilai Z sebesar -4,562 dengan *p value* $0,000 < \alpha (0,05)$ pada kelompok metode *snowball throwing*. Ini menunjukkan bahwa ada perbedaan tingkat pengetahuan pencegahan DBD dengan metode ceramah dan *snowball throwing* pada anak usia 6-12 tahun di SDN Puger Kulon 01 Kabupaten Jember.

5.3 Pembahasan

5.3.1 Karakteristik Responden

Responden pada penelitian ini adalah anak usia 6-12 tahun di SDN Puger Kulon 01 Kabupaten Jember. Penelitian ini menunjukkan bahwa distribusi usia responden pada penelitian ini berada rentang usia 8-11 tahun yaitu pada kelompok dengan metode ceramah dan kelompok dengan metode *snowball throwing*. Sumarno (1999) dalam Dardjito dkk (2008) memperlihatkan distribusi umur dengan kejadian DBD tertinggi disuatu negara yaitu golongan anak berumur kurang dari 15 tahun (86-95%). Anak usia 5-11 tahun di Indonesia merupakan usia dengan angka pravelensi DBD paling tinggi. Pendidikan kesehatan yang dilaksanakan di SDN Puger Kulon 01 karena SD ini berada di wilayah kerja Puskesmas Puger khususnya Desa Puger Kulon yang merupakan desa tertinggi dengan prevalensi DBD banyak pada anak usia 6-12 tahun sebanyak 24 dari 67 kasus (Puskesmas Puger, 2013).

Wong (2008) menyatakan bahwa anak usia 6 sampai 12 tahun berada pada anak usia sekolah atau masa sekolah. Selama masa sekolah anak akan mengalami perkembangan biologis, psikososial, kognitif dan sosial. Piaget menyatakan bahwa anak usia sekolah memasuki operasional konkret yaitu anak mampu menggunakan proses berpikir untuk mengalami peristiwa dan tindakan (Wong, 2008). Erikson menyatakan bahwa rasa industri atau tahap pencapaian dapat dicapai anak usia 6 tahun dan masa remaja, anak belajar menyelesaikan tugas yang diberikan guru atau orang lain, mulai timbul rasa tanggung jawab, mulai senang belajar bersama (Sunaryo, 2004).

Peneliti berpendapat bahwa anak usia sekolah menghabiskan sebagian besar waktunya disekolah berada didalam ruangan sehingga kemungkinan kontak dengan nyamuk *Aedes aegypti* lebih besar. Nyamuk *Aedes aegypti* menggigit pada siang hari (09.00-10.00 WIB) dan sore hari (16.00-17.00 WIB) (Depkes RI, 2005). Anak usia sekolah mampu berpikir secara logis dan merupakan generasi penerus bangsa yang harus dibekali dengan pengetahuan diharapkan dapat berperilaku sehat. Anak diharapkan mampu melakukan upaya pencegahan dibandingkan dengan pengobatan sehingga dapat meminimalkan angka kejadian DBD.

Responden pada penelitian ini merupakan anak usia 6-12 tahun SDN Puger Kulon 01 yang berasal dari beragam kelas yaitu kelas 3, 4 dan 5. Responden pada penelitian ini merupakan anak usia 6-12 tahun SDN Puger Kulon 01 dengan jenis kelamin yang sama antara laki-laki dan perempuan untuk masing-masing pendidikan kesehatan dengan metode ceramah dan metode

snowball throwing. Salah satu faktor yang mempengaruhi intelegensi adalah faktor genetik (pembawa), faktor ini dibawa sejak lahir contohnya jenis kelamin (Sunaryo, 2004). Adanya faktor pembawaan tertentu yang bisa saja terjadi walaupun tidak ada literatur tertentu yang menjelaskan jenis kelamin dengan tingkat intelegensi seseorang.

5.3.2 Tingkat Pengetahuan Anak Usia 6-12 Tahun Sebelum dan Sesudah Diberikan Pendidikan Kesehatan dengan Metode Ceramah

Populasi anak pada metode penelitian dengan metode ceramah sebanyak 30 responden yang berusia 8-11 tahun mengalami perubahan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pendidikan kesehatan dengan metode ceramah. SDN Puger Kulon 01 belum pernah mendapatkan pendidikan kesehatan tentang DBD dan pencegahan DBD, padahal terhitung sejak bulan Januari sampai Maret 2013 wilayah kerja Puskesmas Puger merupakan daerah endemis DBD dan tertinggi pravelensi DBD di Kabupaten Jember tahun 2013. Pendidikan kesehatan diperlukan untuk meningkatkan kemampuan manusia dalam mengambil keputusan secara sadar dan mempengaruhi kesejahteraan diri, keluarga dan masyarakat (Susilo, 2011).

Kuesioner penelitian ini terdapat 30 pertanyaan yang terdiri dari 5 materi pendidikan kesehatan yaitu pengertian, penyebab, ciri-ciri nyamuk *Aedes aegypti*, penularan dan pencegahan DBD. Hasil *pretest* didapatkan untuk pendidikan kesehatan dengan metode ceramah didapatkan pertanyaan dengan jumlah jawaban “salah” terbanyak pada materi pendidikan kesehatan tentang pengertian DBD

yaitu nomor 1 (24 responden) dan nomor 5 (22 responden), materi tentang penyebab DBD yaitu nomor 3 (29 responden), materi tentang ciri-ciri nyamuk *Aedes aegypti* yaitu nomor 12 (22 responden) dan nomor 13 (28 responden), materi tentang penularan DBD yaitu nomor 14 (29 responden), dan materi tentang pencegahan DBD yaitu nomor 23 (30 responden), nomor 29 (29 responden), nomor 30 (28 responden) dan nomor 24 (22 responden)

Hasil *posttest* yang didapatkan sesudah dilakukan intervensi pendidikan kesehatan dengan metode ceramah didapatkan pertanyaan dengan jumlah jawaban “salah” terdapat pada materi pendidikan kesehatan tentang pengertian DBD yaitu nomor 1 (17 responden), materi tentang penularan DBD yaitu nomor 14 (26 responden), dan materi tentang pencegahan DBD yaitu nomor 29 (26 responden), nomor 30 (26 responden) dan nomor 23 (23 responden).

Hasil penelitian ini juga menyatakan bahwa terdapat 7 responden dengan tingkat pengetahuan yang sama sebelum dan sesudah diberikan intervensi pendidikan kesehatan dengan metode ceramah yang berada pada tingkat pengetahuan cukup sebanyak 6 responden dan tingkat pengetahuan baik sebanyak 1 responden. Jumlah responden yang mengalami peningkatan tingkat pengetahuan sebanyak 23 responden.

Distribusi data menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan intervensi jumlah responden paling banyak memiliki tingkat pengetahuan baik. Hasil penelitian ini sesuai dengan Widyawati (2010) yang menyatakan bahwa penyuluhan kesehatan berpengaruh terhadap pengetahuan dan

sikap siswa Sekolah Dasar (SD) dalam pencegahan Demam Berdarah *Dengue* (DBD).

Santrock (2007) menyatakan bahwa anak usia 7-11 tahun memasuki tahap operasional konkret mempunyai kemampuan berpikir secara logis mengenai peristiwa dan mengklasifikasikan objek kedalam bentuk yang berbeda. Peneliti berpendapat bahwa pendidikan kesehatan sangat penting diberikan sejak usia dini. Pendidikan kesehatan yang diberikan sejak dini akan membentuk kesadaran untuk berperilaku sehat sejak dini. Anak mampu menerima informasi kesehatan tentang pencegahan DBD. Anak diharapkan tahu, mau dan mampu berperilaku hidup bersih dan sehat. Hal ini dikarenakan beberapa penyakit yang sering diderita oleh anak usia dini merupakan penyakit yang dapat dicegah dengan perilaku sehat. Pencegahan DBD bertujuan mencegah kemungkinan nyamuk *Aedes aegypti* bersarang dan meminimalkan potensi terjadi DBD.

Metode ceramah dapat menyampaikan informasi masalah kesehatan DBD dan pencegahan DBD kepada anak usia 6-12 tahun di SDN Puger Kulon 01 Kabupaten Jember. Implikasi pendidikan kesehatan menjadi usaha kolaboratif yang melibatkan partisipasi anak usia 6-12 tahun dalam upaya pencegahan DBD dengan perilaku hidup bersih dan sehat. Perawat memiliki peran untuk dapat memberikan informasi yang memungkinkan anak usia 6-12 tahun mengetahui tentang DBD dan pencegahan DBD dan diharapkan adanya perubahan perilaku tidak sehat menjadi perilaku sehat.

5.3.3 Tingkat Pengetahuan Anak Usia 6-12 Tahun Sebelum dan Sesudah Diberikan Pendidikan Kesehatan dengan *Snowball Throwing*

Anak usia 8-11 tahun yang menjadi responden penelitian pada metode *snowball throwing* mengalami perubahan sebelum dan sesudah intervensi diberikan. SDN Puger Kulon 01 memiliki visi yaitu mengembangkan PAIKEM (Pembelajaran Aktif Inovatif Kreatif Efektif dan Menyenangkan). Metode *snowball throwing* termasuk salah satu metode PAIKEM (Suprijono, 2009). Empat pilar pendidikan yaitu *learning to know* (belajar untuk mengetahui), *learning to be* (belajar untuk menjadi diri sendiri), *learning to do* (belajar untuk mengerjakan) dan *learning to live together* (belajar untuk bekerja sama) dapat dilaksanakan melalui pembelajaran dengan pendekatan lingkungan yang dikemas sedemikian rupa oleh fasilitator supaya pembelajaran tersebut dapat terlaksana sesuai dengan tujuan pembelajaran. Proses pendidikan kesehatan dengan metode *snowball throwing* diperlukan keaktifan peserta didik sedangkan peranan fasilitator yaitu sebagai manager (pengatur), observer (pengamat), advisor (pengarah) dan evaluator (evaluasi) (Susilo, 2011).

Kuesioner penelitian ini terdapat 30 pertanyaan yang terdiri dari 5 materi pendidikan kesehatan yaitu pengertian, penyebab, ciri-ciri nyamuk *Aedes aegypti*, penularan dan pencegahan DBD. Hasil *pretest* didapatkan untuk pendidikan kesehatan dengan metode ceramah didapatkan pertanyaan dengan jumlah jawaban “salah” terbanyak pada materi pendidikan kesehatan tentang pengertian DBD yaitu nomor 1 (22 responden) dan nomor 5 (20 responden), materi tentang penyebab DBD yaitu nomor 3 (29 responden), materi tentang ciri-ciri nyamuk

Aedes aegypti yaitu nomor 8 (24 responden), nomor 12 (20 responden) dan nomor 13 (20 responden), materi tentang penularan DBD yaitu nomor 14 (28 responden), dan materi tentang pencegahan DBD yaitu nomor 23 (29 responden), nomor 30 (29 responden), nomor 29 (28 responden), dan nomor 24 (24 responden).

Hasil *posttest* yang didapatkan sesudah diberikan intervensi pendidikan kesehatan dengan metode ceramah didapatkan pertanyaan dengan jumlah jawaban “salah” terdapat pada materi pendidikan kesehatan tentang pengertian DBD yaitu nomor 1 (15 responden), materi tentang penularan DBD yaitu nomor 14 (19 responden), dan materi tentang pencegahan DBD yaitu nomor 30 (23 responden), nomor 29 (22 responden) dan nomor 23 (19 responden) dan nomor 24 (14 responden).

Hasil penelitian ini juga menyatakan bahwa terdapat 5 responden dengan tingkat pengetahuan yang sama sebelum dan sesudah diberikan intervensi pendidikan kesehatan dengan metode *snowball throwing* yang berada pada tingkat pengetahuan cukup sebanyak 2 responden dan tingkat pengetahuan baik sebanyak 3 responden. Jumlah responden yang mengalami peningkatan tingkat pengetahuan sebanyak 25 responden.

Data awal tentang tingkat pengetahuan DBD pada anak usia 6-12 tahun di SDN Puger Kulon 01 menunjukkan ada beda antara responden penelitian dengan metode ceramah dan *snowball throwing*. Distribusi data menunjukkan bahwa ada perbedaan tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan intervensi jumlah responden paling banyak memiliki tingkat pengetahuan baik. Pada masa sekolah anak-anak akan berinteraksi dan berhubungan dengan anak lainnya. Klub dan

kelompok teman sebaya merupakan salah satu karakteristik yang menonjol pada masa usia sekolah. Hubungan sosial dan kerja sama dengan teman sebaya merupakan salah satu agen sosialisasi terpenting dalam kehidupan anak sekolah (Wong, 2008).

Pembelajaran *snowball throwing* merupakan kegiatan pendidikan kesehatan kelompok dengan kelompok kecil, adanya edukasi terlebih dahulu kepada ketua kelompok merupakan langkah pertama pembelajaran *snowball throwing*. Ketua kelompok diharapkan mampu menginformasikan masalah kesehatan terhadap temannya. Sumber Daya Manusia (SDM) yang dibutuhkan sebagai fasilitator penyampaian masalah kesehatan tentang DBD dan pencegahan DBD dengan metode pembelajaran *snowball throwing* yaitu lebih dari 1 orang. Hal ini berkaitan untuk tercapainya tujuan pendidikan kesehatan dengan metode *snowball throwing*.

Anak usia sekolah merupakan generasi penerus bangsa yang harus dibekali dengan pengetahuan sehingga diharapkan dapat membentuk perilaku yang diharapkan sehingga dapat membangun bangsa. Generasi penerus bangsa yang sehat dan produktif diharapkan mampu membawa bangsa Indonesia mencapai tujuan pembangunan khususnya dibidang kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat setiap orang sehingga mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

Metode *snowball throwing* merupakan *cooperative learning* (Suprijono, 2009) dapat menyampaikan informasi masalah kesehatan DBD dan pencegahan DBD melalui kerjasama kelompok yang dibagi menjadi 5 kelompok dan setiap

kelompok terdiri dari 6 anak yang berusia 8-11 tahun di SDN Puger Kulon 01 Kabupaten Jember. Implikasi kegiatan pendidikan kesehatan pada metode *snowball throwing*, perawat dalam penyampaian informasi kesehatan yang tepat pada anak sekolah harus disesuaikan dengan usia dan tahap perkembangan anak (Mc Farlane & Anderson, 2007).

5.3.4 Perbedaan Tingkat Pengetahuan Anak Usia 6-12 Tahun Sebelum dan Sesudah Diberikan Pendidikan Kesehatan dengan Metode Ceramah dan *Snowball Throwing*

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada perbedaan tingkat pengetahuan pencegahan DBD dengan metode ceramah dan *snowball throwing* pada anak usia 6-12 tahun di SDN Puger Kulon 01 Kabupaten Jember. Fitriani (2011) menyatakan bahwa untuk meningkatkan pengetahuan seseorang dapat melalui pendidikan kesehatan yang menarik. Setiap metode pendidikan kesehatan memiliki kelebihan dan kekurangan masing-masing. Hasil penelitian ini menyatakan bahwa ada perbedaan tingkat pengetahuan pencegahan DBD dengan metode ceramah dan *snowball throwing* pada anak usia 6-12 tahun di SDN Puger Kulon 01 Kabupaten Jember Tahun 2013.

Metode *snowball throwing* lebih mampu menyampaikan informasi kepada anak dengan permainan bola salju. Hal ini didukung oleh hasil penelitian dari Tunggal (2011) yang menyebutkan bahwa kelebihan metode *snowball throwing* dibandingkan dengan metode lainnya antara lain: melatih kesiapan anak dalam merumuskan pertanyaan dengan bersumber pada materi yang diajarkan serta

saling memberikan pengetahuan, anak lebih memahami dan mengerti secara mendalam tentang materi pelajaran yang dipelajari, dapat membangkitkan keberanian anak dalam mengemukakan pertanyaan kepada teman lain maupun pendidik, melatih anak menjawab pertanyaan yang diajukan oleh temannya dengan baik, melatih anak mengemukakan pertanyaan sesuai dengan topik yang sedang dibicarakan dalam pelajaran tersebut, dapat mengurangi rasa takut anak dalam bertanya kepada teman maupun pendidik, anak akan lebih mengerti makna kerjasama dalam menemukan pemecahan suatu masalah, anak akan memahami makna tanggung jawab, anak akan lebih bisa menerima keragaman atau heterogenitas suku, sosial, budaya, bakat dan intelegensia dan anak akan termotivasi untuk meningkatkan kemampuannya.

Metode *snowball throwing* lebih mampu menyampaikan informasi kesehatan khususnya pencegahan DBD pada anak 6-12 tahun tetapi metode ini membutuhkan waktu yang panjang, dapat menciptakan ruang kelas yang kurang kondusif dan adanya ketergantungan anak dengan anak yang lain. Metode ceramah mampu menyampaikan informasi kesehatan dengan waktu yang lebih singkat dibandingkan dengan *snowball throwing*. Peneliti berpendapat semua metode pendidikan kesehatan mampu menyampaikan informasi tapi tercapainya tujuan pendidikan kesehatan tergantung dari pendidik, sasaran dan media yang digunakan. Pemilihan metode pendidikan kesehatan harusnya disesuaikan dengan kebutuhan dan alokasi waktu yang diberikan untuk menyampaikan materi.

DBD merupakan penyakit yang bisa dicegah, salah satu pencegahannya adalah dengan kebersihan lingkungan dan diri sendiri. Tujuan kesehatan saat ini dititikberatkan pada upaya preventif dan promotif yaitu pencegahan dan peningkatan kesehatan. Anak usia sekolah merupakan salah satu dari kelompok perantara dalam upaya promotif dan preventif yaitu dengan melakukan pendidikan kesehatan tentang pencegahan DBD. Hasil pendidikan kesehatan dengan metode ceramah dan *snowball throwing* menggambarkan adanya peningkatan pengetahuan, nilai observasi sesudah intervensi pendidikan kesehatan dengan masing-masing metode lebih baik daripada sebelum diberikan intervensi pendidikan kesehatan. Anak usia sekolah mampu menjaga kebersihan diri dan lingkungan sehingga diharapkan terjadi penurunan pravelensi kasus morbiditas dan mortalitas DBD di lingkungan sekolah maupun tempat tinggal.

Metode ceramah dan *snowball throwing* merupakan dua contoh metode pendidikan kesehatan kelompok. Metode ceramah merupakan pendidikan kesehatan kelompok untuk kelompok besar sedangkan metode *snowball throwing* merupakan kesehatan kelompok untuk kelompok kecil. Implikasi yang dapat dilakukan oleh perawat yaitu perawat harus mampu melakukan kegiatan pengkajian kebutuhan belajar dengan mengidentifikasi karakteristik anak usia 6-12 tahun di SDN Puger Kulon 01, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pendidikan kesehatan untuk mencapai tujuan pendidikan kesehatan.

5.4 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan antara lain:

5.4.1 Responden

a. Metode ceramah

Responden terdiri dari berbagai kelompok umur yang tersebar di beberapa kelas sehingga ada rasa sungkan antara responden.

b. Metode *snowball throwing*

Saat intervensi berlangsung beberapa responden tidak kondusif dengan kelompoknya.

5.4.2 Prosedur Penelitian

a. Metode ceramah

Fasilitas intervensi yang kurang memadai, yaitu peneliti menggunakan ruang kelas VA hal ini disebabkan adanya renovasi kelas di SDN Puger Kulon 01

b. Metode *snowball throwing*

Fasilitas intervensi yang kurang memadai, yaitu peneliti menggunakan ruang kelas VB hal ini disebabkan adanya renovasi kelas di SDN Puger Kulon 01

BAB 6. SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

- a. Karakteristik responden terdiri dari usia, kelas dan jenis kelamin. Usia responden berada pada rentang 8 sampai 11 tahun. Responden penelitian berasal dari 3 kelas yaitu 3, 4 dan 5 sejumlah 10 responden untuk masing-masing kelas. Jenis kelamin responden penelitian antara laki-laki dan perempuan untuk masing-masing kelompok metode pendidikan kesehatan sebanyak 30 responden.
- b. Sebelum diberikan intervensi menggunakan metode ceramah terdapat 2 responden (6,7 %) pada tingkat pengetahuan baik, 17 responden (56,7%) pada tingkat pengetahuan cukup dan 11 responden (36,7 %) pada tingkat pengetahuan kurang, sesudah intervensi diberikan terdapat 19 responden (63,3%) pada tingkat pengetahuan yang baik dan 11 responden (36,7%) pada tingkat pengetahuan cukup dan tidak ada yang berada dalam kategori tingkat pengetahuan kurang.
- c. Sebelum diberikan intervensi menggunakan metode *snowball throwing* terdapat 3 responden (10 %) pada tingkat pengetahuan baik, 19 responden (63,3%) pada tingkat pengetahuan cukup dan 8 responden (26,7 %) pada tingkat pengetahuan kurang, sesudah intervensi diberikan terdapat 28

responden (93,3 %) pada tingkat pengetahuan yang baik, 2 responden (6,7%) pada tingkat pengetahuan cukup dan tidak ada yang berada dalam kategori tingkat pengetahuan kurang.

- d. Uji *wilcoxon* didapatkan nilai Z sebesar $-4,460$ dengan $p\ value\ 0,000 < \alpha$ (0,05) pada kelompok ceramah dan nilai Z sebesar $-4,562$ dengan $p\ value\ 0,000 < \alpha$ (0,05) pada kelompok metode *snowball throwing* menunjukkan bahwa ada perbedaan tingkat pengetahuan pencegahan DBD dengan metode ceramah dan *snowball throwing* pada anak usia 6-12 tahun di SDN Puger Kulon 01 Kabupaten Jember.

6.2 Saran

Saran yang dapat diberikan dengan hasil penelitian ini antara lain sebagai berikut:

6.2.1 Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini menambah pengetahuan dan wawasan mengenai teori konsep pendidikan kesehatan dengan metode ceramah dan *snowball throwing*. Penelitian lanjutan yang dapat dilakukan antara lain:

- a. Penelitian selanjutnya diharapkan adanya inovasi terbaru untuk metode *snowball throwing* sehingga dapat menggunakan waktu yang tidak terlalu panjang namun efektif dalam menyampaikan informasi;
- b. Penelitian ceramah untuk selanjutnya diharapkan menggunakan media yang lebih menarik lagi sehingga penyampaian informasi tercapai; dan

- c. Penelitian selanjutnya diharapkan adanya pelatihan tentang upaya pencegahan DBD.

6.2.2 Bagi Instansi Pendidikan Keperawatan

- a. Meningkatkan jumlah karya tulis terkait tindakan preventif ataupun promosi kesehatan khususnya pencegahan DBD;
- b. Sosialisasi kesehatan pentingnya perilaku sehat untuk mencegah DBD; dan
- c. Mendukung kegiatan riset lebih lanjut.

6.2.3 Bagi Masyarakat

Masyarakat diharapkan dapat bermitra dengan petugas kesehatan dengan ikut menjaga kesehatan lingkungan tempat tinggal maupun sekitarnya.

6.2.4 Bagi Perawat

- a. Meningkatkan intervensi keperawatan pada garis pertahanan pertama, adanya upaya preventif yang meliputi promosi dan pendidikan kesehatan dalam hal ini menggunakan metode ceramah dan *snowball throwing*;
- b. Mengembangkan teknik dan metode pendidikan kesehatan yang lebih inovatif dan kreatif seperti *snowball throwing* dan lainnya; dan
- c. Membina hubungan baik dengan institusi pendidikan dalam menyampaikan informasi kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- CDC. *Global Dengue* [serial online]. <http://www.cdc.gov/dengue/epidemiology/> [diakses tanggal 21 Agustus 2013].
- Dardjito, dkk. *Beberapa Faktor Risiko Yang Berpengaruh Terhadap Kejadian Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) Di Kabupaten Banyumas* [serial online]. <http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&ved=0CDEQFjAB&url=http%3A%2F%2Fjournal.litbang.depkes.go.id%2Findex.php%2FMPK%2Farticle%2Fdownload%2F1080%2F544&ei=Ty9AUtflLsa5rgeDhoG4CA&usg=AFQjCNG72mIyIaNB85xytjhwk88QLUBOew&bvm=bv.52434380,d.bmk> [diakses tanggal 19 September 2013].
- Dahlan Sopiudin. 2009. *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2005. *Penemuan dan Tatalaksana Penderita Demam Berdarah Dengue*. Jakarta : Depkes RI
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2005. *Pemberantasan Demam Berdarah Dengue di Indonesia*. Jakarta : Depkes RI
- Departemen Pendidikan Nasional. 2008. *Strategi Pembelajaran dan Pemilihannya*. Jakarta : Depdiknas.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2012. *Program Pengendalian Penyakit Menular Di Jawa Timur*. Surabaya : Dinkes Provinsi Jawa Timur
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2008. *Kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) Tahun 2008 Se-Kabupaten Jember*. Jember : Dinkes Jember
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2009. *Kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) Tahun 2009 Se-Kabupaten Jember*. Jember : Dinkes Jember
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2010. *Kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) Tahun 2008 Se-Kabupaten Jember*. Jember : Dinkes Jember
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2011. *Kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) Tahun 2011 Se-Kabupaten Jember*. Jember : Dinkes Jember

- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2012. *Kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) Tahun 2012 Se-Kabupaten Jember*. Jember : Dinkes Jember
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2013. *Kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) Tahun 2013 Se-Kabupaten Jember*. Jember : Dinkes Jember
- Diyan Yunggal Safitri. 2011. *Metode Pembelajaran Snowball Throwing Untuk Meningkatkan Hasil Belajar Matematika* [serial online] http://web.sdikotablitar.sch.id/index.php?option=com_content&view=article&id=77:metode-pembelajaran-snowball-throwing-untuk-meningkatkan-hasil-belajar-matematika-&catid=1:latest-news&Itemid=50 Itemid=50 [diakses 12 Juni 2013].
- Fitriani, Sinta. 2011. *Promosi Kesehatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Ginanjari, Dr. Genis. 2008. *Demam Berdarah*. Yogyakarta: PT Benteng Pustaka.
- Hastuti, Oktri. 2008. *Demam Berdarah Dengue Penyakit Cara Pencegahannya*. Yogyakarta: Kanisius.
- Kementerian Kesehatan RI. 2010. *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014*. Jakarta : Depkes RI.
- Maulana, HDJ. 2009. *Promosi Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Mc Farlane & Anderson. 2007. *Buku Ajar Keperawatan Komunitas Teori dan Praktik Edisi 3*. Jakarta : EGC
- Mansjoer, Arief, dkk. 2000. *Kapita Selekta Kedokteran Edisi Ketiga Jilid 2*. Jakarta: Media Aesculapius FK UI.
- Mubarak. 2007. *Promosi Kesehatan*. Yogyakarta : Graha Ilmu
- Nursalam. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Edisi 2*. Jakarta : Salemba Medika.
- Notoatmodjo, Prof. Dr. Soekidjo. 2005. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta : PT Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Prof. Dr. Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Prof. Dr. Soekidjo. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.

- _____. *Jatim Terancam KLB Demam Berdarah* [serial online]. <http://www.jurnas.com/halaman/9/2012-02-10/198598> [diakses tanggal 16 Maret 2013].
- Potter & Perry. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Edisi 4*. Jakarta: EGC.
- Riyanto, Agus. 2011. *Aplikasi Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Sastroasmoro dan Ismail. 2010. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis Edisi Ke-3*. Jakarta : Sagung Setu
- Santrock, John W. 2007. *Remaja Edisi 11*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Setiadi. 2007. *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Simamora, Roymond H. 2008. *Pendidikan Dalam Keperawatan*. Jakarta : EGC.
- Siregar, Wahyudi. *Kasus DBD Indonesia Masih Tertinggi di Dunia* [serial online]. <http://news.okezone.com/read/2012/06/15/340/647934/kasus-dbd-indonesia-masih-tertinggi-di-dunia> [diakses tanggal 21 Agustus 2013].
- Sunaryo. 2004. *Psikologi Keperawatan*. Jakarta : EGC
- Sugiyono. 2011. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R & D*. Bandung : Alfabeta.
- Suprijono, Agus. 2009. *Cooperative Learning Teori & Aplikasi PAIKEM*. Yogyakarta : Pustaka Belajar
- Susilo, Rahmat Ns. S.Kep. 2011. *Pendidikan Kesehatan dalam Keperawatan*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Stanhope & Lancaster. 2006. *Foundation of Nursing in the Community, Community Oriented Practice Second Edition*. St. Louis
- Tim Penyusun. 2012. *Pedoman Penulisan Karya Ilmiah Edisi Ketiga*. Jember : Jember University Press
- Widiyani, Rosmha. *Empat Sekawan Penyebab DBD* [serial online]. <http://health.kompas.com/read/2013/04/03/18534298/Empat.Sekawan.Penyebab.DBD> [diakses tanggal 12 Mei 2013].

- Widyawati. 2010. *Pengaruh Penyuluhan Kesehatan terhadap Pengetahuan dan Sikap Siswa Sekolah Dasar dalam Pencegahan Demam Berdarah Dengue di Kecamatan Medan Denai* [serial online] <http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/21935> [diakses tanggal 20 Maret 2013]
- Widyantoro *et al.* 2002. *Pedoman Pemberdayaan Pendidik dan Konselor Sebaya dalam Program Kesehatan Reproduksi Remaja*. Jakarta: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional dan Yayasan AIDS Indonesia.
- WHO. *Comprehensive Guideline for Prevention and Control of Dengue and Dengue Haemorrhagic Fever* [serial online] http://www.searo.who.int/entity/vector_borne_tropical_diseases/documents/SEAROTPS60/en/index.html [diakses tanggal 20 Maret 2013]
- WHO. 2001. *Pencegahan dan Pengendalian Dengue dan Demam Berdarah Dengue : Panduan Lengkap*. Jakarta : EGC.
- Wong, *et al.* 2008. *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Volume 1*. Jakarta: EGC.