



**PERBEDAAN PENGETAHUAN DAN SIKAP TERHADAP
KESEHATAN GIGI DAN MULUT ANAK USIA 6-8 TAHUN
DI DAERAH URBAN DAN RURAL DI MALANG RAYA**

**SKRIPSI
UNTUK MEMENUHI PERSYARATAN
MEMPEROLEH GELAR SARJANA**

OLEH:

**SITI AISA
155070400111011**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN KEDOKTERAN GIGI
FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
MALANG
2019**

HALAMAN PENGESAHAN

PERBEDAAN PENGETAHUAN DAN PERILAKU TERHADAP KESEHATAN GIGI DAN MULUT ANAK USIA 6-8 TAHUN DI DAERAH URBAN DAN RURAL DI MALANG- RAYA

Oleh:
SITI AISA
155070400111011

Telah diujikan di depan Majelis Penguji Skripsi pada tanggal 12
September 2019 dan dinyatakan memenuhi syarat memperoleh
gelar Sarjana dalam Bidang Kedokteran Gigi

Menyetujui:
Pembimbing

drg. Merlya Balbeid., MMRS.
NIK. 20120875071312001

Malang,
Mengetahui

Ketua Program Studi Sarjana Kedokteran Gigi
Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Brawijaya

drg. Yuliana Ratna Kumala, Sp.KG.

NIP. 198004092008122004

HALAMAN PERSETUJUAN SKRIPSI

**PERBEDAAN PENGETAHUAN DAN SIKAP TERHADAP
KESEHATAN GIGI DAN MULUT ANAK USIA 6-8 TAHUN
DI DAERAH URBAN DAN RURAL DI MALANG RAYA**

Oleh :

Siti Aisa
NIM. 155070400111011



Menyetujui untuk diuji:
Pembimbing

drg. Merlya Balbeid,MMRS
NIK. 2012087507312001

PERNYATAAN ORISINALITAS SKRIPSI

Saya menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa sepanjang pengetahuan saya, di dalam naskah skripsi disertasi ini tidak terdapat karya ilmiah yang pernah diajukan oleh orang lain untuk memperoleh gelar akademik di suatu perguruan tinggi, dan tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis dikutip dalam naskah ini dan disebutkan dalam sumber kutipan dan daftar pustaka.

Apabila ternyata di dalam naskah disertasi ini dapat dibuktikan terdapat unsur-unsur plagiarasi, saya bersedia skripsi disertasi ini digugurkan dan gelar akademik yang telah saya peroleh SARJANA dibatalkan, serta diproses sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku (UU No.20 Tahun 2003, Pasal 25 ayat 2 dan Pasal 70).

Malang, September 2019

Yang menyatakan,

Siti Aisa

155070400111011



KATA PENGANTAR

Segala puji hanya bagi Allah SWT yang telah memberi petunjuk dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Perbedaan Pengetahuan dan Sikap Terhadap Kesehatan Gigi dan Mulut Anak Usia 6-8 Tahun di Daerah Urban dan Rural di Malang Raya”.

Dengan selesainya Skripsi ini, penulis mengucapkan terimakasih yang tak terhingga kepada :

1. drg. R. Setyohadi, MS dekan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Brawijaya yang telah memberikan saya kesempatan untuk menuntut ilmu di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Brawijaya.
2. drg. Yuliana Ratna Kumala, Sp.KG selaku Ketua Program Studi Sarjana Kedokteran Gigi Universitas Brawijaya.
3. drg. Merlya Balbeid, MMRS sebagai pembimbing yang telah memberikan bantuan, yang dengan sabar membimbing untuk bisa menulis dengan baik, dan senantiasa memberi semangat, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.
4. Dr. Muhammad Chair Effendi, drg., Su., Sp.KGA dan drg. Dyah Nawang Palupi P., M.Kes selaku dosen penguji yang telah meluangkan waktu dan pikirannya dalam memberikan ujian yang semata-mata dilakukan untuk menyempurnakan tugas akhir ini.
5. Segenap anggota Tim Pengelola Tugas Akhir FKG UB, yang telah membantu melancarkan urusan administrasi, sehingga penulis dapat melaksanakan Proposal dengan lancar.
6. Yang tercinta kedua orang tua penulis, Papa Niman dan Alm.Mama Eni Setiowati, serta kakak penulis yang tersayang Moch Herman Fadholi, SM yang selalumemberikan semangat, dorongan, kasih sayang, dan saranserta bantuan sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.
7. Seluruh keluarga penulis, yang telah memberi semangat dan selalu mendoakan sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan lancar.
8. Kepada sahabat-sahabat penulis Dara, Ella, Salsa, Ima, Ilyas, Raras, , Nadya, serta teman – teman angkatan 2015.
9. Semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kata sempurna, oleh karena itu penulis membuka diri untuk segala saran dan kritik yang membangun. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua orang.

Malang, September 2019

Penulis



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN SKRIPSI.....	iii
PERNYATAAN ORISINALITAS SKRIPSI.....	iv
ABSTRAK.....	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
DAFTAR SINGKATAN	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	3
1.3. Tujuan Penelitian	4
1.3.1. Tujuan Umum	4
1.3.2. Tujuan Khusus.....	4
1.4. Manfaat Penelitian	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	5
2.1. Sehat.....	5
2.1.1. Kesehatan Gigi dan Mulut.....	7
2.2. Perilaku	7
2.2.1. Sikap (<i>Attitude</i>).....	10
2.2.2. Pengetahuan (<i>Knowledge</i>).....	11
2.2.3. Praktiknya atau Tindakan (<i>Practice</i>)	13
2.3. Masyarakat Urban dan Rural.....	13
2.3.1. Daerah Urban	13
2.3.1.1. Kehidupan Sosial Masyarakat Urban.....	14
2.3.1.2. Karakteristik Kota	14
2.3.2. Daerah Rural	15
2.3.2.1 Kehidupan Sosial Masyarakat Rura	16
2.3.2.2. Karakteristik Desa.....	16
2.3.3. Perbedaan Desa dan Kota.....	17



BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN.....	19
3.1. Kerangka Konsep	19
3.2. Hipotesis Penelitian.....	20
BAB 4 METODE PENELITIAN DAN ANALISIS DATA	21
4.1. Rancangan Penelitian	21
4.2. Populasi dan Sampel	21
4.2.1. Populasi.....	21
4.2.2. Sampel	21
4.2.3. Kriteria Sampel	21
4.2.3.1 Kriteria Inklusi	21
4.2.3.2 Kriteria Eksklusi	22
4.3. Variabel Penelitian	22
4.4. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	22
4.5. Instrumen Penelitian.....	22
4.6. Definisi Operasional.....	22
4.7. Pengumpulan Data	23
4.8. Uji Validasi dan Uji Reliabilitas	23
4.9. Pengolahan dan Analisis Data.....	24
4.9.1. Pengolahan Data	24
4.9.2. Analisis Data	24
4.10. Alur Penelitian	25
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN	27
5.1. Gambaran Umum	27
5.2. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas	27
5.2.1. Hasil Uji Validitas.....	27
5.2.2. Hasil Uji Reliabilitas.....	28
5.3. Hasil Penelitian	29
5.3.1. Statistik Deskriptif Karakteristik Responden	29
5.3.2. Statistik Deskriptif Data Penelitian.....	29
5.3.3. Analisis Bivariat.....	30
5.4. Pembahasan.....	32
BAB 6 PENUTUP.....	37
6.1. Kesimpulan	37
6.2. Saran.....	37
DAFTAR PUSTAKA	39
LAMPIRAN.....	43



DAFTAR TABEL

No.	Judul Tabel	Hal.
4.1.	Defisi Operasional Variabel	22
5.1.	Hasil Uji Validitas	28
5.2.	Hasil Uji Reliabilitas	28
5.3.	Ringkasan Statistik Deskriptif Karakteristik Usia	29
5.4.	Statistik Deskriptif Variabel Pengetahuan dan Sikap	30
5.5.	Uji Normalitas <i>Shapiro Wilk</i>	31
5.6.	Uji <i>Mann Whitney</i>	31



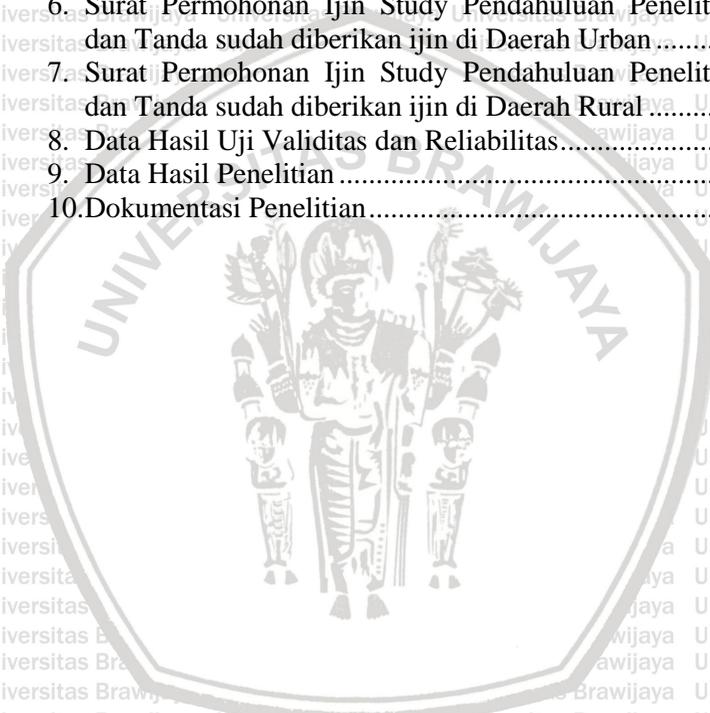
DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Proses Terbentuknya Sikap dan Reaksi.....	10
Gambar 3.1	Kerangka Konsep Penelitian.....	19
Gambar 4.1	Alur Penelitian.....	25
Gambar 5.4	Jenis Pekerjaan Orang Tua pada Daerah Rural.....	34



DAFTAR LAMPIRAN

No.	Judul Lampiran	Hal.
1.	<i>Ethical Clearance</i>	43
2.	Penjelasan untuk Mengikuti Penelitian	44
3.	<i>Informed Consent</i>	47
4.	Kisi-Kisi Kuesioner.....	48
5.	Kuesioner Pengetahuan dan sikap Kesehatan gigi dan mulut anak usia 6-8 tahun.....	49
6.	Surat Permohonan Ijin Study Pendahuluan Penelitian dan Tanda sudah diberikan ijin di Daerah Urban	50
7.	Surat Permohonan Ijin Study Pendahuluan Penelitian dan Tanda sudah diberikan ijin di Daerah Rural	51
8.	Data Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas.....	52
9.	Data Hasil Penelitian	55
10.	Dokumentasi Penelitian.....	63



DAFTAR SINGKATAN

Riskesdas : Riset Kesehatan Dasar

SD : Sekolah Dasar

WHO : *World Health Organization*



ABSTRAK

Siti Aisa, NIM: 155070400111011, Program Studi Sarjana Kedokteran Gigi, Fakultas Kedokteran Gigi, Universitas Brawijaya Malang, 12 September 2019, “Perbedaan Pengetahuan dan Sikap Kesehatan Gigi dan Mulut Anak Usia 6-8 Tahun di Daerah Urban dan Rural di Malang Raya” Pembimbing drg, Marlya Balbeid, MMRS.

Kesehatan gigi dan mulut hingga saat ini masih menjadi masalah di Indonesia, terutama pada anak usia dini. Anak usia dini perlu perhatian khusus karena sedang mengalami proses tumbuh kembang yang akan berpengaruh terhadap perkembangan kesehatan gigi dan mulut saat dewasa nanti. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui apakah ada perbedaan perilaku terhadap kesehatan gigi dan mulut anak usia 6-8 tahun di daerah urban dan rural di Malang Raya. Jenis penelitian yang digunakan adalah observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Penentuan sampel dilakukan dengan teknik *purposive sampling*. Jumlah sampel sebanyak 80 yang terbagi menjadi dua kelompok yaitu anak usia 6-8 tahun di daerah urban dan rural. Perbedaan perilaku kedua kelompok dianalisis menggunakan uji mann-whitney. Hasil penelitian seluruh anak usia 6-8 tahun pada kedua kelompok memiliki perilaku kesehatan gigi dan mulut yang baik, dengan skor rata-rata pengetahuan pada anak urban sebesar 49.71 dan sikap sebesar 44.40. Sedangkan pengetahuan pada anak rural menunjukkan sebesar 32.29 dan sikap sebesar 36.60. Hasil uji statistik perbedaan perilaku terhadap kesehatan gigi dan mulut anak usia 6-8 tahun pada kedua kelompok menunjukkan nilai $p=0,001$. Dapat disimpulkan jika terdapat perbedaan perilaku kesehatan gigi dan mulut anak usia 6-8 tahun di daerah urban dan rural di Malang Raya.

Keyword : kesehatan gigi dan mulut, anak usia 6-8 tahun, urban dan rural



ABSTRACT

Siti Aisa, NIM 155070400111011, study program of Dentistry Faculty Of Dentistry, Brawijaya University Malang, 12th September 2019, “The Differences of Knowledge and Atitude among 6-8 Years Childrentowards Oral and Dental Health in Urban and Rural Areas in Malang” Supervisor drg Merlya Balbeid, MMRS.

Oral health is a problem in Indonesia nowadays, especially in early childhood. Oral and dental health in early childhood needs special attention because they are in the process of growth and development that will affect the development of dental and oral health later. The purpose of this study is to find out the differences of 6-8 years old children's behaviour towards oral and dental health in the urban and rural areas in Malang. This research used observational analytic with the cross-sectional approach. The determination of the sample was done by purposive sampling technique. There where 80 samples divided into two groups; the students aged 6-8 years in urban and rural area. The differences in behaviour between the two groups were analyzed using the Mann-Whitney test. The results of the study of both groups have good oral dan dental health behaviours with an average score of knowledge 49.71 and the attitudesby 44.40 for urban area. While, in rural area the result pointed out 32.29 of knowledge and 36.60 of attitude. Statistical test results of the differences in 6-8 years old children's behaviour towards oral and dental health in both groups showed a value of $p = 0.001$. It can be concluded that there are differences in oral and dental health of children aged 6-8 years in urban and rural areas in Malang.

Keyword: oral and dental health, 6-8 years old children, urban and rural areas





BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan gigi dan mulut merupakan hal yang penting bagi kesehatan. Kesehatan gigi dan mulut di Indonesia masih merupakan hal yang perlu mendapat perhatian serius, hal ini dapat dilihat dari tingginya prevalensi penyakit gigi dan mulut yang di derita oleh masyarakat Indonesia. Berdasarkan Hasil Riset Kesehatan Dasar nasional pada tahun 2013 menunjukkan bahwa prevalensi masalah gigi dan mulut di Indonesia adalah 25,9% dan pada prevelensi anak yang mengalami masalah kesehatan gigi dan mulut berdasarkan karakteristik umur 5-9 tahun sebesar 28,9% (Riskesdas, 2013). Masalah kesehatan gigi dan mulut merupakan masalah yang rentan dihadapi oleh kelompok anak usia Sekolah Dasar (SD). Struktur gigi pada masa anak-anak, terutama usia SD, termasuk dalam jenis gigi bercampur yaitu gigi susu dan permanen yang rentan mengalami karies gigi (Sutjipto dkk, 2013).

Salah satu penyebab timbulnya masalah kesehatan gigi dan mulut adalah faktor perilaku mengabaikan kebersihan gigi dan mulut. Hal tersebut dilandasi oleh kurangnya pengetahuan akan pentingnya pemeliharaan gigi dan mulut. Anak masih sangat tergantung pada orang dewasa dalam hal menjaga kebersihan dan kesehatan gigi karena kurangnya pengetahuan anak mengenai kesehatan gigi dibandingkan orang dewasa (Frankari dalam Nugroho, 2014).

Pengetahuan kesehatan gigi dan mulut sebaiknya diberikan sejak usia dini, karena pada usia dini anak mulai mengerti akan pentingnya kesehatan serta larangan yang harus di jauhi atau kebiasaan yang dapat mempengaruhi keadaan giginya. Pemberian pengetahuan kesehatan gigi dan mulut sebaiknya pada anak usia sekolah. Sekolah Dasar (SD) merupakan suatu kelompok yang sangat strategis untuk penanggulangan kesehatan gigi dan mulut (Gopdianto dkk, 2015).

Perilaku kesehatan gigi meliputi pengetahuan, sikap dan tindakan yang berkaitan dengan konsep sehat dan sakit gigi serta upaya pencegahannya. Konsep kesehatan gigi adalah gigi dan semua jaringan yang ada di dalam mulut, termasuk gusi dan jaringan sekitarnya (Rahayu dkk, 2014). Perilaku juga memegang peranan penting dalam mempengaruhi status kesehatan gigi dan mulut.

Oleh karena itu, perilaku dapat mempengaruhi status kesehatan gigi dan mulut.



Salah satu faktor utama yang mempengaruhi kesehatan gigi dan mulut penduduk di negara berkembang adalah perilaku. Perilaku dan sikap orang tua dalam pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut sangat berpengaruh terhadap perilaku anak (Guswan, 2017). Sikap dikatakan sebagai respon evaluatif, yang hanya akan timbul apabila individu dihadapkan pada stimulus yang menghendaki adanya reaksi. Sikap dapat merupakan suatu pengetahuan, tetapi yang disertai kecenderungan untuk bertindak sesuai dengan pengetahuan (Rahayu dkk, 2014).

Kesehatan gigi dan mulut sangat erat hubungannya dengan pengetahuan, sikap, dan perilaku. Lingkungan sangat berperan dalam pembentukan sikap dan perilaku untuk anak upaya pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut antara lain meliputi tindakan menyikat gigi, kumur-kumur dengan larutan fluor. Menyikat gigi yang benar merupakan hal yang utama dalam upaya pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut. Untuk melakukan menyikat gigi ini dibutuhkan kemampuan motorik, selain itu perilaku anak untuk menjaga kesehatan gigi dan mulut juga penting, dimana usia sekolah dasar merupakan usia yang ideal untuk melatih kemampuan motorik seorang anak. Peran orang tua dan guru dibutuhkan untuk menjelaskan, memberi contoh, membimbing serta mendorong anak untuk memiliki perilaku yang baik dan diharapkan (Sutjipto dkk, 2013).

Dampak positif dari perawatan gigi dan mulut adalah selain gigi kuat dan nafas segar, mulut terjaga dari kuman dan bakteri yang menyebabkan penyakit gigi dan mulut. Dilihat dari ilmu pengetahuan, masih banyak dari anak-anak yang belum mengetahui pentingnya menjaga kesehatan gigi dan mulut sehingga mereka juga tidak mengetahui dampak dan efek yang timbul apabila mereka tidak menjaga dan merawat kebersihan gigi dan mulut. Selain itu, ada juga sekelompok anak-anak yang hanya mengetahui tapi tidak paham sehingga

mereka tidak menjaga kebersihan gigi dan mulut dengan baik dan benar (Meilawaty dkk, 2016).

Lingkungan hidup juga dapat mempengaruhi kesehatan gigi dan mulut, Adanya perbedaan lingkungan hidup antara lain masyarakat rural dan masyarakat urban yang dapat di lihat dari kepadatan penduduk, sarana dan pelayanan kesehatan, sarana pendidikan serta pengetahuan tentang pentingnya kesehatan gigi dan mulut.

Dari data profil kesehatan kota Malang tahun 2014 pada daerah Kedungkandang kesehatan gigi dan mulut berada di urutan terendah yaitu 75,04% siswa yang pernah mendapatkan perawatan dari 2.043 siswa, sarana dan pelayanan kesehatan hanya memiliki 1 puskesmas induk, 3 puskesmas pendukung, dan 2 dokter gigi. Sementara itu di Kecamatan Kedungkandang terdapat kepadatan penduduk sebanyak 4.374/km, sedangkan untuk daerah dinoyo yaitu 100% pernah mendapatkan perawatan dari 3.960 siswa. Untuk sarana dan pelayanan kesehatan memiliki 5 puskesmas, 1 rumah sakit umum dan 2 dokter gigi, untuk kepadatan penduduk sebanyak 8.500,93/km

Penulis memilih SD Islam Surya Buana Malang sebagai tempat penelitian di kota karena sekolah ini adalah salah satu sekolah swasta yang favorit di kota Malang. Dan sekolah ini sering mendapatkan juara di berbagai perlombaan, sehingga siswa-siswi yang sekolah disana diperkirakan memiliki pengetahuan kesehatan gigi dan mulut yang cukup baik. Penulis memilih SD Negeri Madyopuro 3 Kedungkandang kabupaten Malang karena keadaan sekolah yang kurang memadai untuk kegiatan belajar mengajar sehingga mempengaruhi pengetahuan kesehatan gigi dan mulut dan di kedua SD tersebut belum pernah dilakukan penelitian.

Berdasarkan latar belakang diatas penulis melakukan penelitian mengenai perbedaan perilaku kesehatan gigi dan mulut anak usia 6-8 tahun di daerah urban dan rural di Malang Raya. Di SD Negeri Madyopuro 3 Kedungkandang Malang dan SD Islam Surya Buana Lowokwaru Kota Malang. Sekolah

tersebut menjadi sasaran peneliti karena jumlah siswanya tergolong cukup banyak sehingga penulis mengharapkan hal tersebut mampu mempermudah dalam melaksanakan penelitian.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah diuraikan maka dapat dirumuskan masalah, yaitu “Apakah ada perbedaan pengetahuan dan sikap terhadap kesehatan gigi dan mulut anak usia 6-8 tahun di daerah urban (SD Islam Surya Buana Malang) dan rural (SDN Madyopuro 3 Kedungkandang) di Malang Raya?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui perbedaan pengetahuan dan sikap terhadap kesehatan gigi dan mulut anak usia 6-8 tahun di daerah urban dan rural di Malang Raya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui pengetahuan dan sikap anak usia 6-8 tahun di urban dan rural
2. Menganalisis perbedaan pengetahuan dan sikap terhadap kesehatan gigi anak usia 6- 8 tahun di daerah urban dan rural di Malang Raya.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Bagi Penulis

Penulis ingin mengetahui perbedaan pengetahuan dan sikap terhadap kesehatan gigi dan mulut anak usia 6-8 tahun di daerah urban dan rural di Malang Raya

2. Bagi Akademisi

Hasil penelitian ini di harapkan mampu sebagai informasi tentang kesehatan gigi dan mulut dan dapat

di gunakan sebagai referensi untuk melakukan penelitian lebih lanjut



BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Sehat

Sehat adalah kondisi normal seseorang yang merupakan hak hidupnya, sehat merupakan hukum alam yang mengatur tubuh, jiwa, dan lingkungan berupa udara segar, sinar matahari, diet seimbang, bekerja, istirahat, tidur, santai, kebersihan serta pikiran, kebiasaan serta hidup yang baik (Chandra, 2009). Menurut *Word Health Organization* (WHO) dalam Chandra (2009), sehat merupakan suatu keadaan kondisi fisik, mental dan kesejahteraan sosial yang merupakan satu kesatuan dan bukan hanya bebas dari penyakit atau cacat.

Menurut WHO, ada tiga komponen penting yang merupakan pentik dari satu kesatuan dalam definisi sehat yaitu:

1. Sehat Jasmani

Sehat jasmani merupakan komponen penting dalam arti sehat seutuhnya, berupa sosok manusia yang berpenampilan kulit bersih, nafas tidak bau, selera makan baik, tidur nyenyak dan seluruh fungsi fisiologis tubuh berjalan normal.

2. Sehat Mental

Sehat mental dan sehat jasmani selalu dihubungkan satu sama lain dalam pepatah kuno “jiwa yang sehat berada di dalam tubuh yang sehat”. Atribut seorang insan yang memiliki mental yang sehat sebagai berikut:

- a. Selalu merasa puas dengan apa yang ada pada dirinya, tidak pernah menyesal, santai dan selalu gembira serta tidak ada tanda-tanda konflik kejiwaan.
- b. Dapat bergaul dengan baik dan dapat menerima kritik serta tidak mudah tersinggung dan marah, pengertian dan toleransi terhadap kebutuhan emosi orang lain.
- c. Dapat mengontrol diri dan tidak mudah emosi serta tidak mudah takut, serta menghadapi dan dapat menyelesaikan masalah secara cerdas dan bijaksana.

3. Sehat Spiritual

Spiritual merupakan komponen tambahan pada definisi WHO dan memiliki arti penting dalam kehidupan sehari-hari dalam masyarakat. Setiap individu perlu mendapatkan pendidikan formal maupun informal, agar terjadi keseimbangan jiwa yang dinamis dan tidak monoton.

Menurut konsep Blum tahun 1974, dalam Notoatmodjo (2012), faktor- faktor yang berperan dalam masalah kesehatan secara umum dapat dibedakan atas empat macam yaitu:

- 1) Faktor keturunan
- 2) Faktor pelayanan kesehatan
- 3) Faktor lingkungan
- 4) Faktor prilaku

Menurut Skinner, (1938 dalam Notoatmodjo 2012) prilaku kesehatan adalah respon seorang (organisme) terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makan dan minum, serta lingkungan.

Kalsifikasi perilaku kesehatan di bagi menjadi 3 bagian yaitu:

- 1) Perilaku pemeliharaan kesehatan

Adalah perilaku atau usaha seorang untuk menjaga kesehatannya agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bila mana sakit. Pemeliharaan kesehatan terdiri dari 3 aspek yaitu:

- a. Perilaku pencegahan dan penyembuhan penyakit serta pemulihan kesehatan bila mana sembuh dari penyakit.
- b. Perilaku peningkatan kesehatan apabila seorang dalam keadaan sehat, karena harus mencapai kesehatan yang optimal.
- c. Perilaku gizi. Makanan dan minuman dapat memelihara dan meningkatkan seorang tetapi makanan dan minuman juga dapat menjadi penyebab menurunnya kesehatan dan juga mendatangkan penyakit.

- 2) Perilaku pencarian dan penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan atau prilaku pencarian pengobatan

Perilaku yang menyangkut pada saat seseorang menderita penyakit atau kecelakaan. Tindakan perilaku dimulai dengan cara mengobati diri sendiri sampai mencari pengobatan keluar negeri.

- 3) Perilaku kesehatan lingkungan

Bila seseorang merespon lingkungannya dengan baik itu fisik, sosial dan budaya, sehingga lingkungan tidak mengganggu kesehatannya, keluarga atau masyarakat. Misalnya bagaimana pengelolaan tinja, air minum, dan tempat pembuangan sampah serta limbah.

2.1.1 Kesehatan Gigi dan Mulut

Pemeliharaan kesehatan gigi dimulai ketika masih kecil, anak-anak dan bahkan sejak dalam kandungan, dengan makanan makanan yang banyak mengandung kalsium dan vitamin D yang diperlukan tubuh untuk menyerap kalsium sehingga tulang dan gigi menjadi kuat (Tauchid dkk, 2016).

Salah satu pemeliharaan kesehatan gigi adalah meningkatkan pengetahuan seperti selalu menyikat gigi setelah makan, minimal dua kali sehari yaitu setelah sarapan pagi dan setelah makan malam atau sebelum tidur, memberikan fluor yang dapat diperoleh melalui air yang diperkaya fluor, ikan atau pasta gigi, efektifitas kebersihan plak gigi dan melakukan pemeriksaan mulut secara teratur.

Kebiasaan menjaga kesehatan gigi dan mulut usia 6-12 tahun:

- 1) Penyikatan gigi dan pemakaian pasta gigi sudah sepenuhnya dilakukan oleh anak. Pemberian *disclosing solution* dapat dilakukan agar anak dapat melihat bagian-bagian yang kotor pada gigi. Adapun teknik penyikatan gigi yang dapat diterapkan pada anak usia ini adalah teknik *roll*.
- 2) Pemakaian *flossing* pada gigi-gigi dengan kontak yang sangat rapat. Orang tua perlu mengajarkan cara penggunaan *flossing*, agar tidak terjadi luka / trauma pada gusi.
- 3) Pemberian sediaan fluor melalui aplikasi fluor dan obat kumur sudah dapat dilakukan bagi anak-anak yang telah memiliki kemampuan menelan yang baik.
- 4) Tindakan profilaksis profesional seperti *scaling* dan *root planning* dilakukan oleh dokter gigi.

2.2 Perilaku

Perilaku adalah aktivitas organisme (makhluk hidup) yang bersangkutan (Notoatmodjo, 2012). Menurut Skinner dalam Notoatmodjo (2012), perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Dilihat dari bentuk respons terhadap stimulus, perilaku dibedakan menjadi 2, yaitu :

a. Perilaku Tertutup (*Covert Behaviour*)

Perilaku tertutup adalah respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tertutup (*covert*). *Covert Behaviour* disebut juga *unobservable behaviour*. Respon atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan/kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut dan belum dapat diamat secara jelas oleh orang lain.

b. Perilaku Terbuka (*Overt Behaviour*)

Perilaku terbuka merupakan respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respon terhadap stimulus sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek (*practice*) yang mudah diamati oleh orang lain.

Perilaku kesehatan adalah suatu respons seseorang (organisme) terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, dan minuman, serta lingkungan. Berdasarkan batasan tersebut, perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi 3 kelompok, yaitu :

1. Perilaku pemeliharaan kesehatan (*health maintenance*)

Perilaku pemeliharaan kesehatan adalah perilaku atau usaha-usaha seorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bilamana sakit. Perilaku pemeliharaan kesehatan ini terdiri dari 3 aspek, yaitu :

a. Perilaku pencegahan penyakit, dan penyembuhan penyakit bilamana sakit, serta pemulihan kesehatan bilamana telah sembuh dari penyakit.

- b. Perilaku peningkatan kesehatan, apabila seseorang dalam keadaan sehat. Kesehatan itu sangat dinamis dan relative, jadi orang yang sehat perlu diupayakan supaya mencapai tingkat kesehatan yang seoptimal mungkin.
- c. Perilaku gizi (makanan) dan minuman dapat memelihara dan meningkatkan kesehatan seseorang, dan juga sebaliknya makanan dan minuman dapat menjadi penyebab menurunnya kesehatan seseorang, bahkan dapat mendatangkan penyakit.

2. Perilaku pencarian dan penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan atau sering disebut perilaku pencarian pengobatan (*Health Seeking Behavior*)

Perilaku ini adalah menyangkut tindakan seseorang pada saat menderita penyakit atau kecelakaan tindakan atau perilaku ini dimulai dari mengobati sendiri (*self treatment*) sampai mencari pengobatan ke luar negeri.

3. Perilaku kesehatan lingkungan

Bagaimana seseorang merespons lingkungan, baik lingkungan fisik maupun sosial budaya, sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatan. Misalnya bagaimana mengelola pembuangan tinja, air minum, tempat pembuangan sampah, pembuangan limbah dan sebagainya.

Klasifikasi Perilaku Kesehatan menurut Becker dalam Notoatmodjo (2012), antara lain :

1. Perilaku hidup sehat (*Healthy Life Style*)

Perilaku hidup sehat adalah kegiatan seseorang untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya atau pola hidup sehat (*Healthy Life Style*). Perilaku hidup sehat, antara lain:

- a. Makan dengan menu seimbang (*appropriate diet*), yaitu mengandung zat-zat gizi yang diperlukan tubuh dan cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh.

- b. Olahraga teratur, yaitu mencangkup kualitas (gerakan) seperti frekuensi dan waktu yang digunakan untuk olahraga.
- c. Tidak merokok, sebab merokok adalah kebiasaan jelek yang mengakibatkan berbagai macam penyakit.
- d. Tidak minum minuman keras dan narkoba
- e. Istirahat yang cukup, karena dengan meningkatnya kebutuhan hidup menyebabkan seseorang harus bekerja keras dan berlebihan, hal ini juga dapat membahayakan kesehatan.
- f. Mengendalikan stress, setres akan terjadi pada siapapun dan akibatnya bermacam-macam bagi kesehatan. Stress tidak dapat kita hindari, yang penting di jaga agar stress tidak menyebabkan gangguan kesehatan, dan mengelola stress dengan kegiatan-kegiatan positif.
- g. Perilaku atau gaya hidup lain yang positif bagi kesehatan, seperti penyesuaian diri dengan lingkungan.

2. Perilaku Sakit (*illness behavior*)

Perilaku sakit ini mencakup respons seseorang terhadap sakit dan penyakit, persepsinya terhadap sakit, pengetahuan tentang: penyebab dan gejala penyakit, pengobatan penyakit dan sebagainya.

3. Perilaku Peran Sakit (*the sick role behavior*)

Dari segi sosiologi, orang sakit (mempunyai peran yang mencakup hak-hak orang sakit (*right*) dan kewajiban sebagai orang sakit (*obligation*). Hak dan kewajiban ini harus diketahui oleh orang sakit sendiri maupun orang lainnya (terutama keluarganya), perilaku ini meliputi:

- a. Tindakan untuk memperoleh kesembuhan.
- b. Mengenal atau mengetahui fasilitas atau sarana pelayanan atau penyembuhan penyakit yang layak.
- c. Mengetahui hak (misalnya: hak memperoleh perawatan, memperoleh pelayanan kesehatan dan sebagainya) dan kewajiban orang sakit (memberitahukan penyakitnya kepada orang lain terutama kepada dokter atau petugas

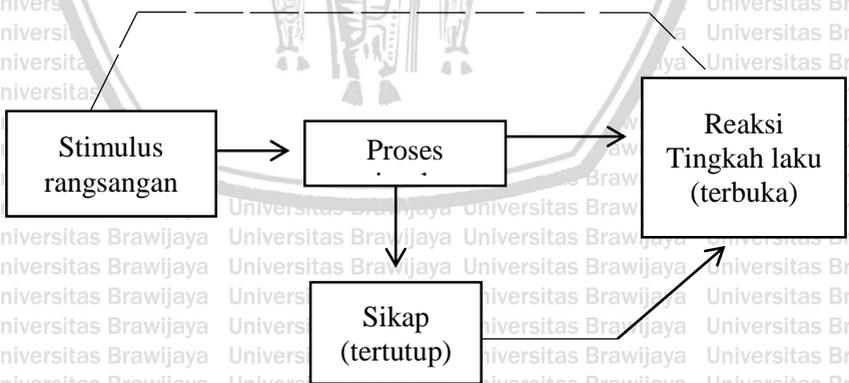
kesehatan, tidak menularkan penyakitnya pada orang lain dan sebagainya).

Benyamin Bloom dalam Notoatmodjo (2012), membagi perilaku menjadi 3 domain yaitu kognitif (*cognitive*), afektif (*affective*), dan psikomotor (*psychomotor*). Dalam perkembangannya, teori Bloom dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan, yaitu Sikap (*attitude*), Pengetahuan (*knowledge*), dan Praktek atau tindakan (*practice*).

2.2.1 Sikap (*Attitude*)

Sikap adalah respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap objek, menifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap sosial. Menurut Newoomb dalam Notoatmodjo (2011), sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksana motif tertentu.

Proses Terbentuknya Sikap dan Reaksi



Gambar 2.1 Proses Terbentuknya Sikap dan Reaksi (Notoatmodjo, 2011)

Komponen pokok sikap menurut Allport dalam Notoatmodjo (2011), dibagi menjadi 3, yang secara bersama-sama akan membentuk sikap yang utuh (*total attitude*), yaitu :

1. Kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu objek
2. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek
3. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*)

Sikap terdiri dari berbagai tingkatan, antara lain :

1. Menerima

Menerima diartikan orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).

2. Merespons (*responding*)

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

3. Menghargai (*valuing*)

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

4. Bertanggung jawab (*responsible*)

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

2.2.2 Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, yang terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindra manusia, sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau ranah kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*) pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan, yaitu:

1. Tahu (*know*)

Tahu adalah sebagai meningkatkan suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya yaitu meningkatkan kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dan seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah di terima. Tahu ini merupakan tingkatan pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain dapat menyebutkan, mendefinisikan dan sebagainya. Misalnya: dapat menyebutkan tanda-tanda kekurangan kalori dan protein pada anak balita.

2. Memahami (*comprehension*)

Memahami adalah suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, contoh, menyimpulkan terhadap objek yang dipelajari. Misalnya dapat menjelaskan mengapa harus makan makanan yang bergizi.

3. Aplikasi (*application*)

Aplikasi adalah kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya. Seperti aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode dan sebagainya. Misalnya dapat menggunakan rumus statistic dalam perhitungan-perhitungan hasil penelitian, dapat menggunakan prinsip-prinsip siklus pemecahan masalah (*problem solving cycle*) di dalam pemecahan masalah kesehatan dari kasus yang diberikan.

4. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis dapat di lihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan dan sebagainya.

5. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Misalnya: dapat menyesuaikan terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

6. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi. Penilaian-penilaian didasarkan pada kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada. Misalnya, dapat membandingkan antara anak yang cukup gizi dengan anak yang kekurangan gizi.

2.2.3 Praktik atau Tindakan

Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan ia akan melaksanakan atau mempraktikkan apa yang diketahui atau disikapinya. Inilah yang di sebut praktik (*practice*) kesehatan dapat juga dikatakan perilaku kesehatan (*overt behaviour*).

Indikator praktik kesehatan ada 3 macam yaitu, tindakan (praktik) sehubungan dengan penyakit, tindakan (praktik) pemeliharaan dan peningkatan kesehatan, tindakan (praktik) kesehatan lingkungan.

2.3 Masyarakat Urban dan Rural

2.3.1 Daerah Urban

Urban adalah sebagai pusat pendomisian yang bertingkat-tingkat sesuai dengan sistem administrasi Negara yang bersangkutan. Oleh sebab itu kota dikenal sebagai ibu kota. Disamping itu kota juga merupakan pusat dari kegiatan-

kegiatan kebudayaan, sosial, ekonomi, dan komunitas. Sedangkan, menurut Mansyur masyarakat kota adalah anggota-anggota terdiri dari manusia yang bermacam-macam tingkat hidup, pendidikan, kebudayaan dan lain-lain (Mansyur). Mayoritas penduduknya hidup berjenis-jenis usaha yang bersifat non agraris.

Ciri perkotaan menurut Herlianto (1997) yaitu:

1. Pertumbuhan penduduk perkotaan yang tidak terkendali.
2. Perumahan rakyat dan sarana fisik serta sosial yang makin tidak memadai
3. Lingkungan hidup dan kesehatan yang makin merosot.
4. Ekonomi kota dan kesempatan kerja yang makin tidak seimbang.
5. Lalulintas dan transportasi yang makin meningkat
6. Organisasi dan manajemen perkotaan yang makin tidak mampu.

Adapun beberapa ciri khas yang menggambarkan penduduk kota yaitu:

- a. Kehidupan keagamaan kurang
- b. Orang-orang kota sukar untuk disatukan karena perbedaan kepentingan, paham politik, perbedaan agama, dan sebagainya
- c. Perbedaan pendidikan juga merupakan ciri masyarakat kota untuk membedakan pembagian kerja
- d. Pekerjaan juga mempengaruhi ciri masyarakat yaitu kemungkinan mendapatkan pekerjaan lebih banyak diperoleh orang kota dari pada orang desa
- e. Jalan pikiran rasional yang pada umumnya dianut masyarakat kota
- f. Jalan kehidupan yang cepat di kota, mengakibatkan pentingnya faktor waktu bagi warga kota
- g. Perubahan sosial tampak nyata di kota, misal adanya pengaruh dari luar sehingga menimbulkan pertentangan antara golongan tua dengan golongan muda.

2.3.1.1 Kehidupan Sosial Masyarakat Urban

Di daerah perkotaan, kurang dapat bersosialisasi karena masing-masing sudah sibuk dengan kepentingannya sendiri-sendiri. Pola interaksi masyarakat pedesaan adalah dengan prinsip kerukunan, sedang masyarakat perkotaan lebih ke motif ekonomi, politik, pendidikan, dan kadang hierarki. Pola solidaritas sosial masyarakat pedesaan timbul karena adanya kesamaan-kesamaan kemasyarakatan, sedangkan masyarakat kota terbentuk karena adanya perbedaan-perbedaan yang ada dalam masyarakat.

Tak bisa dipungkiri bahwa tingkat emfisema dan bronchitis kronis digalakkan oleh rokok dan polusi udara di perkotaan. Kita mengetahui bahwa udara di perkotaan sudah kurang sehat dan kurang baik untuk dihirup.

2.3.1.2 Karakteristik Kota

Urban community atau masyarakat perkotaan ini memiliki karakteristik yang berbeda dengan masyarakat pedesaan. Beberapa karakteristik masyarakat perkotaan menurut Hartono dan Hunt dalam Jamaludin (2015) :

- 1) Teknologi rasional, yang berkembang seiring dengan pertumbuhan kota-kota kecil yang terbuka terhadap daerah lain.
- 2) Institusi pemerintah formal yang berdasarkan pada batas wilayah bukannya pada sistem kekeluargaan.
- 3) Organisasi sosial yang berdasarkan bidang pekerjaan dan kelas sosial, bukan pada sistem kekerabatan.
- 4) Adanya pembagian kerja ke dalam beberapa bidang pekerjaan khusus.

2.3.2 Daerah Rural

Rural community yang kerap disebut atau nama lain dari masyarakat desa merupakan sekumpulan individu yang berinteraksi satu sama lain. Desa adalah kesatuan wilayah yang dihuni oleh sejumlah keluarga, yang mempunyai sistem

pemerintahan sendiri (dikepalai oleh seorang kepala desa). Sedangkan, menurut Egon E. Bergel (2001), menjelaskan bahwa desa selalu dikaitkan dengan pertanian dan desa sebagai pemukiman para petani (*peasants*). Sekalipun demikian, faktor pertanian bukanlah satu-satunya ciri yang harus melekat pada setiap desa.

Beberapa ciri khas yang menggambarkan penduduk desa yaitu:

- a. Kehidupan dan mata uang pencaharian di desa sangat erat hubungannya dengan alam.
- b. Anggota keluarga mengambil peran dalam kegiatan bertani dengan tingkat keterlibatan yang berbeda-beda.
- c. Masyarakat desa sangat terikat dengan lingkungan dan nilai-nilai yang dianutnya.
- d. Terbangunnya kekerabatan yang sangat kuat, pola kehidupan keluarga dan masyarakat yang saling bergantung, sehingga berkembang nilai-nilai gotong royong, kerja sama, dan tolong menolong.
- e. Corak feodalisme masih tampak meskipun dalam perkembangannya mulai berkurang.
- f. Hidup di desa banyak berkaitan dengan tradisi, nilai, norma adat yang telah berkembang secara turun-menurun dari satu generasi ke generasi berikutnya, sehingga masyarakat desa cenderung dicap “statis”.
- g. Keterbukaan dan keterlibatan yang sangat erat dengan permasalahan keagamaan yang sangat kental.
- h. Sebagian masyarakat masih meyakini kepercayaan yang bersifat mistis, sehingga tidak menerima hal-hal yang bersifat rasional dan kurang kritis.
- i. Kondisi alam atau kepadatan penduduk dengan beban tanggungan keluarga besar, dan sempitnya lahan pekerjaan bagi masyarakat mengakibatkan tingginya angka kemiskinan di desa sehingga kerap mendorong sikap apatis.

2.3.2.1 Kehidupan Sosial Masyarakat Rural

Kehidupan masyarakat pedesaan dicirikan oleh kegiatan yang pada umumnya bercorak agraris. Aktivitas kesehariannya masih didominasi oleh pengaruh lingkungan alam. Dengan kata lain pengaruh lingkungan atau kondisi alam setempat masih sangat erat mewarnai tatanan dan pola hidup penduduk desa. Hubungan antara warga masyarakat erat, saling mengenal, dan gotong royong. Penderitaan seseorang di pedesaan pada umumnya menjadi penderita semua pihak.

Sistem kekerabatan dan kelompok kekerabatan masih memegang peran penting. Penduduk masyarakat pedesaan pada umumnya hidup dari pertanian, walaupun terlihat adanya tukang kayu, tukang genteng dan bata, tukang membuat gula, akan tetapi inti pekerjaan penduduk adalah pertanian. Pekerjaan-pekerjaan di samping pertanian, hanya merupakan pekerjaan sampingan saja.

Golongan orang-orang tua pada masyarakat pedesaan umumnya memegang peranan penting. Orang akan selalu meminta nasihat kepada mereka apabila ada kesulitan-kesulitan yang dihadapi. Kekuasaan-kekuasaan pada umumnya terpusat pada individu seorang kiyai, ajengan, lurah dan sebagainya.

Pedesaan merupakan sebuah komunitas kecil, sehingga para warganya saling mengenal dan bergaul secara intensif, karena kecil, maka setiap bagian dan kelompok khusus yang ada di dalamnya tidak terlalu berbeda antara satu dan lainnya, para warganya dapat menghayati lapangan kehidupan mereka dengan baik. Selain itu masyarakat pedesaan memiliki sifat solidaritas yang tinggi, kebersamaan dan gotong royong yang muncul dari prinsip timbal balik. Artinya sikap tolong menolong yang muncul pada masyarakat desa lebih dikarenakan hutang jasa atau kebaikan.



2.3.2.2 Karakteristik Desa

Desa atau lingkungan pedesaan merupakan sebuah komunitas yang selalu dikaitkan dengan kebersahajaan (*simplicity*), keterbelakangan, tradisionalisme, subsistensi, dan keterisolasian. Karakteristik desa Menurut Roucek dan Warren dalam Jamaluddin (2015) :

1. Besarnya kelompok primer.
2. Faktor geografik yang menentukan sebagai dasar pembentukan kelompok/asosiasi.
3. Hubungan lebih bersifat intim dan awet.
4. Mobilitas sosial rendah.
5. Keluarga lebih ditekankan fungsinya sebagai unit ekonomi.
6. Populasi anak dalam proporsi yang besar.

2.3.3 Perbedaan Desa dan Kota

Beberapa ciri yang dapat dipergunakan sebagai petunjuk untuk membedakan antara desa dan kota. Dengan melihat perbedaan-perbedaan yang ada, agar dapat mempengaruhi kesulitan dalam menentukan apakah suatu masyarakat dapat disebut sebagai masyarakat pedesaan atau masyarakat perkotaan. Ciri-ciri tersebut adalah:

- 1) Jumlah dan kepadatan penduduk
Meskipun tidak ada ukuran pasti, kota memiliki penduduk yang jumlahnya lebih banyak dibandingkan desa. kepadatan penduduk mempunyai pengaruh yang besar terhadap pola pembangunannya.
- 2) Lingkungan umum dan orientasi terhadap alam
Masyarakat pedesaan berhubungan kuat dengan alam, karena lokasi geografisnya di daerah desa. penduduk yang tinggal di desa akan banyak ditentukan oleh kepercayaan dan hukum alam. Berbeda dengan penduduk yang tinggal di kota yang kehidupannya “bebas” dari realitas alam.
- 3) Lingkungan hidup
Lingkungan hidup di desa sangat jauh berbeda dengan di kota. lingkungan desa terasa lebih dekat dengan alam

bebas seperti udara bersih, sinar matahari cukup, dan tanah yang subur, sedangkan lingkungan perkotaan yang sebagai besar dilapisi beton dan aspal, udara yang terasa pengap karena tercemar adanya asp buangan cerobong pabrik kendaraan bermotor. Semuanya itu disebabkan kota sudah terlalu banyak mengalami sentuhan teknologi.

4) Ukuran komunitas

Komunitas pedesaan biasanya lebih kecil dari komunitas perkotaan

5) Mata pencaharian

Pada umumnya mata pencaharian di daerah pedesaan adalah bertani tapi tak sedikit juga yang bermata pencaharian berdagang, sebab beberapa daerah pertanian tidak lepas dari kegiatan usaha. Sedangkan mata pencaharian di daerah perkotaan lebih bervariasi dan mengarah kebidang industri

6) Corak kehidupan sosial (homogenitas dan heterogenitas)

Corak kehidupan sosial di desa dapat dikatakan masih homogenitas. karena disana saling bertemu berbagai suku bangsa, adat istiadat, agama, dan perilaku yang Nampak pada masyarakat pedesaan bila dibandingkan dengan masyarakat perkotaan. Sebaliknya di kota sangat heterogen, terdiri dari orang-orang dengan macam-macam perilaku.

7) Mobilitas sosial

Mobilitas sosial di kota jauh lebih besar dari pada desa, di kota seseorang memiliki kesempatan lebih besar untuk mengalami mobilitas sosial, baik vertical (perpindahan penduduk yang lebih tinggi atau lebih rendah) maupun horizontal (perpindahan ke pekerjaan lain yang setingkat)

8) Pola interaksi sosial

Pola interaksi sosial pada suatu masyarakat ditentukan oleh struktur sosial masyarakat yang bersangkutan, sedangkan struktur sosial dipengaruhi oleh lembaga sosial yang ada pada masyarakat tersebut.

9) Diferensiasi sosial

Keadaan heterogen dari penduduk kota berindikasi pentingnya derajat yang tinggi di dalam diferensiasi sosial. Lain halnya dengan di pedesaan yang tidak terlalu mementingkan diferensi sosial.

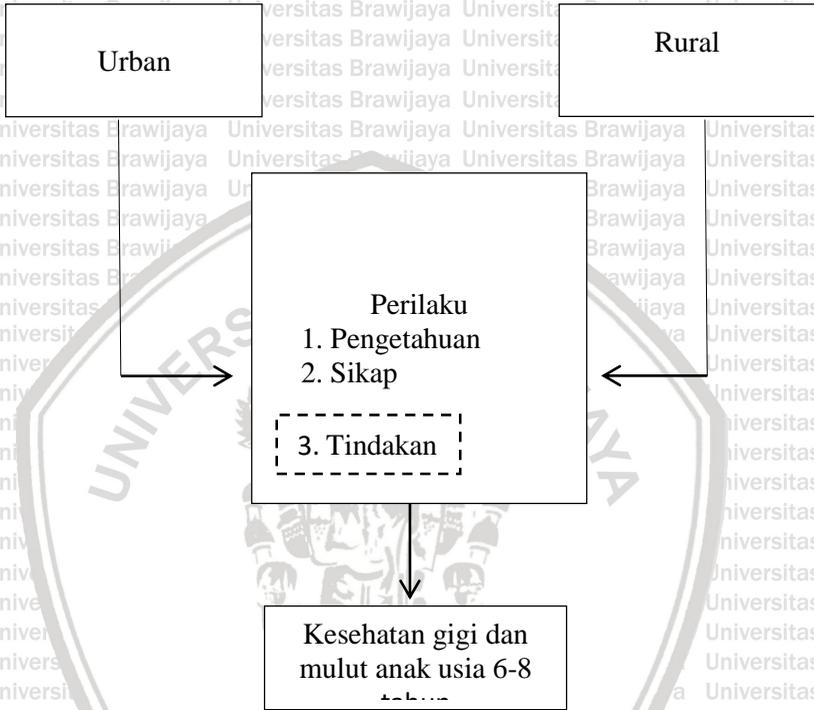
10) Pelapis sosial

Kelas sosial di dalam masyarakat sering Nampak dalam bentuk “piramida terbalik” yaitu kelas-kelas yang tinggi berada pada posisi atas piramida, kelas menengah ada diantara kedua tingkat kelas ekstrem dari masyarakat yaitu rural dan urban.



BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep



Keterangan

— = Variabel yang diteliti

- - - - - = Variabel yang tidak diteliti

Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian (Notoatmodjo, 2011; Mansyur, 1977; Jamaludin, 2015)

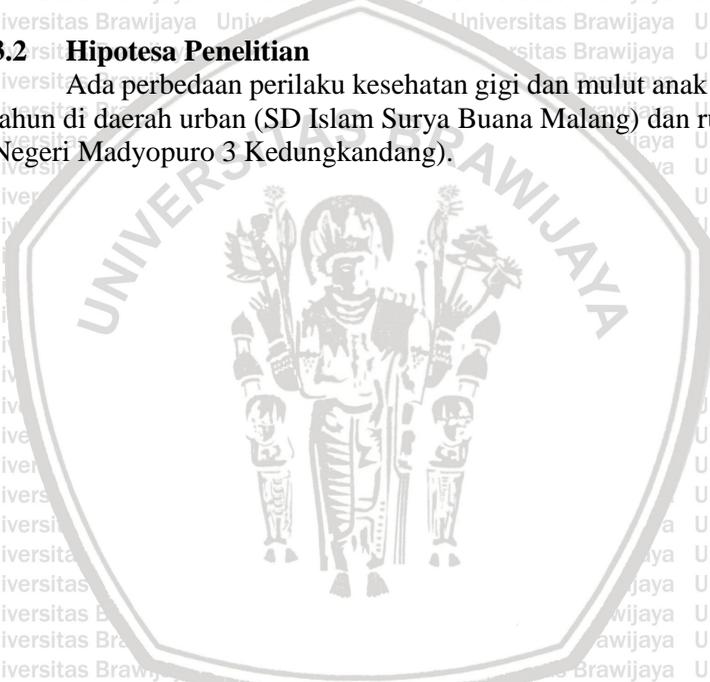


Pemeliharaan kesehatan gigi dimulai ketika masih kecil anak-anak dan bahkan sejak dalam kandungan, dengan makanan-makanan yang banyak mengandung kalsium dan vitamin D yang diperlukan tubuh untuk menyerap kalsium sehingga tulang dan gigi menjadi kuat (Tauchid dkk, 2016).

Pendidikan dan belajar bertujuan untuk mengakibatkan perubahan perilaku pada objek yang telah diberikan perlakuan pendidikan. Pendidikan tersebut dapat berupa formal dan informal. Dalam penelitian ini akan diteliti perbedaan tingkat pengetahuan kesehatan gigi dan mulut anak sekolah dasar yang berada di kota dengan di desa.

3.2 Hipotesa Penelitian

Ada perbedaan perilaku kesehatan gigi dan mulut anak usia 6-8 tahun di daerah urban (SD Islam Surya Buana Malang) dan rural (SD Negeri Madyopuro 3 Kedungkandang).





BAB 4 METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan adalah observasional analitik dengan pendekatan penelitian *cross sectional*. Penelitian observasional analitik adalah penelitian yang mencoba menggali bagaimana dan mengapa fenomena kesehatan itu terjadi, dan menggunakan pendekatan *cross sectional* karena observasi atau pengumpulan data dilakukan satu kali pada saat yang sama (*point time approach*), artinya tiap subjek penelitian hanya diobservasi sekali saja menurut keadaan saat diobservasi (Notoatmodjo, 2012).

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi

Populasi adalah merupakan keseluruhan objek yang di teliti (Notoatmodjo, 2012). Populasi pada penelitian ini adalah semua siswa kelas I dan II SD Negeri Madyopuro 3 Kedungkandang yang masing-masing kelas berjumlah 40 siswa dan semua siswa kelas I dan II SD Islam Surya Buana Malang yang masing-masing kelas berjumlah 40 siswa.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah objek yang di teliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2012). Pengambilan sampel menggunakan teknik *purposive total sampling*. teknik *purposive sampling* merupakan teknik yang sampelnya dikumpulkan atas dasar suatu pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti sendiri, berdasarkan ciri dan sifat populasi yang sudah diketahui. Pengambilan sampel dilakukan pada penelitian ini adalah siswa kelas I dan II SD Negeri Madyopuro 3 Kedungkandang dan SD Islam Surya Buana Malang yang berumur 6-8 tahun.

4.2.3 Kriteria Sampel

4.2.3.1 Kriteria Inklusi

1. Siswa bisa membaca dan menulis
2. Siswa kooperatif
3. Siswa bersedia ikut penelitian
4. Orang tua siswa mengizinkan untuk menjadi sampel penelitian dan bersedia menandatangani informed consent

4.2.3.2 Kriteria Eksklusi

1. Siswa tidak bisa hadir pada saat penelitian

4.3 Variabel Penelitian

Pada penelitian terdapat 2 variabel, yaitu:

1. Variable terikat = perilaku kesehatan gigi dan mulut
2. Variable bebas = anak usia 6-8 tahun

4.4 Lokasi dan Waktu

Penelitian ini dilakukan di SD Negeri Madyopuro 3 Kedungkandang dan SD Islam Surya Buana Malang dengan waktu bulan Desember 2018.

4.5 Instrumen Penelitian

Instrument yang digunakan dalam penelitian ini yaitu kuesioner.

4.6 Definisi Operasional Variabel

Table 4.1 Definisi Operasional Variabel

Variabel	Definisi operasional variable	Alat ukur	Pengukuran	Skala
Variabel bebas (independent), Siswa Urban	Siswa yang di urban memiliki pola pikir yang rasional dan kurangnya sosialisasi. Sekolah yang di teliti adalah sekolah SD Islam Surya Buana Malang yang berusia 6-8 tahun, dimana sekolah ini memiliki kemampuan yang cukup serta pendidikan orang tua yang lumayan menengahkan ke atas serta tepatnya yang setrategis yaitu padaeraah yang memiliki 5 puskesmas 1 rumah sakit umum serta 2 dokter gigi	Usia	Siswa yang terlibat dalam penelitian ini adalah siswa di daerah kota dan desa berusia 6-8 tahun dan dicatat sebagai berikut, 1= kota 0= desa	Nominal
Siswa Rural				

	<p>Siswa rural memiliki prinsip kerukunan yang saling mengenal satu sama lain dan yakin yang bersifat mistis sehingga tidak menerima hal-hal yang bersifat rasional dan kurang kritis dan kurangnya pengetahuan serta pendidikan orang tua yang kurang sekolah yang akan di teliti yaitu sekolah SDN 3 Madyopuro kedungkandang yang berusia 6-8 tahun di mana sekolah ini kepadatan penduduk sebanyak 4.374/km dan hanya memiliki 1 puskesmas induk dan 3 puskesmas pendukung serta 2 dokter gigi dimana layanan kesehatan yang kurang memadai</p>			
<p>Variabel terikat (dependent), perilaku kesehatan gigi dan mulut</p>	<p>Sesuatu yang di ketahui, dan menyikapi yang berkaitan dengan menjaga kesehatan gigi dan mulut yang diketahui dari kuesioner</p> <p>Pengetahuan merupakan hasil dari tahu yang di peroleh dari mata dan telinga seperti Pengetahuan tentang menjaga kesehatan gigi dan mulut</p> <p>Sikap yaitu merupakan kesiediaan untuk bertindak seperti tentang bagaimana seorang menyikapi untuk menjaga kesehatan gigi dan mulut</p>	<p>kuesioner</p>	<p>Pada setiap jawaban yang benar maka diberi nilai 1. Jika responden menjawab salah maka diberi nilai 0.</p> <p>Untuk mengetahui nilai dari kuesioner dapat dihitung dengan menggunakan rumus :</p> $N = \frac{Sp}{Sm} \times 100$ <p>Ket: N : nilai didapat Sp: jumlah skor yang didapat Sm: jumlah skor yang maksimal (Guttman)</p>	<p>Ordinal</p>



			Dari perhitungan tersebut dapat disimpulkan katagori pengetahuan dan sikap yaitu: Baik : 76-100 Cukup baik : 56-75 Kurang baik 40-55 Buruk : 0-39	
--	--	--	---	--

4.7 Pengumpulan Data

Pada penelitian ini data yang dikumpulkan adalah data primer berupa kuesioner yang akan dilakukan pada siswa kelas I dan II di SD Negeri Madyopuro 3 Kedungkandang dan di SD Islam Surya Buana Malang.

4.8 Uji Validitas dan Uji Reliabilitas

Instrument yang dipakai dalam penelitian ini perlu dilakukan uji validitas dan reliabilitas terlebih dahulu. Validitas adalah indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur (Notoatmodjo, 2012). Uji validitas dilakukan sebelum penelitian berlangsung. Uji validitas dilakukan di SD Muhammadiyah 08 Dau dikarenakan sekolah tersebut memiliki kriteria yang sama saat penelitian.

Realibilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan (Notoatmodjo, 2012). Reabilitas dapat dilakukan sebelum penelitian. Dari hasil uji validitas dan uji reabilitas yang valid dapat dilanjutkan untuk penelitian. Untuk uji validitas dan uji reabilitas yang tidak valid akan diganti.

4.9 Pengolahan dan Analisi Data

4.9.1 Pengolahan Data

Pengolahan data merupakan salah satu bagian dari rangkaian kegiatan penelitian setelah pengumpulan data

(hastono, 2006). Pengelolaan data dengan komputer menurut Notoatmodjo (2012) dibagi menjadi 4

1. Editing

Editing ada yaitu pengecekan dan perbaikan isian formulir atau kuesioner (lengkap, terbaca, relevan, dan konsisten)

2. Coding

Coding data yaitu mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan. Koding sangat berguna untuk memasukkan data (*data entry*)

3. Memasukkan Data (*data entry*) atau Processing

Yaitu memasukkan data atau jawaban-jawaban dari masing-masing responden ke dalam bentuk kode (angka atau huruf).

4. Pembersihan Data (*claning*)

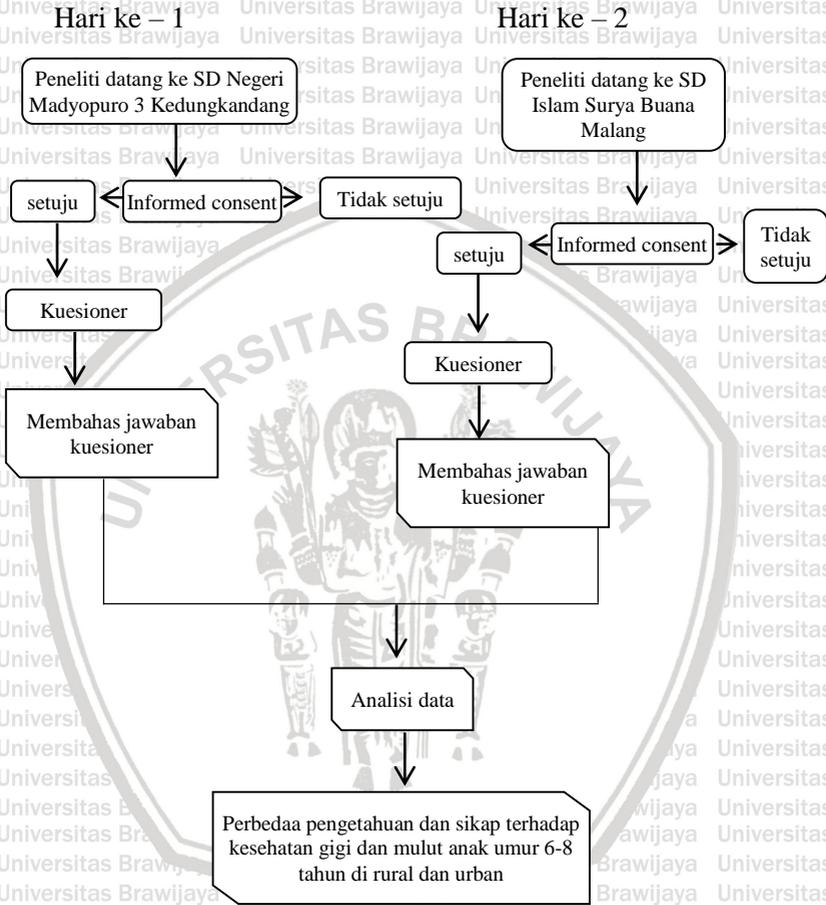
Pembersihan data yaitu pengecekan kembali untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan-kesalahan kode, ketidaklengkapan sehingga perlu dilakukan pembetulan atau koreksi.

4.9.2 Analisis Data

Tujuan dari analisis data adalah merupakan gambaran dari hasil penelitian, membuktikan hipotesis penelitian, dan memperoleh kesimpulan yang mewakili penelitian (Notoatmodjo, 2012). Analisis data yang dilakukan pada penelitian harus didahului oleh normalitas. Uji normalitas digunakan untuk mengetahui apakah distribusi sampel normal (parametrik) atau tidak normal (non-parametrik).

Uji normalitas yang digunakan untuk sampel di atas 50 adalah uji *Kolmogorov-Smirnov*, sedangkan untuk sampel di bawah 50 adalah uji *Saphiro-wilk* (Rezali, 2011). Setelah dilakukan uji normalitas, maka dapat dilakukan uji perbedaan antara 2 variabel yang tidak berpasangan. Pemilihan uji perbedaan pada penelitian ini yaitu hasil uji normalitas berdistribusi normal (parametrik) dan berdistribusi tidak normal (non parametrik) untuk uji beda tidak berpasangan *mann-Whitney U Test*.

4.10 Alur Penelitian



Gambar 4.1 Alur Penelitian



BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1. Gambaran Umum

Penelitian ini dilaksanakan di 2 sekolah yaitu SD Negeri Madyopuro 3 Kedungkandang dan SD Islam Surya Buana Malang. Sampel yang digunakan adalah siswa kelas I dan II dengan total sampel adalah 80 siswa (40 siswa tiap sekolah). Penelitian ini dilakukan pada bulan juli 2019 dengan menggunakan desain penelitian *cross sectional*. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui perbedaan perilaku kesehatan gigi dan mulut (pengetahuan dan sikap) anak usia 6-8 tahun di daerah urban dan rural di Malang Raya. Tahapan analisis yang akan diuraikan pada bab ini yaitu analisis instrument penelitian yaitu validitas dan reliabilitas, uji univariat dan uji bivariat. Secara univariat hasil akan dijabarkan menggunakan statistik deskriptif melalui tabulasi sedangkan secara bivariat digunakan uji normalitas, uji t tidak berpasangan / uji *mann whitney*. Berikut adalah uraian hasil analisa yang diperoleh:

5.2 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas

Suatu penelitian yang menggunakan instrument / pertanyaan harus diuji ketepatan alat ukurnya melalui uji validitas dan reliabilitas. Tujuannya adalah agar kuesioner yang digunakan dapat benar-benar dipercaya. Jumlah responden yang dipakai dalam uji validitas dan reliabilitas pada penelitian adalah 29 orang. Berikut adalah hasil yang diperoleh:

5.2.1 Hasil Uji Validitas

Uji validitas dilakukan untuk mengetahui seberapa baik item pertanyaan dalam mengukur suatu variabel. Validitas suatu item/instrumen dapat diketahui dengan membandingkan indeks korelasi *product moment Pearson* pada derajat kesalahan 5% dengan nilai kritisnya atau dengan membandingkan nilai signifikansi dengan $\alpha = 5\%$. Jika nilai $r_{hitung} > r_{kritis}$ atau nilai signifikansi < 0.05 maka item dikatakan valid, sebaliknya jika nilai $r_{hitung} < r_{kritis}$ atau nilai signifikansi > 0.05 maka item dikatakan tidak valid. Hasil uji validitas untuk keempat indikator adalah sebagai berikut:

Tabel 5.1 Hasil Uji Validitas

Variabel	Item	R hitung	Sig	Keterangan
Pengetahuan	P1	0.703	0.000	Valid
	P2	0.516	0.004	Valid
	P3	0.703	0.000	Valid
	P4	0.717	0.000	Valid
	P5	0.738	0.000	Valid
	P6	0.827	0.000	Valid
Sikap	S1	0.844	0.000	Valid
	S2	0.814	0.000	Valid
	S3	0.633	0.000	Valid
	S4	0.586	0.001	Valid
	S5	0.487	0.007	Valid
	S6	0.647	0.001	Valid
Valid				12
Tidak Valid				0

Dari hasil pengujian validitas dapat diketahui bahwa masing-masing item memiliki nilai sig < 0.05 yang menunjukkan bahwa item yang digunakan telah valid.

5.2.2 Hasil Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat dihandalkan. Instrumen dapat dikatakan handal (reliabel) bila memiliki *Alpha Cronbach* > 0,6. Sebaliknya bila *Alpha Cronbach* < 0,6 maka dinyatakan tidak reliabel. Hasil pengujian reliabilitas terhadap semua variabel ditunjukkan tabel dibawah ini:

Tabel 5.2 Hasil Uji Reliabilitas



Variabel	Koefisien Cronbach	Alpha	Keterangan
Pengetahuan	0.750		Reliabel
Sikap	0.745		Reliabel

Berdasarkan hasil pengujian reliabilitas dapat diketahui bahwa nilai *Alpha Cronbach* pada variabel pengetahuan dan sikap >0.6 . Dengan demikian dapat dikatakan bahwa instrumen pertanyaan yang digunakan pada semua variabel sudah memenuhi syarat reliabilitas.

5.3 Hasil Penelitian

Tahap analisis yang akan diuraikan pada bab ini yaitu analisis univariat dan bivariat. Secara univariat hasil akan dijabarkan menggunakan statistik deskriptif melalui tabulasi sedangkan secara bivariat digunakan uji t tidak berpasangan jika memenuhi asumsi normalitas. Jika asumsi normalitas tidak terpenuhi maka digunakan uji *mann whitney*. Berikut adalah hasil uraian data baik secara univariat maupun bivariat:

5.3.1 Statistik Deskriptif Karakteristik Responden

Untuk melengkapi kebutuhan data, peneliti juga menyertakan data karakteristik demografi responden diantaranya usia. Hasil penjabaran data demografi responden adalah sebagai berikut

Tabel 5.3 Ringkasan Statistik Deskriptif Karakteristik Usia

Usia	Sekolah Rural		Sekolah Urban	
	F	Persentase (%)	f	Persentase (%)
6 tahun	2	5%	4	10%
7 tahun	22	55%	20	50%
8 tahun	16	40%	16	40%



Total	40	100 %	40	100 %
--------------	-----------	--------------	-----------	--------------

Berdasarkan tabel 5.3 tabulasi data demografi menurut usia diketahui bahwa pada kelompok sekolah rural responden paling banyak berusia 7 tahun (55%) sedangkan pada kelompok sekolah rurban responden juga paling banyak berusia 7 tahun (50%).

5.3.2 Statistik Deskriptif Data Penelitian

Variabel yang diteliti dalam penelitian ini yaitu pengetahuan dan sikap tentang kesehatan gigi dan mulut yang akan dibandingkan antara sekolah urban dan rural. Hasil statistik deskriptif kedua variabel akan ditampilkan pada Tabel 5.4 berikut ini:

Tabel 5.4 Statistik Deskriptif Variabel Pengetahuan dan Sikap

Variabel	Nilai	Sekolah	
		Urban	Rural
Pengetahuan	Minimum	4	3
	Maksimum	6	6
	Rata-Rata	5.27	4.47
Sikap	Minimum	1	1
	Maksimum	5	5
	Rata-Rata	3.6	3.17

Berdasarkan Tabel 5.4 diketahui bahwa pada sekolah urban, diperoleh nilai pengetahuan minimum 4, maksimum 6 dan rata-rata 5.27 sedangkan pada sekolah rural diperoleh nilai minimum 4, maksimum 6 dan rata-rata 4.47. Jika dibandingkan maka sekolah urban memiliki rata-rata lebih tinggi dari pada sekolah rural.

Pada variabel sikap, diperoleh nilai minimum dan maksimum pada kedua sekolah sama namun untuk rata-rata



dihasilkan nilai yang berbeda namun tidak begitu jauh yaitu 3.17 untuk sekolah urban dan 3.6 untuk sekolah rural.

5.3.3 Analisis Bivariat

Untuk mengetahui perbedaan perilaku kesehatan gigi dan mulut (pengetahuan dan sikap) anak usia 6-8 tahun di daerah urban dan rural di Malang Raya maka digunakan uji t tidak berpasangan jika memenuhi asumsi normalitas. Namun jika data tidak normal maka digunakan uji *mann whitney*. Hasil pengujian normalitas adalah sebagai berikut:

Tabel 5.5 Uji Normalitas *Shapiro Wilk*

Variabel	Sekolah	Sig	Keterangan
Pengetahuan	Rural	0.001	Tidak Normal
	Urban	0.000	Tidak Normal
Sikap	Rural	0.000	Tidak Normal
	Urban	0.000	Tidak Normal

Dari hasil uji normalitas *Shapiro Wilk* diperoleh nilai sig pada sekolah urban dan rural variabel pengetahuan dan sikap > 0.05 yang berarti asumsi normalitas belum terpenuhi. Oleh karena itu pengujian perbedaan perilaku kesehatan gigi dan mulut (pengetahuan dan sikap) anak usia 6-8 tahun di daerah urban dan rural di Malang Raya akan menggunakan uji Mann Whitney:

Hipotesis yang digunakan dalam pengujian ini adalah:

H_0 : tidak terdapat perbedaan perilaku kesehatan gigi dan mulut (pengetahuan dan sikap) anak usia 6-8 tahun di daerah urban dan rural di Malang Raya

H_1 : terdapat perbedaan perilaku kesehatan gigi dan mulut (pengetahuan dan sikap) anak usia 6-8 tahun di daerah urban dan rural di Malang Raya

Kriteria pengambilan keputusan yaitu dengan cara membandingkan nilai sig dengan $\alpha = 0,05$ di mana jika nilai sig $< 0,05$ maka keputusan yang diambil adalah tolak H_0 dan sebaliknya, jika nilai nilai sig $> 0,05$ maka terima H_0 . Hasil yang diperoleh adalah sebagai berikut:

Tabel 5.6 Uji Mann Whitney

Variabel	Sekolah	Mean Rank	Sig	Keterangan
Pengetahuan	Rural	31.29	0.000	Tolak H_0
	Urban	49.71		
Sikap	Rural	36.60	0.115	Terima H_0
	Urban	44.40		

Hasil uji *Mann Whitney* pada tabel 5.6 menunjukkan bahwa pada variabel pengetahuan diperoleh nilai sig yang 0.000 yang bernilai < 0.05 maka diputuskan Tolak H_0 . Oleh karena itu disimpulkan bahwa terdapat perbedaan pengetahuan kesehatan gigi dan mulut anak usia 6-8 tahun di daerah urban dan rural di Malang Raya. Ranking sekolah urban lebih tinggi sehingga dapat pula disimpulkan bahwa pengetahuan kesehatan gigi dan mulut anak usia 6-8 tahun di daerah urban lebih baik dari pada sekolah rural.

Pada variabel sikap diperoleh nilai sig yang 0.115 yang bernilai > 0.05 maka diputuskan Terima H_0 . Oleh karena itu disimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan sikap kesehatan gigi dan mulut anak usia 6-8 tahun di daerah urban dan rural di Malang Raya. Walaupun secara statistik tidak berbeda, namun secara ranking sikap kesehatan gigi dan mulut anak usia 6-8 tahun di daerah urban lebih tinggi dari pada sekolah rural.



5.4 Pembahasan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, yang terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu, pengetahuan merupakan domain untuk terbentuknya tindakan seseorang, sedangkan terbentuknya perilaku akan bersifat langgeng apabila didasari oleh pengetahuan dan kesadaran dibandingkan perilaku yang tidak didasari pengetahuan (Notoatmodjo, 2012).

Pengetahuan yang baik akan mendasari perilaku yang baik. Bila pernyataan ini dibalik maka pengetahuan yang kurang tentang kesehatan gigi dan mulut akan rendah pula, sehingga gigi rentan terjadi karies. Pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut serta pembinaan kesehatan gigi pada anak perlu mendapatkan perhatian khusus dari orang tua sebab pada usia dini anak menjalani proses tumbuh kembang. Usia berperan penting terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Bertambahnya usia akan semakin berkembang pola pikir dan daya tangkap, sehingga memperoleh pengetahuan yang semakin membaik.

Berdasarkan tabel 5.4 diketahui bahwa diketahui sekolah urban memperoleh nilai pengetahuan minimum 4, maksimum 6 dan nilai rata-rata 5.27 pada sekolah rural memperoleh nilai minimum 4, maksimum 6 nilai rata-rata yang diperoleh 4.47 dan pada nilai sikap, sekolah urban memiliki nilai rata-rata 3.6 dan pada sekolah rural nilai rata-rata didapatkan sebesar 3.17 jika di bandingkan pada pengetahuan sekolah urban lebih unggul dari pada sekolah rural dan pada sikap sekolah urban yang lebih unggul namun tidak begitu jauh, mengetahui tentang menjaga kesehatan gigi dan mulut sangat penting, pengetahuan dominan yang sangat penting untuk membentuk perilaku seseorang, menurut Lintang (2015), perilaku kebersihan gigi dan mulut dipengaruhi salah satunya adalah pengetahuan tentang pentingnya menjaga kebersihan gigi dan mulut. menjaga kebersihan gigi dan mulut salah satunya yaitu pada

usia sekolah karena merupakan cara meningkatkan kesehatan gigi sejak dini (Herijulianti dkk, 2001).

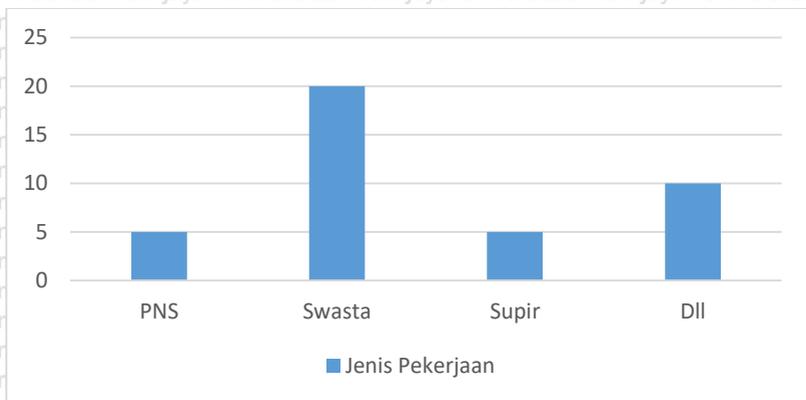
Tingkat pengetahuan kesehatan pada siswa tidak hanya dipengaruhi oleh tingkat pendidikan siswa itu sendiri, melainkan juga dipengaruhi oleh tingkat pendidikan orang tua, karena peran orang tua sangat mempengaruhi keadaan kesehatan siswa. Sikap seorang dipengaruhi oleh orang lain khususnya orang yang dianggap penting seperti orang tua. Hal ini berdasarkan penelitian Sri Rejeki (2008) yang berjudul pengetahuan dan peran orang tua tentang oral hygiene dengan praktik gosok gigi pada anak usia 6-8 tahun yang menjelaskan peran orang tua adalah faktor utama dalam menambah pengetahuan.

Perilaku kesehatan gigi dan mulut adalah sebuah bentuk praktik nyata dalam menjaga kesehatan gigi dan mulut karena tindakan wujud dari pengetahuan dan sikap yang didapat oleh seseorang sehingga terbentuklah suatu perilaku. Perilaku yang baik akan semakin baik pula menjaga kesehatan gigi dan mulut seseorang. Pengetahuan yang baik tentang kesehatan gigi dan mulut akan percuma jika tidak diterapkan di kehidupan sehari-hari (Warni, 2009).

Dari hasil penelitian pada tabel 5.4, didapatkan rata-rata nilai pengetahuan pada sekolah urban 5.27 sedangkan pada sekolah rural diperoleh 4.47 jika di dibandingkan maka sekolah urban memiliki rata-rata lebih tinggi dari pada rural. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Saputri dkk (2017) tentang perbandingan tindakan menjaga kebersihan rongga mulut dan status *oral hygiene* pada anak usia sekolah dasar di daerah perkotaan dan pedesaan, sebab itu Status kesehatan gigi dan mulut masyarakat atau perorangan dipengaruhi oleh empat faktor yaitu lingkungan (fisik maupun sosial budaya), perilaku, keturunan dan pelayanan kesehatan. Tindakan menjaga kebersihan rongga mulut merupakan bagian dari perilaku pemeliharaan kesehatan gigi dan

mulut. Dalam penelitian Basrowi (2010) tentang analisis kondisi sosial ekonomi dan tingkat pendidikan menyebutkan bahwa masyarakat desa memiliki status ekonomi yang lebih rendah dari masyarakat kota, oleh sebab itu dapat dipastikan bahwa tingkat pendidikan masyarakat desa lebih rendah dari masyarakat kota dikarenakan ketidak mampuan biaya menuntut ilmu pada pendidikan formal. Akan tetapi berpendidikan rendah tidak berarti mutlak berpengetahuan rendah, sehingga walaupun tingkat sosial ekonomi rendah dan tingkat pendidikan rendah tidak menjamin seseorang berpengetahuan rendah, seseorang dapat mendapatkan pengetahuan dari sumber lain, contohnya penyuluhan di sekolah, brosur, atau media lainnya.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan pada siswa sekolah dasar di daerah urban dan rural, pada daerah urban memiliki pengetahuan dan sikap yang cukup baik tentang kesehatan gigi dan mulut sedangkan pada daerah rural pengetahuan dan sikap tentang kesehatan gigi dan mulut kurang baik. Untuk daerah rural jika dilihat dari pekerjaan orang tua rata-rata paling banyak adalah pekerja swasta (kuli bangunan, karyawan toko, tukang kebun, dan buruh harian lepas) dimana kondisi sosial ekonomi yang kurang mencukupi, serta layanan kesehatan kurang memadai hingga dapat mempengaruhi terhadap perilaku kesehatan gigi dan mulut. Untuk daerah urban peneliti belum bisa melihat dari segi pekerjaan orang tua maupun pendidikan orang tua dikarenakan dari pihak urban tidak bisa memberikan data secara rinci.



Gambar 5.4 Jenis Pekerjaan Orang Tua pada Daerah Rural

Peneliti menyimpulkan bahwa pengetahuan dan sikap tentang kesehatan gigi dan mulut sangat erat dengan faktor lingkungan yang memegang peran penting. dimana peran orang tua juga sangat mempengaruhi anak karena anak akan meniru dan mengamati apa yang dilakukan oleh orang tua jadi orang tua harus bisa memberi teladan yang baik terhadap kesehatan gigi dan mulut seperti menyikat gigi minimal 2 kali sehari setelah sarapan dan ketika akan tidur malam, sehingga membantu anak mempunyai perilaku kesehatan gigi dan mulut yang baik.

Pada tabel 5.5 menunjukkan nilai sig pada uji normalitas menggunakan *Shapiro Wilk*. Pemilihan uji ini dikarenakan jumlah sampel pada penelitian ini < 50 . Hasil yang diperoleh nilai sig pada sekolah urban dan rural > 0.05 yang menunjukkan data pada setiap variabel penelitian tidak terdistribusi normal. Maka analisis selanjutnya menggunakan uji *Mann Whitney*.

Hasil penelitian dengan menggunakan uji *Mann Whitney* menunjukkan nilai sig yang 0,000 pada pengetahuan yang bernilai < 0.05 maka diputuskan tolak H_0 , yaitu terdapat perbedaan pengetahuan kesehatan gigi dan mulut anak usia 6-8 tahun di daerah urban dan rural di Malang Raya. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Stephanie (2019) yang berjudul Perbandingan Perilaku Kesehatan Gigi dan Mulut antara Mahasiswa Program Studi Pendidikan Dokter Gigi Unsrat Semester I dan Semester V. Perilaku seseorang mulai dibentuk dengan adanya pengetahuan yang diikuti dengan sikapnya terhadap pengetahuan kesehatan gigi dan mulut. Bahwa pengetahuan dan perilaku diperoleh tidak hanya melalui pendidikan formal saja tetapi mencakup seluruh proses kehidupan individu, berupa interaksi individu dengan lingkungannya, baik secara formal maupun informal.

Kebiasaan mengonsumsi makanan manis cenderung terjadinya karies gigi lebih besar dibandingkan dengan yang makan berserat. Dalam penelitian Benoit dkk (2004) disebutkan bahwa pengetahuan dan sikap terhadap menjaga kesehatan gigi dan mulut di daerah pedesaan 57% dari anak-anak tidak mengetahui jika mengonsumsi gula atau makanan yang manis dapat merusak gigi, pencegahan karies dengan fluoride masih belum terwujud. Sedangkan pada anak daerah perkotaan mereka menerima informasi tentang kesehatan gigi dan mulut dari orang tua dan guru di sekolah. 62.2% anak-anak sekolah di perkotaan lebih rajin ke dokter gigi dibandingkan dengan anak-anak sekolah pedesaan yang hanya sebesar 26,8%. Pemanfaatan layanan kesehatan gigi secara signifikan lebih tinggi di anak-anak sekolah perkotaan dibandingkan dengan rekan-rekan mereka yang di pedesaan. Ini dapat dikaitkan dengan kurangnya Pengetahuan kesehatan gigi di kalangan orang tua, kurangnya transportasi, keuangan, sumber daya,

rendahnya kesadaran akan kesehatan gigi dan mulut, biaya perawatan gigi, dan kurangnya sarana dan prasarana serta lokasi klinik gigi sering berada di daerah perkotaan (Arun dkk, 2017).



BAB 6 PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa :

1. Tingkat pengetahuan terhadap kesehatan gigi dan mulut anak usia 6-8 tahun daerah urban di Malang Raya kurang baik(rata-rata 49.71). sedangkan pada daerah rural buruk(rata-rata 31.29).

Tingkat sikap terhadap kesehatan gigi dan mulut anak usia 6-8 tahun pada daerah rural di Malang Raya buruk(rata-rata 36.60). sedangkan pada daerah urban kurang baik(rata-rata 44.40).

2. Terdapat perbedaan bermakna terhadap tingkat pengetahuan kesehatan gigi dan mulut anak usia 6-8 tahun di daerah urban dan di daerah rural di Malang Raya ($P < 0.05$)

Tidak terdapat perbedaan yang bermaknasikap kesehatan gigi dan mulut anak usia 6-8 tahun di daerah urban dan rural di Malang Raya ($P > 0.05$)

6.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian, saran yang diberikan :

1. Bagi Siswa

Melalui penelitian ini diharapkan siswa dapat memahami pengetahuan dan sikap terhadap kesehatan gigi dan mulut, serta dapat menerapkan pada kehidupan sehari-hari

2. Bagi Peneliti Selanjutnya

Apabila ingin melakukan penelitian lebih lanjut maka dapat dilakukan pada tempat yang berbeda dan umur yang berbeda

DAFTAR PUSTAKA

Arun, S.T., Acharya, S., Singhal, D., Rewal, N., dan Bhardwaj, V.K. 2017. *Oral Health and Oral Health Behaviors of 12-year-old Urban and Rural School Children in Udupi, Karnataka, India*

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Dapertemen Kesehatan Republik Indonesia. 2013. *Laporan Riset Kesehatan Dasar Nasional*. Jakarta: Dapertemen Kesehatan.

Basrowi., dan Juariyah., S. 2010. *Analisis Kondisi Sosial Ekonomi dan Tingkat Pendidikan Masyarakat Desa Srigading Kecamatan Labuhan Maringgai Kabupaten Lampung Timur*. Jurnal Ekonomi dan pendidikan. Volume 7, Nomor 1.

Evers, Hans-Dieter. 1979. *Sosiologi Perkotaan*. Jakarta: Universitas Indonesia

Fatimatuzzahro, N., Prasetya, R.C., dan Amilia, W. 2016. *Gambaran Perilaku Kesehatan Gigi Anak Sekolah Dasar di Desa Bangsalsari Kabupaten Jember*.

Fitriani, Sinta. 2011. *Promosi Kesehatan*. Edisi pertama. Yogyakarta. Penerbit: Graha Ilmu

Guawan, G., Yandi, S. 2017. *Hubungan Pengetahuan dan Tindakan Ibu Terhadap Indek Plak Anak TK Ibnu Akbar Jalan Parak Peganbiran Kecamatan Lubuk Begalung*. Padang

Gopdianto, R., Rattu, A.J., dan Marianti, N.W. 2015. *Status Kebersihan Mulut Dan Perilaku Menyikat Gigi Anak SD Negeri 1 Malayang*. Manado: Jurnal e-GiGi (eG). Volume 3, Nomor 1.

Harwantiyoko, Neltje F.Katuuk. 1997. *MKDU Ilmu Sosial Dasar*. Jakarta: Universitas Gunadarma

Herijulianti, E., Indriani, T.S., dan Artini, S. 2001. *Pendidikan Kesehatan Gigi*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.



Jamaludin, Adon Nasrullah. 2015. *Sosiologi perdesaan. Bandung*; penerbit pustaka setia.

Mansyur, Cholil. 1977. *Sosiologi Masyarakat Kota dan Desa*. Surabaya. Penerbit: Usaha Nasional.

Meilawaty, Z., Widi, E.Y.R.,Kiswaluyo., Hestieyoning, H. 2015. *Perilaku Menjaga Kesehatan Gigi dan Mulut Pada Santri Pondok Pesantren AL-Azhar jember*.

Notoatmodjo, Soekidjo. 2011. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Rineka Cipta.

Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Rineka Cipta.

Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Rineka Cipta.

Nugroho, Christianto. 2014. *Hubungan Pengetahuan Dengan Sikap Ibu Dalam Perawatan Gigi Anak Usia Pra Sekolah*. Kediri.

Profil Kesehatan 2014 Pemerintahan Kota Malang: Dinas kesehatan

Rahayu, C., Widiati, S., dan Widyanti, N. 2014. *Hubungan Antara Pengetahuan, sikap, Dan Perilaku Terhadap Pemeliharaan Kebersihan Gigi Dan Mulut Dengan Status Kesehatan Periodontal Pra Lansia Posbindu Kecamatan Indihiang Kota Tasikmalaya*. Jawa Barat.

Razali, Nornadiah. 2011. *Power Comparisions of Saphiro-wilk, Kolmogorov-Smirnov, Lilliefors and Anderson-Darling Tests*. *Jounal of Statistik Modeling and Analytic* vol. 2 No.12011.21-33

Rejeki, Sri, 2008. *Pengetahuan dan Peran Orang Tua Tentang Oral Hygiene Dengan Praktik Gosok Gigi Pada Usia 6-12 Tahun di Desa Gondosari, Kecamatan Gebog, Kabupaten Kudus*

Saputri, D., Novita, C.F., dan Zakky, M. 2017. *Perbandingan Tindakan Menjaga Kebersihan Rongga Mulut dan Status Oral Hygiene Pada Anak Usia Sekolah Dasar di Daerah Perkotaan dan Pendesaan*.

Sugiyono. 2016. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung, Penerbit: Alfabet

Sutjipto, C., Wowor, V.N.S., dan Kaunang, W.P.J. 2013. *Gambaran Tindakan Pemeliharaan Kesehatan Gigi Dan Mulut Anak Usia 10-12 Tahun Di Kristen Eben Haezar 02 Manado*. Manado. Jurnal e-Biomedik (eBM). Volume 1, Nomor 1.

Tauchid, S.N., Pudentiana, Rr.R.E., dan Subandini, S.I. 2016. *Buku Ajar Pendidikan Kesehatan Gigi*. Jakarta: Penerbit EGC

Utoyo, Bambang. 2007. *Geografi: Membuka Cakrawala Dunia*. Bandung: PT Setia Purna Inves.

Verenne, B., France, P., Petersen, P.E., Switzerland, G. Dan Ouattara, S. 2004. *Oral Health Status Of Children and Adultd in Urban nad Rural Areas of Burkina Faso, Africa*

Warni, linda. 2009. *Hubungan Perilaku Murid SD Kelas V dan VI Pada Kesehatan Gigi dan Mulut Terhadap Status Kaies Gigi di Wilayah Kecamatan Delitua Kabupaten Deli Serdang Tahun 2009*

Wowor, S.G., Wowor, V.N., dan Mintjelungan, C.N. 2019. *Perbandingan Perilaku Kesehatan Gigi dan Mulut antara Mahasiswa Program Studi Pendidikan Dokter Gigi Unsrat Semester I dan Semester v*. Jurnal e-GIGI (eG), Volume 7. Nomor 1