



**PENGARUH *HEALTH BELIEF MODEL* (HBM)
PADA ORANGTUA TERHADAP *ORAL
HYGIENE INDEX SIMPLIFIED* (OHI-S) ANAK
USIA 8-15 TAHUN DI RUMAH SAKIT
UNIVERSITAS BRAWIJAYA (RSUB)**

SKRIPSI

**UNTUK MEMENUHI PERSYARATAN MEMPEROLEH
GELAR SARJANA KEDOKTERAN GIGI**

Oleh:

**Rd. Roro Carissa Ayu Widyadara
NIM: 145070407111033**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEDOKTERAN GIGI
FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
MALANG**

2019



DAFTAR ISI

Halaman

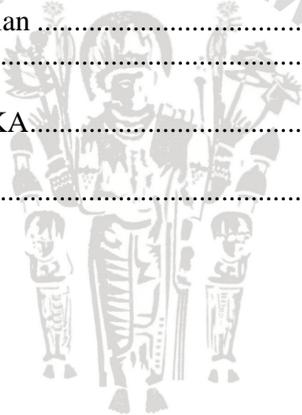
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
PERNYATAAN ORISINALITAS SKRIPSI.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
ABSTRAK.....	vii
ABSTRACT.....	ix
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
BAB	
I	
PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	2
1.3 Tujuan Penelitian.....	2
1.3.1 Tujuan Umum.....	2
1.3.2 Tujuan Khusus.....	2
1.4 Manfaat Penelitian.....	3
1.4.1 Manfaat Akademis.....	3
1.4.2 Manfaat Praktis.....	3
1.4.3 Manfaat Bagi Akademik.....	3
II	
TINJAUAN PUSTAKA.....	4
2.1 <i>Health Belief Model</i> (HBM).....	4
2.1.1 Definisi.....	4
2.1.2 <i>Health Belief Model</i> Terkait Kesehatan Gigi dan Mulut.....	8
2.1.3 Peran Orang Tua Terkait Kesehatan Gigi Anak.....	8
2.2 <i>Oral Hygiene Index Simplified</i> (OHI-S).....	9
2.2.1 Definisi.....	9
2.2.2 Tujuan Memelihara Kebersihan Mulut.....	9
2.2.3 Cara Mengukur <i>Oral Hygiene Index Simplified</i>	10
2.2.4 Gigi Index Penilaian OHI-S.....	10





2.2.5 Kriteria Penilaian OHI-S.....	10
2.3 Karakteristik Anak Usia Sekolah	15
2.3.1 Karakteristik Gigi Usia Sekolah	17
2.3.2 Tingkat Kesehatan Gigi Anak.....	17
III KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS	19
3.1 Kerangka Konsep	19
3.2 Hipotesis.....	20
IV METODE PENELITIAN	21
4.1 Jenis Penelitian	21
4.2 Rancangan Penelitian	21
4.3 Populasi dan Sampel Penelitian.....	21
4.3.1 Populasi Penelitian.....	21
4.3.2 Sampel Penelitian.....	21
4.4 Tempat dan Waktu Penelitian	22
4.4.1 Tempat Penelitian	22
4.4.2 Waktu Penelitian.....	22
4.5 Kriteria Sampel.....	22
4.5.1 Kriteria Inklusi <i>Health Belief Model</i> (HBM) pada orang tua	22
4.5.2 Kriteria Eksklusi (dalam <i>Health Belief Model</i>) pada orang tua	23
4.5.3 Kriteria Inklusi (dalam OHI-S) pada anak.....	23
4.5.4 Kriteria Eksklusi (dalam OHI-S) pada anak.....	23
4.6 Variabel Penelitian	23
4.6.1 Variabel Menurut Fungsinya	23
4.7 Definisi Operasional Variabel	24
4.8 Alat dan Bahan Penelitian	26
4.9 Prosedur Penelitian.....	26
4.10 Data Penelitian	27
4.10.1 Jenis Data.....	27
4.10.2 Analisis dan Pengolahan Data.....	28
4.11 Metode Pengumpulan Data	28
4.12 Etika Penelitian.....	29

V	HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	32
	5.1 Deskripsi Karakteristik Responden Berdasarkan Usia	32
	5.2 Deskripsi Kontribusi Setiap Indikator HBM	34
	5.3 Uji Instrumen Penelitian	36
	5.3.1 Uji Validitas	36
	5.3.2 Uji Realibilitas	36
	5.4 Analisis Regresi Linier	37
	5.4.1 Uji Determinasi (R-Square)	37
	5.4.2 Uji F	38
	5.4.3 Pembentukan Model Regresi dan Uji t	38
	5.5 Pembahasan	39
VI	PENUTUP	40
	6.1 Kesimpulan	40
	6.2 Saran	40
	DAFTAR PUSTAKA	41
	LAMPIRAN	46



DAFTAR TABEL

No.	Judul Tabel	Hal.
2.1	Kriteria pemeriksaan <i>Debris Indeks</i> (DI) (Depkes RI 1999).....	11
2.2	Kriteria pemeriksaan <i>Calculus Indeks</i> (Depkes RI1999).....	12
5.1	Data Usia Orang Tua.....	33
5.2	Data Usia Anak.....	34
5.3	Hasil Uji Validitas.....	36
5.4	<i>Reliability Statistics</i>	37
5.5	<i>Model Summary</i> ^b	37
5.6	ANOVA ^a	38
5.7	<i>Coefficients</i> ^a	38



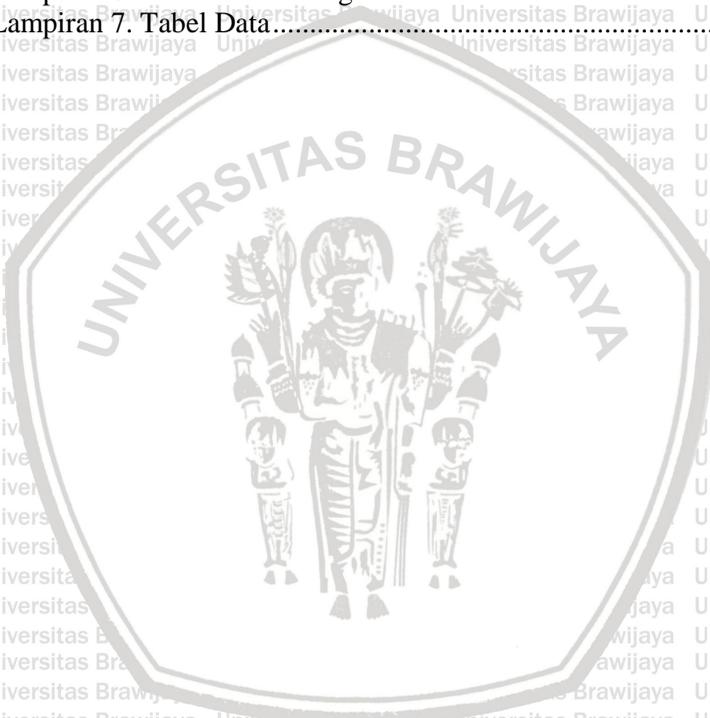
DAFTAR GAMBAR

No.	Judul Gambar	Hal.
2.1	Letak penilaian debris.....	13
2.2	Letak <i>score calculus</i> = 1.....	13
2.3	Letak <i>score calculus</i> = 2.....	14
2.4	Letak <i>score calculus</i> = 3.....	14
2.5	Letak plak score 0,1,2,3.....	14
5.1	Diagram Batang Persentase Kontribusi Indikator HBM.....	35
5.1	Diagram Pie Persentase Kontribusi Indikator HBM.....	35



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Pernyataan Keaslian Tulisan.....	46
Lampiran 2. <i>Ethical Clearance</i>	47
Lampiran 3. Kuesioner.....	48
Lampiran 4. Penjelasan Untuk Mengikuti Penelitian.....	53
Lampiran 5. Contoh Pernyataan Persetujuan Mengikuti Penelitian.....	58
Lampiran 6. Dokumentasi Kegiatan.....	59
Lampiran 7. Tabel Data.....	61







ABSTRAK

Rd Roro Carissa Ayu Widyadara, 145070407111033,
Program Studi Sarjana Kedokteran Gigi, Fakultas
Kedokteran Gigi Universitas Brawijaya Malang, 14 Januari
2019, “PENGARUH *HEALTH BELIEF MODEL* (HBM)
PADA ORANGTUA TERHADAP *ORAL HYGIENE
INDEX SIMPLIFIED* (OHI-S) ANAK USIA 8-15 TAHUN
DI RUMAH SAKIT UNIVERSITAS BRAWIJAYA
(RSUB)”, Tim Pembimbing: (1) Drg. Merlya Balbeid,
MMRS (2) Drg. Dini Rachmawati, Sp.KGA

Perilaku kesehatan gigi meliputi pengetahuan, sikap dan tindakan yang berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan gigi. *Health Belief Model* adalah teori yang mengungkapkan kepercayaan individu melakukan perilaku sehat dengan 6 penilaian yaitu *perceived suscepibility*, *perceived severity*, *perceived benefit*, *perceived barrier*, *cues to action*, *self-efficacy*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh *Health Belief Model* (HBM) pada orangtua terhadap *Oral Hygiene Index Simplified* (OHI-S) anak usia 8-15 tahun di Rumah Sakit Universitas Brawijaya. Jenis penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitis. Sampel penelitian terdiri dari 30 anak dengan orangtuanya. Penelitian dilakukan menggunakan kuesioner *Health Belief Model* kepada orangtua dan pemeriksaan langsung pada rongga mulut anak perihal *Oral Hygiene Index Simplified*. Pada penelitian ini menggunakan analisis regresi sederhana untuk mengetahui pengaruh *Health Belief Model* pada orangtua terhadap *Oral Hygiene Index Simplified* anak usia 8-15 tahun di RSUB. Dari hasil perhitungan tersebut dapat disimpulkan bahwa, *Health Belief Model* berpengaruh positif secara signifikan terhadap *Oral Hygiene Index Simplified* anak usia 8-15 tahun di Rumah Sakit Universitas Brawijaya. Kata kunci : *Health Belief Model* (HBM), *Oral Hygiene Index Simplified* (OHI-S), anak, orangtua

ABSTRACT

Rd Roro Carissa Ayu Widyadara, 145070407111033,
Dentistry Undergraduate Program, Faculty of Dentistry
Brawijaya University Malang, 22nd May 2019, "THE
EFFECT OF HEALTH BELIEF MODEL (HBM) ON
PARENTS TO ORAL HYGIENE INDEX SIMPLIFIED
(OHI-S) OF CHILDREN AGED 8-15 YEARS IN
BRAWIJAYA UNIVERSITY HOSPITAL", Supervisors :
(1) Drg. Merlya Balbeid, MMRS (2) Drg. Dini Rachmawati,
Sp.KGA

Health Belief Model is a theory that reveals individual beliefs of doing healthy behavior with 6 assessors which are perceived suscepibility, perceived severity, perceived benefit, perceived barrier, cues to action, self-efficacy. This study aims to determine the effect of Health Belief Model (HBM) on parents to Oral Hygiene Index Simplified (OHI-S) of children aged 8-15 years in Brawijaya University Hospital. This kind of study is categorized as analytical description research. Research samples consist of 30 children with their parents. The research was conducted using questionnaire about the dimension of Health Belief Model to parents and with direct examination to children's oral cavity regarding to Oral Hygiene Index Simplified. This research is using simple analytical regression to determine the effect of Health Belief Model on parents to Oral Hygiene Index Simplified of children aged 8-15 years in Brawijaya University Hospital. The result of simple regression calculation showed that Health Belief Model significantly brought positive effects to Oral Hygiene Index Simplified. It can also be concluded that Health Belief Model on parents is affecting Oral Hygiene Index Simplified of children aged 8-15 years in Brawijaya University Hospital.
Keywords : Health Belief Model (HBM), Oral Hygiene Index Simplified (OHI-S), children, parents



BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Masalah kesehatan gigi dan mulut merupakan hal yang dapat dihindari dengan melakukan perawatan sejak masa anak-anak (*Journal of Dental and Medical Sciences*: 2014). Secara umum, kebersihan gigi dan mulut penting karena dapat mempengaruhi fungsi bicara, pengunyahan, dan rasa percaya diri (*OHDM Journal* March 2013).

Masalah kesehatan gigi dan mulut salah satunya dapat dinilai melalui status *Oral Hygiene* yang dapat ditentukan dengan *Oral Hygiene Index Simplified* (OHI-S). *Oral Hygiene Index Simplified* ditemukan oleh *Green and Vermilion* (1960) yaitu OHI-S adalah indikator yang merupakan indeks gabungan yang menentukan *score* debris dan kalkulus baik seluruh atau hanya untuk permukaan gigi yang terpilih saja. Debris rongga mulut adalah benda asing yang lunak yang melekat pada gigi, sedangkan kalkulus merupakan massa kalsifikasi yang terbentuk dan melekat pada permukaan gigi. Menurut standar WHO, kriteria OHI - S dibagi menjadi 3 kategori, yaitu *score* 0,0 - 1,2 (Baik) , 1,3 - 3,0 (Sedang) , 3,1 -6,0 (Buruk).

Status kesehatan gigi dan mulut masyarakat atau perorangan menurut Hendrik L , dipengaruhi oleh empat faktor yaitu lingkungan (fisik maupun sosial budaya), keturunan, pelayanan kesehatan dan perilaku. Perilaku kesehatan gigi meliputi pengetahuan, sikap dan tindakan yang berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan gigi (*Carranza's 2006*)

Perilaku individu itu sendiri dipengaruhi oleh proses kognitif dalam dirinya. *Health Belief Model* termasuk salah satu model kognitif tersebut. *Health Belief Model* adalah teori yang mengungkapkan kepercayaan individu melakukan perilaku sehat (*Janz and Becker 1984*). Di dalam teori tersebut, terdapat 6 penilai an yaitu *perceived suscepibility*, *perceived severity*, *perceived benefit*, *perceived barrier*,

cues to action, self-efficacy (Taylor 1950). Dan teori yang paling umum digunakan dalam pendidikan kesehatan dan promosi kesehatan adalah *Health Belief Model* (National Cancer Institute [NCI], 2003). Menurut data rekam medik di Rumah Sakit Universitas Brawijaya Malang, cukup banyak yang terkena masalah pada kesehatan gigi dan mulutnya, terutama pasien anak usia sekolah dasar. Mengingat kasus tersebut, peneliti ingin mengetahui apakah pengetahuan orangtua tentang kesehatan gigi dan mulut berdasarkan teori *Health Belief Model* (HBM) berpengaruh pada *Oral Hygiene Index Simplified* (OHI-S) anak?

1.2 Rumusan Masalah

Apakah *Health Belief Model* (HBM) pada orangtua berpengaruh terhadap *Oral Hygiene Index Simplified* (OHI-S) anak usia 8-15 tahun di Rumah Sakit Universitas Brawijaya?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui pengaruh *Health Belief Model* (HBM) pada orangtua terhadap *Oral Hygiene Index Simplified* (OHI-S) anak usia 8-15 tahun di Rumah Sakit Universitas Brawijaya

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui *Health Belief Model* (HBM) pada orangtua anak usia 8-15 tahun di Rumah Sakit Universitas Brawijaya
2. Mengetahui *Oral Hygiene Index Simplified* (OHI-S) pada anak usia 8-15 tahun di Rumah Sakit Universitas Brawijaya

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Bagi Peneliti

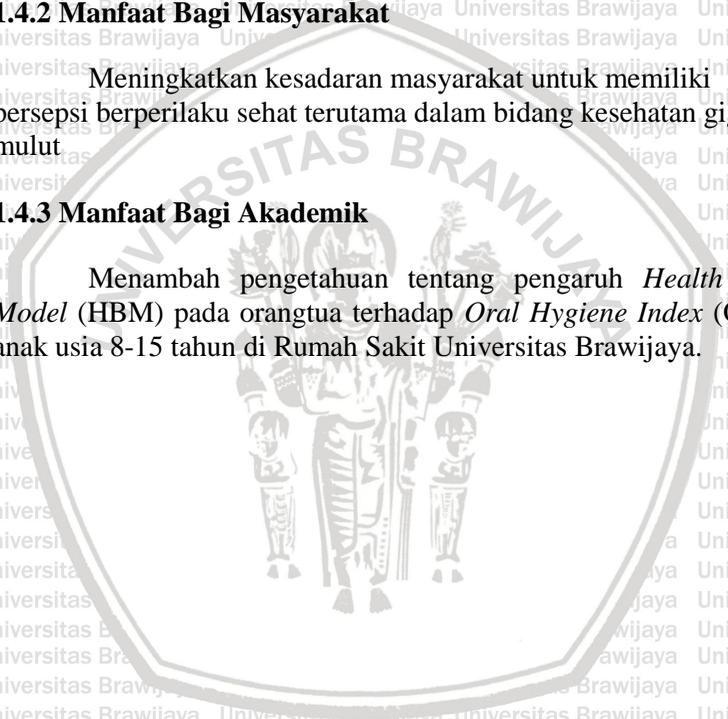
Mendapatkan informasi tentang pengaruh *Health Belief Model* pada orangtua terhadap *Oral Hygiene Index Simplified* (OHI-S) anak usia 8-15 tahun di Rumah Sakit Universitas Brawijaya

1.4.2 Manfaat Bagi Masyarakat

Meningkatkan kesadaran masyarakat untuk memiliki persepsi berperilaku sehat terutama dalam bidang kesehatan gigi dan mulut

1.4.3 Manfaat Bagi Akademik

Menambah pengetahuan tentang pengaruh *Health Belief Model* (HBM) pada orangtua terhadap *Oral Hygiene Index* (OHI-S) anak usia 8-15 tahun di Rumah Sakit Universitas Brawijaya.







BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 *Health Belief Model* (HBM)

2.1.1 Definisi

Health Belief Model merupakan suatu konsep yang mengungkapkan alasan dari individu untuk mau atau tidak mau melakukan perilaku sehat (Janz & Becker, 1984). *Health Belief Model* juga dapat diartikan sebagai sebuah konstruk teoretis mengenai kepercayaan individu dalam berperilaku sehat (Conner, 2005).

HBM atau *Health Belief Model* dikembangkan pertama kali tahun 1950-an oleh seorang psikologis sosial di layanan kesehatan Publik AS yaitu dimulai dengan adanya kegagalan pada program pencegahan dan pencegahan penyakit (Hochbaum 1958)

Health Belief Model (HBM) pun dijadikan teori pertama yang dikembangkan secara eksklusif untuk menjelaskan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan. Sebagai salah satu yang tertua dan teori-teori yang paling banyak digunakan dari perilaku kesehatan (Glanz dan Lewis, 2002: National Cancer Institute, 2003) itu dianggap sebagai asal-usul penelitian sistematis dan berbasis teori perilaku kesehatan (Kharanzi 2009).

Dipertengahan 20an para peneliti kesehatan di AS mulai menyoroti bagaimana cara paling efektif melakukan intervensi pendidikan kesehatan. Para peneliti ini tertarik untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat memprediksi keputusan untuk melakukan perilaku sehat. *Health Belief Model* ini berfokus pada persepsi ancaman dan evaluasi perilaku terkait kesehatan sebagai aspek primer untuk memahami bagaimana seseorang mempresentasikan tindakan sehat (Strecher dan Rosenstock, 1997)

Selama awal 1950-an, akademisi psikolog sosial mengembangkan pendekatan pemahaman perilaku yang tumbuh dari teori pembelajaran yang berasal dari dua sumber utama :

1. *Stimulus Response* (SR) Teori (Watson, 1925).

SR teori, percaya hasil pembelajaran akibat dari peristiwa (disebut *re-inforcement*) yang menjadikan gerakan fisiologis adalah aktifitas perilaku. *Skinner* (1938), merumuskan hipotesis diterima secara luas bahwa frekuensi perilaku ditentukan oleh konsekuensinya atau *re-inforcement*.

2. Teori Kognitif (Lewin, 1951)

Teori kognitif menekankan peranan hipotesis subyektif dan harapan dimiliki oleh individu, percaya bahwa perilaku adalah fungsi dari nilai subjektif yang hasil dan probabilitas subyektif, atau harapan, bahwa tindakan tertentu akan mencapai hasil itu. Salah satu teori kognitif tersebut adalah *Health Belief Model*, yang terdiri dari beberapa konsep dasar yang memprediksi mengapa masyarakat melakukan tindakan pencegahan, mengontrol kondisi penyakit yang didalamnya termasuk kerentanan, keseriusan, hambatan untuk suatu perilaku, petunjuk untuk bertindak, dan yang terbaru *self-efficacy*. Berikut adalah dimensi yang terkandung dalam *Health Belief Model*:

- a. *Perceived susceptibility*

Kerentanan yang dirasakan konstruk tentang resiko atau kerentanan (*susceptibility*) *personal*, Hal ini mengacu pada persepsi subyektif seseorang menyangkut risiko dari kondisi kesehatannya. Di dalam kasus penyakit secara medis, dimensi tersebut meliputi penerimaan terhadap hasil diagnosa, perkiraan pribadi terhadap adanya *resusceptibility* (timbul kepekaan kembali), dan *susceptibility* (kepekaan) terhadap penyakit secara umum.

- b. *Perceived severity*

Keseriusan yang dirasa, perasaan mengenai keseriusan terhadap suatu penyakit, meliputi kegiatan evaluasi terhadap konsekuensi klinis dan medis (sebagai contoh: kematian, cacat, dan sakit) dan konsekuensi sosial yang mungkin terjadi (seperti efek pada pekerjaan, kehidupan keluarga, dan hubungan sosial). Banyak ahli yang menggabungkan kedua komponen diatas sebagai ancaman yang di rasakan (*perceived threat*).

- c. *Perceived benefits*

Manfaat yang dirasakan seseorang terhadap suatu kondisi yang dipercaya dapat menimbulkan keseriusan (*perceived threat*), mendorong untuk menghasilkan suatu kekuatan yang mendukung kearah perubahan perilaku. Ini tergantung pada kepercayaan seseorang terhadap efektivitas dari berbagai upaya yang tersedia dalam mengurangi ancaman penyakit, atau keuntungan-keuntungan yang dirasakan (*perceived benefit*) dalam mengambil upaya-upaya kesehatan tersebut. Ketika seorang memperlihatkan suatu kepercayaan terhadap adanya kepekaan (*susceptibility*) dan keseriusan (*seriousness*), sering tidak diharapkan untuk menerima apapun upaya kesehatan yang direkomendasikan kecuali jika upaya tersebut dirasa manjur dan cocok.

d. *Perceived barriers*

Hambatan yang dirasakan untuk berubah, atau apabila individu menghadapi rintangan yang ditemukan dalam mengambil tindakan tersebut. Sebagai tambahan untuk empat keyakinan (*belief*) atau persepsi. Aspek-aspek negatif yang potensial dalam suatu upaya kesehatan (seperti: ketidakpastian, efek samping), atau penghalang yang dirasakan (seperti: khawatir tidak cocok, tidak senang, gugup), yang mungkin berperan sebagai halangan untuk merekomendasikan suatu perilaku.

e. *Cues to action*

Perilaku dipengaruhi oleh suatu hal yang menjadi isyarat bagi seseorang untuk melakukan suatu tindakan atau perilaku. (Becker dkk, 1997 dalam Conner & Norman, 2003). Isyarat-isyarat yang berupa faktor-faktor eksternal maupun internal, misalnya pesan-pesan pada media masa, nasihat atau anjuran kawan atau anggota keluarga lain, aspek sosiodemografis misalnya tingkat pendidikan, lingkungan tempat tinggal, pengasuhan dan pengawasan orang tua, pergaulan dengan teman, agama, suku, keadaan ekonomi, sosial, dan budaya

f. *Self-efficacy*
Keyakinan seseorang bahwa dia mempunyai kemampuan untuk melakukan atau menampilkan suatu perilaku tertentu.

Health Belief Model dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya faktor demografis, karakteristik dan juga dipengaruhi

oleh *structural variable*, contohnya adalah ilmu pengetahuan (Sarafino, 1994). Faktor demografis yang mempengaruhi *Health Belief Model* individu adalah kelas sosial ekonomi. Individu yang berasal dari kelas sosial ekonomi menengah kebawah memiliki pengetahuan yang kurang tentang faktor yang menjadi penyebab suatu penyakit (Sarafino, 1994). Ada pula aspek-aspek pokok perilaku kesehatan menurut Rosenstock adalah sebagai berikut:

1. Ancaman
 - a) Persepsi tentang kerentanan diri terhadap bahaya penyakit (atau kesediaan menerima diagnosa sakit)
 - b) Persepsi tentang keparahan sakit atau kondisi kesehatannya
2. Harapan
 - a) Persepsi tentang keuntungan suatu tindakan
 - b) Persepsi tentang hambatan-hambatan untuk melakukan suatu tindakan.
3. Pencetus tindakan : media, pengaruh orang lain dan hal-hal yang mengingatkan (*reminder*)
4. Faktor-faktor Sosio-demografi (pendidikan, umur, Jenis kelamin atau gender, suku bangsa).
5. Penilaian diri (Persepsi tentang kesanggupan diri untuk melakukan tindakan itu) (Anonim, 2012)

Menurut *Health Belief Model* (HBM) kemungkinan individu akan melakukan tindakan pencegahan tergantung secara langsung pada hasil dari dua keyakinan yaitu (Taylor, 2003) :

- Derajat/tingkat mana seseorang menerima ancaman kesehatan dalam
- dirinya (*perceives a personal health threat*).
- Persepsi terhadap latihan kesehatan khusus akan sangat efektif dalam
- mengurangi ancaman kesehatan (*perception that a particular health practice will effective in reducing that threat*).

2.1.2 *Health Belief Model* Terkait Kesehatan Gigi & Mulut

Ilmu perilaku manusia telah dikembangkan dalam studi tentang perilaku kesehatan, dan lebih dari enam puluh tahun perilaku kesehatan terdiri dari perawatan individu dan profesional, termasuk menyikat gigi, flossing gigi, menggunakan obat kumur dan

mengunjungi dokter gigi. Praktek perawatan pencegahan yang efektif untuk menjaga kesehatan mulut individu yang baik merupakan bagian integral dari kesehatan umum seseorang.

2.1.3 Peran Orangtua Terkait Kesehatan Gigi Anak

Peran orangtua terutama seorang ibu terhadap bagaimana menjaga kesehatan gigi sangat penting dalam mendasari terbentuknya perilaku yang mendukung kebersihan gigi anak sehingga kesehatan gigi anak dapat terjaga dengan baik. Oleh karena itu, peran serta orangtua sangat diperlukan dalam membimbing, memberikan perhatian, memberikan pengertian, mengingatkan dan menyediakan fasilitas kepada anak agar anak kelak dapat memelihara kebersihan giginya (Gultom, 2009).

Pendidikan kesehatan gigi harus diperkenalkan sedini mungkin kepada anak agar mereka dapat mengetahui cara memelihara kesehatan giginya dan diharapkan orangtua juga ikut berperan mengawasi kebersihan gigi anak-anaknya dengan mengajarkan cara menyikat gigi yang benar (Ghofur, 2012). Bila anak sudah berumur 2 tahun, semua gigi sulung sudah mulai tumbuh, anak diharapkan mulai menyikat gigi sendiri dengan pengawasan orangtua.

Menyikat gigi 3 kali sehari sesudah makan pagi, sesudah makan siang dan sebelum tidur malam hari. Sesudah makan biasakan berkumur dengan air putih. Setelah anak bisa berkomunikasi dengan orangtuanya dengan lancar, kira-kira umur 3 tahun anak diharapkan bisa menyikat giginya sendiri dengan pasta gigi yang mengandung *fluoride* kemudian bisa berkumur-kumur dengan air dan orangtua membiasakan anak agar tidak mengonsumsi makanan yang mengandung bahan pemanis, pewarna, dan pengawet yang dapat memicu terjadinya karies gigi contohnya sejak anak usia 2 tahun orangtua mengenalkan bermacam-macam buah-buahan maupun sayur-sayuran (Sariningsih, 2012).

2.2 Oral Hygiene Index Simplified (OHI-S)

2.2.1 Definisi

Oral Hygiene Index Simplified (OHI-S) merupakan gambaran tentang tingkat kebersihan gigi dan mulut yang diciptakan Green dan Vermilion tahun 1964, pemeriksaan OHI-S ini hanya pada enam gigi yang telah diseleksi dan dianggap telah mewakili baik segmen anterior

maupun segmen posterior dari seluruh gigi di dalam rongga mulut (WHO *Oral Health Country. 2009.Oral Hygiene Index -OHI-S*).

Oral Hygiene Index Simplified (OHI-S) adalah indeks untuk mengukur akumulasi debris dan kalkulus yang bertujuan untuk mengawasi program kesehatan gigi, mengevaluasi praktek kesehatan gigi masyarakat dan menilai hasil guna dari penyikatan gigi, serta sebagai studi epidemiologi penyakit periodontal (Greene and Vermillion, 1964).

Kebersihan mulut merupakan suatu kondisi atau keadaan terbebasnya gigi geligi dari plak dan kalkulus, keduanya selalu terbentuk pada gigi dan meluas ke seluruh permukaan gigi. Hal ini disebabkan karena rongga mulut bersifat basah, lembab dan gelap, dengan kata lain lingkungan yang menyebabkan kuman berkembang biak (Nio, 1989).

2.2.2 Tujuan Memelihara Kebersihan Mulut

Tujuan memelihara kebersihan mulut adalah untuk mencegah penumpukan plak. Plak adalah suatu endapan lunak yang terdiri dari kumpulan bakteri yang berkembang biak diatas suatu matriks, yang terbentuk dan melekat erat pada permukaan gigi, bila seseorang mengabaikan kebersihan gigi dan mulutnya (Nio, 1989).

Plak akan merusak jaringan gigi dan jaringan periodontal, yang lama-kelamaan akan mengakibatkan adanya karang gigi, gingivitis, karies, periodontitis dan *pocket* (Djuita, 1989). Karang gigi (*calculus*) adalah suatu endapan keras yang terletak pada permukaan gigi yang berwarna mulai dari kekuning-kuningan, kecoklat-coklatan, sampai kehitam-hitaman dan mempunyai permukaan kasar. Karang gigi juga tempat yang baik untuk pertumbuhan plak dengan semua akibat dari plak tersebut. Karang gigi yang tidak dirawat akan mengakibatkan gingivitis, bau mulut, estetika jadi jelek, gigi goyang, periodontitis dan karies gigi (Nio, 1989).

2.2.3 Cara Mengukur *Oral Hygiene Index Simplified* (OHI-S)

Kebersihan gigi dan mulut dapat diukur dengan menggunakan indeks. Indeks adalah : angka yang menyatakan keadaan klinis yang didapat pada waktu diadakan pemeriksaan. Angka yang menunjukkan kebersihan gigi dan mulut seseorang ini adalah angka yang diperoleh berdasarkan penilaian yang objektif, dengan menggunakan suatu indeks, maka kita dapat membuat suatu evaluasi berdasarkan data-data yang diperoleh, sehingga kita dapat

melihat kemajuan atau kemunduran kebersihan gigi dan mulut seseorang atau masyarakat (Djuita, 1989).

Menurut Green dan Vermillion (1964, *cit.* Nio, 1987) untuk mengukur kebersihan gigi dan mulut adalah dengan mempergunakan suatu indeks yang disebut *Oral Higiene Index Simplified (OHI-S)*. Nilai dari OHI-S ini merupakan nilai yang diperoleh dari hasil penjumlahan antara debris indeks dan kalkulus indeks.

2.2.4 Gigi Index Penilaian OHI-S

Pemeriksaan debris dan kalkulus dilakukan pada gigi tertentu dan pada permukaan tertentu dari gigi tersebut. Gigi penentu tersebut (Depkes RI 1999) yaitu:

Rahang atas : Gigi 6 kanan kiri permukaan *bukal*
Gigi 1 kanan permukaan *lingual*

Rahang bawah : Gigi 6 kanan kiri permukaan *lingual*
Gigi 1 kiri permukaan *labial*

2.2.5 Kriteria Penilaian OHI-S

Menurut Depkes R.I., (1995), kriteria penilaian kebersihan gigi dan mulut (*OHI-S*) seseorang dapat dilihat dari adanya debris dan kalkulus pada permukaan gigi. Untuk menentukan kriteria penilaian debris atau penilaian OHIS, maka dipakai tabel *debris score* dan *calculus score*. Dalam pemeriksaan debris kriteria penilaiannya adalah sebagai berikut :

Tabel 2.1 Kriteria pemeriksaan *Debris Indeks* (DI) (Depkes RI 1999)

Nilai	Kriteria
0	Pada permukaan gigi yang terlihat, tidak ada debris lunak dan tidak ada pewarna ekstrinsik.
1	Pada permukaan gigi yang terlihat, ada debris lunak yang menutupi permukaan gigi seluas 1/3 permukaan atau kurang dari 1/3 permukaan gigi dari tepi gingiva atau gusi.
2	Pada permukaan gigi yang terlihat, tidak ada debris lunak, akan tetapi ada pewarnaan ekstrinsik yang menutupi permukaan gigi sebagian atau seluruhnya.
3	Pada permukaan gigi yang terlihat, ada debris lunak yang menutupi permukaan tersebut seluas lebih dari 1/3, tetapi kurang dari 2/3 permukaan gigi dari tepi gingiva atau gusi.

Menghitung *Debris Indeks* (DI)

$$DI = \frac{\text{Jumlah Nilai Debris}}{\text{Jumlah Gigi yang diperiksa}}$$



Dalam pemeriksaan *calculus* kriteria penilaiannya adalah sebagai berikut:

Tabel 2.2 Kriteria pemeriksaan *Calculus Indeks (CI)* (Depkes RI 1999)

Nilai	Kriteria
0	Tidak ada karang gigi
1	Pada permukaan gigi ada karang gigi supra gingival yang menutupi gigi tidak lebih dari 1/3 permukaan dari tepi gingiva atau ensi.
2	a. Pada permukaan gigi yang terlihat ada karang gigi <i>supra gingival</i> kurang dari 2/3 permukaan dari tepi gingiva atau gusi. b. Sekitar bagian servikal gigi terdapat sedikit karang
3	a. Pada permukaan gigi yang diperiksa ada karang gigi <i>supra gingival</i> yang menutupi permukaan dari tepi gingival atau gusi. b. Sekitar bagian servikal gigi ada karang gigi <i>subgingival</i> yang menutupi dan melingkari seluruh servikal (<i>continuous band of subgingival calculus</i>).

Menghitung *Calculus Indeks (CI)* :

$$CI = \frac{\text{Jumlah Nilai Calculus}}{\text{Jumlah Gigi Yang Diperiksa}}$$

Kriteria *DI* dan *CI* menurut Depkes RI 1999 adalah sebagai berikut :

DI = 0,0 – 0,6 (Baik)	CI = 0,0 – 0,6 (Baik)
0,7 - 1,8 (Sedang)	0,7 - 1,8 (Sedang)
1,9 - 3,0 (Buruk)	1,9 - 3,0 (Buruk)

Menghitung OHI - S (*Oral Hygiene Index Symplified*) menurut Depkes RI 1999:

$$\text{OHI} + \text{S} = \text{Debris Index} + \text{Calculus Index.}$$

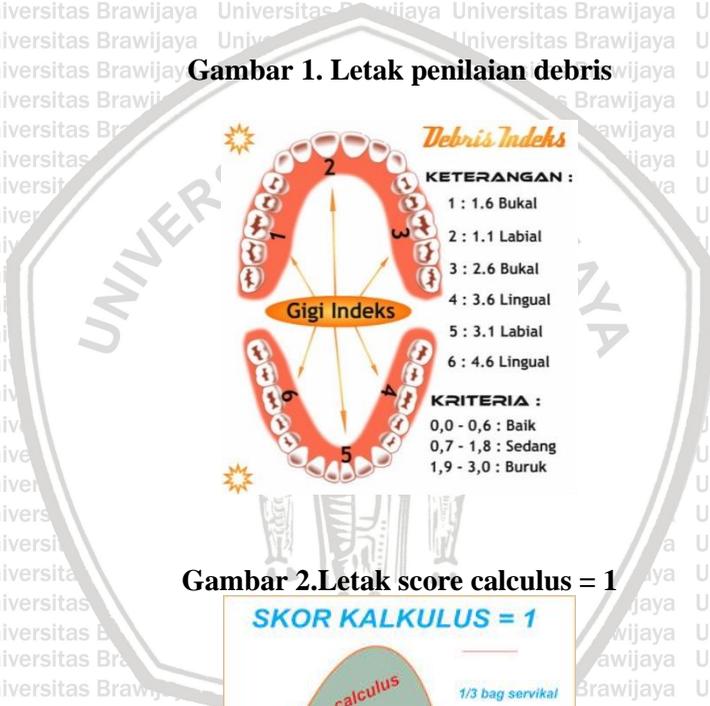
Menurut standar WHO, OHI - S adalah sebagai berikut :

OHI-S = 0,0 - 1,2 (Baik)

1,3 - 3,0 (Sedang)

3,1 - 6,0 (Buruk)

Gambar 1. Letak penilaian debris



Gambar 2. Letak score calculus = 1



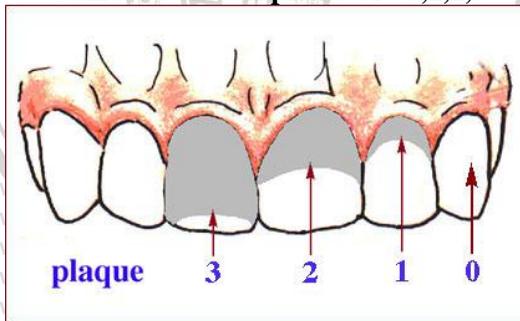
Gambar 3. Letak score calculus = 2



Gambar 2.4 Letak score calculus = 3



Gambar 5. Letak plak score 0,1,2,3



2.3 Karakteristik Anak Usia Sekolah

Anak usia sekolah merupakan anak dengan usia 6 tahun - 12 tahun. Periode usia pertengahan ini dimulai dengan masuknya anak ke dalam lingkungan sekolah (Santrock, 2008). Periode anak usia sekolah terbagi menjadi tiga tahapan usia yaitu: tahap awal 6-7 tahun; tahap pertengahan 7-9 tahun; dan tahap pra remaja 10-12 tahun (Ladner 2002).

Sekolah dapat memperluas dunia anak dan merupakan transisi dari kehidupan yang secara relatif bebas bermain. Anak pada usia sekolah menuntut kebutuhan dan kehidupan yang menantang. Kemampuan kognitif, fisik, psikososial, dan moral dikembangkan, diperluas, disaring, dan disinkronisasi, sehingga individu dapat menjadi anggota masyarakat yang diterima dan menjadi seorang yang produktif (Potter dan Perry, 2005).

Lingkungan pada anak usia sekolah memiliki dampak signifikan dalam perkembangan dan hubungan anak dengan orang lain. Anak usia sekolah identik dengan hubungan berkelompokan atau senang bermain dalam kelompok (Wong, 2009). Perawatan kesehatan gigi anak secara dini sangat berguna bagi kesehatan gigi anak yang masih dalam taraf tumbuh kembang (Anggriana dan Musyrifah, 2005).

Perkembangan biologis anak usia sekolah terjadi lebih lambat tetapi pasti jika dibandingkan masa sebelumnya. Dari segi nutrisi, pada anak usia sekolah terjadi sedikit defisiensi nutrisi. Anak memiliki nafsu makan yang besar setelah pulang sekolah dan memerlukan makanan kecil untuk menunjang aktivitasnya seperti buah dan roti untuk menghindari makanan berkalori seperti keripik dan permen (Wong, 2009)

Perkembangan kognitif anak usia sekolah terlihat dari kemampuan untuk berfikir dengan cara yang logis bukan sesuatu yang abstrak (Potter dan Perry, 2005). Pada usia 7 tahun anak memasuki tahap Piaget ketiga yakni perkembangan konkret (Wong 2009). Mereka mampu menggunakan simbol secara operasional dalam pemikirannya. Mereka mampu menyelesaikan masalah secara nyata dan runtun dari apa yang ia rasakan. Mereka mulai menggunakan proses pemikiran yang logis. (Wong, 2009)

Perkembangan psikososial anak usia sekolah dilihat dari perjuangan anak mendapatkan kompetensi dan keterampilan yang penting bagi mereka untuk dapat sejajar dengan orang dewasa. Anak usia sekolah menurut

Erikson dalam Wong (2009) berada dalam fase industri. Anak mulai mengarahkan energi untuk meningkatkan pengetahuan dari kemampuan yang ada (Santrock, 2008). Anak belajar berkompetisi dan bekerja sama dari aturan yang diberikan (Wong, 2009). Anak mulai ingin bekerja untuk menghasilkan sesuatu dengan mengembangkan kreativitas, keterampilan, dan keterlibatan dalam pekerjaan yang berguna secara sosial (Wong, 2009). Anak usia sekolah sangat rentan dengan perasaan, ia akan merasa adanya penghargaan jika mendapat keberhasilan positif, namun jika mendapatkan kegagalan, anak akan menarik diri dari lingkungannya (Potter dan Perry, 2005).

Perkembangan moral anak usia sekolah menurut Kohlberg berada di tahap konvensional (Muscari, 2005). Perkembangan moral sejalan dengan cara pikir anak usia sekolah yang lebih logis (Hockenberry dan Wilson, 2007). Anak pada usia sekolah dapat lebih memahami standar perilaku yang seharusnya mereka terapkan pada kehidupan sehari-hari. Anak dalam tahap konvensional, mulai memahami bagaimana harus memperlakukan orang lain sesuai dengan apa yang ingin diterima oleh mereka dari orang lain (Muscari, 2005; Wong, 2009). Anak mulai melihat berbagai cara pandang untuk menilai suatu tindakan benar atau salah (Hockenberry dan Wilson, 2007).

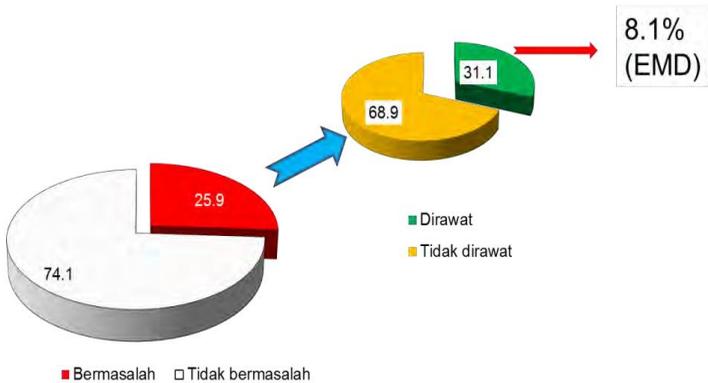
Perkembangan anak yang berkembang seiring bertambahnya usia tentunya memiliki risiko terhadap terjadi masalah kesehatan pada anak. Begitu pula yang dialami anak usia sekolah, masalah kesehatan yang sering muncul pada periode ini adalah masalah gigi (Wong, 2009). Masalah lain yang muncul adalah kecelakaan dan cedera yang berkaitan dengan aktivitas anak, masalah nutrisi, seksualitas, hingga penggunaan rokok, alkohol, dan obat (Potter dan Perry, 2005).

2.3.1 Karakteristik Gigi Usia Sekolah

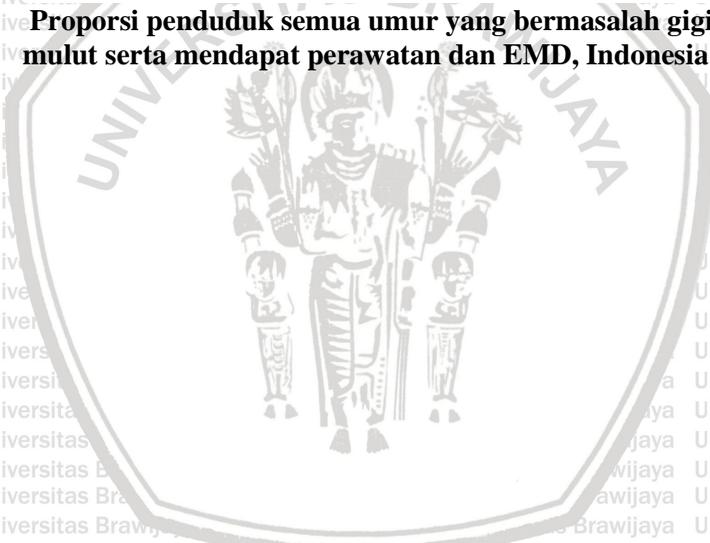
Secara fisiologis anak usia sekolah dimulai dengan tanggalnya gigi susu yang pertama dan diakhiri dengan masa pubertas dan tumbuhnya gigi permanen, kecuali geraham belakang. Gigi permanen yang tumbuh pada anak usia sekolah harus diperhatikan kebersihan giginya karena perpindahan dari gigi susu menuju gigi permanen memiliki risiko tinggi terkena karies gigi (Potter dan Perry, 2005). Pada usia 6 tahun sampai 7 tahun, gigi yang tumbuh antara lain gigi seri tengah dan gigi geraham pertama. Usia 7 sampai 8 tahun tumbuh gigi seri tengah, dan gigi seri lateral. Usia 9 sampai 10 tahun tumbuh gigi taring bagian mandibula. Usia 10 sampai 12 tahun tumbuh gigi geraham kecil pertama, gigi taring bagian maksila, dan gigi geraham kecil kedua (Hockenberry dan Wilson, 2007). Anak usia sekolah memiliki motivasi yang kurang dalam melakukan perawatan gigi. Apabila sejak awal anak dibiasakan menggosok gigi secara teratur, maka akan mudah mempertahankan kebiasaan tersebut hingga usia dewasa (Hockenberry dan Wilson, 2007)

2.3.2 Tingkat Kesehatan Gigi Anak

Riskesdas 2013 mengumpulkan data kesehatan gigi secara komprehensif yang meliputi indikator status kesehatan gigi, indikator jangkauan pelayanan dan perilaku kesehatan gigi. Pengumpulan data melalui wawancara maupun pemeriksaan gigi dan mulut dengan jumlah sampel keseluruhan 1.027.763 responden. Wawancara dilakukan terhadap responden semua umur. Pertanyaan perilaku ditanyakan kepada kelompok umur ≥ 10 tahun. Pemeriksaan gigi dan mulut dilakukan pada kelompok umur ≥ 12 tahun



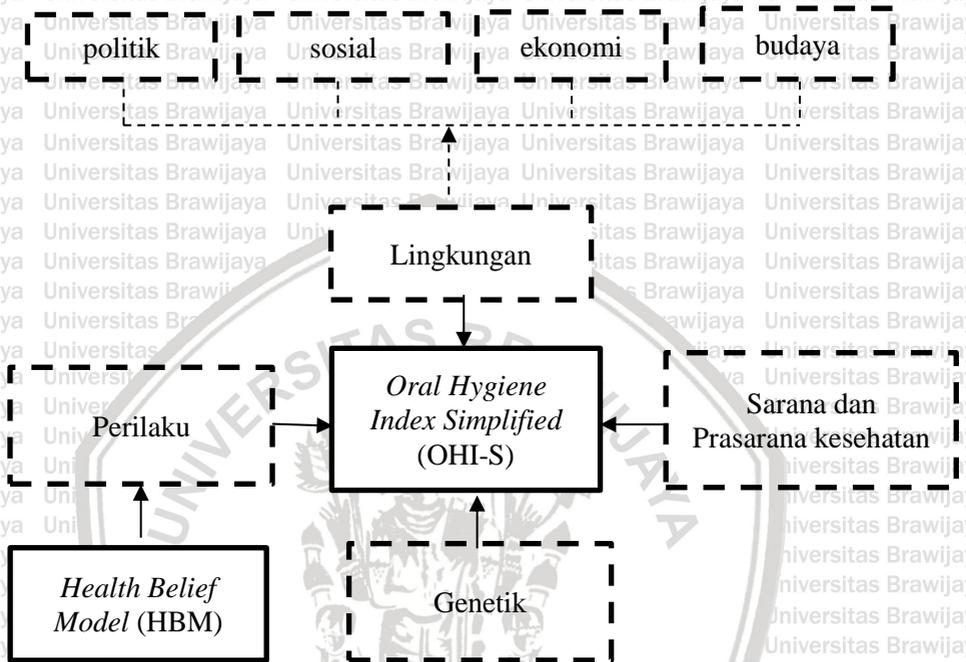
Proporsi penduduk semua umur yang bermasalah gigi dan mulut serta mendapat perawatan dan EMD, Indonesia 2013





BAB III KERANGKA KONSEP PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep



- Keterangan** → = Variabel yang diteliti
- → = Variabel yang tidak diteliti
- ▭ = Variabel yang diteliti
- ▭ = Variabel yang tidak diteliti

Bagan 3.1 Kerangka Konsep Penelitian (Blum, Hendrik L. 1974)



Masalah kesehatan gigi dan mulut merupakan masalah yang rentan dihadapi oleh kelompok anak usia Sekolah Dasar (SD) (Majalah Kedokteran Gigi, 2006). Masalah kesehatan gigi dan mulut salah satunya dapat dinilai melalui status *Oral Hygiene*. Status *Oral Hygiene* dapat ditentukan dengan *Oral Hygiene Index Simplified* (OHI-S). Status kesehatan gigi dan mulut masyarakat atau perorangan menurut Hendrik L Blumm, dipengaruhi oleh empat faktor yaitu lingkungan (social, budaya, ekonomi, politik), perilaku (*life style / gaya hidup*), keturunan (*genetic*) dan pelayanan kesehatan (jenis cakupan dan kualitasnya).

Salah satu yang menggambarkan perilaku kesehatan dari seseorang adalah teori *Health Belief Model*. *Health Belief Model* (HBM) diartikan sebagai sebuah konstruk teoretis mengenai kepercayaan individu dalam berperilaku sehat (Conner, 2005). Maka hasil dari kerangka konsep diatas dapat diartikan pula, bahwa *Health Belief Model* (HBM) mempengaruhi *Oral Hygiene Index Simplified* (OHI-S) (Blum, Hendrik L. 1974).

3.2 Hipotesis Penelitian

Health Belief Model (HBM) pada orangtua berpengaruh positif terhadap *Oral Hygiene Index Simplified* (OHI-S) anak usia 8-15 tahun di Rumah Sakit Universitas Brawijaya



BAB IV METODE PENELITIAN

4.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini dapat dikategorikan sebagai penelitian deskriptif analitis, yaitu suatu metode penelitian yang menggambarkan atau menjelaskan data yang sifatnya aktual dan dilanjutkan dengan menganalisis untuk mencari hubungan, kaitan, dan pengaruh antara variabel yang satu dengan variabel yang lain (Sugiono 2009)

4.2 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan adalah penelitian observasional dengan pendekatan metode *cross sectional study*, yaitu penelusuran sesaat, artinya sampel diamati hanya sesaat atau satu kali. Pengumpulan data dilakukan pada satu periode tertentu dan pengamatan subyek studi hanya dilakukan sekali selama penelitian (Siswanto dkk. 2013).

4.3 Populasi dan Sampel Penelitian

4.3.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah seluruh data yang menjadi perhatian peneliti dalam suatu ruang lingkup dan waktu yang telah dilakukan (Nurul Zuriyah, 2009:116). Populasi yang digunakan sebagai subyek penelitian ini adalah seluruh anak yang menjadi pasien perawatan gigi di RSUD dalam kurung waktu Oktober-November 2018 yaitu berjumlah 30 anak.

4.3.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiyono, 2006: 118). Pada penelitian ini yang dijadikan sampel adalah anak dan orang tua nya yang memenuhi kriteria sampel yang akan diteliti. Sampel tidak diberi perlakuan khusus karena langsung dipilih diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki dan penelitian tidak bersifat eksperimental (Sugiyono, 2010). Menurut data rekam medik,selama satu bulan yaitu

pada bulan Oktober-November 2018, jumlah pasien anak sebanyak 30 anak dengan 30 orang tua nya . Adapun teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *purposive sampling* (*sampling minimal*).

4.4 Tempat dan Waktu Penelitian

4.4.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Universitas Brawijaya Malang

4.4.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Oktober-November 2018

4.5 Kriteria Sampel

4.5.1 Kriteria Inklusi *Health Belief Model* (HBM) pada orangtua

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau yang akan diteliti (Nursalam, 2003: 96). Kriteria inklusi juga dapat diartikan sebagai kriteria atau standar yang ditetapkan sebelum penelitian atau penelaahan dilakukan. Kriteria inklusi digunakan untuk menentukan apakah seseorang dapat berpartisipasi dalam studi penelitian atau apakah penelitian individu dapat dimasukkan dalam penelaahan sistematis. Kriteria Inklusi menyangkut *Health Belief Model* (HBM) ini adalah:

- a. Orangtua yang memiliki anak usia 8-15 tahun sebagai pasien perawatan gigi di RSUD
- b. Orangtua yang bersedia mengisi kuesioner

4.5.2 Kriteria Eksklusi (dalam *Health Belief Model*) pada orangtua

Kriteria eksklusi atau kriteria pengecualian adalah kriteria atau standar yang ditetapkan sebelum penelitian atau penelaahan. Kriteria eksklusi digunakan untuk menentukan apakah seseorang harus berpartisipasi dalam studi penelitian atau apakah penelitian individu harus dikecualikan dalam tinjauan sistematis. Kriteria eksklusi yang menyangkut *Health Belief Model* (HBM) ini adalah:

- a. Orangtua yang tidak mempunyai anak usia 8-15 tahun di RSUB
- b. Orangtua yang tidak bersedia mengisi kuesioner.

4.5.3 Kriteria Inklusi (dalam OHI-S) pada anak

- a. Anak usia 8-15 tahun yang bersedia dilakukan pemeriksaan kesehatan gigi & mulut
- b. Anak usia 8-15 tahun yang sehat jasmani dan kooperatif

4.5.4 Kriteria Eksklusi (dalam OHI-S) pada anak

- a. Anak yang menggunakan alat ortho cekat
- b. anak yang tidak kooperatif

4.6 Variabel Penelitian

4.6.1 Variabel menurut Fungsinya;

- a. Variabel independen

Variabel independen (*independent variable*) adalah tipe variabel yang menjelaskan atau mempengaruhi variabel yang lain. Variabel independen yang dimaksud dalam penelitian ini adalah *Health Belief Model* (HBM)

- b. Variabel dependen

Variabel dependen (*dependent variable*) adalah tipe variabel yang dijelaskan atau dipengaruhi oleh variabel independen. Variabel dependen yang dimaksud dalam penelitian ini adalah *Oral Hygiene Index Simplified* (OHI-S).

4.7 Definisi Operasional Variabel

Variabel	Definisi	Cara mengukur	Pengukuran	Skala data
<i>Health Belief Model</i>	<p>Konsep yang mengungkapkan pendorong untuk melakukan perilaku sehat (Janz & Becker, 1984).</p> <p>Berupa lembaran kuesioner yang terdapat 6 dimensi <i>Health Belief Model</i>, para orangtua membaca dan mengisi kuesioner tersebut sesuai dengan persepsi mereka masing-masing.</p> <p>Berikut ke 6 dimensi yang terdapat dalam kuesioner HBM :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Perceived susceptibility</i> (kerentanan) 2. <i>Perceived severity</i> (keseriusan/ keparahan yang dirasakan) 3. <i>Perceived benefits</i> (manfaat yang dirasakan) 4. <i>Perceived barriers</i> (hambatan yang dirasakan) 5. <i>Health motivation</i> (motivasi untuk hidup sehat) 6. <i>Cues to action</i> (dorongan untuk bertindak) 	<p>Para orangtua memberikan tanda centang pada setiap pernyataan yang tertulis pada ke 6 dimensi tersebut.</p> <p>Di dalam masing-masing dimensi, terdapat 5 pernyataan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rentan/tidak rentan 2. Mengancam/tidak mengancam 3. Ada manfaat/tidak ada manfaat 4. Ada hambatan/tidak ada hambatan 5. Ada motivasi/tidak ada motivasi 6. Ada dorongan/tidak ada dorongan <p>Salah = 0 Benar = 1</p>	Skala Nominal

Variabel	Definisi	Cara Mengukur	Pengukuran	Skala Data
<i>Oral Hygiene Index Simplified</i>	Indeks untuk mengukur akumulasi debris dan kalkulus yang bertujuan untuk mengawasi program kesehatan gigi, mengevaluasi praktek kesehatan gigi masyarakat dan menilai hasil guna dari penyikatan gigi, serta sebagai studi epidemiologi penyakit periodontal (Greene and Vermillion, 1964)	<p>Pemeriksaan debris dan kalkulus ke rongga mulut anak yang dilakukan oleh dokter gigi muda</p> <p>Gigi yang diperiksa sesuai dengan ketentuan OHI-S yaitu pada rahang atas : Gigi 6 kanan kiri permukaan bukal dan Gigi 1 kanan permukaan lingual. Pada rahang bawah : Gigi 6 kanan kiri permukaan lingual dan Gigi 1 kiri permukaan labial</p> <p>Cara menghitungnya adalah :</p> <p><u>Debris Index</u> $DI = \text{Jml nilai debris}$ Jml gigi yg diperiksa</p> <p><u>Calculus Index</u> $CI = \text{Jml nilai calculus}$ Jml gigi yg diperiksa</p> <p>Sehingga, $OHI-S = DI + CI$</p>	Menurut Depkes RI 1999: $OHI-S =$ 0,0 – 1,2 (baik) 1,3 – 3,0 (sedang) 3,1 – 6,0 (buruk)	Skala Ordinal

4.8 Alat dan Bahan Penelitian

- Masker
- Handscoen
- Kaca Mulut
- Pinset
- Gelas Kumur
- Nierbacken
- Alat Tulis
- *Disclosing Solution*
- Air
- Kapas
- Alkohol 70%

4.9 Prosedur Penelitian

1. Mencatat data dari rekam medik pasien perawatan gigi di Rumah Sakit Universitas Brawijaya, dengan meminta izin terlebih dahulu kepada Kepala Lab Profesi rekam medik di Rumah Sakit Universitas Brawijaya.
2. Menentukan kriteria inklusi, dan melakukan sosialisasi kepada sampel mengenai maksud dan tujuan mengadakan penelitian tersebut. Dokter gigi muda (co-ass) harus berkomunikasi dengan baik dan sejelas-jelasnya agar maksud dan tujuan tersebut dapat diterima dan dimengerti oleh para sampel.
3. Selanjutnya, dokter gigi muda (co-ass) memberikan kuesioner *Health Belief Model* kepada orangtua sampel. Isi dari kuesioner tersebut yaitu ke 6 dimensi dari *Health Belief Model* (*Perceived susceptibility, Perceived severity, Perceived benefits, Perceived barriers, Cues to action, Self-efficacy*)
4. Dokter gigi atau dokter gigi muda (co-ass) melakukan pemeriksaan kebersihan gigi dan mulut yang diukur dengan suatu indeks kebersihan gigi dan mulut atau *Oral Hygiene Index Symplified* (OHI-S) yang diperoleh dengan melakukan pemeriksaan langsung di rongga mulut, anak yang telah dipilih sebagai sampel, dengan menggunakan kaca mulut. Karena sampel nya adalah anak – anak, maka langkah pertama

sebelum pemeriksa nya adalah, dokter gigi atau dokter gigi muda (co-ass) harus berkomunikasi dengan baik dengan anak tersebut agar anak tidak merasa takut untuk dilakukan pemeriksaan. Untuk gigi yang diperiksa adalah :

- **Rahang atas :** Gigi 6 kanan kiri permukaan *bukal*

Gigi 1 kanan permukaan *lingual*

- **Rahang bawah :** Gigi 6 kanan kiri permukaan *lingual*

Gigi 1 kiri permukaan *labial*

Setelah melakukan pemeriksaan tersebut, peneliti akan memberikan bingkisan (*reward*) untuk anak tersebut sebagai tanda terimakasih

5. Setelah semua data sudah didapatkan, selanjutnya peneliti mengolah dan menganalisis data tersebut.

4.10 Data Penelitian

4.10.1 Jenis data

Jenis data yang digunakan adalah Data Primer, Data primer adalah data yang diperoleh peneliti secara langsung (dari tangan pertama). Data primer juga dapat diartikan sebagai sumber data penelitian yang diperoleh secara langsung dari sumber aslinya, yaitu pendapat dari individu atau kelompok (orang) maupun hasil observasi dari suatu obyek, kejadian atau hasil pengujian (benda). Dengan kata lain, peneliti membutuhkan pengumpulan data dengan cara menjawab pertanyaan riset (metode survei) atau penelitian benda (metode observasi).

4.10.2 Analisis dan Pengolahan Data

Karena penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh *Health Belief Model* pada orangtua terhadap *Oral Hygiene Index Simplified* anak usia 8-15 tahun, maka digunakanlah analisis regresi sederhana.

Pengolahan data adalah suatu proses dalam memperoleh data ringkasan atau angka ringkasan dengan menggunakan cara-cara atau rumus-rumus tertentu (Siswanto dkk., 2013). Pengolahan data meliputi kegiatan berikut:

a. *Editing*

Editing adalah pengecekan atau pengkoreksian kembali data yang telah dikumpulkan karena kemungkinan data yang masuk (*raw data*) atau data yang terkumpul tidak logis dan meragukan. Tujuan *editing* adalah untuk menghilangkan kesalahan-kesalahan yang terdapat pada pencacatan di lapangan dan bersifat koreksi. *Editing* dilakukan dengan memeriksa kembali data yang telah terkumpul melalui lembar perhitungan *Oral Hygiene Index Simplified*, yaitu dengan memeriksa kembali apakah ada ketidaksesuaian atau kekosongan dan inkonsistensi dalam pengisian data yang telah dilakukan.

b. *Coding*

Coding adalah proses pemberian identitas setelah dilakukan *editing* pada data yang telah dikumpulkan.

c. Memasukkan Data (*data entry* atau *processing*)

Setelah data terpenuhi (perhitungan *Oral Hygiene Index Simplified*) kemudian data *entry* dimasukkan ke dalam program komputer.

d. Pembersihan Data (*cleaning*)

Pengecekan kembali data yang sudah di *entry* apakah ada kesalahan atau tidak.

Pada penelitian ini digunakan analisis data non parametrik dan pengujian statistiknya dengan uji korelasi Kendall.

4.11 Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan kuesioner mengenai dimensi *Health Belief Model* kepada orangtua dan pemeriksaan langsung pada rongga mulut anak perihal OHI-S, di

Rumah Sakit Universitas Brawijaya. Kuesioner merupakan alat riset atau survei yang terdiri atas serangkaian pertanyaan tertulis, bertujuan mendapatkan tanggapan dari kelompok orang. Dengan kuesioner kita dapat mengetahui keadaan atau data pribadi seseorang, pengalaman atau pengetahuan dan lain-lain yang dimilikinya sesuai dengan yang ada atau tidak (KBBI)

4.12. Etika Penelitian

Pada saat memulai penelitian ini, peneliti akan mengajukan permohonan izin kepada institusi (Fakultas) untuk mendapatkan surat keterangan penelitian yang sebelumnya harus lulus uji ethical clearance yang memenuhi aspek etika penelitian.

1. *Autonomy* (tanpa paksaan)

Responden dalam memutuskan kesediaannya untuk menjadi responden penelitian tidak ada paksaan dari siapapun.

2. *Confidentially* (kerahasiaan)

Untuk menjaga kerahasiaan dalam penelitian ini peneliti tidak mencantumkan nama akan tetapi identifikasi dilakukan dengan pemberian kode. Informasi yang dikumpulkan dijamin kerahasiaannya. Lembar format pengumpulan data yang sudah terisi disimpan dan hanya peneliti yang bisa mengaksesnya.

3. *Informed Consent* (kejelasan)

Untuk menghindari hal-hal yang tidak diinginkan maka dalam pelaksanaan penelitian ini responden diberikan lembar persetujuan menjadi responden. Dari X responden yang telah bersedia sebelum menyetujui menjadi responden, oleh peneliti diberikan penjelasan tertulis tentang tujuan, manfaat, prosedur, risiko penelitian, serta hak responden, dan waktu pelaksanaan. Pasien bersedia menjadi responden setelah mendapatkan penjelasan dan selanjutnya para responden tersebut mengisi informed consent dan ditandatangani.

4. *Beneficence* (keuntungan)

Responden yang mengikuti penelitian ini mendapatkan tambahan informasi tentang peranti ortodonti lepasan seperti keuntungan dan cara menjaga kebersihan mulut pengguna peranti ortodonti lepasan.

5. *Justice* (adil)

Dalam pelaksanaan penelitian ini responden diperlakukan secara adil baik sebelum, selama, dan sesudah keikutsertaan dalam penelitian tanpa ada diskriminasi.

6. *Non Maleficence* (tanpa melukai)

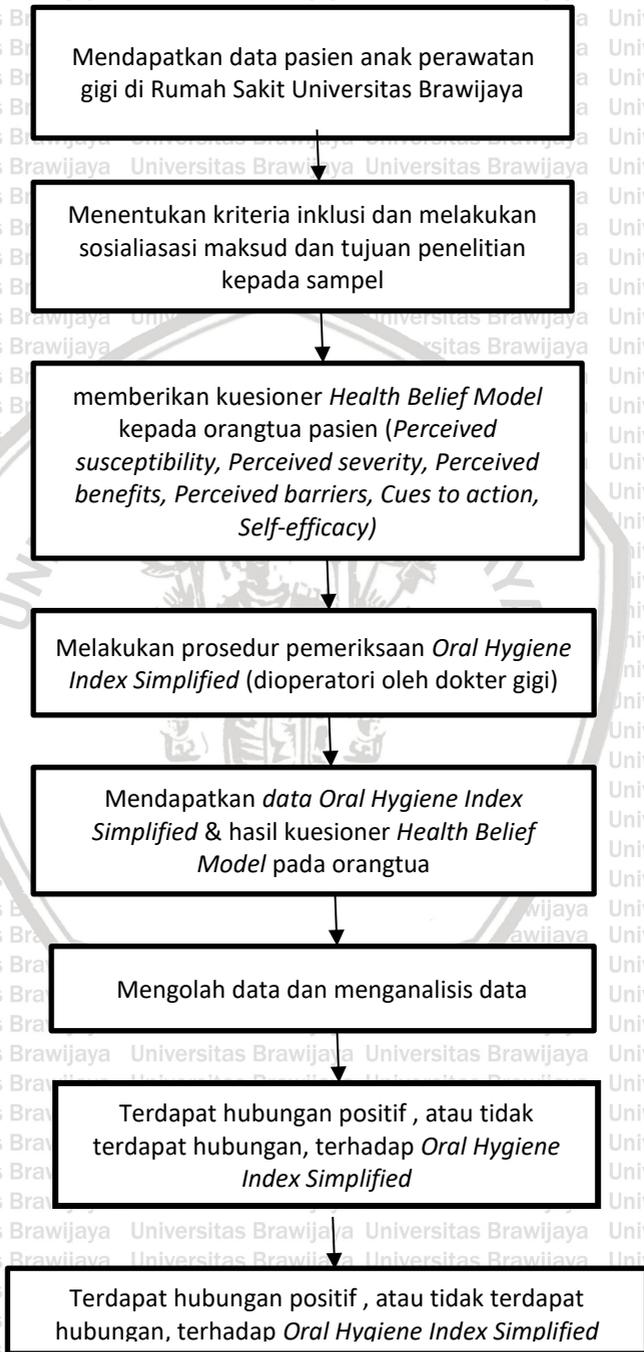
Penelitian dilakukan tanpa menyakiti atau melukai perasaan responden. Meyakinkan responden bahwa partisipasinya dalam penelitian atau informasi yang diberikan tidak dipergunakan dalam hal-hal yang bisa merugikan responden dengan cara memberikan pemahaman tentang maksud dan tujuan penelitian.

7. *Fidelity* (kesetiaan)

Peneliti tetap menjaga kesetiaan untuk tetap berkomitmen dan menepati janji yang telah disepakati dalam penelitian, serta akan tetap menjaga kerahasiaan tentang identitas dan informasi yang didapat dari responden.



ALUR PENELITIAN





BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini dilakukan pada 30 pasien anak usia 8-15 dan orangtua nya, yang memenuhi kriteria inklusi di Rumah Sakit Universitas Brawijaya Departemen Ilmu Kedokteran Gigi Anak. Kemudian dokter gigi muda (co-ass) melakukan pemeriksaan kebersihan gigi dan mulut yang diukur dengan suatu indeks kebersihan gigi dan mulut atau *Oral Hygiene Index Symplified* (OHI-S) yang diperoleh dengan melakukan pemeriksaan langsung di rongga mulut anak, peneliti sambil mencatat hasil pemeriksaan tersebut. Selanjutnya, peneliti memberikan kuisisioner *Health Belief Model* kepada orangtua sampel. Isi dari kuisisioner tersebut yaitu ke 6 dimensi dari *Health Belief Model* (*Perceived susceptibility, Perceived severity, Perceived benefits, Perceived barriers, Cues to action, Self-efficacy*), juga data usia anak dan orang tua yang menjadi responden penelitian.

5.1 Deskripsi Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

Berikut disajikan deskripsi statistik anak dan orang tua yang menjadi responden penelitian berdasarkan usia, seperti yang disajikan dalam Tabel 5.1 dan Tabel 5.2. Berdasarkan Tabel 5.1 diketahui bahwa orang tua yang berusia 28 tahun sebanyak 1 orang atau sekitar 3,3% dari total responden, orang tua yang berusia 29 tahun sebanyak 1 orang atau sekitar 3,3% dari total responden, orang tua yang berusia 30 tahun sebanyak 3 orang atau sekitar 10% dari total responden.

Tabel 5.1 Data Usia Orang Tua

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
28	1	3,3	3,3
29	1	3,3	6,7
30	3	10,0	16,7
32	2	6,7	23,3
33	1	3,3	26,7
34	5	16,7	43,3
35	2	6,7	50,0
36	1	3,3	53,3
37	7	23,3	76,7
38	4	13,3	90,0
39	2	6,7	96,7
44	1	3,3	100,0
Total	30	100,0	

Sumber: Data Primer Diolah (2018)

Sedangkan orang tua yang berusia 32 tahun sebanyak 2 orang atau sekitar 6,7% dari total responden, orang tua yang berusia 33 tahun sebanyak 1 orang atau sekitar 3,3% dari total responden, orang tua yang berusia 34 tahun sebanyak 5 orang atau sekitar 16,7% dari total responden, orang tua yang berusia 35 tahun sebanyak 2 orang atau sekitar 6,7% dari total responden, orang tua yang berusia 36 tahun sebanyak 1 orang atau sekitar 3,3% dari total responden, orang tua yang berusia 37 tahun sebanyak 7 orang atau sekitar 23,3% dari total responden, orang tua yang berusia 38 tahun sebanyak 4 orang atau sekitar 13,3% dari total responden, orang tua yang berusia 39 tahun sebanyak 2 orang atau sekitar 6,7% dari total responden, orang tua yang berusia 44 tahun sebanyak 1 orang atau sekitar 3,3% dari total responden. Ini menunjukkan bahwa orang tua yang menjadi responden penelitian sudah dalam kategori usia dewasa yang seharusnya memang telah berpengalaman dan mengetahui bagaimana menjaga kesehatan gigi anak.

Tabel 5.2 Data Usia Anak

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
5	1	3,3	3,3
6	2	6,7	10,0
8	11	36,7	46,7
9	9	30,0	76,7
10	5	16,7	93,3
11	1	3,3	96,7
12	1	3,3	100,0
Total	30	100,0	

Sumber: Data Primer Diolah (2018)

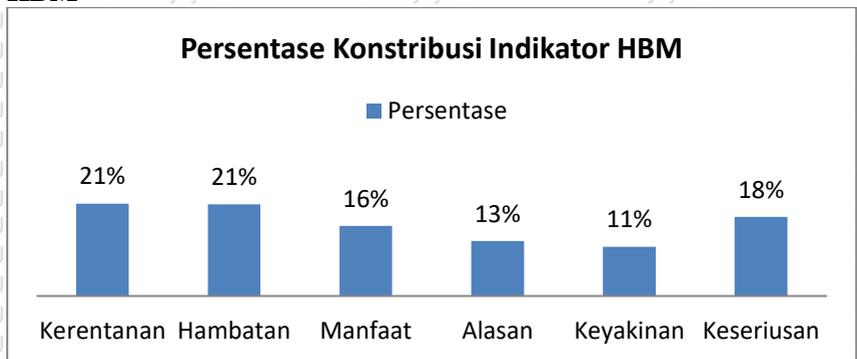
Berdasarkan Tabel 5.2, diketahui bahwa anak yang berusia 5 tahun sebanyak 1 orang atau sekitar 3,3% dari total responden, anak yang berusia 6 tahun sebanyak 2 orang atau sekitar 6,7% dari total responden, anak yang berusia 8 tahun sebanyak 11 orang atau sekitar 36,7% dari total responden, anak yang berusia 9 tahun sebanyak 9 orang atau sekitar 30% dari total responden, anak yang berusia 10 tahun sebanyak 5 orang atau sekitar 16,7% dari total responden, anak yang berusia 11 tahun sebanyak 1 orang atau sekitar 3,3% dari total responden, anak yang berusia 12 tahun sebanyak 1 orang atau sekitar 3,3% dari total responden. Ini menunjukkan bahwa sebagian besar anak berusia 8 tahun dan 9 tahun.

5.2 Deskripsi Kontribusi Setiap Indikator HBM

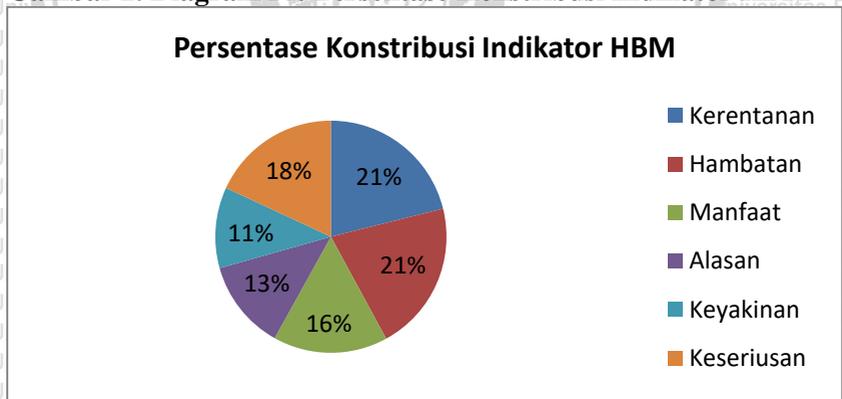
Berdasarkan Gambar 5.1 Diagram Batang dan Gambar 5.2 Diagram Pie indikator HBM (*Health Belief Model*) diketahui bahwa 21% dikarenakan oleh kerentanan, di mana orangtua merasa perlu berperilaku sehat karena merasa jika tidak menjaga kesehatan gigi dan mulut anak dengan baik, maka anak akan sangat rentan terkena penyakit. 21% dikarenakan oleh hambatan, di mana pada indikator tersebut, orangtua menjelaskan apa saja hambatan yang dirasa saat berperilaku sehat khususnya dalam bidang kesehatan gigi dan mulut pada anak, contohnya seperti anak mengantuk sehingga malas untuk menyikat gigi sebelum tidur, oleh karena itu orangtua berperan untuk

mendorong dan mengajak anak untuk berperilaku sehat. 16% dikarenakan oleh adanya manfaat, dimana orangtua merasa jika berperilaku sehat maka akan mendapatkan manfaat yang baik dalam kesehatan gigi & mulut sang anak.

Gambar 1. Diagram Batang Persentase Kontribusi Indikator HBM



Gambar 2. Diagram Pie Persentase Kontribusi Indikator HBM



Selain itu, 13% dikarenakan oleh adanya alasan khusus seperti dorongan dari saudara atau dari suatu media iklan yang menyadarkan orang tua untuk berperilaku sehat. 11% dikarenakan oleh keyakinan, yaitu adanya suatu keyakinan atau motivasi dari diri sendiri untuk berperilaku sehat. Dan 18% dikarenakan oleh keseriusan, yaitu orangtua merasa jika tidak berperilaku sehat terhadap kesehatan gigi

dan mulut sang anak, maka tidak menutup kemungkinan akan terkena suatu penyakit atau masalah dalam rongga mulut yang sangat serius dan berbahaya, sebagai contoh penyakit yang ditakuti orangtua adalah jika gigi anak berlubang sangat dalam, hingga menembus saraf gigi yang sangat membuat anak kesakitan hingga demam dan timbul masalah lain nya.

5.3 Uji Instrumen Penelitian

5.3.1 Uji Validitas

Suatu instrumen penelitian dikatakan valid atau sah jika nilai R-hitung lebih besar dari R-tabel atau Sig. (2-tailed) setiap variabel penelitian terhadap variabel total kurang dari taraf signifikansi yang diambil atau nilai Sig. (2-tailed) < 0,05 (Hair et al., 2009).

Tabel 5.3 Hasil Uji Validitas

Variabel	R-hitung	R-tabel	Sig. (2-tailed)	α	Kesimpulan
HBM	0,987	0,3610	0,000	0,05	Valid
OHI-S	0,865	0,3610	0,000	0,05	Valid

Sumber: Data Primer Diolah (2018)

Berdasarkan Tabel 5.3 di atas, diketahui bahwa nilai R-hitung variabel HBM sebesar 0,987 nilai > R-tabel sebesar 0,3610, dengan Sig. (2-tailed) sebesar 0,000 < 0,05, artinya, instrument penelitian yang digunakan untuk mengukur HBM Valid atau sah. Demikian juga dengan nilai R-hitung variabel OHI-S sebesar 0,865 lebih besar dari nilai R-tabel sebesar 0,3610 dengan nilai Sig. (2-tailed) 0,000 < 0,05, artinya, instrumen penelitian yang digunakan untuk mengukur OHI-S Valid atau sah.

5.3.2 Uji Reliabilitas

Suatu instrumen penelitian dikatakan reliabel jika nilai *Cronbach's Alpha* lebih besar dari 0,6 (Hair et al., 2009).

Tabel 5.4 Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,623	2



Sumber: Data Primer Diolah (2018)

Berdasarkan tabel 5.4 *Reliability Statistics* di atas, diketahui bahwa nilai *Cronbach's Alpha* untuk kedua items penelitian (HBM dan OHI-S) sebesar $0,623 > 0,6$, artinya instrumen penelitian yang digunakan untuk mengukur kedua variabel Reliabel atau handal atau konsisten.

Dalam penelitian ini tidak perlu dilakukan uji asumsi klasik, karena: (1) data yang digunakan merupakan data nominal, khususnya data variabel *dependent*-nya (OHI-S), (2) merupakan regresi sederhana karena hanya memiliki 1 (satu) variabel *independent*, dan (3) merupakan regresi logistik karena variabel dependennya berupa data nominal.

5.4 Analisis Regresi Linier

5.4.1 Uji Determinasi (*R-Square*)

Tabel 5.5 Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,772 ^a	,597	,582	,291

a. Predictors: (Constant), HBM

b. Dependent Variable: OHI-S

Sumber: Data Output SPSS (2018)

Berdasarkan Tabel 5.5 *Model Summary* di atas, diketahui bahwa nilai *Adjusted R-Square* sebesar 0,582. Artinya, 58,2% OHI-S dijelaskan oleh HBM, sedangkan sisanya, 41,8% dijelaskan oleh variabel-variabel *independent* lainnya yang tidak dipertimbangkan dalam penelitian.

5.4.2 Uji F

Tabel 5.6 ANOVA^a

Model	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
1 Regression	3,500	1	3,500	41,408	,000 ^b
Residual	2,367	28	,085		
Total	5,867	29			

a. Dependent Variable: OHI-S

b. Predictors: (Constant), HBM

Sumber: Data Output SPSS (2018)

Berdasarkan Tabel 5.6 ANOVA di atas, diketahui bahwa nilai F-hitung sebesar 41,408 dengan Sig. sebesar 0,000. Sementara nilai F-tabel untuk $\alpha = 0,05$ $df_1=1$ dan $df_2=28$ sebesar 4,195972. Ini menunjukkan bahwa nilai F-hitung > F-tabel dan Sig. < 0,05. Artinya, model regresi yang terbentuk memenuhi *goodness of fit model* atau model regresi dapat dipercaya dan dapat digunakan untuk memprediksi OHI-S. Dengan kata lain, HBM mempengaruhi OHI-S.

5.4.3 Pembentukan Model Regresi dan Uji t

Tabel 5.7 Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	-3,183	,818		-3,894	,001
HBM	,250	,039	,772	6,435	,000

a. Dependent Variable: OHI-S

Sumber: Data Output SPSS (2018)

Berdasarkan nilai B Tabel 5.7 Coefficients di atas maka dapat dibentuk Model Regresi hubungan HBM dengan OHI-S yaitu:

$$\text{OHI-S} = -3,183 + 0,250\text{HBM} + e$$

Berdasarkan model yang terbentuk, diketahui bahwa konstanta regresi bernilai negatif (-3,183). Artinya, tanpa adanya HBM maka nilai OHI-S negatif. Sedangkan koefisien HBM bernilai



positif sebesar 0,250. Artinya, semakin tinggi HBM maka semakin tinggi pula OHI-S. Adapun kenaikan di setiap satu satuan HBM akan menaikkan OHI-S sebesar 0,250 satuan.

Sementara itu, berdasarkan Tabel 5.7 pula, diketahui t-hitung variabel HBM sebesar 6,435 dengan Sig. sebesar 0,000. Adapun nilai t-tabel untuk $\alpha = 0,05$; $df=28$ sebesar 0,048407. Ini menunjukkan bahwa nilai t-hitung tidak berada di antara -t-tabel (-0,048407) sampai + t-tabel (0,048407) dan Sig. < 0,05. Artinya, HBM berpengaruh positif secara signifikan terhadap OHI-S.

5.5 Pembahasan

Dari hasil perhitungan yang telah dilakukan, dapat disimpulkan bahwa tanpa adanya HBM maka nilai OHI-S akan negatif, semakin tinggi HBM pada orangtua maka semakin baik pula OHI-S pada anak. Ketika orangtua mampu memiliki persepsi berperilaku sehat terutama dalam bidang kesehatan gigi dan mulut, maka hasil dari OHI-S anaknya pun ada pada kategori sedang atau baik, dan tidak ditemukan hasil OHI-S yang buruk. Karena 58,2% OHI-S dijelaskan oleh HBM, sedangkan sisanya, 41,8% dijelaskan oleh variabel-variabel lainnya yang tidak dipertimbangkan dalam penelitian seperti yang dijelaskan dalam penelitian Hendrik L. Blum, variabel lain nya seperti lingkungan, sarana pra-sarana dan genetik. Jika ketiga variabel tersebut diteliti dan bernilai baik pula, maka hasil OHI-S pun akan ada pada kategori baik.

Dalam pemeriksaan *Oral Hygiene Index* (OHI-S) anak, yang termasuk kategori baik berjumlah 4 anak atau 13.3% dari total responden, kategori sedang 24 anak atau 80% dari total responden dan kategori buruk sejumlah 2 anak atau 6.7% dari total responden. Dilihat dari hasil tersebut, yang paling dominan adalah pada kategori sedang, dan yang paling sedikit ada pada kategori buruk yaitu hanya 2 anak.



BAB VI PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan analisa data dan pembahasan dalam penelitian ini dapat diambil kesimpulan diantaranya :

- a. Rata-rata *Health Belief Model* (HBM) pada orangtua yaitu baik, atau dapat diartikan bahwa orangtua sudah paham dan memiliki persepsi untuk berperilaku sehat.
- b. Rata-rata *Oral Hygiene Index Simplified* (OHI-S) anak ada di kategori sedang, yaitu *range* 1,3 – 3,0.
- c. *Health Belief Model* (HBM) pada orangtua berpengaruh terhadap *Oral Hygiene Index Simplified* (OHIS) anak usia 8-15 tahun di RSUD.

6.2 Saran

- a. Bagi Pelayanan Kedokteran Gigi
Perlu mengadakan penyuluhan mengenai pentingnya berperilaku sehat, selain menjelaskan cara berperilaku sehat, pelayanan kedokteran gigi juga menjelaskan bagaimana dampak yang didapat jika seseorang tidak berperilaku sehat, agar seseorang dapat lebih paham, sadar dan terdorong untuk berperilaku sehat.
- b. Bagi Akademis
Menambah pengetahuan tentang pengaruh *Health Belief Model* (HBM) pada orangtua terhadap *Oral Hygiene Index* (OHI-S) anak usia 8-15 tahun di Rumah Sakit Universitas Brawijaya.
- c. Bagi Peneliti Selanjutnya
Perlu dilakukan penelitian lanjutan pada setiap indikator yang ada dalam *Health Belief Model* (HBM) dengan lebih detail.



DAFTAR PUSTAKA

- Anonim, 2012, World Health Statistic 2012. *Cause-specific Mortality and Morbidity*, WHO Library Cataloguing in Publication Data.
- Bandura , A. , and Locke , E. 2003 . *Negative Self - effi cacy and Goal Effects Revisited* . Journal of Applied Psychology , 88 , 87 – 99 .
- Becker MH .1974. *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. *Health Educ Monogr* 2:324-508,
- Blum, Hendrik L. 1974. *Planning for Health, Development and Application of Social Changes Theory*. New York: Human Sciences Press
- Conner, M. and Norman, P. 2003. *Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models*, 2nd Ed. Maidenhead: Open University Press
- Conner, Mark, Norman. Jul 1, 2005 . *Paul McGraw-Hill Education Psychology*. (UK)
- D Anggriana, Musyriyah. 2005. *Faktor Pendorong Motivasi Orang Tua Merawatkan Gigi Anak di Klinik Fakultas Kedokteran Gigi Unair*. *Maj. Ked. Gigi. (Dent. J.)*, Vol. 38. No. 1: 12–15
- Departemen Kesehatan RI. 1995. *Pedoman Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Gigi di Puskesmas*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 1999. *Profil Kesehatan Gigi Dan Mulut Di Indonesia*. Jakarta.
- Depkes RI, 1999. *Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010*. Jakarta.

- Depkes RI. 2013. Riset Kesehatan Dasar. Jakarta: Badan pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Penelitian
- Djuita, I., 1989. *Spesifik Protection, Sekolah Pengatur Rawat Gigi*, Jakarta
- anz, N. K. and Becker, M. H. (1984) The Health Belief Model: A Decade Later. *Health Education Quarterly*, 11, 1—47
- Ghofur, A., 2012. *Buku Pintar Kesehatan Gigi dan Mulut*. Penerbit Mitra Buku: Yogyakarta.
- Glanz., Rimer, & Lewis, 2002; 2003 National Cancer Institute [NCI]
- Greene, J.C. dan Vermillion, J.R., 1964. *The Simplified Oral Hygiene Index*, *J AmDent Assoc*, 68: 25-31.
- Gultom, M. 2009. *Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Ibu-Ibu Rumah Tangga Terhadap Pemeliharaan Kesehatan Gigi dan Mulut Anak Balitanya, Di Kecamatan Balige, Kabupaten Toba Samosir*. Sumatera Utara.
- Hasan, Iqbal, 2008. *Materi statistik I*. Jakarta. Bumi aksara
- Hochbaum, G. M., Sorenson, J. R. and Long, K. 1992. *Theorin Health Education Practice*. *Health Education Quarterly*, 19, 295-313.
- Hochbaum, G.M. 1958. *Public Participation in Medical Screening Programmes: A Socio-Psychological Study*. Washington DC: Government Printing Office.
- Hockenberry, M.J. & Wilson, D. 2007. *Wong's Nursing Care of Infants and Children, 8th ed*. St. Louis: Mosby.
- Hockenberry, M.J., & Wilson, D. 2007. *Nursing care of infants and children*. (8th ed.). St.louis: Mosby Elsevier.

Janz, N. K. and Becker, M. H. 1984. The health belief model: *a decade later*. *Health Education Quarterly*, 11, 1—47.

John B. Watson, Behaviorism, and Behavior: An Introduction to Comparative Psychology. Robert H. Wozniak Watson, J.B. (1924/1925). Behaviorism.

Lewin, K (1951). "*Frontiers of Group Dynamics: Concept, method and reality in social science, social equilibria, and social change*". *Human Relations*. 1: 5–41

Muscari, Mary, E. 2005. Panduan Belajar: *Keperawatan Pediatrik*. Jakarta: EGC.

Nio,B.K. 1989. *Preventive Dentistry Untuk Sekolah Pengatur Rawat Gigi*, Yayasan Pendidikan Kesehatan Gigi Indonesia: Bandung

Nurlia RU. Faktor penyebab terjadinya karies gigi pada murid SDN 1 Raha Kabupaten Muna. *Jurnal Studi Ilmu-Ilmu Sosial dan Keislaman* [serial online] 2011:127-139. Available from: URL:journal.iainkendari.ac.id

Nursalam. 2003. *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta. Salemba Medika

Ostberg, A., Halling, A. & Lindblad, U. 1999. *Gender Differences in Knowledge, Attitude, Behavior and Perceived Oral Health Among Adolescents*, *Acta Odontol Scand* 57(4):231-6.

Potter & Perry. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan Praktik*. Edisi 4 volume 1. EGC. Jakarta

Potter, P.A, Perry, A.G. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik*. Edisi 4. Volume 2. Alih Bahasa : Renata Komalasari, dkk. Jakarta: EGC.

Pratiwi D. *Gigi sehat dan cantik*. Jakarta: Buku Kompas, 2009: 52-3

- Rosenstock IM. 1974. *Historical Origins of The Health Belief Model*. Health Educ Monogr 2:328. Google Scholar
- Santrock, J. W. 2008. *Perkembangan Anak*. Jilid 1. Erlangga.
- Sarafino, E.P. 1994. *Health Psychology* (2.Ed). New York: Willey
- Sariningsih, Endang. 2012. *Merawat Gigi Anak Sejak Usia Dini*. Jakarta: Kompas Gramedia
- Skinner, B. F. 1938. Oxford, England: *Appleton-Century The behavior of organisms: An Experimental Analysis*. 457 pp.
- Stretcher, V. and Rosenstock, I.M. 1997. The Health Belief Model. In Glanz, K., Lewis, F.M. and Rimer, B.K., (Eds.). *Health Behaviour and Health Education: Theory, Research and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass. The behavior of Organisms: An Experimental Analysis.
- Sugiono. 2007. *Metode Penelitian Pendidikan, Pendekatan kuantitatif, kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta
- Trihendradi, C. 2011. *Langkah mudah melakukan analisis statistik menggunakan SPSS 19* / C.Trihendradi ; editor, Westriningsih Yogyakarta
- Watson, J.B. (1925). *Behaviorism*. New York, NY: W.W. Norton & Company, Inc. 180-190
- Wong, D, dkk. 2009. *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. Volume 1. Penerbit Buku Kedokteran EGC : Jakarta
- Wong, Donna L. 2009. *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Volume I* Alih bahasa Agus Sutarna dkk. Jakarta : EGC 1974. Abstract
- World Health Organization. 2012, Media Centre Oral Health
- Zuriah, Nurul. 2009. *Metodologi penelitian sosial dan pendidikan*. Jakarta: Bumi Aksara

