



**EFEKTIVITAS SIKAT GIGI BERSAMA  
TERHADAP PERILAKU (*BEHAVIOR*) MENYIKAT  
GIGI SISWA KELAS 2 SD *ISLAMIC GLOBAL  
SCHOOL* MALANG**

**SKRIPSI  
UNTUK MEMENUHI PERSYARATAN  
MEMPEROLEH GELAR SARJANA**

Oleh:

**GRANDYNA ANSYA BALGIES  
165160100111015**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEDOKTERAN GIGI**

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI**

**UNIVERSITAS BRAWIJAYA**

**MALANG**

**2019**



## DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iv
ABSTRAK	v
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xv
DAFTAR SINGKATAN DAN ISTILAH	xvi
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Rumusan Masalah	1
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian	4
1.4.1 Manfaat Akademis	4
1.4.2 Manfaat Praktis	4
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b>	<b>5</b>
2.1 Perilaku	5
2.1.1 Pengertian	5
2.1.2 Perilaku Kesehatan	6
2.1.3 Terbentuknya Perilaku	7
2.1.4 Perubahan Perilaku	9
2.1.5 Bentuk Perubahan Perilaku	14
2.2 Anak Usia Sekolah	15
2.2.1 Pengertian Anak Usia Sekolah	15
2.2.2 Ciri-Ciri Anak Usia Sekolah	15
2.2.3 Perkembangan Anak Usia Sekolah	16
2.2.4 Karakteristik Gigi Anak Usia Sekolah	18
2.3 Sikat Gigi Bersama	19



<b>BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS</b>	<b>21</b>
3.1 Kerangka Konsep	21
3.2 Hipotesis	22
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN</b>	<b>23</b>
4.1 Rancangan Penelitian	23
4.2 Populasi dan Sampel	23
4.2.1 Populasi	23
4.2.2 Sampel	23
4.2.3 Kriteria Sampel	23
4.3 Variabel Penelitian	24
4.3.1 Variabel Bebas	24
4.3.2 Variabel Terikat	24
4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	24
4.4.1 Lokasi Penelitian	24
4.4.2 Waktu Penelitian	24
4.5 Alat dan Bahan/Instrumen Penelitian	24
4.6 Definisi Operasional	25
4.7 Alur Penelitian	29
4.8 Pengumpulan Data	30
4.8.1 Teknik Pengumpulan Data Primer	30
4.8.2 Teknik Pengumpulan Data Sekunder	30
4.8.3 Kuesioner	30
4.8.3.1 Uji Kuesioner Sebagai Alat Ukur	31
4.9 Analisis Data	32
<b>BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN</b>	<b>33</b>
5.1 Gambaran Umum dan Lokasi Penelitian	33
5.2 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas	33
5.2.1 Hasil Uji Validitas	33
5.2.2 Hasil Uji Reliabilitas	34
5.3 Hasil Penelitian	34
5.3.1 Perilaku Menyikat Gigi Siswa Kelas 2 SD <i>IslamicGlobal School</i> Malang Sebelum Kegiatan Menyikat Gigi Bersam	35
5.3.1.1 Pengetahuan	36
5.3.1.2 Sikap	36
5.3.1.3 Tindakan	37
5.3.2 Perilaku Menyikat Gigi Siswa Kelas 2 SD	



*Islamic Global School* Malang Setelah  
Kegiatan Menyikat Gigi Bersama

5.3.2.1 Pengetahuan	38
5.3.2.2 Sikap	38
5.3.2.3 Tindakan	39
5.4 Analisis Data	40
5.5 Pembahasan	45
<b>BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN</b>	<b>49</b>
6.1 Kesimpulan	49
6.2 Saran	49
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	<b>51</b>
<b>LAMPIRAN</b>	<b>55</b>



**ABSTRAK**

Balgies, Grandyna Ansyah. 165160100111015. Program Studi Sarjana Kedokteran Gigi Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Brawijaya, Malang. 22 Oktober 2019.

**Efektivitas Sikat Gigi Bersama Terhadap Perilaku (*Behavior*) Menyikat Gigi Siswa Kelas 2 SD *Islamic Global School* Malang.** Pembimbing: drg Dyah Nawang Palupi P., M. Kes

Saat ini masalah kesehatan gigi dan mulut di Indonesia masih cukup tinggi. Tingginya masalah kesehatan gigi dan mulut di Indonesia salah satunya dipengaruhi oleh rendahnya kesadaran masyarakat akan pentingnya menjaga kesehatan gigi dan mulut yang dapat diukur melalui perilaku menyikat gigi. Berdasarkan hasil RISKESDAS 2018, hanya 2,8 persen penduduk yang memiliki kebiasaan menyikat gigi dengan benar. Perilaku sendiri cenderung terbentuk saat seseorang masih di usia 6-12 tahun. Pada usia ini, anak mulai mengembangkan kebiasaan yang cenderung menetap sampai dewasa termasuk perilaku menyikat gigi. *Social Cognitive Theory* merupakan salah satu teori perubahan perilaku yang menjelaskan bahwa perubahan perilaku dipengaruhi oleh lingkungan, personal, perilaku dimana ketiga faktor ini saling memengaruhi satu sama lain. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perubahan perilaku menyikat gigi siswa kelas 2 sebelum dan sesudah sikat gigi bersama di sekolah selama 21 hari. Penelitian ini dilakukan dengan metode pra-pasca perlakuan dimana terdapat 2 kelas yang mendapatkan perlakuan dan 2 kelas lainnya sebagai kontrol. Sikat gigi bersama dilakukan setiap pagi hari sebelum kegiatan belajar mengajar dimulai. Sebelum dan sesudah sikat gigi bersama, semua kelas diberikan kuesioner untuk mengetahui apakah terdapat perubahan pada perilaku yang dilihat melalui pengetahuan, sikap, dan tindakan. Hasil dari penelitian ini didapatkan bahwa kelas yang mendapatkan perlakuan mengalami peningkatan pengetahuan, sikap, dan tindakan yang signifikan dibandingkan kelas kontrol. Kesimpulan dari penelitian adalah sikat gigi bersama efektif dalam mengubah perilaku menyikat gigi pada siswa kelas 2 SD.

Kata kunci : Perubahan perilaku, Sikat gigi bersama, Anak SD



## ABSTRACT

Balgies, Grandyna Ansy. 165160100111015. Dentistry, Faculty of Dental Medicine Brawijaya University, Malang. October 22th 2019. **Effectiveness of Joint Toothbrushing on The Toothbrushing Behavior of 2nd Grade Student Islamic Global School Malang.** Counsellor: drg Dyah Nawang Palupi P., M. Kes

Nowadays, dental health problems in Indonesia are still quite high. The high problems of dental and oral health in Indonesia, one of which is influenced by low public awareness of the importance of maintaining the health of teeth and mouth that can be measured by toothbrushing behavior. Based on the results of RISKESDAS 2018, only 2.8 percent of the population has a proper toothbrushing behavior. Behavior tends to form at age 6-12 years. At this age, children begin to develop habits that tend to settle until adulthood, including toothbrushing behavior. *Social Cognitive theory* is a theory of behavioral change that explains that behavioral changes are influenced by the environment, personal, behaviour where these three factors influence each other. This study aims to identify changes in the dental behavior of Second Grades students before and after the joint toothbrushing at school for 21 days. This research is done by pre-post treatment method where there are 2 classes that get treatment and 2 other classes as control. A joint toothbrush is performed every morning before the teaching and learning activities begin. Before and after the joint toothbrush, all classes are given questionnaires to see if there are any changes in behaviour seen through knowledge, attitudes, and practice. The results of this study were concluded that the class that received the intervention experienced a significant increase in knowledge, attitude, and practice compared to the control class. The conclusion of this research is a joint toothbrushing is effective in changing the behavior of toothbrushing in Second Grade students.

**Keywords:** behavioral change, toothbrush joint, elementary school child



## BAB I PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

Berdasarkan profil kesehatan Indonesia yang dilaporkan oleh Kementerian Kesehatan Nasional Indonesia (2013) menunjukkan bahwa penyakit gigi dan mulut menduduki peringkat pertama dalam 10 kelompok penyakit terbanyak yang dikeluhkan masyarakat, yakni meliputi 60 persen penduduk. Penyakit gigi dan mulut menduduki peringkat ke-8 dari sepuluh besar penyakit rawat jalan. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2018, proporsi masalah gigi dan mulut di Indonesia sebesar 57,6 dan sebanyak 21 provinsi mempunyai proporsi masalah gigi dan mulut di atas angka nasional. Berdasarkan data BPJS Kesehatan tahun 2017 menunjukkan bahwa penyakit gigi dan mulut berada di urutan ke-9 dari 10 kode CBG's terbanyak pada tingkat layanan rawat jalan tingkat lanjut. Dari data di atas disimpulkan bahwa masalah gigi dan mulut merupakan hal yang masih butuh perhatian khusus.

Tingginya angka masalah gigi dan mulut dipengaruhi beberapa faktor, salah satunya adalah faktor perilaku masyarakat yang belum menyadari pentingnya menjaga kesehatan gigi dan mulut (Ningsih *et al*, 2016). Kesadaran masyarakat terhadap pentingnya menjaga kesehatan gigi dan mulut dapat diukur dengan kebiasaan menyikat gigi. Berdasarkan hasil RISKESDAS tahun 2018, hanya 2,8 persen penduduk yang memiliki kebiasaan menyikat gigi dengan benar.

Wong (2009) menyatakan bahwa anak usia sekolah adalah anak berusia 6-12 tahun. Pada usia ini, sekolah menjadi pengalaman inti anak dan merupakan waktu yang tepat untuk menanamkan nilai-nilai untuk membentuk perilaku positif. Perkembangan motorik halus dan motorik kasar berkembang dengan baik pada usia ini. Usia sekolah dasar merupakan saat ideal untuk melatih kemampuan motorik seorang anak, termasuk menyikat gigi. Cara merawat kesehatan gigi dan mulut dapat diajarkan pada anak, sehingga dapat menimbulkan rasa tanggung jawab akan kebersihan diri sendiri (Arianto *et al*, 2016). Selain itu, periode sekolah dasar adalah periode penting dalam perkembangan anak karena ketika perilaku yang berhubungan dengan kesehatan dipraktekkan secara rutin, maka

perilaku tersebut akan lebih cenderung menjadi kebiasaan (Buunk-Werkhoven, 2019).

Ningsih *et al* (2016) menyatakan bahwa anak usia sekolah dasar memerlukan perhatian lebih karena lebih rentan terkena masalah gigi dan mulut. Usia 6-12 tahun merupakan usia yang rawan karena pada masa ini, gigi sulung tanggal satu persatu dan gigi permanen mulai tumbuh. Adanya variasi gigi sulung dan gigi permanen dalam mulut menandakan masa geligi campuran pada anak. Gigi permanen yang baru tumbuh belum matang dan rentan mengalami kerusakan (Darwita, 2011). Selain itu, pengetahuan anak tentang cara dan waktu menyikat gigi yang tepat masih kurang serta masih belum dapat membiasakan diri untuk menyikat gigi. Kebiasaan menyikat gigi pada anak harus dilakukan dalam kehidupan sehari-hari tanpa keadaan terpaksa (Arianto *et al*, 2014).

Menurut teori adaptasi Roy (2009), respons atau perilaku adaptasi seseorang terhadap perubahan bergantung pada stimulus yang masuk dan kemampuan adaptasi orang tersebut. Tingkat atau kemampuan adaptasi seseorang ditentukan oleh 3 hal, yaitu masukan (input), kontrol, efektor, dan keluaran (output). Menurut Thomson (2003), perilaku tidak bisa dipelajari dalam semalam, tetapi secara bertahap selama bertahun-tahun seiring dengan pertumbuhan anak. Menurut Saied (2009), usia sekolah adalah periode yang sangat berpengaruh karena sikap dan keyakinan mulai terbentuk. Oleh karena itu, intervensi terkait kesehatan gigi dan mulut melalui sekolah diyakini dapat meningkatkan perilaku anak dalam menjaga kesehatan gigi dan mulut, khususnya menyikat gigi. Beberapa program yang dicanangkan Kementerian Kesehatan RI untuk meningkatkan perilaku dan kesadaran akan kesehatan gigi dan mulut pada anak di antaranya berupa upaya penyuluhan, kegiatan sikat gigi bersama, serta pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut rutin pada anak (Darwita, 2011).

Rahardjo dan Darwita (2011) telah melakukan penelitian mengenai efek program sikat gigi bersama terhadap resiko karies gigi pada siswa kelas 1 dan 2 SD. Indikator yang digunakan dalam penelitian ini adalah pH plak dan pH saliva. Program sikat gigi bersama di dalam ruangan dilakukan selama 6 bulan disertai edukasi melalui *flipchart* dan *phantom* mengenai kesehatan gigi dan mulut.

Hasilnya, pada pemeriksaan nilai pH plak sebelum dilakukannya program sikat gigi bersama didapatkan nilai pH yang hampir mendekati nilai kritis pH plak, yaitu  $6,133 \pm 0,379$ . Setelah dilakukan intervensi dengan program sikat gigi bersama selama 6 bulan, didapatkan peningkatan nilai pH plak secara bermakna menjadi  $6,474 \pm 0,383$  ( $p < 0,001$ ). Nilai pH saliva setelah dilakukan intervensi juga meningkat dari nilai rata-rata  $6,688 \pm 0,519$ , menjadi  $6,802 \pm 0,413$ . Dengan demikian dapat dikatakan bahwa perubahan nilai pH saliva antara lain disebabkan oleh adanya program menyikat gigi bersama di dalam kelas selama 6 bulan, walaupun peningkatan nilai pH saliva tidak bermakna. Selain itu, penelitian ini juga mengamati perubahan perilaku dari guru yang membimbing program sikat gigi bersama. Hasilnya, terdapat peningkatan signifikan terhadap perilaku dari guru-guru tersebut.

Selain itu, Wind (2005) juga melakukan penelitian serupa mengenai program sikat gigi di sekolah, namun sikat gigi ini tidak dilakukan bersama-sama. Intervensi ini dilakukan selama 3 tahun pada siswa kelas 5 SD. Hasilnya, terdapat perubahan signifikan pada perilaku menyikat gigi siswa. Penelitian ini mengambil subyek kelas 5 karena pengambilan data melalui kuesioner pada siswa yang lebih muda dianggap lebih sulit.

Berdasarkan uraian di atas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian terkait efektivitas sikat gigi bersama di sekolah terhadap perilaku menyikat gigi siswa kelas 2 SD. Penelitian ini akan dilakukan di *SD Islamic Global School*, Bandungrejosari, Sukun, Kota Malang dengan pertimbangan SD tersebut masih tergolong baru dan belum pernah diadakan program terkait dengan kesehatan sebelumnya khususnya kesehatan gigi dan mulut. Menurut keterangan dari kepala sekolahnya, sejauh ini kegiatan kesehatan yang diadakan di sekolah hanya kegiatan imunisasi rutin dari puskesmas setempat.

## 1.2. Rumusan Masalah

Apakah kegiatan sikat gigi bersama di sekolah berpengaruh terhadap perilaku menyikat gigi siswa kelas 2 SD?

## 1.3. Tujuan Penelitian

### 1.3.1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui efektivitas kegiatan sikat gigi bersama terhadap perilaku menyikat gigi siswa kelas 2 SD

### 1.3.2. Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui perilaku menyikat gigi siswa kelas 2 SD sebelum adanya kegiatan sikat gigi bersama
2. Untuk mengetahui perilaku menyikat gigi siswa kelas 2 SD sesudah adanya kegiatan sikat gigi bersama
3. Untuk menganalisis efektifitas dari kegiatan sikat gigi bersama terhadap perilaku menyikat gigi siswa kelas 2 SD

## 1.4. Manfaat Penelitian

### 1.4.1. Manfaat Akademik

1. Menambah pengalaman dan pengetahuan peneliti tentang kegiatan sikat gigi bersama siswa kelas 2 SD
2. Mengetahui perilaku dan kebiasaan menyikat gigi siswa kelas 2 SD
3. Mengetahui efek dari kegiatan sikat gigi bersama terhadap perilaku menyikat gigi siswa kelas 2 SD

### 1.4.2. Manfaat Praktis

Membentuk perilaku dan kebiasaan menyikat gigi pada siswa sehingga diharapkan ke depannya siswa dapat menerapkan kebiasaan menyikat gigi yang benar dan tepat waktu dalam kehidupan sehari-hari tanpa terpaksa.

## BAB II TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Perilaku

#### 2.1.1. Pengertian

Perilaku adalah aksi dari individu terhadap reaksi dari hubungannya (Suryani, 2003). Menurut Ensiklopedi Amerika, perilaku diartikan sebagai suatu aksi dan reaksi organisme terhadap lingkungannya. Hal ini berarti bahwa perilaku baru terjadi apabila ada sesuatu yang diperlukan untuk menimbulkan reaksi, yakni yang disebut rangsangan. Perilaku dari pandangan biologis merupakan suatu kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan. Jadi, perilaku manusia pada hakikatnya adalah suatu aktivitas dari manusia itu sendiri. Oleh sebab itu, perilaku manusia itu mempunyai bentangan yang sangat luas, mencakup: berjalan, berbicara, bereaksi, berpakaian, dan lain sebagainya. Untuk kepentingan kerangka analisis dapat dikatakan bahwa perilaku adalah apa yang dikerjakan oleh organisme tersebut, baik dapat diamati secara langsung atau secara tidak langsung. (Notoatmodjo, 2003)

Menurut Skinner (1938), perilaku merupakan hasil hubungan antara perangsang (*stimulus*) dan tanggapan atau respons. Oleh karena itu, perilaku manusia terjadi melalui proses stimulus → organisme → respon, atau disebut sebagai teori S-O-R. Perilaku dapat dibedakan menjadi dua berdasarkan respons, yaitu:

1. *Reflexive respons* atau respondent respons, adalah respon yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan tertentu. Rangsangan ini disebut *eliciting stimulation* karena menimbulkan respons-respons yang relatif tetap, seperti makanan lezat menimbulkan keluarnya air liur, cahaya kuat menyebabkan mata tertutup, dan sebagainya. Pada umumnya, rangsangan yang demikian mendahului respons yang ditimbulkan.
2. *Operant respons* atau instrumental respons, adalah respons yang timbul dan berkembangnya diikuti oleh perangsang tertentu. Rangsangan semacam ini disebut *reinforcer*, karena rangsangan tersebut memperkuat respons yang telah dilakukan oleh organisme. Rangsangan yang demikian itu mengikuti atau memperkuat suatu perilaku tertentu yang telah dilakukan.



Misalnya, seorang anak belajar atau telah melakukan suatu perbuatan, kemudian memperoleh hadiah, maka ia akan menjadi lebih giat belajar atau akan lebih baik lagi melakukan perbuatan tersebut.

Didalam kehidupan sehari-hari, *operant respons* merupakan bagian terbesar dari perilaku manusia, dan kemungkinan untuk dimodifikasi sangat besar, bahkan dapat dikatakan tidak terbatas (Notoatmodjo, 2003). Perilaku manusia berdasarkan teori S-O-R dibedakan menjadi dua, yaitu:

1. *Covert behaviour* (perilaku tertutup), adalah respon yang masih belum dapat dilihat oleh orang lain. Respon masih terbatas dalam bentuk perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan, dan sikap terhadap stimulus yang bersangkutan. Perilaku ini biasa disebut *unobservable behaviour*. Bentuk dari *covert behaviour* yang dapat diukur adalah pengetahuan dan sikap
2. *Overt behaviour* (perilaku terbuka), terjadi bila respon terhadap stimulus sudah berupa tindakan dan dapat diamati orang lain dari luar atau biasa disebut *observable behaviour*.

### 2.1.2. Perilaku Kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2010), perilaku kesehatan adalah semua aktivitas atau kegiatan seseorang baik yang dapat diamati maupun yang tidak dapat diamati yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Secara lebih terperinci perilaku kesehatan itu mencakup:

1. Perilaku seseorang terhadap sakit dan penyakit baik secara pasif (mengetahui) maupun secara aktif (tindakan) yang dilakukan sehubungan dengan penyakit dan sakit tersebut.
2. Perilaku terhadap sistem pelayanan kesehatan, adalah respon seseorang terhadap sistem pelayanan kesehatan menyangkut fasilitas pelayanan, cara pelayanan, petugas kesehatan, dan obat-obatannya baik dalam sistem pelayanan kesehatan modern maupun tradisional.
3. Perilaku terhadap makanan (*nutrition behaviour*), adalah respon seseorang terhadap makanan sebagai kebutuhan vital bagi kehidupan meliputi pengetahuan, persepsi, sikap, dan praktik kita terhadap makanan serta unsur-unsur yang terkandung di

dalamnya (zat gizi), pengolahan makanan, dan sebagainya, sehubungan dengan kebutuhan tubuh kita

4. Perilaku terhadap lingkungan kesehatan (environmental health behaviour), adalah respon seseorang terhadap lingkungan sebagai determinan kesehatan manusia.

Menurut Beckle (1979) dalam Notoatmodjo (2005), perilaku kesehatan dapat dibagi menjadi tiga, yaitu:

1. Perilaku sehat (*healthy behaviour*), adalah perilaku yang berkaitan dengan upaya mempertahankan dan meningkatkan kesehatan, seperti makan dengan menu seimbang, kegiatan fisik secara teratur dan cukup, tidak merokok serta mengonsumsi alkohol, dan istirahat yang cukup.

2. Perilaku sakit (*Illness behaviour*), adalah perilaku seseorang yang sakit atau terkena masalah kesehatan pada dirinya atau keluarganya, untuk mencari penyembuhan, atau untuk mengatasi masalah kesehatan yang lainnya. Perilaku yang muncul pada orang sakit atau pada anaknya yang sakit adalah:

- a. Didiamkan saja, tetap menjalankan aktivitas sehari-hari
- b. Mengambil tindakan dengan melakukan pengobatan sendiri (*self treatment*) melalui cara tradisional atau cara modern
- c. Mencari penyembuhan atau pengobatan ke luar yakni ke fasilitas kesehatan modern maupun tradisional

3. Perilaku peran orang sakit (*the sick role behaviour*), Becker mengatakan hak dan kewajiban orang yang sedang sakit adalah merupakan perilaku peran orang sakit (*the sick role behaviour*). Perilaku peran orang sakit di antaranya:

- a. Perilaku untuk memperoleh kesembuhan
- b. Perilaku untuk mengenal atau mengetahui fasilitas kesehatan yang tepat untuk memperoleh kesembuhan
- c. Melakukan kewajibannya sebagai pasien
- d. Tidak melakukan sesuatu yang merugikan bagi proses penyembuhan
- e. Melakukan kewajiban agar tidak kambuh penyakitnya

### 2.1.3. Terbentuknya Perilaku

Sebagaimana telah disebutkan di atas, sebagian besar perilaku manusia adalah *operant respons*. Untuk membentuk perilaku, perlu diciptakan adanya suatu kondisi tertentu yang disebut

*operant conditioning*. Prosedur pembentukan perilaku dalam *operant conditioning* ini menurut Skinner (1938) adalah sebagai berikut:

1. Melakukan identifikasi tentang hal-hal yang merupakan penguat atau *reinforcer* berupa hadiah-hadiah atau *rewards* bagi perilaku yang akan dibentuk
2. Melakukan analisis untuk mengidentifikasi komponen-komponen kecil yang membentuk perilaku yang dikehendaki. Kemudian komponen-komponen tersebut disusun dalam urutan yang tepat untuk menuju kepada terbentuknya perilaku yang dimaksud.
3. Dengan menggunakan secara urut komponen-komponen itu sebagai tujuan-tujuan sementara, mengidentifikasi *reinforcer* atau hadiah untuk masing-masing komponen tersebut
4. Melakukan pembentukan perilaku, dengan menggunakan urutan komponen yang telah tersusun itu. Apabila komponen pertama telah dilakukan, maka hadiahnya diberikan, hal ini akan mengakibatkan komponen atau perilaku (tindakan) tersebut cenderung akan sering dilakukan. Jika perilaku ini sudah terbentuk, kemudian dilakukan komponen (perilaku) yang kedua yang diberi hadiah (komponen pertama tidak memerlukan hadiah lagi), demikian berulang-ulang sampai komponen kedua terbentuk. Setelah itu dilanjutkan dengan komponen ketiga, keempat, dan selanjutnya sampai seluruh perilaku yang diharapkan terbentuk.

Menurut Walgito (2003), perilaku dapat terbentuk melalui beberapa cara, yaitu:

1. Kebiasaan, perilaku terbentuk karena kebiasaan yang sering dilakukan, misalnya menyikat gigi setelah sarapan dan malam sebelum tidur
2. Pengertian (*insight*), perilaku terbentuk melalui pengertian, misalnya memakai helm saat mengendarai motor untuk menghindarkan cedera kepala jika terjadi sesuatu
3. Penggunaan model, misalnya seseorang yang menjadi panutan bagi yang lain untuk mau berperilaku seperti yang ia lihat saat itu.

Menurut Notoatmodjo (2003), proses terbentuknya perilaku dipengaruhi oleh dua faktor, yaitu faktor intern dan faktor ekstern. Faktor intern terdiri dari: pengetahuan, kecerdasan, persepsi, emosi,

motivasi, dan sebagainya untuk mengolah rangsangan dari luar. Sedangkan faktor ekstern terdiri dari lingkungan sekitar, baik fisik maupun non-fisik seperti: iklim, manusia, sosial-ekonomi, kebudayaan, dan sebagainya.

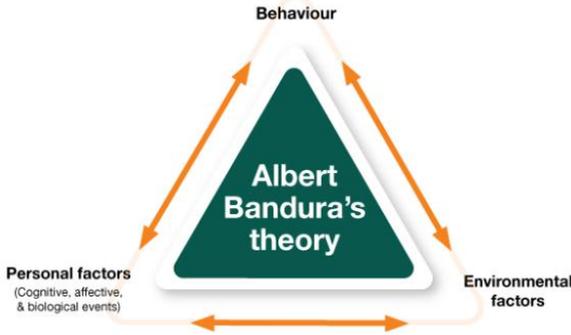
Menurut konsep Lawrence and Green dalam Notoatmodjo (2007), perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor, yaitu:

1. Faktor predisposisi, mencakup tentang pengetahuan dan sikap seseorang terhadap sebuah rangsangan atau stimulus yang ia dapatkan
2. Faktor pemungkin, mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas sebagai penunjang terjadinya sebuah perilaku yang terjadi pada seseorang tersebut
3. Faktor penguat, meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama, sikap dan perilaku dari seseorang yang membuatnya menirukan apa yang mereka lakukan.

**2.1.4. Perubahan Perilaku**

1. *Social Cognitive Theory*

*Social Cognitive Theory* (teori kognitif sosial) merupakan pembaruan dari *Social Learning Theory* (teori belajar sosial) yang dikembangkan oleh Albert Bandura pada tahun 1999 (Nabavi, 2009). Menurut Hayden (2017), teori kognitif sosial merupakan interaksi timbal balik antara *person*, *environmental* (lingkungan), dan *behavior* (perilaku).



**Gambar 2.1 Social Cognitive Theory** (Nabavi, 2012)



Diagram di atas menggambarkan bahwa hubungan antara faktor-faktor bersifat timbal balik ketimbang satu arah (Santrock, 2007). Faktor ini bisa saling berinteraksi dan memengaruhi satu sama lain. Faktor lingkungan memengaruhi perilaku, perilaku memengaruhi lingkungan, faktor person/kognitif mempengaruhi perilaku (Parjares, 2004). Personal dalam teori ini terdiri dari faktor-faktor kognitif berupa ingatan, penglihatan dan perencanaan. Individu belajar banyak tentang perilaku melalui peniruan (*modeling*), bahkan tanpa adanya penguat (*reinforcement*) yang diterimanya. Proses belajar semacam ini disebut *observational learning* atau pembelajaran melalui pengamatan (Bandura, 1971). Sebagian besar manusia belajar melalui pengamatan secara selektif dan mengingat tingkah laku orang lain. Inti dari teori kognitif sosial ini adalah pemodelan (*modelling*), dan permodelan ini merupakan salah satu langkah paling penting dalam perubahan perilaku (Kardi, 1997).

Sebagai contoh, ketika seorang ibu mengajarkan anaknya bagaimana cara mengikat sepatu dengan memeragakannya berulang kali sehingga si anak bisa mengikat tali sepatunya, maka proses ini disebut proses *modeling*. Melalui proses permodelan peran (*role modeling*) ini perilaku-perilaku yang dilakukan orang lain kemudian disimpan dalam memori seseorang yang suatu saat akan dimunculkan (*recalled*) dan perilaku tersebut diimitasi. Menurut Santrock (2007) kita memperoleh sejumlah besar tingkah laku, pikiran dan perasaan dengan mengobservasi orang lain, observasi tersebut menjadi bagian penting dari perkembangan kita.

Menurut Bandura (dalam Bastable, 2002) terdapat empat langkah/tahap dalam teori kognitif sosial, yaitu :

a. Fase pertama (fase perhatian)

Yaitu kondisi yang diperlukan agar pembelajaran terjadi. Dari hasil penelitian ditunjukkan bahwa model peran yang berstatus dan berkompotensi tinggi lebih mungkin diamati meskipun karakteristik peserta didik sendiri mungkin lebih perlu diperhatikan.

b. Fase kedua (fase peringatan/retensi)

Berkaitan dengan penyimpanan dan pemanggilan kembali memori dari apa yang diamati. Retensi ini dapat dilakukan dengan cara menyimpan informasi secara imaginal atau mengkodekan peristiwa model ke dalam simbol-simbol verbal yang mudah dipergunakan.

### c. Fase ketiga (fase peniruan)

Dimana peserta didik meniru perilaku yang diamati. Latihan mental, penerapan langsung, dan umpan balik yang korektif memperkuat peniruan tersebut. Pada tahap tertentu, gambaran simbolik tentang perilaku model mungkin perlu diterjemahkan ke dalam tindakan yang efektif.

### d. Fase keempat (fase motivasi)

Yaitu apakah peserta didik termotivasi untuk melakukan jenis perilaku tertentu atau tidak. Pengamat akan cenderung mengadopsi perilaku model jika perilaku tersebut:

- Menghasilkan imbalan eksternal
- Secara internal pengamat memberikan penilaian yang positif
- Pengamat melihat bahwa perilaku tersebut bermanfaat bagi model itu sendiri.

## 2. *Transtheoretical Model*

*Transtheoretical model* adalah teori yang mengatakan bahwa perubahan perilaku adalah proses yang terjadi secara bertahap. Ketika seseorang berusaha untuk mengubah perilaku, mereka akan melalui beberapa tahapan yang berbeda dan menggunakan berbagai proses untuk membantu mereka untuk mencapai satu tahap ke tahap berikutnya hingga perilaku yang diinginkan tercapai. Dengan demikian, teori ini juga dikenal sebagai *Stages of Change* (Hayden, 2017).

Menurut Prochaska *et al* (dalam Hayden, 2017) terdapat lima tahap perubahan, yaitu:

### a. *Pre-contemplation*

Tahap *pre-contemplation* terjadi ketika individu tidak memiliki niat untuk mengganti perilakunya. Individu yang berada di tahap ini bisa saja sudah mendapat informasi atau belum mendapat informasi tentang konsekuensi perilakunya. Atau dia sudah pernah mencoba untuk mengubahnya dan menjadi tidak peduli tentang hal tersebut.

### b. *Contemplation*

Tahap ini adalah tahap dimana individu sudah memiliki niat untuk melakukan perubahan, namun belum membentuk komitmen untuk segera mengubah perilaku lamanya. Individu masih menimbang-nimbang pro dan kontra dalam mengubah perilakunya agar menjadi lebih sehat.

### c. *Preparation*

Di tahap ini, individu membuat keputusan untuk mengubah perilakunya. Rencana dibuat untuk mengurangi perilaku yang ingin diubah. Individu dapat lanjut pada tahap selanjutnya ketika individu telah menetapkan rencananya dan yakin bahwa dia dapat mengikutinya.

### d. *Action*

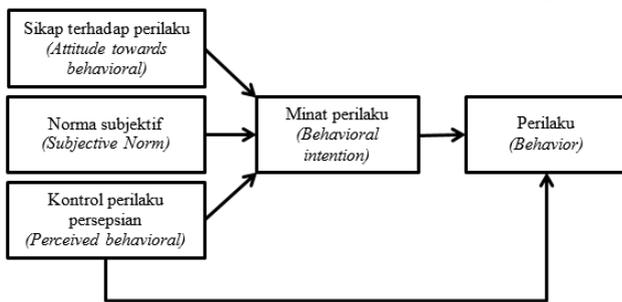
Merupakan tahap di mana individu membuat modifikasi spesifik dalam perilakunya untuk menghadapi masalahnya dalam kata lain untuk mencapai *target behavior*. Tahapan ini memerlukan komitmen waktu dan energi untuk dapat benar-benar mengubah perilakunya. Termasuk dalam menghentikan perilaku lamanya dan memodifikasi gaya hidup serta lingkungan yang bisa membuatnya kembali ke perilaku lamanya.

### e. *Maintenance*

Tahap di mana individu telah membuat perubahan yang terlihat besar dalam gaya hidup mereka dan berusaha untuk mencegah perilaku lamanya kembali. Tetapi mereka tidak mengaplikasikan proses sebanyak ketika tahapan *action*. Pada tahap ini, individu akan kurang tergoda untuk kembali ke perilaku lamanya dan kepercayaan diri mereka akan bertambah untuk meneruskan perubahan mereka.

## 3. *Theory of Planned Behaviour*

*Theory of planned behaviour* merupakan pengembangan dari teori sebelumnya yaitu *Theory of reasoned action* yang menjelaskan bahwa individu memiliki kemungkinan besar untuk mengadopsi sebuah perilaku apabila individu tersebut memiliki sikap yang positif terhadap perilaku tersebut, mendapatkan persetujuan dari individu yang dekat dan terkait dengan perilaku tersebut, serta individu tersebut percaya bahwa perilaku tersebut dapat dilakukan dengan baik.



**Gambar 2.2 Theory of Planned Behavior** (Jogiyanto, 2007)

Dari gambar di atas, *theory of planned behaviour* memiliki 2 fitur, yaitu:

1. Teori ini mengasumsikan bahwa kontrol persepsi perilaku (*perceived behavioral control*) mempunyai implikasi terhadap minat. Orang-orang yang percaya bahwa mereka tidak memiliki kesempatan untuk melakukan perilaku tertentu, mungkin tidak akan membentuk minat berperilaku yang kuat untuk melakukannya walaupun mereka mempunyai sikap yang positif terhadap perilakunya dan percaya bahwa orang lain akan menyetujui seandainya mereka melakukan perilaku tersebut. Dengan demikian diharapkan terjadi hubungan antara kontrol persepsi perilaku (*perceived behavioral control*) dengan minat yang tidak dihubungkan oleh sikap dan norma subjektif. Di model ini ditunjukkan dengan panah yang menghubungkan kontrol perilaku persepsian (*perceived behavioral control*) ke minat perilaku.
2. Fitur kedua adalah kemungkinan hubungan langsung antara kontrol persepsi perilaku (*perceived behavioral control*) dengan perilaku. Di banyak contoh, kinerja dari suatu perilaku tergantung tidak hanya pada motivasi untuk melakukannya tetapi juga kontrol yang cukup terhadap perilaku yang dilakukan. Dengan demikian, kontrol perilaku (*perceived behavioral control*) dapat memengaruhi perilaku secara tidak langsung lewat minat, dan juga dapat memprediksi perilaku secara langsung. Di model hubungan langsung ini ditunjukkan dengan panah yang menghubungkan kontrol persepsi perilaku (*perceived behavioral control*) langsung ke perilaku (*behavior*).

#### 4. Teori Lawrence Green

Menurut Lawrence Green (dalam Notoatmodjo, 2007) perilaku manusia dibentuk oleh dua faktor pokok, yaitu faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor di luar perilaku (*non-behavior causes*). Selanjutnya, perilaku itu sendiri dibentuk dari tiga faktor, yaitu:

a. Faktor predisposisi (*predisposing factors*)

Yaitu faktor-faktor yang dapat mempermudah terjadinya perilaku pada diri seseorang seperti pengetahuan, kepercayaan, sikap, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya.

b. Faktor pemungkin (*enabling factors*)

Faktor pemungkin atau pendukung (*enabling*) perilaku adalah fasilitas, sarana, atau prasarana yang mendukung atau memfasilitasi terjadinya perilaku seseorang.

c. Faktor penguat (*reinforcing factors*)

Pengetahuan, sikap, dan fasilitas yang tersedia kadang-kadang belum menjamin terjadinya perilaku seseorang. Diperlukan referensi perilaku dari tokoh masyarakat, petugas kesehatan, atau petugas lain sebagai faktor penguat bagi terjadinya perilaku seseorang.

#### 2.1.5. Bentuk Perubahan Perilaku

Menurut *World Health Organization* (WHO) dalam Notoatmodjo (2007), bentuk perubahan perilaku dibagi menjadi 3 kelompok, yaitu:

a. *Natural change* (perubahan alami)

Perilaku manusia dari waktu ke waktu pasti memiliki perubahan dan perubahan itu disebabkan karena kejadian alamiah

b. *Planned change* (perubahan terencana)

Perubahan terencana ini terjadi karena adanya perencanaan sendiri oleh subjek yang akan merubah perilakunya sendiri

c. *Readiness to change* (kesediaan untuk berubah)

Apabila terdapat inovasi atau program-program pembangunan di dalam masyarakat, maka yang sering terjadi adalah subjek akan menerima inovasi tersebut atau perubahan tersebut (perubahan perilakunya), dan sebagian orang lagi sangat lambat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut.

## 2.2 Anak Usia Sekolah

### 2.2.1. Pengertian Anak Usia Sekolah

Usia sekolah adalah anak pada usia 6-12 tahun, yang artinya sekolah menjadi pengalaman inti anak, yang menjadi titik pusat perkembangan kognitif dan psikososial. Periode ketika anak-anak dianggap mulai bertanggung jawab terhadap perilakunya sendiri dalam hubungan dengan orang tua mereka, teman sebaya, dan orang lainnya. Usia sekolah merupakan masa di mana anak-anak memperoleh dasar-dasar pengetahuan untuk keberhasilan penyesuaian diri pada kehidupan dewasa dan memperoleh keterampilan tertentu (Wilson dan Hockenberry, 2009). Usia sekolah merupakan masa yang penting dalam pertumbuhan dan perkembangan fisik anak. Periode ini juga disebut sebagai periode kritis karena pada masa ini anak mulai mengembangkan kebiasaan yang biasanya cenderung menetap sampai dewasa (Hariyanti, 2008).

### 2.2.2. Ciri-ciri Anak Usia Sekolah

Menurut Hurlock (2002), orang tua, pendidik, dan ahli psikologis memberikan berbagai label kepada periode ini. Label-label ini mencerminkan ciri-ciri penting dari periode anak-usia sekolah sebagai berikut :

#### 1. Label yang digunakan orang tua

*Usia yang menyulitkan*, di mana anak tidak mau lagi menurut perintah. Pada masa ini, anak lebih banyak dipengaruhi oleh teman-teman sebayanya daripada oleh orang tua dan anggota kelompok lain. *Usia tidak rapih*, di mana anak cenderung tidak memperdulikan dan ceroboh dalam penampilan, dan kamarnya sangat berantakan. Kebanyakan anak, terutama laki-laki, kurang memperhatikan dan tidak bertanggung jawab terhadap pakaian dan benda-benda miliknya sendiri. *Usia bertengkar*, di mana banyak terjadi pertengkar antar keluarga dan suasana rumah yang tidak menyenangkan bagi semua anggota keluarga. Dalam keluarga yang terdiri dari anak laki-laki dan perempuan, sudah sering bila terjadi pertengkar antara anak laki-laki dan perempuan.

2. Label yang digunakan pendidik

*Periode kritis*, suatu masa di mana anak membentuk kebiasaan untuk mencapai sukses, tidak sukses, atau sangat sukses.

3. Label yang digunakan ahli psikologis

*Usia berkelompok*, suatu masa di mana perhatian utama anak tertuju pada keinginan diterima oleh teman-teman sebaya sebagai anggota kelompok, terutama kelompok yang bergengsi dalam pandangan teman-temannya. *Usia penyesuaian diri*, di mana anak ingin menyesuaikan diri dengan standar yang disetujui kelompok yang bergengsi dalam penampilan, berbicara, dan perilaku. *Usia kreatif*, suatu masa dalam rentang kehidupan di mana akan menentukan apakah anak akan menjadi konformis atau pencipta karya yang baru dan orisinal. Anak-anak yang lebih besar bila tidak dihalangi oleh rintangan lingkungan, kritik, atau cemoohan orang lain, akan mengarahkan tenaga ke dalam kegiatan-kegiatan yang kreatif. *Usia bermain*, karena luasnya minat dan kegiatan bermain. Bukan karena banyaknya waktu untuk bermain.

### 2.2.3. Perkembangan Anak Usia Sekolah

Menurut Potter & Perry (2009), perkembangan anak usia sekolah dibagi menjadi 3, yaitu perkembangan fisik, kognitif, dan psikososial.

1. Perkembangan fisik

Kecepatan pertumbuhan di awal usia sekolah bersifat perlahan dan konsisten yang kemudian melonjak saat memasuki usia remaja. Anak usia sekolah terlihat lebih ramping daripada anak usia pra-sekolah karena terdapat perubahan distribusi dan ketebalan lemak.

Menurut Jahja (2011), pada usia ini anak mengalami peningkatan tinggi badan sekitar 5 cm pertahun dan berat badan sekitar 1,8 sampai 3,2 kg pertahun. Banyak anak yang mengalami penambahan berat badan dua kali lipat, dan sebagian besar anak perempuan pertumbuhannya mendahului anak laki-laki pada akhir usia sekolah. Pada usia ini anak menjadi lebih terkoordinasi karena kekuatannya yang meningkat. Sebagian besar anak mampu melakukan kemampuan motorik kasar seperti berlari, melompat, menjaga

keseimbangan, melempar, dan menangkap saat bermain (Haditono, 2006).

Menurut Cassamasimo (2013), pertumbuhan tulang, tampilan, dan postur tubuh juga tampak pada usia ini. Postur anak yang sebelumnya sedikit lordosis dengan penonjolan abdomen berubah menjadi lebih tegak. Penting untuk mengevaluasi pertumbuhan anak, terutama anak perempuan setelah usia 12 tahun, terhadap adanya scoliosis. Bentuk mata juga berubah seiring dengan pertumbuhan tulang. Hal ini akan meningkatkan ketajaman penglihatan menjadi 6/6. *Skrining* penglihatan dan pendengaran menjadi lebih mudah karena anak telah memahami dan dapat bekerja sama dengan arahan pemeriksaan.

Perubahan fisik lainnya yang tampak pada usia ini adalah pertumbuhan gigi. Gigi permanen pertama muncul sekitar usia 6 tahun dan pada usia 12 tahun, anak telah kehilangan seluruh gigi sulungnya (Cassamasimo, 2013).

## 2. Perkembangan kognitif

Perkembangan kognitif pada anak memberikan kemampuan untuk berpikir secara logis tentang waktu serta lokasi dan untuk memahami hubungan antara benda dan pikiran. Anak mulai dapat membayangkan suatu peristiwa tanpa harus mengalaminya terlebih dahulu. Pikiran anak tidak lagi didominasi oleh persepsi sehingga kemampuan mereka untuk memahami dunia sangat meningkat. Pada usia 7 tahun, anak mampu menggunakan simbol untuk melakukan aktivitas dalam pikiran, bukan secara nyata. Mereka mulai menggunakan proses berpikir yang logis dengan materi yang konkret atau nyata (objek, manusia, peristiwa yang dapat disentuh atau dilihat).

Anak usia sekolah menggunakan kognisinya untuk menyelesaikan masalah (Cassamasimo, 2013). Beberapa orang memiliki kemampuan yang lebih baik dalam menyelesaikan masalah dibandingkan orang lain karena bakat intelektual, pendidikan, dan pengalaman, namun semua anak dapat meningkatkan kemampuan ini.

Menurut Santrock (2007), perkembangan kognitif pada anak-anak usia 6-12 tahun termasuk pada tahap operasional konkrit. Tahap operasional konkrit ini ditandai dengan kemampuan melakukan

secara mental apa yang sebelumnya dilakukan secara fisik.

Karakteristik tahapan ini adalah:

- a. Dapat melakukan operasi-operasi dengan mengubah tindakan secara mental, memperlihatkan keterampilan konservasi
- b. Penalaran secara logis menggantikan peran intuitif, tetapi hanya di dalam keadaan-keadaan konkret
- c. Tidak abstrak
- d. Keterampilan-keterampilan klasifikasi yaitu dapat menggolongkan benda-benda ke dalam perangkat-perangkat dan sub perangkat dan bernalar tentang keterkaitannya.

### 3. Perkembangan psikososial

Menurut Erikson dalam Potter & Perry (2009), tugas perkembangan pada anak usia sekolah adalah *industry vs inferioritas*. Pada masa ini, anak mencoba memperoleh keterampilan dan kompetensi yang berfungsi dan dibutuhkan kelak pada usia dewasa. Mereka yang direspon secara positif akan merasakan adanya harga diri. Mereka yang memperoleh kegagalan sering merasa rendah diri atau tidak berharga sehingga dapat mengakibatkan penarikan diri dari sekolah maupun kelompok temannya.

Lingkungan sekolah sangat penting untuk kelompok usia ini karena sekolah lah yang akan memperkuat respon sosial yang anak pelajari di rumah. Sebagian besar anak menjadi sangat antusias tentang pengalaman sekolah mereka karena mereka merasa menjadi mandiri. Selain itu, mereka juga belajar membangun hubungan persahabatan yang kuat, stabil, dan bermakna di sekolah. Mereka cenderung berteman dengan anak yang memiliki kesamaan dari segi sosio-ekonomi, kecerdasan, dan kegemaran (Cassamasimo, 2013).

#### 2.2.4. Karakteristik Gigi Anak Usia Sekolah

Wilson dan Hockenberry (2009) mengatakan gigi permanen (sekunder) yang pertama muncul adalah gigi geraham di belakang gigi geraham sulung (primer) kira-kira pada usia 6 tahun. Gigi lainnya muncul berurutan dalam urutan yang hampir sama dengan munculnya gigi sulung dan diikuti dengan tenggalnya gigi sulung. Saat gigi geraham permanen kedua tumbuh, hampir seluruh gigi



permanen telah tumbuh. Pertumbuhan gigi permanen pada anak perempuan lebih cepat daripada anak laki-laki. Karena gigi permanen muncul pada masa usia sekolah, kebersihan gigi yang baik dan perhatian yang rutin terhadap adanya karies gigi merupakan bagian penting dari supervisi kesehatan selama periode ini.

Menurut Potter & Perry (2009), secara fisiologis anak usia sekolah dimulai dengan tanggalnya gigi sulung yang pertama dan diakhiri dengan masa pubertas dan tumbuhnya gigi permanen kecuali gigi geraham. Gigi permanen yang tumbuh pada anak usia sekolah harus diperhatikan kebersihan giginya karena peralihan dari gigi sulung menuju gigi permanen beresiko tinggi terkena karies. Pada usia 6-7 tahun, gigi yang tumbuh antara lain gigi insisif sentral dan molar pertama. Usia 7-8 tahun tumbuh gigi insisif sentral dan lateral. Usia 9-10 tahun tumbuh gigi kaninus mandibula. Usia 10-12 tahun tumbuh gigi caninus maksila, gigi premolar satu dan dua (Hockenberry & Wilson, 2009).

Menurut Hockenberry & Wilson (2009), anak usia sekolah memiliki motivasi yang kurang dalam melakukan perawatan gigi. Apabila sejak awal anak sudah ditanamkan kebiasaan menggosok gigi secara teratur, maka akan lebih mudah untuk mempertahankan kebiasaan tersebut hingga dewasa.

### 2.3 Sikat Gigi Bersama

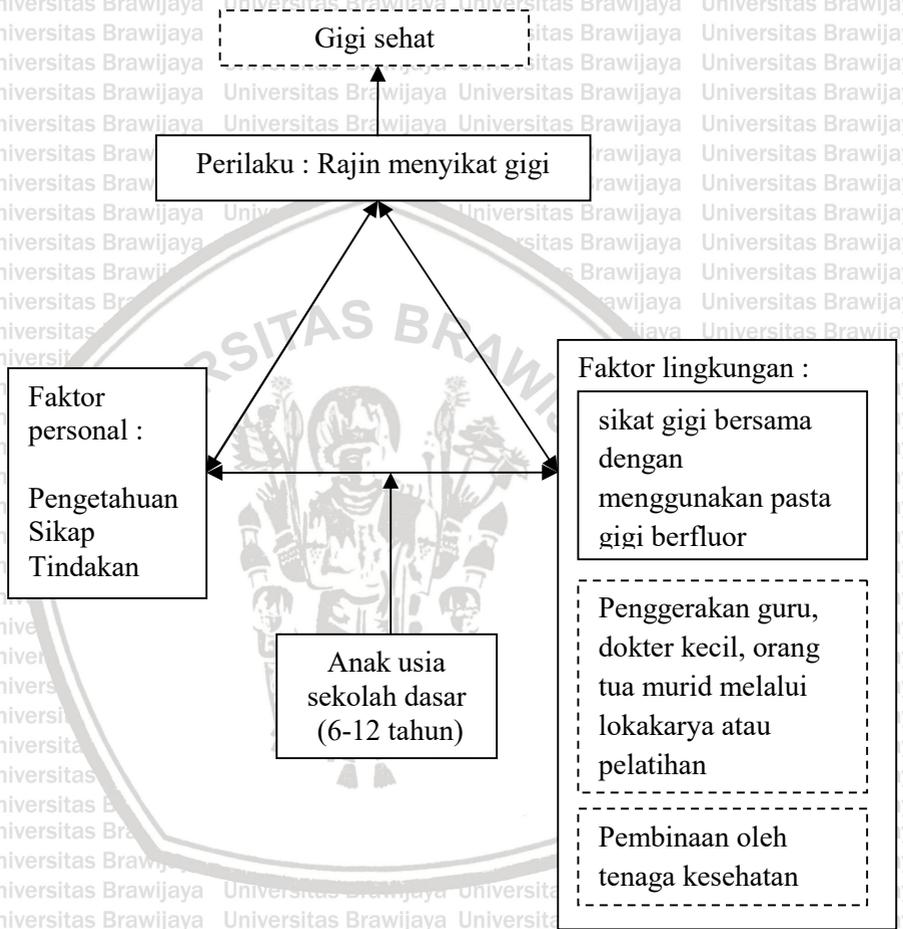
Menurut Fahrina (2018), sikat gigi bersama adalah sikat gigi yang dilakukan bersama-sama di bawah bimbingan instruktur seperti guru, petugas kesehatan, atau kader dan mengajarkan bagaimana cara menyikat gigi yang baik dan benar serta waktu yang tepat untuk menyikat gigi. Sikat gigi bersama di lingkungan sekolah mendorong kebiasaan menyikat gigi setiap hari pada siswa secara berulang di waktu yang sama (Wind, 2005). Sikat gigi bersama termasuk dalam salah satu program promosi perawatan kesehatan gigi serta pencegahan untuk siswa sekolah dasar yang dibentuk oleh Kemenkes (Rahardjo *et al.*, 2011). Sikat gigi bersama adalah salah satu program yang sering dilakukan oleh PDGI dan kemenkes untuk membentuk perubahan perilaku holistik dalam memelihara kesehatan gigi dan mulut. Sikat gigi bersama setiap hari di sekolah merupakan salah satu resolusi dari *The 60th World Health Assembly (WHA)* oleh WHO tahun 2007 dalam mengembangkan dan

mengimplementasikan promosi kesehatan gigi dan mulut serta pencegahan penyakit gigi dan mulut sebagai bagian dari kegiatan promosi kesehatan di sekolah. Sikat gigi bersama juga merupakan salah satu program intervensi perilaku yang terencana, terarah, dan berkesinambungan dari Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS). Sikat gigi bersama setiap hari di sekolah ditujukan minimal untuk siswa SD kelas I, II, dan III dibimbing oleh guru dengan memakai pasta gigi mengandung fluor (Marlindayanti, 2018).



### BAB III KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS

#### 3.1. Kerangka Konsep



Kerangka konsep penelitian di atas diadaptasi dari *Social Cognitive Theory* di mana terdapat faktor personal dan faktor lingkungan yang memengaruhi berubahnya suatu perilaku. Penelitian ini dilakukan pada siswa kelas 2 SD *Islamic Global School*. Pada usia ini, sekolah menjadi pengalaman inti anak dan merupakan waktu yang tepat untuk menanamkan nilai-nilai untuk membentuk perilaku positif. Perkembangan motorik halus dan motorik kasar berkembang dengan baik pada usia ini. Usia sekolah dasar merupakan saat ideal untuk melatih kemampuan motorik seorang anak, termasuk menyikat gigi. Periode ini juga disebut sebagai periode kritis karena pada masa ini anak mulai mengembangkan kebiasaan yang biasanya cenderung menetap sampai dewasa. Penelitian dilakukan dengan melakukan intervensi perilaku berupa sikat gigi bersama dengan menggunakan pasta gigi berfluor setiap hari di sekolah. Diharapkan terjadi perubahan perilaku menyikat gigi pada anak.

### 3.2. Hipotesis

Hipotesis dari penelitian ini adalah kegiatan menyikat gigi bersama efektif dalam mengubah perilaku menyikat gigi pada anak.

## BAB IV METODE PENELITIAN

### 4.1. Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang akan digunakan adalah *Quasy Experimental* karena di dalam penelitian ini terdapat variabel-variabel dari luar yang tidak dapat dikontrol oleh peneliti. Rancangan yang digunakan adalah *group pre-test post-test design*. Desain ini berasal dari riset ilmu sosial yang kemudian diadopsi oleh epidemiologi untuk mengevaluasi dampak intervensi kesehatan masyarakat. Penelitian ini menggunakan dua kelompok sama rata yang terdiri dari kelompok yang diberi perlakuan dan kelompok pembandingan. Dengan rancangan penelitian *non equivalent control group* desain dimana kelompok kontrol dan kelompok pembandingan tidak dipilih secara random.

### 4.2. Populasi dan Sampel

#### 4.2.1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah siswa kelas 2 SD *Islamic Global School* dengan total 100 siswa dengan jumlah 25 siswa pada masing-masing kelas.

#### 4.2.2. Sampel

Teknik pengambilan sampel yang akan digunakan pada penelitian ini adalah *total sampling*. *Total sampling* adalah teknik pengambilan sampel dimana jumlah sampel sama dengan jumlah populasi. Pada penelitian ini digunakan 100 siswa yang dibagi menjadi 2 kelompok, yaitu 50 siswa dalam kelompok pembandingan dan 50 siswa dalam kelompok yang diberi perlakuan.

#### 4.2.3. Kriteria Sampel

- Siswa kelas 2 SD *Islamic Global School* Malang
- Bisa membaca dan menulis
- Bersedia ikut dalam penelitian dan menandatangani *informed consent*



### 4.3. Variabel Penelitian

#### 4.3.1. Variabel Bebas (*Independent Variable*)

Variabel bebas adalah variabel yang menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel terikat. Dalam penelitian ini variabel bebasnya adalah kegiatan menyikat gigi bersama di sekolah.

#### 4.3.2. Variabel Terikat (*Dependent Variable*)

Variabel terikat adalah variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat dari adanya variabel bebas. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah perilaku menyikat gigi siswa yang terdiri dari pengetahuan, sikap, dan tindakan.

### 4.4. Lokasi dan Waktu Penelitian

#### 4.4.1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di SD *Islamic Global School*, Jl.S.Supriadi No.35, Bandungrejosari, Sukun, Kota Malang, Jawa Timur 65148

#### 4.4.2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Juli 2019 setiap pagi hari sebelum kegiatan belajar mengajar dimulai

### 4.5. Alat dan Bahan / Instrumen Penelitian

a. Penelitian ini menggunakan alat dan bahan berupa:

1. Sikat gigi
2. Pasta gigi berfluor
3. Cangkir plastik
4. Air

b. Instrumen penelitian

Instrumen penelitian adalah alat yang digunakan untuk pengumpulan data. Instrumen pada penelitian ini adalah kuesioner.

#### 4.6. Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Alat Ukur	Pengukuran	Skala
<b><u>Independen</u></b> <b>Kegiatan menyikat gigi bersama</b>	<p>Sikat gigi merupakan sikat gigi yang dilakukan bersama-sama dibawah bimbingan guru yang bertujuan untuk mengubah perilaku siswa dalam menyikat gigi. Sikat gigi dilakukan bersama-sama untuk siswa kelas 2 SD (dua kelas) di halaman sekolah setiap pagi hari sebelum kegiatan belajar mengajar dimulai pukul tujuh pagi selama 2 menit dibimbing wali kelas yang sebelumnya telah didedukasi tentang metode penyikatan gigi dengan satu kali berkumur yang akan digunakan oleh siswa.</p> <p>Keseluruhan kegiatan sikat gigi bersama yang di mulai dari tahap persiapan hingga selesai akan memakan waktu 5 menit. Kegiatan ini diserahkan sepenuhnya kepada</p>			

wali kelas dengan pengawasan rutin seminggu sekali oleh peneliti. Di awal kegiatan, siswa akan diberikan dental kit berupa sikat gigi, pasta gigi berfluor, dan cangkir kecil oleh peneliti yang kemudian dental kit ini ditinggal di sekolah untuk digunakan menyikat gigi setiap paginya. Di dalam kelas nantinya akan ditempelkan beberapa poster mengenai kebiasaan-kebiasaan menyikat gigi yang baik. Kegiatan sikat gigi bersama ini akan berlangsung selama 21 hari sekolah (Senin – Jumat). Dua kelas lainnya tidak diberikan perlakuan apapun selama 21 hari sekolah.

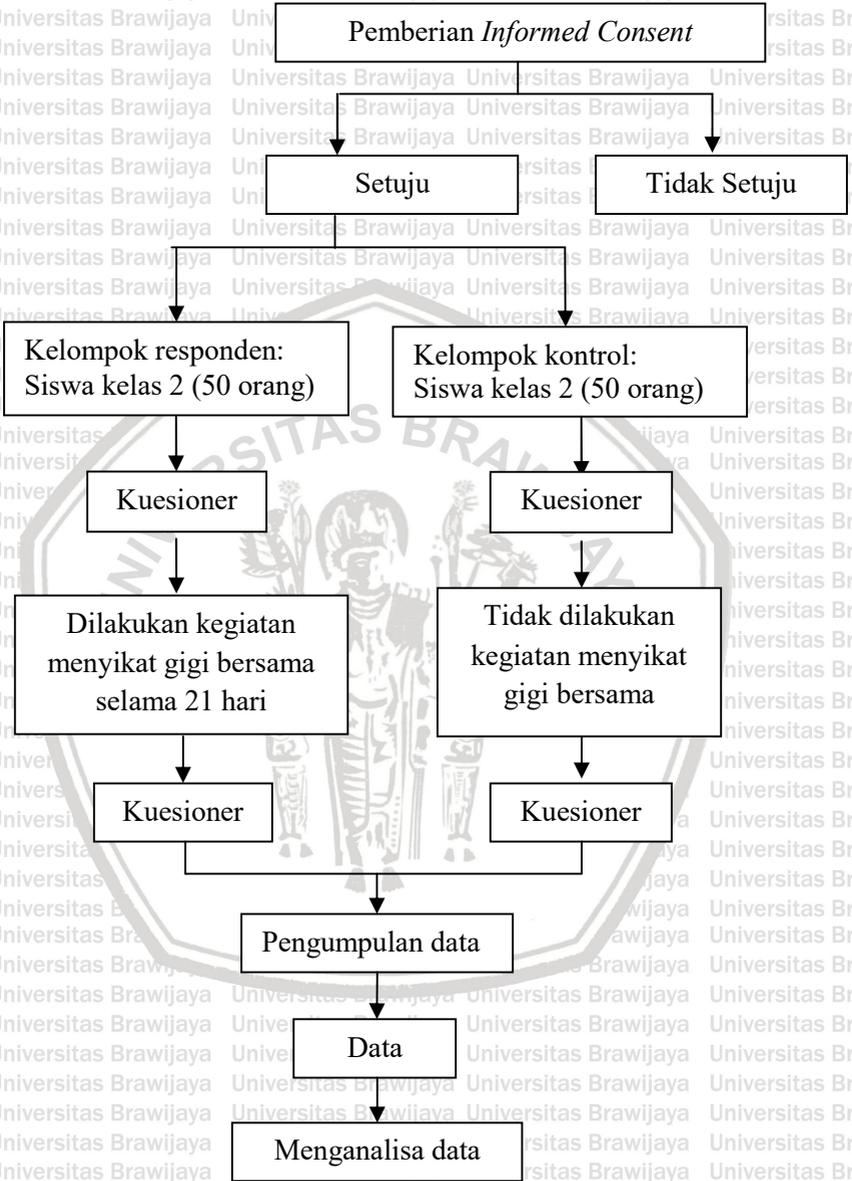
<p><b>Dependen Perilaku menyikat gigi siswa</b></p>	<p><b>PENGETAHUAN</b> Segala sesuatu yang diketahui dan dipahami responden berkenaan dengan kebiasaan menyikat gigi.</p>	<p>Kuesioner dengan masing-masing indikator terdiri dari 5 butir pertanyaan yang diberikan kepada siswa sebelum dan sesudah kegiatan menyikat gigi bersama</p>	<p>Dengan skor berikut: 0 = untuk jawaban salah 1 = untuk jawaban benar Berdasarkan nilai yang diperoleh: 0-2 = pengetahuan kurang mengenai kebiasaan menyikat gigi 3-5 = pengetahuan cukup mengenai kebiasaan menyikat gigi</p>	<p>Nominal</p>
	<p><b>SIKAP</b> segala sesuatu yang merupakan reaksi atau respon serta tanggapan responden mengenai kebiasaan menyikat gigi</p>		<p>Dengan skor berikut untuk pertanyaan positif: 0 = tidak setuju 1 = ragu-ragu 2 = setuju Dan skor berikut untuk pertanyaan negatif: 0 = setuju 1 = ragu-ragu 2 = tidak setuju Berdasarkan nilai yang diperoleh: 0-3 = sikap buruk dalam menyikat gigi</p>	<p>Ordinal</p>



			<p>4-6 = sikap cukup baik dalam menyikat gigi</p> <p>7-10 = sikap sangat baik dalam menyikat gigi</p>	
	<p><b>TINDAKAN</b> segala sesuatu yang merupakan praktik yang dilakukan responden dalam upaya yang berkenaan dengan menyikat gigi</p>	<p>Kuesioner yang terdiri dari 5 butir pertanyaan yang diberikan kepada orang tua siswa sebelum dan sesudah kegiatan sikat gigi bersama</p>	<p>Dengan skor berikut:</p> <p>0 = tidak pernah</p> <p>1 = jarang</p> <p>2 = sering</p> <p>Berdasarkan nilai yang diperoleh:</p> <p>0-3 = malas menyikat gigi</p> <p>4-6 = cukup malas menyikat gigi</p> <p>7-10 = sangat rajin menyikat gigi</p>	<p>Ordinal</p>



#### 4.7. Alur Penelitian



## 4.8. Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan pada subyek dan proses pengumpulan karakteristik subyek yang diperlukan dalam suatu penelitian. Langkah-langkah dalam pengumpulan data tergantung dari desain penelitian dan teknik instrumen yang dipergunakan.

### 4.8.1. Teknik Pengumpulan Data Primer

Data primer adalah data yang dikumpulkan oleh orang yang melakukan penelitian tentang sesuatu dan peneliti tersebut menggunakannya langsung untuk keperluan penelitian. Data primer dalam penelitian ini didapatkan dari kuesioner siswa kelas 2 SD *Islamic Global School*.

### 4.8.2. Teknik Pengumpulan Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang berasal selain dari hasil pengamatan langsung oleh peneliti, misalnya lembaga, laporan, buku literatur dan jurnal-jurnal. Data sekunder dalam penelitian ini didapatkan dari buku literatur serta jurnal-jurnal yang terkait dengan penelitian ini.

### 4.8.3. Kuesioner

Kuesioner adalah alat ukur berupa angket dengan beberapa pertanyaan. Kuesioner merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberikan beberapa pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawab. Alat ukur ini digunakan bila responden jumlahnya besar dan dapat membaca dengan baik. Pembuatan kuesioner ini mengacu pada parameter yang sudah dibuat oleh peneliti terhadap penelitian yang akan dilakukan. Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini dibuat sedemikian rupa sehingga responder hanya tinggal memilih atau menjawab pada jawaban yang sudah ada. Kuesioner tersebut diberikan dua kali yaitu sehari sebelum dilakukan sikat gigi bersama untuk mengetahui perilaku menyikat gigi siswa sebelum intervensi dan 3 hari sesudah dilakukan sikat gigi bersama karena peneliti ingin mengetahui besarnya peningkatan perilaku menyikat gigi pada siswa sesudah dilakukan sikat gigi bersama.

#### 4.8.3.1. Uji Kuesioner sebagai Alat ukur

Setelah kuesioner sebagai alat ukur selesai disusun, bukan berarti kuesioner tersebut dapat langsung digunakan untuk mengumpulkan data. Kuesioner yang dapat digunakan sebagai alat ukur penelitian perlu dilakukan uji validitas dan reliabilitas

##### a. Uji Validitas

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur (Notoatmodjo, 2010). Untuk mengetahui apakah kuesioner yang disusun mampu mengukur apa yang hendak diukur, maka perlu dilakukan uji korelasi antara skor (nilai) tiap-tiap pertanyaan dengan skor total kuesioner tersebut. Apabila kuesioner tersebut telah memiliki korelasi yang bermakna (*construct validity*), berarti semua butir pertanyaan yang ada dalam kuesioner tersebut dapat mengukur konsep yang hendak diukur. Teknik yang digunakan adalah "*product moment*" yang dikemukakan oleh Pearson.

Untuk mengetahui apakah butir pertanyaan dalam kuesioner tersebut valid dapat dilakukan dengan cara membandingkan  $R_{hitung}$  dengan  $R_{tabel}$ . Jika  $R_{hitung} > R_{tabel}$  maka pertanyaan tersebut valid, berarti layak untuk digunakan dalam pengujian hipotesis. Jika  $R_{hitung} < R_{tabel}$  maka pertanyaan tersebut tidak valid berarti tidak layak digunakan dalam pengujian hipotesis

##### b. Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejumlah mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Hal ini menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran itu tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dengan menggunakan alat ukur yang sama. Perhitungan reliabilitas dilakukan hanya pada pertanyaan-pertanyaan yang sudah memiliki validitas. Untuk menguji reliabilitas dapat dilakukan secara internal (pengujian reliabilitas kuesioner dilakukan dengan menguji coba kuesioner sekali saja kemudian dilakukan analisis untuk memprediksi reliabilitas tersebut) menggunakan teknik *Alpha Cronbach*. Jika nilai koefisien reliabilitas (*Alpha Cronbach*)  $\geq 0,6$  maka suatu variabel tersebut reliabel (konsisten).

#### 4.9. Analisis Data

Analisis data dalam penelitian ini menggunakan *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 23 dan terdiri dari beberapa tahapan, yaitu:

1. Membandingkan pengetahuan, sikap, tindakan sebelum dan sesudah sikat gigi bersama pada kelompok kontrol dan responden menggunakan uji statistik Mc Nemar pada pengetahuan karena uji ini digunakan untuk membandingkan sebelum dan sesudah perlakuan dimana tiap objek menggunakan dirinya sendiri sebagai pengontrol, isian data hanya terdiri dari dua pilihan yaitu “benar” dan “salah”, dan skala yang digunakan adalah nominal. Sedangkan untuk sikap dan tindakan menggunakan uji statistik wilcoxon karena data berskala ordinal
2. Analisis data pada tahapan ini bertujuan untuk memastikan bahwa antara kelompok kontrol dan responden tidak ada perbedaan sebelum dilakukan kegiatan sikat gigi bersama, ditandai dengan signifikansi  $> 0,05$  (tidak ada perbedaan). Tahapan ini terdiri dari:
  - a. Membandingkan pengetahuan antara kelompok kontrol dan responden sebelum sikat gigi bersama menggunakan uji statistik Chi-Square
  - b. Membandingkan sikap antara kelompok kontrol dan responden sebelum sikat gigi bersama menggunakan uji statistik Chi-Square
  - c. Membandingkan tindakan antara kelompok kontrol dan responden sebelum sikat gigi bersama menggunakan uji statistik Chi-Square
3. Analisis data pada tahapan ini bertujuan untuk mengetahui apakah terdapat perubahan pada pengetahuan, sikap, dan tindakan sesudah dilakukan sikat gigi bersama. Uji statistik yang digunakan sama dengan tahapan sebelumnya namun ditandai dengan signifikansi  $< 0,05$  (ada perbedaan).

## BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

### 5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

SD *Islamic Global School* (SD IGS) merupakan SD swasta yang terletak di jalan S. Supriyadi nomor 35, Bandungrejosari, Kecamatan Sukun, Kota Malang. Akses menuju sekolah ini cukup mudah karena berada di tepi jalan raya dan dilewati oleh kendaraan umum. Sarana dan prasana di sekolah ini sangat memadai untuk proses belajar mengajar. Kebersihan dan kerapian di sekolah ini sangat terjaga dan juga sekolah ini memiliki halaman yang sangat luas.

### 5.2 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas

Kuesioner pada penelitian ini telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas kepada 27 responden siswa kelas 2 SDN Bandungrejosari 1 Malang, dengan hasil sebagai berikut :

#### 5.2.1 Hasil Uji Validitas

Kriteria hasil uji validitas menyatakan bahwa jika  $R_{hitung} > R_{tabel}$  maka pertanyaan tersebut valid, berarti layak untuk digunakan dalam pengujian hipotesis. Jika  $R_{hitung} < R_{tabel}$  maka pertanyaan tersebut tidak valid berarti tidak layak digunakan dalam pengujian hipotesis. Ringkasan hasil uji validitas kuesioner pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

**Tabel 5.1 Hasil Uji Validitas**

Variabel	Indikator	$R_{hitung}$	Keterangan
Pengetahuan	Dalam sehari kita harus sikat gigi berapa kali?	0,524	Valid
	Kapan waktu yang tepat untuk melakukan sikat gigi di pagi hari?	0,716	Valid
	Kapan waktu yang tepat untuk melakukan sikat gigi di malam hari?	0,719	Valid
	Saat menyikat gigi, sebaknya kita berkumur berapa kali?	0,789	Valid



	Berapa banyak pasta gigi yang digunakan saat kita menyikat gigi?	0,722	Valid
	Saya suka menyikat gigi?	0,832	Valid
	Saya perlu menyikat gigi secara teratur	0,832	Valid
Sikap	Saya pikir butuh banyak usaha untuk menyikat gigi	0,630	Valid
	Menyikat gigi adalah kegiatan yang sering saya lakukan	0,832	Valid
	Saya akan tetap menyikat gigi di malam hari meskipun saya sudah mengantuk	0,706	Valid
Tindakan	Ananda menyikat gigi sehari berapa kali?	0,750	Valid
	Ananda sering lupa menyikat gigi	0,814	Valid
	Ananda sikat gigi hanya saat diingatkan oleh orang tua	0,755	Valid
	Ananda sikat gigi sesudah sarapan	0,593	Valid
	Ananda sikat gigi sebelum tidur	0,699	Valid

Berdasarkan tabel 5.1 diketahui bahwa nilai  $R_{hitung}$  pada semua indikator menghasilkan nilai yang lebih besar dari nilai  $R_{tabel}$  (0,381). Maka, semua indikator dinyatakan valid atau mampu mengukur variabel-variabel tersebut.

### 5.2.2 Hasil Uji Reliabilitas

Selain uji validitas, uji reliabilitas juga perlu dilakukan untuk mengetahui sejauh mana hasil pengukuran itu tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih. Perhitungan reliabilitas dilakukan hanya pada pertanyaan-pertanyaan yang sudah memiliki validitas. Kriteria hasil uji reliabilitas menyatakan, jika nilai koefisien reliabilitas (*Alpha Cronbach*)  $\geq 0,6$  maka suatu variabel

tersebut dinyatakan *reliable* (konsisten). Ringkasan hasil uji reliabilitas adalah sebagai berikut :

**Tabel 5.2 Hasil Uji Reliabilitas**

Variabel	<i>Alpha Cronbach</i>	Keterangan
Pengetahuan	0,732	Reliabel
Sikap	0,715	Reliabel
Tindakan	0,767	Reliabel

Berdasarkan tabel 5.2 diketahui bahwa nilai koefisien *Alpha Cronbach* dari ketiga variabel adalah  $> 0,6$ . Maka, kuesioner yang digunakan dapat dinyatakan reliabel atau konsisten dalam mengukur pengetahuan, sikap, dan tindakan dalam menyikat gigi.

### 5.3 Hasil Penelitian

Hasil dari penelitian ini didapatkan melalui pengumpulan data hasil kuesioner yang diberikan kepada siswa sebelum dan sesudah kegiatan sikat gigi bersama. Penelitian ini dilakukan mulai tanggal 16 Agustus 2019 – 23 September 2019. Populasi dalam penelitian ini adalah siswa kelas 2 SD dengan total 111 siswa. Metode pengambilan sampel yang digunakan adalah *Total sampling* yakni semua anggota populasi menjadi sampel, namun karena ada satu siswa yang orang tuanya tidak menyetujui *informed consent*, maka sampel penelitian yang digunakan berkurang menjadi 110 siswa dengan distribusi sebagai berikut :

**Tabel 5.3 Distribusi Sampel Penelitian**

Kelas	Jumlah Siswa	Kelompok
2A	28	Responden
2B	27	Kontrol
2C	27	Kontrol
2D	28	Responden

#### 5.3.1. Perilaku Menyikat Gigi Siswa Kelas 2 SD *Islamic Global School* Malang Sebelum Kegiatan Menyikat Gigi Bersama

Perilaku menyikat gigi siswa kelas 2 SD *Islamic Global School* Malang dalam penelitian ini terdiri dari pengetahuan, sikap, dan tindakan yang diukur menggunakan kuesioner. Kuesioner diberikan sebelum kegiatan sikat gigi bersama dimulai.

**5.3.1.1 Pengetahuan**

**Tabel 5.4 Perbandingan jumlah siswa pada kelompok kontrol sebelum sikat gigi bersama berdasarkan variabel pengetahuan**

Kriteria	F	%
Kurang	32	58,2%
Cukup	23	41,8%
Total	55	100,0%

**Tabel 5.5 Perbandingan jumlah siswa pada kelompok responden sebelum sikat gigi bersama berdasarkan variabel pengetahuan**

Kriteria	F	%
Kurang	34	61,8%
Cukup	21	38,2%
Total	55	100,0%

**5.3.1.2 Sikap**

**Tabel 5.6 Perbandingan jumlah siswa pada kelompok kontrol sebelum sikat gigi bersama berdasarkan variabel sikap**

Kriteria	F	%
Buruk	0	0%
Cukup	8	14,5%
Baik	47	85,5%
Total	55	100,0%

**Tabel 5.7 Perbandingan jumlah siswa pada kelompok responden sebelum sikat gigi bersama berdasarkan variabel sikap**

Kriteria	F	%
Buruk	0	0%
Cukup	6	10,9%
Baik	49	89,1%
Total	55	100,0%



**5.3.1.3 Tindakan**

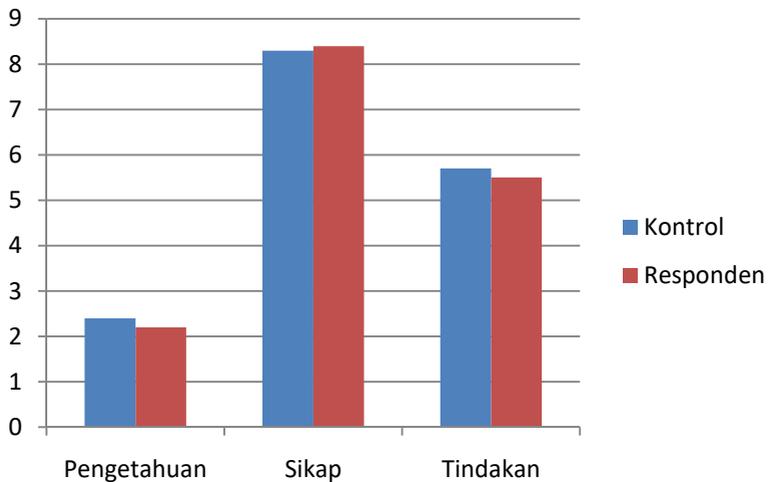
**Tabel 5.8 Perbandingan jumlah siswa pada kelompok kontrol sebelum sikat gigi bersama berdasarkan variabel tindakan**

Kriteria	F	%
Malas	6	10,9%
Cukup	31	56,4%
Rajin	18	32,7%
Total	55	100,0%

**Tabel 5.9 Perbandingan jumlah siswa pada kelompok respondensebelum sikat gigi bersama berdasarkan variabel tindakan**

Kriteria	F	%
Malas	5	9,1%
Cukup	31	56,4%
Rajin	19	34,5%
Total	55	100,0%

**Grafik 5.1 Grafik perbandingan tingkat pengetahuan, sikap, dan tindakan antara kelompok kontrol dan responden sebelum sikat gigi bersama**



### 5.3.2 Perilaku Menyikat Gigi Siswa kelas 2 SD *Islamic Global School* Malang Setelah Kegiatan Menyikat Gigi Bersama

Perilaku menyikat gigi siswa kelas 2 SD *Islamic Global School* Malang dalam penelitian ini terdiri dari pengetahuan, sikap, dan tindakan yang diukur menggunakan kuesioner. Kuesioner diberikan sesudah kegiatan sikat gigi bersama selama 21 hari.

#### 5.3.2.1 Pengetahuan

**Tabel 5.10 Perbandingan jumlah siswa pada kelompok kontrol sesudah sikat gigi bersama berdasarkan variabel pengetahuan**

Kriteria	F	%
Kurang	33	60,0%
Cukup	22	40,0%
Total	55	100,0%

**Tabel 5.11 Perbandingan jumlah siswa pada kelompok responden sesudah sikat gigi bersama berdasarkan variabel pengetahuan**

Kriteria	F	%
Kurang	0	0%
Cukup	55	100,0%
Total	55	100,0%

#### 5.3.2.2 Sikap

**Tabel 5.12 Perbandingan jumlah siswa pada kelompok kontrol sesudah sikat gigi bersama berdasarkan variabel sikap**

Kriteria	F	%
Buruk	0	0%
Cukup	0	0%
Baik	55	100,0%
Total	55	100,0%

**Tabel 5.13 Perbandingan jumlah siswa pada kelompok responden sesudah sikat gigi bersama berdasarkan variabel sikap**

Kriteria	F	%
Buruk	0	0%
Cukup	0	0%
Baik	55	100,0%
Total	55	100,0%

### 5.3.2.3 Tindakan

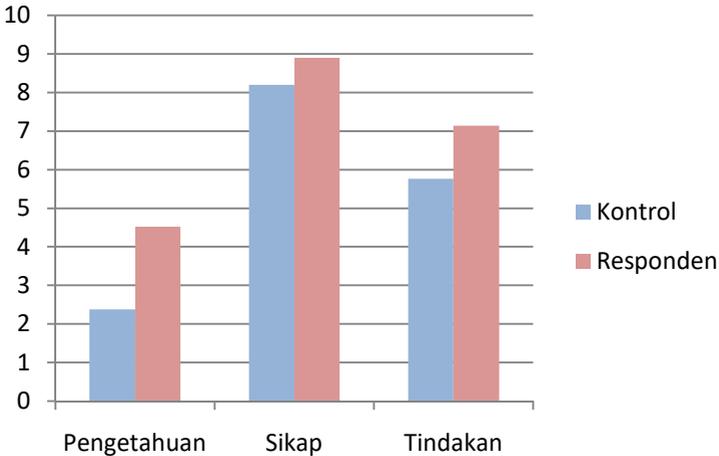
**Tabel 5.14 Perbandingan jumlah siswa pada kelompok kontrol sesudah sikat gigi bersama berdasarkan variabel tindakan**

Kriteria	F	%
Malas	6	10,9%
Cukup	31	56,4%
Rajin	18	32,7%
Total	55	100,0%

**Tabel 5.15 Perbandingan jumlah siswa pada kelompok responden sesudah sikat gigi bersama berdasarkan variabel tindakan**

Kriteria	F	%
Malas	0	0%
Cukup	21	38,2%
Rajin	34	61,8%
Total	55	100,0%

**Grafik 5.2** Grafik perbandingan tingkat pengetahuan, sikap, dan tindakan antara kelompok kontrol dan kelompok responden sesudah sikat gigi bersama



**5.4 Analisis Data**

1 Membandingkan pengetahuan, sikap, tindakan sebelum dan sesudah sikat gigi bersama pada kelompok kontrol dan responden

**Tabel 5.16** Hasil Uji Mc Nemar dan Wilcoxon dalam mengukur perubahan tingkat pengetahuan, sikap, tindakan pada kelompok kontrol dan responden sebelum dan sesudah sikat gigi bersama

	Kelompok kontrol	Kelompok responden
<b>Pengetahuan sebelum dan sesudah sikat gigi bersama</b>	Asymp. Sig. (2-tailed) 1,000	Asymp. Sig. (2-tailed) 0,000
<b>Sikap sebelum dan sesudah sikat gigi bersama</b>	Asymp. Sig. (2-tailed) 0,005	Asymp. Sig. (2-tailed) 0,014



<b>Tindakan sebelum dan sesudah sikat gigi bersama</b>	Asymp. Sig. (2-tailed) 0,991	Asymp. Sig. (2-tailed) 0,002
--	---------------------------------	---------------------------------

Dari tabel 5.16 dapat disimpulkan bahwa tingkat pengetahuan dan tindakan pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah kegiatan sikat bersama memiliki signifikansi  $> 0,005$  sehingga  $H_0$  ditolak. Hal ini menunjukkan bahwa “tidak ada perbedaan tingkat pengetahuan dan tindakan pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah kegiatan sikat gigi bersama”. Sedangkan untuk kelompok responden, tingkat pengetahuan dan tindakan sebelum dan sesudah kegiatan sikat gigi bersama memiliki signifikansi  $< 0,005$  sehingga  $H_0$  diterima. Hal ini menunjukkan bahwa “terdapat perbedaan tingkat pengetahuan pada kelompok responden sebelum dan sesudah kegiatan sikat gigi bersama”.

Untuk variabel sikap pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah kegiatan sikat gigi bersama memiliki signifikansi  $= 0,005$  dan untuk kelompok responden memiliki signifikansi  $0,014$  sehingga  $H_0$  dari kedua kelompok diterima. Hal ini menunjukkan bahwa “terdapat perbedaan sikap pada kelompok kontrol dan kelompok responden sebelum dan sesudah kegiatan sikat gigi bersama”

2. Analisis data pada tahapan ini bertujuan untuk memastikan bahwa antara kelompok kontrol dan responden tidak ada perbedaan sebelum dilakukan kegiatan sikat gigi bersama, ditandai dengan signifikansi  $> 0,05$  (tidak ada perbedaan).

**Tabel 5.17 Hasil Uji Chi-Square untuk mengukur perbedaan tingkat pengetahuan antara kelompok kontrol dan responden sebelum sikat gigi bersama**

	<b>% Pengetahuan kurang</b>	<b>% Pengetahuan cukup</b>	<b>Total</b>
<b>Kelompok kontrol</b>	58,2 %	41,8 %	100 %
<b>Kelompok responden</b>	61,8 %	38,2 %	100 %
<b>Asymp. Sig. (2-sid)</b>	<b>0,846</b>		



Dari tabel 5.17 dapat disimpulkan bahwa tingkat pengetahuan antara kelompok kontrol dan kelompok responden sebelum sikat gigi bersama memiliki signifikansi  $> 0,005$  sehingga dapat dikatakan bahwa “tingkat pengetahuan antara kelompok kontrol dan kelompok responden sebelum dilakukan sikat gigi bersama adalah setara (tidak ada perbedaan)”.

**Tabel 5.18 Hasil Uji Chi-Square untuk mengukur perbedaan sikap antara kelompok kontrol dan responden sebelum sikat gigi bersama**

	% Sikap kurang	% Sikap cukup	% Sikap baik	Total
<b>Kelompok kontrol</b>	0 %	14,5 %	85,5 %	100 %
<b>Kelompok responden</b>	0 %	10,9 %	89,1 %	100 %
<b>Asymp. Sig. (2-sid)</b>	<b>0,567</b>			

Dari tabel 5.18 dapat disimpulkan bahwa sikap antara kelompok kontrol dan kelompok responden sebelum sikat gigi bersama memiliki signifikansi  $> 0,005$  sehingga dapat dikatakan bahwa “sikap antara kelompok kontrol dan kelompok responden sebelum dilakukan sikat gigi bersama adalah setara (tidak ada perbedaan)”.

**Tabel 5.19 Hasil Uji Chi-Square untuk mengukur perbedaan tindakan antara kelompok kontrol dan responden sebelum sikat gigi bersama**

	% Tindakan malas	% Tindakan cukup	% Tindakan rajin	Total
<b>Kelompok kontrol</b>	10,9 %	56,4 %	32,7 %	100 %
<b>Kelompok responden</b>	9,1 %	56,4 %	34,5 %	100 %
<b>Asymp. Sig. (2-sid)</b>	<b>0,943</b>			

Dari tabel 5.19 dapat disimpulkan bahwa tindakan antara kelompok kontrol dan kelompok responden sebelum sikat gigi



bersama memiliki signifikansi  $> 0,005$  sehingga dapat dikatakan bahwa “tindakan antara kelompok kontrol dan kelompok responden sebelum dilakukan sikat gigi bersama adalah setara (tidak ada perbedaan)”

3. Analisis data pada tahapan ini bertujuan untuk mengetahui apakah terdapat perubahan pada pengetahuan, sikap, dan tindakan sesudah dilakukan sikat gigi bersama pada kelompok kontrol dan kelompok responden.

**Tabel 5.20 Hasil Uji Chi-Square untuk mengukur perbedaan tingkat pengetahuan antara kelompok kontrol dan responden sesudah sikat gigi bersama**

	% Pengetahuan kurang	% Pengetahuan cukup	Total
<b>Kelompok kontrol</b>	60,0 %	40,0 %	100 %
<b>Kelompok responden</b>	0 %	100,0 %	100 %
<b>Asymp. Sig. (2-sid)</b>	<b>0,000</b>		

Dari tabel 5.20 dapat disimpulkan bahwa tingkat pengetahuan antara kelompok kontrol dan kelompok responden sebelum sikat gigi bersama memiliki signifikansi  $< 0,005$  yaitu 0,000 yang artinya sangat signifikan sehingga dapat dikatakan bahwa “terdapat perbedaan tingkat pengetahuan yang sangat signifikan antara kelompok kontrol dan kelompok responden sesudah dilakukan sikat gigi bersama”

**Tabel 5.21 Hasil Uji Chi-Square untuk mengukur perbedaan sikap antara kelompok kontrol dan responden sesudah sikat gigi bersama**

	% Sikap kurang	% Sikap cukup	% Sikap baik	Total
<b>Kelompok kontrol</b>	0 %	0 %	100 %	100 %
<b>Kelompok responden</b>	0 %	0 %	100 %	100 %
<b>Asymp. Sig. (2-sid)</b>	a (no statistics are computed because data is constant)			

Dari tabel 5.21 dapat disimpulkan bahwa seluruh populasi baik dari kelompok kontrol maupun kelompok responden memiliki sikap yang baik sesudah sikat gigi bersama sehingga tidak dapat dilakukan uji statistik karena datanya konstan.

**Tabel 5.22 Hasil Uji Chi-Square untuk mengukur perbedaan tindakan antara kelompok kontrol dan responden sesudah sikat gigi bersama**

	% Tindakan malas	% Tindakan cukup	% Tindakan rajin	Total
<b>Kelompok kontrol</b>	10,9 %	56,4 %	32,7 %	100 %
<b>Kelompok responden</b>	0 %	38,2 %	61,8 %	100 %
<b>Asymp. Sig. (2-sid)</b>	<b>0,001</b>			

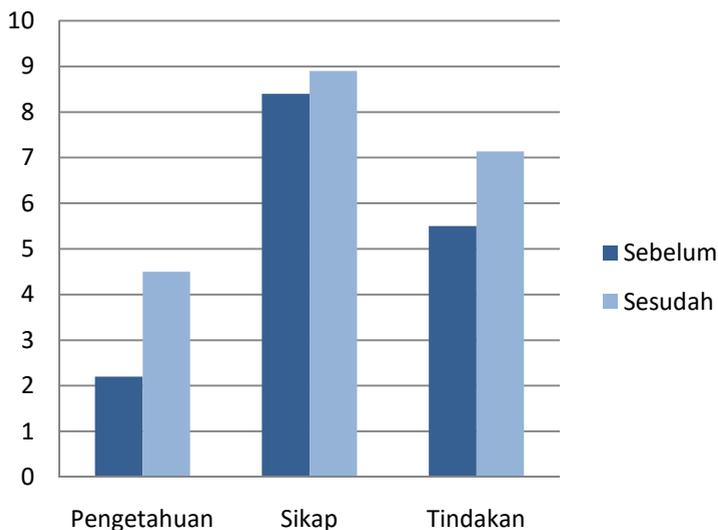
Dari tabel 5.22 dapat disimpulkan bahwa tindakan antara kelompok kontrol dan kelompok responden memiliki signifikansi  $< 0,005$  sehingga dapat dikatakan bahwa “terdapat perbedaan tindakan antara kelompok kontrol dan kelompok responden sesudah kegiatan sikat gigi”.



## 5.5 Pembahasan

Berdasarkan analisis data penelitian yang telah dilakukan, diperoleh perbedaan tingkat pengetahuan, sikap, dan tindakan antara kelompok kontrol dan responden sudah dilakukan kegiatan sikat gigi bersama. Hal ini ditunjukkan dengan tingkat pengetahuan menyikat gigi pada kelompok responden sebelum sikat gigi bersama rata-rata 2,2 (pengetahuan kurang) dan setelah dilakukan sikat gigi bersama selama 21 hari mengalami peningkatan menjadi 4,5 (pengetahuan cukup). Untuk variabel sikap, sebelum dilakukan sikat gigi bersama, kelompok responden memiliki rata-rata skor sikap 8,4 (sikap baik) dalam menyikat gigi dan setelah sikat gigi bersama mengalami peningkatan menjadi 8,9 (sikap baik) dalam menyikat gigi. Sedangkan untuk variabel tindakan, sebelum sikat gigi bersama, kelompok responden memiliki rata-rata skor tindakan 5,5 (tindakan cukup) dalam menyikat gigi dan sesudah sikat gigi bersama meningkat menjadi 7,14 (tindakan rajin) dalam menyikat gigi.

**Grafik 5.3** Perubahan tingkat pengetahuan, sikap, dan tindakan pada kelompok responden sebelum dan sesudah sikat gigi bersama selama 21 hari



Peningkatan ini disebabkan karena siswa melakukan sikat gigi bersama teman-temannya setiap hari selama 21 hari. Selama itu

pula, mereka melihat teman-temannya melakukan sikat gigi berulang kali selama 21 hari, melihat poster tentang kebiasaan menyikat gigi yang baik dan benar yang dipasang di dalam kelas, dan juga tersedianya peralatan menyikat gigi di kelas yang secara tidak langsung mendorong siswa untuk melakukan sikat gigi sehingga ada kecenderungan perilaku-perilaku tersebut terekam ke dalam memori dan akhirnya terjadilah peniruan perilaku menyikat gigi pada siswa. Hingga tujuh hari setelah intervensi selesai, terdapat 8 siswa yang berkata kepada wali kelasnya, “Miss ayo sikat gigi lagi”. Hal ini dikarenakan pada usia anak sekolah (6-12 tahun) merupakan masa untuk meniru segala sesuatu yang dilihatnya, baik tingkah laku orang dewasa maupun sebaya. Anak akan cenderung mudah mengingat dan menyukai hal-hal yang sering dilihatnya sehari-hari (Eriska, 2009). Selain itu, periode sekolah dasar adalah periode penting dalam perkembangan anak karena ketika perilaku yang berhubungan dengan kesehatan dipraktekkan secara rutin, maka perilaku tersebut akan lebih cenderung menjadi kebiasaan (Buunk-Werkhoven, 2019).

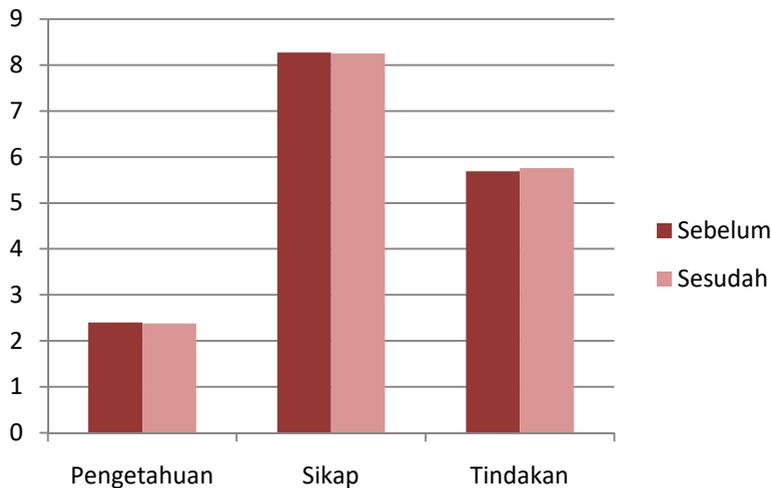
Hal ini sesuai dengan teori perubahan perilaku *Social Cognitive Theory* yang menjelaskan bahwa perubahan perilaku merupakan interaksi timbal balik antara *personal*, *environment* (lingkungan), dan *behaviour* (perilaku) (Hayden, 2017). Ketiga faktor ini saling berinteraksi dan memengaruhi satu sama lain. Faktor lingkungan memengaruhi perilaku, perilaku memengaruhi lingkungan, faktor personal memengaruhi perilaku (Parjares, 2004). Faktor lingkungan pada penelitian ini adalah kegiatan sikat gigi bersama di sekolah selama 21 hari, adanya poster tentang kebiasaan menyikat gigi yang baik dan benar di dalam kelas, dan peralatan sikat gigi yang selalu tersedia di dalam kelas. Faktor *personal* pada penelitian ini adalah pengetahuan, sikap, dan tindakan yang dipengaruhi oleh ingatan dan penglihatan dari individu. Sedangkan untuk faktor perilaku yang diinginkan pada penelitian ini adalah terbentuknya perilaku menyikat gigi yang baik dan benar.

Selain itu, penyebab terjadinya peningkatan pada kelompok responden ini adalah adanya peniruan (*modelling*) yang merupakan inti dari *Social Cognitive Theory*, dimana sebagian besar manusia belajar dan memperoleh sejumlah besar perilaku melalui pengamatan (observasi) secara selektif dan mengingat perilaku dari orang lain.

*Modelling* ini merupakan salah satu langkah paling penting dalam perubahan perilaku dalam teori ini (Kardi, 1997).

Sebaliknya, pada kelompok kontrol dimana kelompok ini tidak melakukan sikat gigi bersama, tidak didapatkan adanya peningkatan pada tingkat pengetahuan, sikap, dan tindakan. Hal ini ditunjukkan dengan tingkat pengetahuan menyikat gigi pada kelompok kontrol sebelum dilakukan sikat gigi bersama rata-rata 2,4 (pengetahuan kurang) dan setelah kegiatan sikat gigi bersama selama 21 hari, skor nya tetap yaitu 2,38 (pengetahuan cukup). Untuk variabel sikap, sebelum sikat gigi bersama, kelompok kontrol memiliki rata-rata skor sikap 8,27 (sikap baik) dalam menyikat gigi dan setelah 21 hari, rata-rata skor tetap yaitu 8,25 (sikap baik) dalam menyikat gigi. Sedangkan untuk variabel tindakan, sebelum sikat gigi bersama, kelompok kontrol memiliki rata-rata skor tindakan 5,69 (tindakan cukup) dalam menyikat gigi dan setelah 21 hari rata-rata skornya tetap yaitu 5,76 (tindakan cukup) dalam menyikat gigi.

**Grafik 5.4 Perubahan tingkat pengetahuan, sikap, dan tindakan pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah sikat sikat gigi bersama selama 21 hari**



Hal ini menunjukkan bahwa perubahan perilaku tidak dapat terjadi dengan sendirinya bila tidak ada faktor-faktor yang memicu terjadinya perubahan perilaku tersebut. Diperlukan upaya-upaya yang konkrit dan positif agar diperoleh perubahan perilaku tersebut.

Beberapa pemicu yang dapat menyebabkan orang merubah perilaku mereka menurut Notoatmodjo (2012) yaitu:

### 1. Faktor Sosial

Faktor sosial sebagai faktor eksternal yang memengaruhi perilaku antara lain struktur sosial, pranatasial, dan permasalahan - permasalahan sosial yang lain. Pada faktor sosial ini bila seseorang berada padalingkungan yang baik yang maka orang tersebut akan memiliki perilaku sehatyang baik sedangkan sebaliknya bila seseorang berada pada lingkungan yangkurang baik maka orang tersebut akan memiliki perilaku sehat yang kurang baik juga. Dukungan sosial ( keluarga, teman) mendorong perubahan - perubahan perilaku yang sehat.

### 2. Faktor Kepribadian

Faktor yang mempengaruhi perubahan perilakusalah satunya adalah perilaku itu sendiri (kepribadian) yang dimana dipengaruhioleh karakteristik individu, penilaian individu terhadap perubahan yang ditawarkan, interaksi dengan petugas kesehatan yang merekomendasikan perubahan perilaku, dan pengalaman mencoba merubah perilaku yang serupa.

### 3. Faktor Emosi

Pemicu perubahan perilaku yang bersumber dari rasa takut, cinta, atau harapan.

Kekurangan yang terdapat pada penelitian ini adalah masa intervensi yang terlalu sebentar untuk membuat sebuah perilaku dapat dilakukan dalam kehidupan sehari-hari secara otomatis tanpa keadaan terpaksa. Jumlah hari minimal untuk membentuk atau meningkatkan sebuah perilaku baru adalah 21 hari dan dibutuhkan waktu paling tidak 66-90 hari untuk mengubah perilaku baru tersebut menjadi kebiasaan (Lally, 2009). Sehingga, penelitian ini dapat membuktikan bahwa kegiatan sikat gigi bersama selama 21 hari ini dapat meningkatkan perilaku menyikat gigi pada anak, dan dibutuhkan waktu lebih untuk dapat mengubah perilaku ini menjadi kebiasaan yang dilakukan secara otomatis dalam kehidupan sehari-hari.

## BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN

### 6.1 Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan mengenai efektivitas sikat gigi bersama terhadap perilaku menyikat gigi siswa kelas 2 SD, dapat diambil kesimpulan, yaitu:

1. Siswa kelas 2 SD dapat dikatakan memiliki perilaku menyikat gigi cukup sebelum dilakukan sikat gigi bersama
2. Siswa kelas 2 SD memiliki perilaku menyikat gigi yang baik sesudah dilakukan sikat gigi bersama.
3. Terdapat perbedaan signifikan pada tingkat pengetahuan, sikap, dan tindakan antara kelas yang melakukan sikat gigi bersama dan kelas yang tidak melakukan sikat gigi bersama.

### 6.2 Saran

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan dapat diajukan saran:

- a. Bagi siswa kelas 2 SD *Islamic Global School*  
Melalui penelitian ini diharapkan seluruh siswa kelas 2 SD *Islamic Global School* dapat mempertahankan dan menerapkan kebiasaan menyikat gigi yang baik dan benar ini dalam kehidupan sehari-hari sampai dewasa nanti, dan juga secara tidak langsung dapat mengurangi resiko-resiko terjadinya karies pada anak.
- b. Bagi peneliti lain  
Dikarenakan pengambilan data dilakukan 3 hari setelah sikat gigi bersama selesai, perlu dilakukan penelitian lebih lanjut terkait perubahan perilaku yang terjadi di atas 7 hari setelah sikat gigi bersama selesai sebagai evaluasi perubahan perilaku. Selain itu, perlu dilakukan penelitian lebih lanjut pula, terkait dengan pengaruh jangka waktu dilakukannya kegiatan sikat gigi bersama terhadap besarnya perubahan perilaku pada anak, serta metode lain yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku menyikat gigi selain sikat gigi bersama.



## DAFTAR PUSTAKA

- Arianto, Z., Shaluhiya, dan P. Nugraha. 2014. Perilaku Menggosok Gigi pada Siswa Sekolah Dasar Kelas V dan VI di Kecamatan Sumberejo. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia* 9(2): 127-135
- Bandura, A. 1971. *Social learning theory*. General Learning Press. New York.
- Bastable, S.B. 2002. *Perawat sebagai pendidik: prinsip-prinsip pengajaran dan pembelajaran*. EGC. Jakarta.
- Buunk-Werkhoven, Y.A.B., B. Selma Y. Effects and Benefits of a Program to Promote Tooth Brushing Among 12-Year-Old School Children in the Dominican Republic. *Adv Dent & Oral Health*. 2019; 10(5): 555799. DOI: 10.19080/ADOH.2019.10.555799
- Cassamasimo, P.S. 2013. *Pediatric dentistry: infancy through adolescence*. 5th ed. Elsevier. St Louis
- Darwita, R.R., H. Novrinda, Budiharto, P.D. Pratiwi, R. Amalia, dan S.R. Asri. 2011. Efektifitas Program Sikat Gigi Bersama Terhadap Risiko Karies Gigi pada Murid Sekolah Dasar. *Journal of the Indonesian Medical Association* 61(5): 204-209
- Fahrina. 2018. Efektivitas sikat gigi massal untuk menurunkan indeks plak pada siswa kelas I-V MI Muhammadiyah Trangsran. <http://journals.ums.ac.id/index.php/jikg/article/view/4995>. 23 November 2018 (14.57)
- Haditono, S.R. 2006. *Psikologi Perkembangan*. Gadjah Mada University Press. Yogyakarta.
- Hariyanti N., L. Setyo, Soedjoko. 2008. Mengatasi kegagalan penyuluhan kesehatan gigi pada anak dengan pendekatan psikologi. *Dentika Dent Journal* 13(1): 80-84
- Hayden, J. 2017. *Introduction to health behavior theory*. 3rd ed. Jones and Bartlett Learning. Burlington.
- Hurlock, E.B. 2002. *Psikologi Perkembangan*. Edisi kelima. Erlanga. Jakarta.
- Irlianti, A., E. Dwiyaniti. Analisis perilaku aman tenaga kerja menggunakan model perilaku ABC (*Antecedent*



- Behaviour Consequence*). *The Indonesian Journal of Occupational Safety and Health* 3(1): 94-106
- Jahja, Y. 2011. *Psikologi Perkembangan*. Kencana. Jakarta
- Nabavi, R.T. 2012. *Bandura's Social Learning Theory & Social Cognitive Learning Theory*. <https://www.researchgate.net/publication/267750204>. 27 Januari 2019 (17.36)
- Jogiyanto, 2007. *Sistem Informasi Keperilaku*. Edisi Revisi. Andi Offset. Yogyakarta.
- Kardi, S. 1997. *Pengajaran Langsung*. Unesa University Press. Surabaya.
- Kementerian Kesehatan RI. *Profil Kesehatan Indonesia* 2013. Jakarta: 2014. <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/profil-kesehatan-indonesia-2013>
- Santrock, J. W. 2003. *Adolescence Perkembangan Remaja*. Edisi Keenam. Erlangga. Jakarta. 29 Oktober 2018 (18.47)
- Lally, P. 2009. How are habits formed: Modelling habit formation in the real world. *European Journal for Social Psychology* 40: 998-1009
- Marlindayanti, N. Ningrum, N.K. Manurung. 2018. *Pelayanan Asuhan Kesehatan Gigi dan Mulut Masyarakat*. Kementerian Kesehatan RI
- Nabavi, R.T. 2012. *Bandura's Social Learning Theory & Social Cognitive Learning Theory*. <https://www.researchgate.net/publication/267750204>. 27 Januari 2019 (17.36)
- Ningsih, S.U., T. Restuastuti, R. Endriani. 2016. Gambaran Pengetahuan dan Sikap Menyikat Gigi pada Siswa-Siswi dalam Mencegah Karies di SDN 005 Bukit Kapur Dumai. *Jom FK* 3(2): 1-11
- Nordstrom, A., D. Birkhed. 2017. Attitudes and behavioural factors relating to toothbrushing and the use of fluoride toothpaste among caries-active Swedish adolescents – a questionnaire study. *Acta Odontologica Scandinavica* 75. 1-5. [10.1080/00016357.2017.1344876](https://doi.org/10.1080/00016357.2017.1344876).



- Notoatmodjo, S. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Notoatmodjo, S. 2005. *Promosi kesehatan teori dan Aplikasi*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Notoatmodjo, S. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Ilmu perilaku kesehatan*. Rineka Cipta. Jakarta
- Notoatmodjo, S. 2012. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta. Jakarta
- Pajares, F. 2004. Overview of social cognitive theory and of self-efficacy. <https://www.uky.edu/~eushe2/Pajares/eff.html>. 27 Januari 2019 (17.20)
- Potter & Perry. 2009. *Fundamentals of Nursing*. Mosby. St Louis
- Rahardjo, A., R.R. Darwita, D.A. Maharani, D.P. Puspa, R. Amalia, dan D.P. Sandy. 2011. Is joint tooth brushing an effective program for improving dental health among elementary student? A study from Jakarta, Indonesia. *International journal of clinical preventive dentistry* 7(3): 149-153.
- Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS). 2018. *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan, Republik Indonesia*.
- Riyanti, E., Saptarini, R. 2009. Upaya Peningkatan Kesehatan Gigi dan Mulut Melalui Perubahan Perilaku Anak. *MIKGI* 11(1): 15-18
- Roy, S. C., & Andrews, H. 2009. *The Roy Adaptation Model*. New Jersey: Pearson Education.
- Saied, M.Z., J.I. Virtanen, M.M. Vehkalahti, A. Tehranchi, dan H. Murtomaa. 2009. School-based intervention to promote preadolescents' gingival health: a community trial. *Community dentistry and oral epidemiology* 37: 518-526
- Santrock, J.W. 2007. *Children*, 9th Ed. McGraw-Hill. New York.
- Skinner, B. F. 1938. *The Behavior of Organisms*. D. Appleton & Company. United States of America
- Suryani, E. 2003. *Pendidikan Kesehatan dan Promosi Kesehatan*. Fitramaya. Yogyakarta.
- Thompson, J. 2003. *Toddlercare: Pedoman Merawat Balita*. Erlangga. Jakarta.

Walgito, B. 2003. *Pengantar Psikologi Umum*. Andi. Yogyakarta.

Wilson, D., M.J Hockenberry. 2009. *Wong's Essentials Of Pediatric Nursing*. 8th Edition. Elsevier Mosby. St. Louis.

Wind, M., S. Kremers, C. Thijs, dan J. Brug. 2005. Toothbrushing at school: Effects on toothbrushing behaviour, cognitions and habit strength. *Health education* 105(1): 53-61

Wong, L.D., M. Hockenberry, D. Wilson, M.L. Winkelsein, dan P. Schawrtz. 2009. *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. Edisi 6. Volume 2. EGC. Jakarta.

