

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Siswa Sekolah Dasar

1. Pengertian Anak Sekolah

Anak usia sekolah menurut WHO (World Health Organization) adalah anak yang berusia antara 7-15 tahun, sedangkan di Indonesia rentang usia yang umum diterima adalah 7-12 tahun. Lebih lanjut, menurut Gunarsa (2008), masa usia sekolah merupakan masa pancaroba atau masa laten dimana perkembangan dan penanaman yang terjadi pada masa-masa sebelumnya masih tetap berpengaruh pada masa sekarang dan masa-masa berikutnya. Tahap usia ini juga disebut sebagai kelompok usia di mana anak-anak mulai mengalihkan perhatian dan kecenderungan mereka untuk kedekatan di dalam keluarga yang bekerja sama dengan teman sebaya dan membentuk resep dan pendekatan untuk melakukan atau belajar.

Rentang usia 6 hingga 12 tahun termasuk usia di mana anak-anak masuk sekolah dasar. Ketika anak-anak mulai masuk sekolah pada usia 6 tahun, gaya hidup rutin mereka berkembang menjadi sesuatu yang baru karena mereka mulai bergaul dengan orang-orang di luar keluarga baik sebagai teman maupun kenalan dan terpapar pada lingkungan yang berbeda. Hal ini berdampak pada kebiasaan makan mereka. Melenceng dari apa yang sudah tertanam, anak-anak menjadi terpengaruh oleh keceriaan dan kegembiraan di sekolah, yang secara

teratur membuat mereka menyimpang dari waktu makan yang biasa mereka lakukan (Moehji, 2002).

Anak sekolah dasar merupakan salah satu kelompok yang rawan mengalami gizi kurang diantara penyebabnya ialah tingkat ekonomi yang rendah dan asupan makanan. Orang tua yang memiliki pengetahuan yang minim sering kali memberikan pola makan yang tidak seimbang kepada anak. Namun, anak-anak usia sekolah yang menerapkan gaya hidup sehat cenderung memiliki status gizi yang lebih baik (Anzarkusuma dkk, 2014).

Sebagian besar anak yang masuk sekolah biasanya memiliki banyak aktivitas bermain aktif yang menguras banyak energi, sehingga menyebabkan ketidakseimbangan antara energi yang masuk dan yang dikeluarkan dari tubuh, yang pada akhirnya menyebabkan tubuh menjadi kurus. Oleh karena itu untuk mengatasinya, diperlukan pengendalian jumlah waktu bermain anak sehingga mereka memiliki waktu istirahat yang cukup (Moehji, 2002).

2. Karakteristik Anak Sekolah

Anak sekolah adalah kelompok yang menunjukkan kecenderungan untuk mengembangkan kemandirian dan menetapkan batas-batas perilaku yang dapat diterima. Pada masa inilah perbedaan individu menjadi lebih mudah dideteksi, terlihat dari kematangan fisik, pola kegiatan, pola makan, pertumbuhan perilaku, serta berbagai reaksi emosional (Yatim, 2005). Selain itu, anak-anak muda menghabiskan banyak waktu di luar rumah, di mana pengeluaran energi fisik mereka meningkat secara substansial. Pada kelompok

usia ini, mereka secara aktif mengeksplorasi apa yang mendefinisikan mereka sebagai individu

Anak usia sekolah sedang dalam tahap perkembangan, memupuk kemandirian, menyesuaikan diri dengan lingkungan, meningkatkan berbagai kemampuan dan perkembangan lainnya memerlukan fisik yang sehat, oleh karena itu perlu didukung oleh kondisi gizi yang baik agar dapat mencapai keadaan yang terbaik. tumbuh kembang. Kondisi tersebut dapat dicapai melalui proses pendidikan dan pembiasaan serta pemberian kebutuhan yang sesuai terutama melalui pola makan sehari-hari anak (Adriani & Wirjatmadi, 2012).

Moehji, 1993 (Safriana 2012) menunjukkan bahwa anak usia sekolah sudah dapat memilih makanan yang disukai dan tidak disukai. Anak-anak berubah-ubah dalam sikap mereka terhadap makanan. Anak sering salah memilih makanan, apalagi tanpa bimbingan orang tua.

Ditambah lagi, anak-anak menghabiskan lebih banyak waktu di luar, jadi sudah biasa bagi anak-anak untuk menemukan berbagai makanan lezat atau oleh-oleh dari teman di sekitar sekolah, area bermain.

B. Demam Berdarah Dengue (DBD)

1. Definisi Demam Berdarah Dengue

Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit yang ditularkan melalui virus dengue. DBD adalah penyakit demam akut yang ditularkan melalui gigitan nyamuk yang terinfeksi virus dengue melalui vektor nyamuk

Aedes aegypti dan *Aedes albopictus* yang terdapat hampir di seluruh pelosok Indonesia (Putri, 2018).

Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit infeksi virus akut yang disebabkan oleh virus dengue yang ditandai demam 2 – 7 hari disertai dengan manifestasi perdarahan, penurunan trombosit (trombositopenia), adanya hemokonsentrasi yang ditandai kebocoran plasma (peningkatan hematokrit, asites, efusi pleura, hipoalbuminemia). Dapat disertai gejala-gejala tidak khas seperti nyeri kepala, nyeri otot & tulang, ruam kulit atau nyeri belakang bola mata (Kemenkes RI, 2017).

2. Epidemiologi Demam Berdarah Dengue

Demam berdarah dengue adalah penyakit virus yang ditularkan nyamuk yang telah menyebar dengan cepat di semua wilayah di dunia dalam beberapa tahun terakhir. Virus dengue ditularkan oleh nyamuk betina terutama dari spesies *Aedes aegypti* atau *Aedes albopictus*. Demam berdarah dengue tersebar luas di seluruh daerah tropis, dengan variasi lokal dalam risiko dipengaruhi oleh curah hujan, suhu, kelembaban dan urbanisasi yang tidak direncanakan dengan cepat (WHO, 2021).

KLB dengue pertama kali terjadi tahun 1653 di French West Indies (Kepulauan Karibia), meskipun penyakitnya sendiri sudah dilaporkan di Tiongkok pada permulaan tahun 992 SM. Selama dua puluh tahun kemudian, terjadi peningkatan kasus dan wilayah penyebaran yang luar biasa hebatnya, dan saat ini KLB muncul setiap tahunnya di beberapa negara di Asia

Tenggara. Berbagai serotipe virus dengue endemis di beberapa negara tropis. Sedangkan penyakit dengue pertama kali dilaporkan pada tahun 1968 di Jakarta dan Surabaya. Pada tahun 2010 penyakit dengue telah tersebar di 33 provinsi (Kemenkes RI, 2017).

Di Indonesia pada 2019 terdapat kasus sebanyak 138.127 dengan jumlah kematian mencapai 919 jiwa. Angka kesakitan atau incidence rate sebesar 51,53 per 100.000 penduduk dan dengan CFR sebesar 0,67% (Kemenkes RI, 2020). Jumlah kasus terbanyak berada di wilayah Provinsi Kalimantan Utara dengan incidence rate sebesar 239 per 100.000 penduduk, Provinsi Kalimantan Timur sebesar 180,66 per 100.000 penduduk dan Provinsi Bali 114,8 per 100.000 penduduk (Kemenkes RI, 2020). Sedangkan pada tahun 2020 kasus DBD sampai dengan Minggu Ke-49 tahun 2020 sebanyak 95.893 dan jumlah kematian akibat DBD sampai dengan Minggu Ke-49 sebanyak 661 (Kemenkes RI, 2021).

3. Etiologi Demam Berdarah Dengue

Penyakit demam berdarah dengue disebabkan virus dengue yang termasuk kelompok B Arthropod Borne Virus (Arboviroses) yang sekarang dikenal sebagai genus Flavivirus, famili Flaviviridae, dan mempunyai 4 jenis serotipe yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3, DEN-4. Infeksi salah satu serotipe akan menimbulkan antibodi terhadap serotipe yang bersangkutan, sedangkan antibodi yang terbentuk terhadap serotipe lain sangat kurang, sehingga tidak dapat memberikan perlindungan yang memadai terhadap serotipe lain.

Serotipe DEN-3 merupakan serotipe yang dominan dan diasumsikan banyak yang menunjukkan manifestasi klinik yang berat. Virus penyebab 12 DHF atau DSS adalah flavivirus dan terdiri dari empat serotipe yaitu serotipe 1,2,3, dan 4 (dengue -1,-2,-3,-4) virus ini ditularkan ke manusia melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* betina yang terinfeksi. Virus ini dapat tetap hidup di alam melalui dua mekanisme. Mekanisme pertama, transmisi vertikal dalam tubuh nyamuk dimana virus yang ditularkan oleh nyamuk betina pada telurnya yang nantinya akan menjadi nyamuk. Virus juga dapat ditularkan dari nyamuk jantan pada nyamuk betina melalui kontak seksual. Mekanisme kedua, transmisi virus dari nyamuk ke dalam tubuh manusia dan sebaliknya. Nyamuk mendapatkan virus ini pada saat itu sedang mengandung virus dengue pada darahnya. Virus yang sampai ke lambung nyamuk akan mengalami replikasi (berkembangbiak/memecah diri), kemudian akan migrasi yang akhirnya akan sampai di kelenjar ludah. Virus yang berada di lokasi ini setiap saat siap untuk dimasukkan ke dalam tubuh manusia melalui gigitan nyamuk (Najmah, 2016).

4. Gejala Demam Berdarah Dengue

Karakteristik tanda dan gejala dari Demam Berdarah Dengue adalah :

- a. Terjadi demam tinggi yang mendadak, terus menerus, berlangsung 2-7 hari. Akhir fase demam setelah hari ke-3 saat demam mulai menurun, pada fase tersebut dapat terjadi syok. Demam hari ke-3 sampai ke-6 adalah fase kritis terjadinya syok (Kemenkes RI, 2017).

b. Tanda-tanda perdarahan :

1) Penyebab perdarahan pada pasien DBD adalah vaskulopati trombositopenia dan gangguan fungsi trombosit, serta koagulasi intravascular yang menyeluruh. Jenis perdarahan yang terbanyak adalah perdarahan kulit seperti uji tourniquet positif (uji Rample Leed/uji bending), ptekie, purpura, ekimosis, dan perdarahan konjungtiva. Ptekie dapat muncul pada hari-hari pertama demam tetapi dapat pula dijumpai pada hari ke-3 demam (Kemenkes RI, 2017).

2) Ptekie sering sulit dibedakan dengan bekas gigitan nyamuk, untuk membedakanya dilakukan dengan cara menekan pada bintik merah yang dicurigai dengan kaca obyektif atau penggaris plastic transparan, atau dengan meregangkan kulit. Jika bintik merah menghilang saat penekanan/peregangan kulit berarti bukan ptekie. Perdarahan lain yaitu epistaksis, perdarahan gusi, melena dan hematemesis. Pada anak yang belum pernah mengalami mimisan, maka mimisan merupakan tanda penting. Kadang-kadang dijumpai pula perdarahan konjungtiva atau hematuria (Kemenkes RI, 2017).

c. Hepatomegaly (pembesaran hati) Pembesaran hati pada umumnya dapat ditemukan pada permulaan penyakit, bervariasi dari hanya sekedar dapat diraba (just palpable) sampai 2-4cm dibawah lengkungannya kanan dan dibawah prosesus xifoideus. Proses pembesaran hati, dari tidak teraba

menjadi teraba, dapat meramalkan perjalanan penyakit DBD. Derajat pembesaran hati tidak sejajar dengan beratnya penyakit, namun nyeri tekan hipokondrium kanan disebabkan oleh karena peregangan kapsul hati. Nyeri perut lebih tampak jelas pada anak besar dari pada anak kecil. (Kemenkes RI, 2017)

d. Syok Tanda bahaya (warning sign) untuk mengantisipasi kemungkinan terjadinya syok pada penderita DBD dapat dilihat dari tanda dan gejalanya :

- 1) Demam menurun namun keadaan penderita memburuk
- 2) Nyeri perut dan nyeri tekan abdomen
- 3) Muntah persisten
- 4) Letargi, gelisah
- 5) Perdarahan mukosa
- 6) Pembesaran hati
- 7) Akumulasi cairan
- 8) Oliguria

(Kemenkes RI, 2017)

Menurut WHO DHF dibagi dalam 4 derajat yaitu:

- 1) Derajat I : Demam disertai gejala klinik khas dan satu-satunya manifestasi perdarahan dalam uji tourniquet positif, trombositopenia, himokonsentrasi.

- 2) Derajat II : Derajat I disertai dengan perdarahan spontan pada kulit atau tempat lain.
- 3) Derajat III : Ditemukannya kegagalan sirkulasi, ditandai oleh nadi cepat dan lemah, tekanan darah turun (20 mm Hg) atau hipotensi disertai dengan kulit dingin dan gelisah.
- 4) Derajat IV : Kegagalan sirkulasi, nadi tidak teraba dan tekanan darah tidak Terukur.

5. Pengendalian Vektor DBD

Pengendalian vektor merupakan upaya untuk menurunkan faktor resiko penularan oleh vektor dengan cara meminimalkan habitat perkembangbiakan vektor, menurunkan kepadatan dan umur vektor, mengurangi kontak antara vektor dengan manusia serta memutus rantai penularan penyakit (Kemenkes RI, 2017).

Metode pengendalian vektor DBD bersifat spesifik lokal, dengan mempertimbangkan faktor-faktor lingkungan fisik (cuaca/iklim, permukiman, habitat perkembangbiakan); lingkungan sosial-budaya dan aspek vektor. Pengendalian vector dapat dilakukan secara kimiawi, biologis, radiasi dan manajemen lingkungan (Agustini & Setyaningsih, 2013; Kemenkes RI, 2017)

a. Pengendalian Kimiawi

Pengendalian vektor cara kimiawi dengan menggunakan insektisida merupakan salah satu metode pengendalian yang lebih

populer di masyarakat dibanding dengan cara pengendalian lain. Sasaran insektisida adalah stadium dewasa dan pradewasa. Pengendalian kimiawi biasanya menggunakan insektisida guna membunuh vector penyakit. Penggunaan insektisida harus mempertimbangkan dampak terhadap lingkungan dan organisme bukan sasaran termasuk mamalia. Aplikasi insektisida dalam jangka waktu yang lama di satuan ekosistem akan menyebabkan resistensi terhadap serangga sasaran. Insektisida tidak dapat digunakan apabila serangga sasaran resisten/kebal terhadap insektisida (Kemenkes RI, 2017; Suwandi & Halomoan, 2017)

Pengendalian kimiawi terbagi menjadi 2 cara yaitu Fogging/ Pengasapan dan Abatiasi

b. Pengendalian Biologis

Pengendalian biologi biasanya menggunakan kelompok organisme hidup yaitu organisme yang mempunyai sifat predator seperti pemangsa jentik sebagai musuh alami pada stadium larva. Jenis predator yang digunakan adalah ikan pemakan jentik seperti cupang dan guppy, sedangkan larva Capung (nympha), Toxorhyncites, Mesocyclops dapat juga berperan sebagai predator walau bukan sebagai metode yang lazim untuk pengendalian vektor DBD (Kemenkes RI, 2017).

c. Pengendalian Radiasi

Pengendalian secara radiasi merupakan salah satu upaya pemberantasan nyamuk. Radiasi dapat dimanfaatkan untuk pengendalian

vektor yaitu untuk 15 membunuh secara langsung dengan teknik desinfestasi radiasi dan membunuh secara tidak langsung dengan teknik serangga mandul (TSM). Prinsip dasar dari TSM adalah membunuh serangga dengan serangga itu sendiri (Nurhayati, 2005).

d. Manajemen Lingkungan

Manajemen lingkungan merupakan salah satu upaya pemberantasan yang banyak dilakukan oleh masyarakat. Manajemen lingkungan merupakan pilihan yang tepat dalam mengendalikan vektor DBD dengan melaksanakan kegiatan seperti pemberantasan sarang nyamuk (PSN) 3M dengan menguras dan menutup tempat yang menjadi penampungan air, serta memanfaatkan kembali barang-barang yang dapat berpotensi menjadi tempat perkembangbiakan jentik nyamuk. Sasaran kegiatan PSN 3M adalah semua tempat yang berpotensi menjadi perkembangbiakan nyamuk Aedes, tempat tersebut antara lain tempat penampungan air untuk keperluan sehari-hari dan bukan untuk keperluan sehari-hari serta tempat penampungan air alamiah. Pengendalian ini tidak ada kontaminasi kimiawi dan cukup mudah dilakukan hanya membutuhkan tenaga yang banyak karena upaya ini harus dilakukan secara kontinyu dan efisiensi (Kemenkes RI, 2017).

C. Kader Jumantik Cilik

Sesuai dengan JUKNIS (Petunjuk Teknis) Jumantik – PSN Anak Sekolah (2014) maka pengorganisasian kader jumantik cilik dapat diklasifikasikan sebagai berikut :

1. Struktur

Jumantik Anak Sekolah adalah anak sekolah dari berbagai jenjang pendidikan dasar dan menengah yang telah dibina dan dilatih sebagai juru pemantau jentik (Jumantik) di sekolahnya. Pembentukan dan pelaksanaan Jumantik-PSN Anak Sekolah dimaksudkan untuk ikut serta mendukung program pemerintah dalam upaya pemberantasan sarang nyamuk (PSN) penular demam berdarah dengue dan chikungunya serta sebagai salah satu upaya pembinaan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) sejak usia dini. Mekanisme pembentukan, pembinaan, pelaksanaan dan pengawasan kegiatannya menjadi hak dan tanggung jawab pemerintah kabupaten/kota dengan mempertimbangkan kebijakan, peraturan dan ketentuan yang ditetapkan oleh pemerintah pusat dan pemerintah provinsi.

Peran dan tanggungjawab Pokja Jumantik-PSN Anak Sekolah antara lain yaitu:

- a. Membentuk kegiatan PSN/ Jumantik anak sekolah di tiap-tiap sekolah di wilayahnya.
- b. Memberikan dukungan operasional dalam rangka pelaksanaan PSN anak sekolah.

- c. Menjalin koordinasi antara puskesmas, sekolah, madrasah dan pondok pesantren dalam upaya pembentukan, pembinaan, pelaksanaan dan pengawasan kegiatan PSN anak sekolah di wilayahnya.
 - d. Memastikan bahwa pembinaan, pelaksanaan dan pengawasan PSN/ Jumantik anak sekolah di wilayahnya berjalan dengan baik dalam rangka mencapai usaha kesehatan sekolah (UKS) yang optimal dan mewujudkan “Sekolah Bebas Jentik”.
 - e. Melaksanakan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan kegiatan PSN anak sekolah di wilayahnya.
 - f. Memberikan penghargaan terhadap sekolah, madrasah dan pondok pesantren yang memiliki kinerja dan prestasi yang baik dalam pelaksanaan PSN anak sekolah dan berhasil mewujudkan “Sekolah Bebas Jentik”.
 - g. Memberikan laporan pelaksanaan PSN anak sekolah kepada Pokjantal DBD tingkat provinsi (jika Pokjantal DBD tingkat provinsi belum terbentuk, maka laporan ditujukan kepada Gubernur dengan tembusan kepada kepala dinas kesehatan provinsi).
2. Tata Kerja/Koordinasi Di Lapangan

Tata kerja/koordinasi Jumantik-PSN Anak Sekolah di lapangan adalah sebagai berikut:

- a. Tata kerja PSN/Jumantik anak sekolah mengacu pada petunjuk teknis PSN-Jumantik Anak Sekolah dan ketentuan-ketentuan lainnya yang berlaku di wilayah setempat.
 - b. Jumantik anak sekolah berperan dalam kegiatan usaha kesehatan sekolah (UKS) dalam rangka menciptakan “Sekolah Bebas Jentik”.
 - c. Puskesmas berkewajiban melaksanakan pembinaan/ penyuluhan teknis kepada para guru dan para kader jumantik anak sekolah secara berkala.
 - d. Kepala sekolah bersama dengan para guru dan petugas puskesmas memantau dan menilai pelaksanaan PSN di sekolahnya.
 - e. Kepala sekolah melalui guru penanggungjawab PSN sekolah memberikan laporan rutin perbulan kepada puskesmas berdasarkan hasil rekap pelaksanaan PSN/Jumantik Anak sekolah setiap minggunya.
3. Kriteria dan Perekrutan Jumantik Anak Sekolah dan Guru Penanggung Jawab PSN
- a. Kriteria Jumantik Anak Sekolah Kader Jumantik adalah siswa-siswi sekolah dari tiap-tiap kelas, dengan kriteria sebagai berikut:
 - b. Mampu membaca dan menulis
 - c. Mampu dan mau melaksanakan tugas dan bertanggung jawab
 - d. Mampu dan mau menjadi motivator bagi rekan-rekan siswa-siswi yang lain.
 - e. Mampu dan mau bekerjasama dengan petugas puskesmas, guru dan petugas kebersihan sekolah lainnya.

Kriteria Guru Penanggung Jawab Jumantik-PSN sekolah Penunjukan “Guru Penanggung Jawab Jumantik-PSN Sekolah” menjadi kewenangan kepala sekolah yang bersangkutan, dengan kriteria antara lain:

- a. Sudah mengabdikan sebagai guru di sekolah bersangkutan minimal selama 1 tahun.
- b. Mampu dan mau melaksanakan tugas dan bertanggungjawab
- c. Mampu dan mau menjadi motivator bagi rekan-rekan guru dan kader jumantik anak sekolah yang menjadi binaannya.
- d. Mampu dan mau bekerjasama/ berkoordinasi yang baik dengan petugas puskesmas, tim Pokja Jumantik-PSN Anak Sekolah dan masyarakat.

4. Peran dan Tanggung Jawab

a. Jumantik Anak Sekolah

- 1) Melakukan kegiatan pemantauan jentik dan PSN di lingkungan sekolah secara rutin seminggu sekali.
- 2) Melakukan kegiatan pemantauan jentik dan PSN di lingkungan tempat tinggalnya secara rutin seminggu sekali.
- 3) Membuat catatan/laporan hasil pemantauan jentik dan PSN di sekolah dan tempat tinggalnya. Petunjuk Teknis Jumantik-PSN Anak Sekolah
- 4) Melaporkan hasil pemantauan jentik kepada Guru Penanggung Jawab Jumantik-PSN sekolah seminggu sekali menggunakan

Formulir Hasil Pemantauan Jentik Mingguan di Rumah/Tempat Tinggal dan Formulir Hasil Pemantauan Jentik Mingguan di Sekolah

- 5) Melakukan sosialisasi PSN 3M dan pengenalan DBD kepada rekan-rekan siswa-siswi lainnya
- 6) Berperan sebagai penggerak dan motivator siswa-siswi lainnya agar mau melaksanakan pemberantasan sarang nyamuk terutama di lingkungan sekolah dan tempat tinggalnya.
- 7) Berperan sebagai penggerak dan motivator bagi keluarga dan masyarakat agar mau melaksanakan pemberantasan sarang nyamuk terutama di lingkungan tempat tinggalnya.

5. Dukungan Operasional

Agar Jumantik-PSN Anak Sekolah dapat bertugas dan berfungsi sebagaimana yang diharapkan maka diperlukan dukungan biaya operasional. Dukungan dana tersebut dapat berasal dari beberapa sumber misalnya APBD, Bantuan Operasional Kesehatan (BOK), dan lain sebagainya. Adapun komponen pembiayaan yang diperlukan antara lain adalah:

- a. Transport/insentif bagi petugas pembina teknis di lapangan.
- b. Penyediaan PSN kit berupa topi, rompi, tas kerja, formulir hasil pemeriksaan jentik, alat tulis, senter, pipet dan plastik tempat jentik dan larvasida.

- c. Penyediaan alat lainnya misalnya media komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) seperti leaflet, stiker, lembar balik (flipchart), buku saku, juknis/juklak dll.
- d. Biaya pelatihan/pembinaan guru-guru sekolah/ guru penanggung jawab PSN anak sekolah oleh Pokja PSN anak sekolah.
- e. Biaya pelatihan bagi jumentik anak sekolah oleh puskesmas/ dinas kesehatan/ Pokja PSN anak sekolah.
- f. Biaya monitoring dan evaluasi

D. Edukasi Kesehatan

1. Pengertian Edukasi Kesehatan

Edukasi dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) juga disebut dengan pendidikan, yang artinya proses pengubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok orang dalam usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan; proses, cara, dan perbuatan mendidik. Edukasi atau pendidikan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain, baik individu, kelompok atau masyarakat, sehingga mereka melakukan apa yang di harapkan oleh pelaku pendidikan, yang tersirat dalam pendidikan adalah: input adalah sasaran pendidikan (individu, kelompok, dan masyarakat), pendidik adalah (pelaku pendidikan), proses adalah (upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain), output adalah (melakukan apa yang diharapkan atau perilaku) (Notoatmodjo, 2012).

Edukasi kesehatan adalah kegiatan di bidang penyuluhan kesehatan umum dengan tujuan menyadarkan dan mengubah sikap serta perilaku masyarakat agar tercapai tingkat kesehatan yang diinginkan. (Kamus Besar Bahasa Indonesia, 2019)

Edukasi atau pendidikan kesehatan adalah aplikasi atau penerapan pendidikan dalam bidang kesehatan. Secara operasional edukasi kesehatan adalah semua kegiatan untuk memberikan dan meningkatkan pengetahuan, sikap, praktik baik individu, kelompok atau masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri (Notoatmodjo, 2012).

2. Tujuan Edukasi Kesehatan

Menurut Susilo (2011) tujuan pendidikan kesehatan terdiri dari:

- a. Tujuan kaitannya dengan batasan sehat Menurut WHO (1954) pendidikan kesehatan adalah untuk mengubah perilaku orang atau masyarakat dari perilaku tidak sehat menjadi perilaku sehat. Seperti kita ketahui bila perilaku tidak sesuai dengan prinsip kesehatan maka dapat menyebabkan terjadinya gangguan terhadap kesehatan. Masalah ini harus benar-benar dikuasai oleh semua kader kesehatan di semua tingkat dan jajaran, sebab istilah sehat, bukan sekedar apa yang terlihat oleh mata yakni tampak badannya besar dan kekar. Mungkin saja sebenarnya ia menderita batin atau menderita gangguan jiwa yang menyebabkan ia tidak stabil, tingkah laku dan sikapnya. Untuk menapai sehat seperti definisi diatas, maka

orang harus mengikuti berbagai latihan atau mengetahui apa saja yang harus dilakukan agar orang benar-benar menjadi sehat.

b. Mengubah perilaku kaitannya dengan budaya

Sikap dan perilaku adalah bagian dari budaya. Kebiasaan, adat istiadat, tata nilai atau norma, adalah kebudayaan. Mengubah kebiasaan, apalagi adat kepercayaan yang telah menjadi norma atau nilai di suatu kelompok masyarakat, tidak segampang itu untuk mengubahnya. Hal itu melalui proses yang sangat panjang karena kebudayaan adalah suatu sikap dan perilaku serta cara berpikir orang yang terjadinya melalui proses belajar. Meskipun secara garis besar tujuan dari pendidikan kesehatan mengubah perilaku belum sehat menjadi perilaku sehat, namun perilaku tersebut ternyata mencakup hal yang luas, sehingga perlu perilaku tersebut dikategorikan secara mendasar.

3. Metode Edukasi Kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2012) metode pendidikan kesehatan dibagi menjadi 3 macam, yaitu:

a. Metode Individual (Perorangan) Metode ini dibagi menjadi 2 bentuk, yaitu:

- 1) Bimbingan dan penyuluhan (Guidance and counseling)
- 2) Wawancara (Interview)

b. Metode Kelompok Metode kelompok ini harus memperhatikan apakah kelompok tersebut besar atau kecil, karena metodenya akan lain.

Efektifitas metodenya pun akan tergantung pada besarnya sasaran pendidikan.

1) Kelompok besar

- a) Ceramah Metode yang cocok untuk yang berpendidikan tinggi maupun rendah.
- b) Seminar Metode ini cocok digunakan untuk kelompok besar dengan pendidikan menengah atas. Seminar sendiri adalah presentasi dari seorang ahli atau beberapa orang ahli dengan topik tertentu.

2) Kelompok kecil

- a) Diskusi kelompok Kelompok ini dibuat saling berhadapan, ketua kelompok menempatkan diri diantara kelompok, setiap kelompok punya kebebasan untuk mengutarakan pendapat, biasanya pemimpin mengarahkan agar tidak ada dominasi antar kelompok.
- b) Curah pendapat (Brain storming) Merupakan hasil dari modifikasi kelompok, tiap kelompok memberikan pendapatnya, pendapat tersebut di tulis di papan tulis, saat memberikan pendapat tidak ada yang boleh mengomentari pendapat siapapun sebelum semuanya mengemukakan pendapatnya, kemudian tiap anggota berkomentar lalu terjadi diskusi.
- c) Bola salju (Snow balling) Setiap orang di bagi menjadi berpasangan, setiap pasang ada 2 orang. Kemudian diberikan satu

pertanyaan, beri waktu kurang lebih 5 menit kemudian setiap 2 pasang bergabung menjadi satu dan mendiskusikan pertanyaan tersebut, kemudian 2 pasang yang beranggotakan 4 orang tadi bergabung lagi dengan kelompok yang lain, demikian seterusnya sampai membentuk kelompok satu kelas dan timbulah diskusi.

- d) Kelompok-kelompok kecil (Buzz Group) Kelompok di bagi menjadi kelompok-kelompok kecil kemudian dilontarkan satu pertanyaan kemudian masing-masing kelompok mendiskusikan masalah tersebut dan kemudian kesimpulan dari kelompok tersebut dicari kesimpulannya.
- e) Bermain peran (Role Play) Beberapa anggota kelompok ditunjuk untuk memerankan suatu peranan misalnya menjadi dokter, perawat atau bidan, sedangkan anggota yang lain sebagai pasien atau masyarakat.
- f) Permainan simulasi (Simulation Game) Metode ini merupakan gabungan antara role play dengan diskusi kelompok. Pesan-pesan kesehatan disajikan dalam beberapa bentuk permainan seperti permainan monopoli, beberapa orang ditunjuk untuk memainkan peranan dan yang lain sebagai narasumber.

c. Metode Massa

Pada umumnya bentuk pendekatan ini dilakukan secara tidak langsung atau menggunakan media massa.

E. Media Promosi Kesehatan

1. Definisi Media Promosi Kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2014) media promosi kesehatan adalah semua sarana atau upaya untuk menampilkan pesan informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator sehingga sasaran dapat meningkatkan pengetahuannya yang akhirnya diharapkan dapat berubah perilakunya ke arah positif terhadap kesehatan. Promosi kesehatan tak dapat lepas dari media karena melalui media, pesan yang disampaikan dapat lebih menarik dan dipahami, sehingga sasaran dapat mempelajari pesan tersebut sehingga sampai memutuskan untuk mengadopsinya ke perilaku yang positif

Tujuan atau alasan mengapa media sangat diperlukan di dalam pelaksanaan promosi kesehatan antara lain adalah:

- a. Media dapat mempermudah penyampaian informasi
- b. Media dapat menghindari kesalahan persepsi
- c. Media dapat memperjelas informasi
- d. Media dapat mempermudah pengertian
- e. Media dapat mengurangi komunikasi verbalistik
- f. Media dapat menampilkan objek yang tidak dapat ditangkap dengan mata
- g. Media dapat memperlancar komunikasi.

Berdasarkan fungsinya sebagai penyaluran pesan kesehatan, media ini dibagi menjadi 3, yaitu (Notoatmodjo, 2014):

- 1) Media cetak Media ini mengutamakan pesan-pesan visual, biasanya terdiri dari gambaran sejumlah kata, gambar atau foto dalam tata warna. Yang termasuk dalam media ini adalah booklet, leaflet, flyer (selebaran), flip chart (lembar balik), tulisan pada surat kabar atau majalah, poster, foto yang mengungkapkan informasi kesehatan. Ada beberapa kelebihan media cetak antara lain tahan lama, mencakup banyak orang, biaya rendah, dapat dibawa kemana-mana, tidak perlu listrik, mempermudah pemahaman dan dapat meningkatkan gairah belajar. Media cetak memiliki kelemahan yaitu tidak dapat menstimulir efek gerak dan efek suara dan mudah terlipat.
- 2) Media elektronik Media ini merupakan media yang bergerak dan dinamis, dapat dilihat dan didengar dan penyampaiannya melalui alat bantu elektronika. Yang termasuk dalam media ini adalah televisi, radio, video film, kaset, CD, VCD. Seperti halnya media cetak, media elektronik ini memiliki kelebihan antara lain lebih mudah dipahami, lebih menarik, sudah dikenal masyarakat, bertatap muka, mengikut sertakan seluruh panca indera, penyajiannya dapat dikendalikan dan diulang-ulang serta jangkauannya lebih besar. Kelemahan dari media ini adalah biayanya lebih tinggi, sedikit rumit, perlu listrik dan alat canggih untuk produksinya, perlu persiapan matang, peralatan selalu berkembang dan berubah, perlu keterampilan penyimpanan dan keterampilan untuk mengoperasikannya.

3) Media luar ruang Media menyampaikan pesannya di luar ruang, bisa melalui media cetak maupun elektronik misalnya papan reklame, spanduk, pameran, banner dan televisi layar lebar. Kelebihan dari media ini adalah lebih mudah dipahami, lebih menarik, sebagai informasi umum dan hiburan, bertatap muka, mengikut sertakan seluruh panca indera, penyajian dapat dikendalikan dan jangkauannya relatif besar. Kelemahan dari media ini adalah biaya lebih tinggi, sedikit rumit, perlu alat canggih untuk produksinya, persiapan matang, peralatan selalu berkembang dan berubah, memerlukan keterampilan penyimpanan dan keterampilan untuk mengoperasikannya

2. Video Animasi

Video merupakan suatu media yang sangat efektif untuk membantu proses pembelajaran, baik untuk pembelajaran massal, individual maupun kelompok (Daryanto, 2016). Media video animasi memiliki potensi yang cukup besar jika digunakan dalam pembelajaran. Pemanfaatan media video animasi dalam pembelajaran dapat memberikan pengalaman secara tidak langsung bagi siswa. Penggunaan video animasi sangat bermanfaat bagi siswa dalam memahami pelajaran yang sifatnya sulit dijelaskan (Noviyanto, Juanengsih, & Rosyidatun, 2015).

Video animasi sebagai media pendidikan, memiliki kemampuan untuk dapat memaparkan sesuatu yang rumit atau kompleks, yang sulit untuk dijelaskan hanya dengan gambar atau kata-kata saja menjadi lebih sederhana

dan mudah untuk dipaparkan. Dengan kemampuan ini video animasi sangat baik digunakan untuk materi-materi yang secara nyata tidak dapat terlihat oleh mata menjadi lebih tergambar dalam bentuk visual. Dengan visualisasi, materi yang dijelaskan dapat tergambar dengan baik oleh siswa. Sehingga video animasi sebagai media pendidikan dapat dijadikan sebagai perangkat ajar yang siap kapan saja dan dimana saja untuk dapat digunakan, karena video animasi dapat diabadikan dalam sebuah CD (compact disc) (Noviyanto et al., 2015).

Dengan menggunakan media animasi, pesan-pesan dapat tersampaikan dengan baik dan menarik, terutama anak-anak sekolah Dasar. Penggunaan media video animasi dalam proses pembelajaran dapat menarik perhatian siswa, sehingga menumbuhkan motivasi belajar dalam diri siswa. Penggunaan media video animasi dalam proses pembelajaran juga membuat pesan atau isi cerita yang disampaikan oleh guru secara lisan menjadi lebih konkret dan lebih jelas, sehingga mudah dipahami oleh siswa (Muslimin, 2017).

a. Karakteristik Media Video Animasi

Media video animasi yang digunakan sebagai media pembelajaran tentunya memiliki beberapa karakteristik yang berbeda. Karakteristik media animasi yaitu “media video animasi ini dinilai sesuai kompetensi pembelajaran, sesuai tujuan pembelajaran, materi sesuai dengan kompetensi dasar, sesuai karakteristik siswa SD, konsep yang benar, disajikan dengan bahasa yang sesuai”. (Wuryanti and Badrun

Kartowagiran 2016:241). Dan pendapat lain (Laily Rahmayanti 2016) juga mengatakan bahwa Video animasi yang akan dijadikan media pembelajaran memiliki karakteristik yang beda dari media lainnya yaitu media video yang menampilkan gambar dapat bergerak sesuai dengan pembuatan yang disertai dengan suara yang mengiringi. ”. (Jerry et al. 2018:16) Selain itu, (Husni 2021) menyatakan bahwa karakteristik video animasi yaitu:

- 1) Media video animasi ini dapat ditayangkan dengan bantuan layar LCD proyektor di depan kelas dan dapat terlihat seisi kelas
- 2) Pergerakan satu frame dengan frame lainnya.

b. Kelebihan Media Video Animasi

Kelebihan media video animasi yaitu seperti yang dijelaskan oleh (Johari, Andriana. et al. 2014:11) bahwa kelebihan media animasi yaitu sebagai berikut:

- 1) Objek yang berukuran besar dapat terlihat kecil, begitu pula sebaliknya
- 2) Penyajian informasi yang rumit dapat lebih mudah
- 3) Dapat menggabungkan lebih dari satu media dalam belajar

Sedangkan kelebihan media animasi menurut (Sobron et al. 2019) adalah penggunaan media komunikasi yang lebih dari satu dapat memudahkan guru dalam pemberian materi secara langsung kepada siswa melalui video ataupun rekaman. Sehingga apabila ada materi yang sulit dipahami

oleh seorang siswa, maka ia dapat membuka kembali rekaman video yang telah dibagikan oleh gurunya.

c. Kekurangan Media Video Animasi

(Johari et al. 2014) mengemukakan bahwa kekurangan media video animasi adalah :

- 1) Penggunaannya memerlukan bantuan laptop atau komputer, dan proyektor
- 2) Dalam pembuatan video menghabiskan waktu yang cukup banyak
- 3) Kreatifitas sangat diperlukan dalam proses pembuatannya agar video yang dibuat menjadi lebih menarik.

Adapun menurut (Kurniawan 2015) mengemukakan bahwa kekurangan media video animasi, yaitu :

- 1) Membutuhkan biaya yang cukup mahal dalam proses pengadaan film dan video
- 2) Pada saat proses pembelajaran menggunakan video, keadaan gambar tentunya terus mengalami pergerakan dengan cepat, sehingga hal tersebut dapat membuat siswa kurang fokus terhadap informasi yang disampaikan
- 3) Ketersediaan video tidak selalu selaras dengan kebutuhan belajar siswa, terkecuali apabila video tersebut memang dibuatkan secara khusus untuk proses pembelajaran.

Selain itu, (Husni 2021) mengemukakan bahwa kekurangan yang dimiliki oleh media pembelajaran video animasi yaitu, sebagai berikut:

- 1) Bersifat interaktif, yang artinya mempunyai kemampuan untuk mengkomodasi respon dari pengguna
- 2) Bersifat mandiri, yang artinya materi yang diberikan dapat secara lengkap sehingga dalam proses pembelajaran selanjutnya tidak membutuhkan bimbingan siapa pun.

F. Pengetahuan

1. Definisi Pengetahuan

Pengetahuan adalah suatu hal yang diketahui oleh seseorang yang berkaitan dengan sehat, sakit ataupun kesehatan. Setiap orang memiliki pengetahuan yang berbeda-beda tergantung penginderaan masing-masing individu terhadap suatu hal (Notoatmojo, 2018). Pengetahuan bisa dijadikan sebagai alat untuk memperoleh kesadaran sehingga seseorang bisa berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya. Perubahan perilaku seseorang yang didasarkan pengetahuan, kesadaran dan sifat positif akan konsisten karena tidak ada paksaan dari pihak lain (Aini, 2019).

Menurut Notoatmodjo (2018) pengetahuan secara garis besarnya terbagi menjadi 6 tahap antara lain Tahu (Know), Memahami (Comprehension), Aplikasi (Application), Analisis (Analysis), Sintesis (Syntesis) dan Evaluasi (Evaluation). Tahapan tersebut menggambarkan tingkat pengetahuan yang dimiliki seseorang.

a. Tahu (Know)

Pengetahuan yang dimiliki hanya sebatas ingatan saja, sehingga tahapan ini merupakan tahapan paling rendah dalam pengetahuan.

b. Memahami (Comprehension)

Pengetahuan didefinisikan menjadi kecakapan untuk menerangkan sesuatu dengan benar. Seseorang dapat memberikan penjelasan, menyimpulkan, dan menginterpretasikan pengetahuan tersebut.

c. Aplikasi (Application)

Pengetahuan yang dimiliki dapat diaplikasikan atau diterapkan pada kehidupan nyata.

d. Analisis (Analysis)

Analisis merupakan penjabaran dari materi ke dalam komponen-komponen yang saling berkaitan. Analisis dapat digunakan untuk menggambarkan, memisahkan, mengelompokkan, serta membandingkan sesuatu.

e. Sintesis (Synthesis)

Keterampilan seseorang dalam menghubungkan berbagai elemen pengetahuan yang ada membentuk model baru yang lebih komprehensif. Kemampuan yang dimaksud dalam hal ini adalah menyusun, merencanakan, mengkatagorikan, menggambarkan serta menciptakan sesuatu.

- f. Evaluasi (Evaluation) Kemampuan terhadap penilaian terhadap suatu materi atau objek

2. Pengukuran Pengetahuan

Pengetahuan dapat diukur dengan wawancara dengan subjek penelitian sesuai dengan materi yang akan diukur. Pemahaman mengenai pengetahuan yang ingin kita ukur bisa disesuaikan sesuai dengan 6 tahapan pengetahuan meliputi tahu (know), memahami (comprehension), aplikasi (application), analisis (analysis), sintesis (synthesis), dan evaluasi (evaluation) (Notoatmojo, 2018).

3. Kategori Pengetahuan

Pengetahuan dapat didefinisikan dengan skala yang bersifat deskriptif berdasarkan tingkat pengetahuan sebagai berikut :

- a. Pengetahuan dinilai baik bilamana yang didapatkan 76-100
- b. Pengetahuan dinilai cukup bilamana nilai yang didapatkan 56-75
- c. Pengetahuan dinilai kurang bilamana nilai yang didapatkan < 56 (Masturoh, 2018).

4. Klasifikasi Pengetahuan

Menurut Riris Widawaty ada dua macam pengetahuan yakni pengetahuan implisit dan pengetahuan eksplisit.

- a. Pengetahuan Implisit

Pengetahuan implisit disebut juga dengan tacit (tanpa dikatakan bisa dipahami). Pengetahuan implisit ialah suatu pandangan seseorang

dalam menginterpretasikan dan mengevaluasi dunia sosialnya. Pengetahuan implisit tersimpan dalam bentuk pemikiran seseorang dengan karakteristik dan keahlian tertentu sehingga sulit untuk bisa disebarluaskan. Pengetahuan implisit merupakan salah satu komponen terbesar dalam pengetahuan. Karena teori implisit adalah aneka keyakinan atau pandangan tentang the nature of human attributes atau sifat dari atribut-atribut yang dimiliki manusia (Arini, 2019).

b. Pengetahuan Eksplisit

Pengetahuan eksplisit yakni teori implisit tersebut adalah aneka keyakinan atau pandangan tentang the nature of human attributes atau sifat dari atribut-atribut yang dimiliki manusia. Penerapan pengetahuan eksplisit lebih mudah, karena pengetahuan yang diperoleh dalam bentuk tulisan atau rekaman yang telah didokumentasikan, sehingga karyawan dapat mempelajarinya secara mandiri (Wijayanti & Sundiman, 2017).

G. Sikap

1. Definisi Sikap

Menurut Damiani, dkk (2017 p.36), sikap merupakan suatu ekspresi perasaan seseorang yang merefleksikan kesukaannya atau ketidaksukaannya terhadap suatu objek. Sedangkan Menurut Kotler (2007 p.65), Sikap adalah evaluasi, perasaan, dan kecenderungan seseorang yang

secara konsisten menyukai atau tidak menyukai suatu objek atau gagasan. Menurut Sumarwan (2014 p.166), sikap merupakan ungkapan perasaan konsumen tentang suatu objek apakah disukai atau tidak, dan sikap juga menggambarkan kepercayaan konsumen terhadap berbagai atribut dan manfaat dari objek tersebut. Menurut Umar Husein (2007 p.147), Sikap adalah evaluasi, perasaan, dan cenderung seseorang yang relatif konsisten terhadap suatu objek atau gagasan yang terdiri dari aspek keyakinan dan evaluasi atribut.

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa sikap merupakan tanggapan reaksi seseorang terhadap objek tertentu yang bersifat positif atau negatif yang biasanya diwujudkan dalam bentuk rasa suka atau tidak suka, setuju atau tidak setuju terhadap suatu objek tertentu.

2. Komponen Sikap

Menurut Damiani, dkk (2017 p.39), sikap terdiri atas tiga komponen utama, yaitu :

a. Komponen Kognitif

Komponen pertama dari sikap kognitif seseorang yaitu pengetahuan dan persepsi yang diperoleh melalui kombinasi pengalaman langsung dengan objek sikap dan informasi tentang objek itu yang diperoleh dari berbagai sumber. Pengetahuan dan persepsi yang dihasilkannya biasanya membentuk keyakinan artinya keyakinan konsumen bahwa objek sikap

tertentu memiliki beberapa atribut dan bahwa perilaku tertentu akan menyebabkan hasil tertentu.

b. Komponen Afektif

Komponen afektif berkaitan dengan emosi atau perasaan konsumen terhadap suatu objek. Perasaan itu mencerminkan evaluasi keseluruhan konsumen terhadap suatu objek, yaitu suatu keadaan seberapa jauh konsumen merasa suka atau tidak suka terhadap objek itu evaluasi konsumen terhadap suatu merek dapat diukur dengan penilaian terhadap merek dari “sangat jelek” sampai “sangat baik” atau dari “sangat tidak suka” sampai sangat suka.

c. Komponen Konatif: Merupakan komponen yang berkaitan dengan kemungkinan atau kecenderungan bahwa seseorang akan melakukan tindakan tertentu yang berkaitan dengan onjek sikap, komponen konatif seringkali diperlukan sebagai suatu ekspresi dari niat konsumen untuk membeli.

3. Fungsi Sikap

Menurut Daniel Kazt dalam Damiati (2017 p.37), mengklasifikasikan empat fungsi sikap, yaitu:

a. Fungsi Utilitarian

Adalah fungsi yang berhubungan dengan prinsip-prinsip dasar imbalan dan hukuman. Di sini kosumen mengembangkan beberapa sikap terhadap

produk atas dasar apakah suatu produk memberikan kepuasan atau kekecewaan.

b. Fungsi Ekspresi Nilai Konsumen mengembangkan sikap terhadap suatu merek produk bukan didasarkan atas manfaat produk itu, tetapi lebih didasarkan atas kemampuan merek produk itu mengekspresikan nilai-nilai yang ada pada dirinya.

c. Fungsi Mempertahankan Ego

Sikap yang dikembangkan oleh konsumen cenderung untuk melindunginya dari tantangan eksternal maupun perasaan internal, sehingga membentuk fungsi mempertahankan ego.

d. Fungsi Pengetahuan

Sikap membantu konsumen mengorganisasi informasi yang begitu banyak yang setiap hari dipaparkan pada dirinya. Fungsi pengetahuan dapat membantu konsumen mengurangi ketidakpastian dan kebingungan dalam memilah-milah informasi yang relevan dan tidak relevan dengan kebutuhannya.

4. Karakteristik Sikap

Menurut Ujang Sumarwan (2014 p.166) Sikap terdiri dari beberapa karakteristik, yaitu :

a. Sikap selalu memiliki objek, yaitu selalu mempunyai sesuatu hal yang dianggap penting, objek sikap dapat berupa konsep abstrak seperti konsumerisme atau berupa sesuatu yang nyata.

- b. Konsistensi sikap, sikap merupakan gambaran perasaan seorang konsumen, dan perasaan tersebut akan direfleksikan oleh perilakunya. Karena itu, sikap memiliki konsistensi dengan perilaku.
- c. Sikap Positif, Negatif dan Netral berarti setiap orang memiliki karakteristik valance dari sikap antara individu satu dengan yang lainnya.
- d. Intensitas sikap, sikap seorang konsumen terhadap suatu merek produk akan variasi tingkatannya, ketika konsumen menyatakan derajat tingkat kesukaan terhadap suatu produk, maka ia mengungkapkan ntensitas sikapnya
- e. Resistensi sikap adalah seberapa besar sikap seorang konsumen bisa berubah.
- f. Persistensi sikap adalah karakteristik sikap yang menggambarkan bahwa sikap akan berubah karena berlalunya waktu.
- g. Keyakinan sikap adalah kepercayaan konsumen mengenai kebenaran sikap yang dimilikinya. Sikap seorang terhadap objek sering kali muncul dalam konteks situasi.

5. Pengembangan Sikap

Ada tiga aspek yang perlu dipahami terkait dengan pengembangan sikap

a. Pembentukan Sikap

Sikap terbentuk dan berkembang sepanjang waktu melalui sebuah proses pembelajaran. Proses pembelajaran itu membuka konsumen dri keadaan

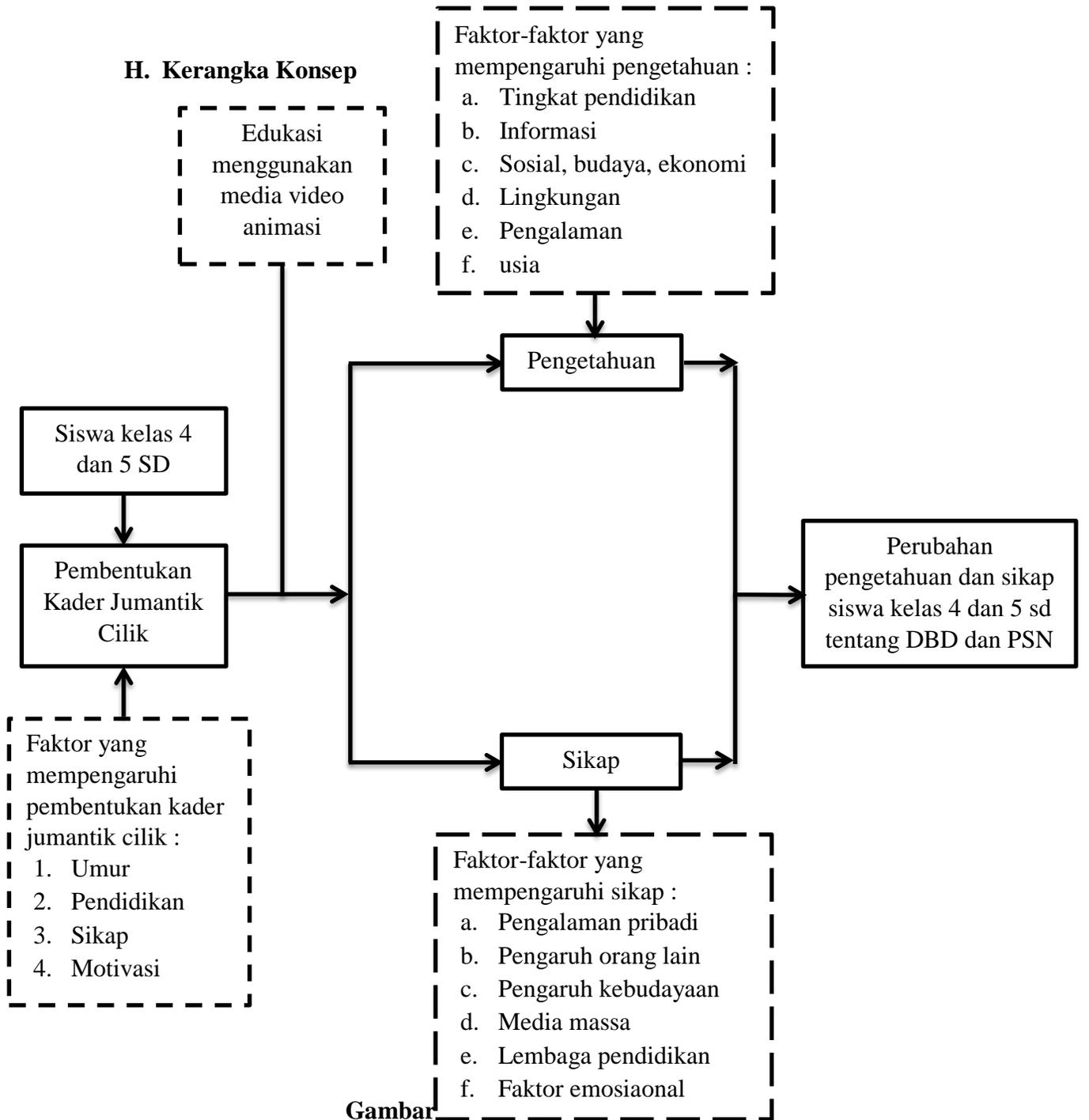
sebelumnya yang mungkin tidak punya sikap menjadi memiliki sikap tertentu terhadap sesuatu objek.

b. Sumber-Sumber Yang Mempengaruhi Pembentukan Sikap

Ada beberapa sumber yang mempengaruhi pembentukan dan pengembangan sikap, yaitu keluarga, teman sebaya, pengalaman pribadi, dan informasi yang diperoleh dari sumber komersial dan nonkomersial.

c. Hubungan Kepribadian dan Sikap Kepribadian

H. Kerangka Konsep



Gambar

Keterangan :

- : Variabel yang diteliti
- : Variabel yang tidak diteliti
- : Hubungan antar variabel

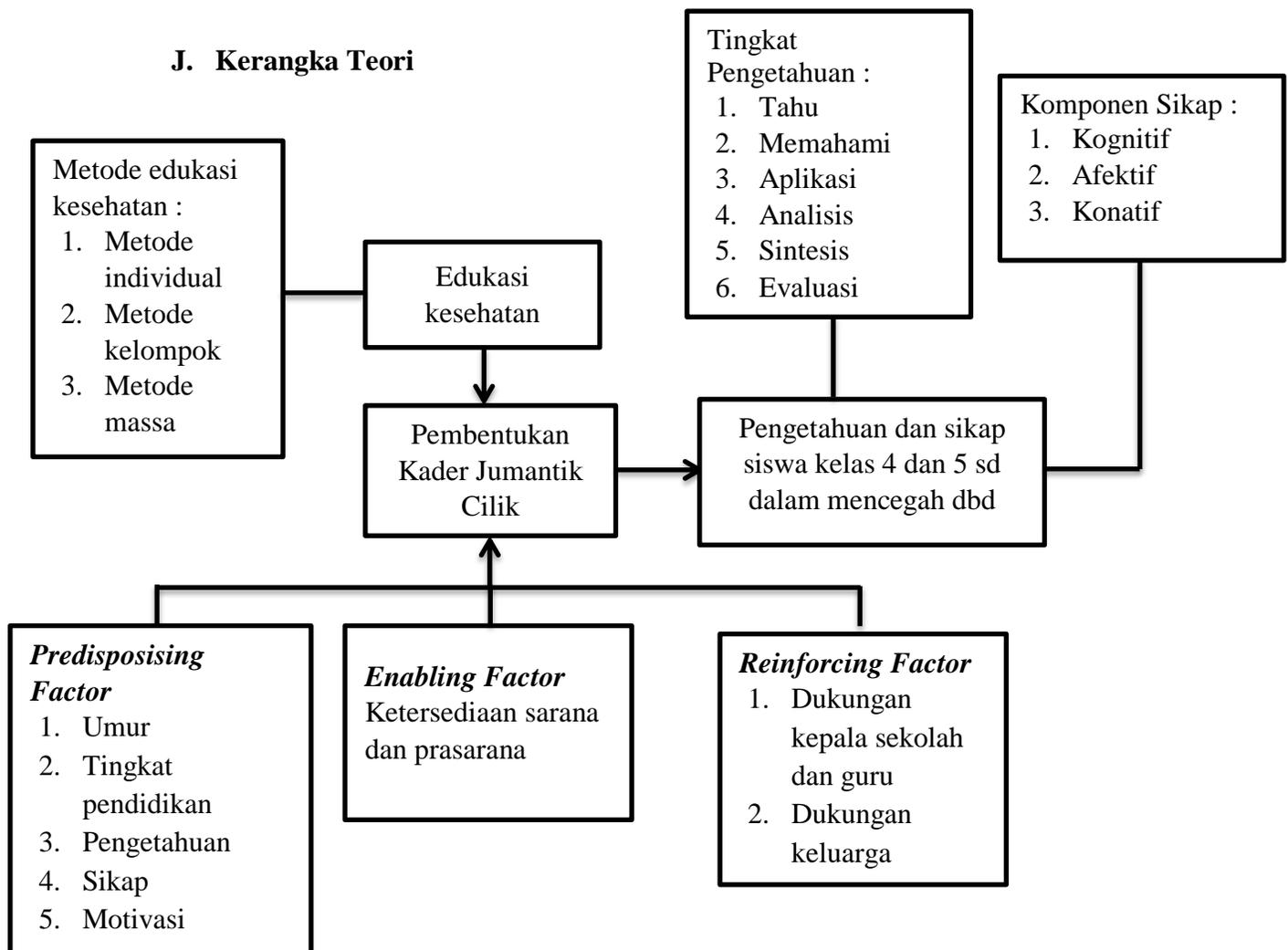
I. Hipotesis

1. Hipotesis Alternatif (H₁)

Terdapat pengaruh strategi pemberdayaan kader jumentik cilik terhadap pengetahuan dan sikap siswa tentang demam berdarah dengue (DBD) di SD

Negeri Mergosono 3 Malang

J. Kerangka Teori



(Model Lawrence Green dalam Notoadmojo 2012)

Gambar 2 Kerangka Teori