

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN PERILAKU KESEHATAN GIGI MULUT PADA ANAK
USIA 10-11 TAHUN TERHADAP NILAI INDEKS PUFA/pufa DI SDN TUNJUNGSEKAR 03
MALANG**

TUGAS AKHIR

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Kedokteran Gigi**



**Oleh :
Yusuf Assegaf
NIM.105070400111008**

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

2014



HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN PERILAKU KESEHATAN GIGI MULUT
TERHADAP NILAI INDEKS PUFA/pufa PADA ANAK USIA 10-11 TAHUN DI SDN
TUNJUNGSEKAR 03 MALANG

Oleh:

Yusuf Assegaf

NIM: 105070401111008

Telah diuji pada :

Hari : Kamis

Tanggal : 17 April 2014

Dan dinyatakan lulus oleh :

Penguji I

drg. Dini Rachmawati, Sp.KGA

NIP. 19781119201012002

Penguji II/Pembimbing I

drg. Yuanita Lely Rachawati, M.kes

NIP. 19780128 200501 2 008

Penguji III/Pembimbing II

drg. Miftakhul Cahyati Sp.PM

NIP. 19770803 201012 2 001

Mengetahui,

Ketua Program Studi Pendidikan Dokter Gigi

Dr. drg. M. Chair Effendi, SU.Sp.KGA

NIP. 195306181979121005

KATA PENGANTAR

Puja dan puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT, shalawat serta salam semoga tetap tercurah kepada Rasulullah Muhammad SAW. Alhamdulillah, hanya karena berkat dan kasih sayang-Nya sehingga dapat menyelesaikan tugas akhir dengan judul “Hubungan Pengetahuan dan Perilaku Kesehatan Gigi Mulut terhadap Nilai Indeks PUFA/pufa pada Anak Usia 10-11 Tahun di SDN Tunjungsekar 03 Malang”

Proses penulisan tugas akhir ini merupakan sebuah pengalaman yang sangat berharga, pengalaman yang dapat menjadi bekal penulis untuk menjadi insan cita yang terus memperbaiki diri. Dukungan, masukan, kritik dan saran dari berbagai pihak telah menjadikan sesuatu yang tidak bernilai menjadi bernilai karena adanya proses pembelajaran yang terus berlangsung.

Dengan selesainya tugas akhir ini, penulis mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada:

1. Dr. dr. Karyono Mintaroem, Sp.PA, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang.
2. drg. M. Chair Effendi, SU, Sp.KGA, selaku Ketua Program Studi Pendidikan Dokter Gigi Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang.
3. drg. Yuanita Lely Rachmawati, M.kes sebagai pembimbing pertama yang telah memberikan bimbingan, masukan dan semangat sehingga penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir ini.
4. drg. Miftakhul Cahyati, Sp.PM sebagai pembimbing kedua yang telah memberikan bimbingan, masukan dan semangat sehingga penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir ini.
5. drg. Dini Rachmawati, Sp.KGA selaku dosen penguji yang memberikan masukan demi lebih baiknya tugas akhir ini.
6. Seluruh anggota Tim Pengelola Tugas Akhir FKUB.

7. Kepala Sekolah, guru-guru, serta siswa/i SDN Tunjungsekar 03 Malang yang telah mengizinkan dan membantu dalam penelitian ini, sehingga penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir ini.
8. drg. Wahyu Nugroho yang telah membantu dan memberi arahan dalam pelaksanaan penelitian.
9. Kedua orang tua tercinta, Umar Assegaf dan Banin Assegaf yang telah memberikan semangat, doa serta dukungan hingga saat ini.
10. Ama Lub yang telah merawat saya seperti anak sendiri dan selalu memberi dukungan.
11. Adik-adik tersayang, Jamilah, Syarif, Muhammad Adam, Mustofa dan Maryam yang selalu memberi semangat dan menghibur setiap waktu.
12. Patra dan Prima, yang telah banyak membantu atas terlaksananya penelitian di SDN Tunjungsekar 03.
13. Ricko, Akbar, Dhias, Gigih, Lidia, Dewik, Sisil, Mbenk, Hasyim, Dila, Rere, Gusti, Yesicha, Kuncara, Puri, Mas Wisnu dan Mbak Lia yang telah banyak membantu proses pemeriksaan gigi mulut.
14. Hilda, Ucil, Dinar, Della yang telah bersedia meminjamkan alat-alat untuk keperluan penelitian
15. Dika yang telah bersedia meminjamkan laptopnya..
16. Semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan Tugas Akhir ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa penulisan ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu penulis membuka diri untuk kritik dan saran yang membangun. Akhirnya, semoga tugas akhir ini dapat bermanfaat bagi yang membutuhkan.

Malang, 25 Maret 2014

Penulis,

Yusuf Assegaf

ABSTRAK

Assegaf, Yusuf. 2014. Hubungan Pengetahuan dan Perilaku Kesehatan Gigi Mulut terhadap Nilai Indeks PUFA/pufa pada Anak Usia 10-11 Tahun di SDN Tunjungsekar 03 Malang. Tugas Akhir. Program Studi Pendidikan Dokter Gigi Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Pembimbing: (1) drg. Yuanita Lely Rachmawati, MKes. (2) drg. Miftakhul Cahyati, Sp.PM.

Penyebab timbulnya masalah kesehatan gigi dan mulut pada masyarakat salah satunya adalah faktor perilaku mengabaikan kebersihan gigi dan mulut. Hal tersebut dilandasi oleh kurangnya pengetahuan akan pentingnya pemeliharaan gigi dan mulut sehingga anak masih tergantung pada orang dewasa dalam hal menjaga kebersihan dan kesehatan gigi. Depkes RI melaporkan bahwa penduduk Indonesia yang mengalami karies gigi sebanyak 72,1%. Sebanyak 46,5% di antaranya karies gigi aktif yang belum dirawat. Indeks PUFA/pufa adalah indeks yang digunakan untuk menilai kondisi mulut akibat karies yang tidak terawat. Indeks PUFA dicatat dari skor keterlibatan pulpa, ulserasi mukosa mulut karena karies, fistula dan abses. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui ada tidaknya hubungan pengetahuan dan perilaku kesehatan gigi mulut terhadap indeks PUFA/pufa anak usia 10-11 tahun di SDN Tunjungsekar 03 Malang. Penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan metode *cross sectional*. Pemilihan sampel menggunakan metode *total sampling* yang terdiri dari 116 anak SD kelas IV dan V. Uji statistic pada penelitian ini menggunakan metode *spearman correlation*, dari hasil analisa hubungan pengetahuan dengan indeks PUFA didapatkan *p-value* 0,000 dengan koefisien korelasi sebesar 0,357. Nilai *p-value* lebih kecil dari α 0,05 maka h_0 ditolak, yang berarti ada korelasi antara pengetahuan dengan nilai indeks PUFA. Dari hasil analisa hubungan perilaku dengan indeks PUFA didapatkan *p-value* 0,000 dengan koefisien korelasi sebesar 0,642. Nilai *p-value* lebih kecil dari α 0,05 maka h_0 ditolak, yang berarti ada hubungan antara perilaku dengan nilai indeks PUFA dengan tingkat korelasi yang kuat. Kesimpulan pada penelitian ini adalah terdapat hubungan antara pengetahuan dan perilaku kesehatan gigi mulut anak usia 10-11 tahun SDN Tunjungsekar 03 Malang terhadap nilai indeks PUFA/pufa.

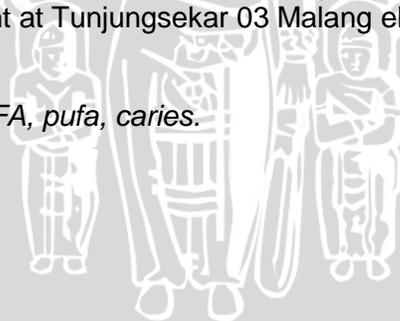
Kata kunci: pengetahuan, perilaku, PUFA, pufa, karies.

ABSTRACT

Assegaf, Yusuf. 2014. The Correlation of Oral Health Care Knowledge and Behavior with PUFA/pufa Index Score of 10-11 Years Old Student at Tunjungsekar 03 Malang Elementary School. Final Assignment. Dentistry Medical Faculty Brawijaya University. Supervisor: (1) drg. Yuanita Lely Rachmawati, MKes. (2) drg. Miftakhul Cahyati, Sp.PM.

One of the causes of dental and mouth public health problem is ignoring dental and mouth health care behavior. That happens because the lack knowledge of dental and mouth health care, children still depend on the adult for the dental and mouth health care. Depkes RI reported that 72,1% people in Indonesia have a caries problem, and 46.5% caries remains untreated. The PUFA/pufa is an index used to assess the presence of oral conditions resulting from untreated caries. PUFA scores the presence of either a visible pulp, ulceration of the oral mucosa due to root fragments, a fistula or an abscess. This research aim to learn the presence of correlation between dental and mouth health care knowledge and behavior and the PUFA/pufa index score of SDN Tunjungsekar 03 students (grade 4th and 5th) in Malang. The research method is analytic survey with *cross sectional* design. Sample is chosen by *total sampling* of 116 students. Data is analyzed using *Spearman Correlation* method. The result of *p-value* between knowledge and PUFA/pufa is 0,000 and the correlation coefficient as much as 0,357. It means there is correlation between dental and mouth health care knowledge and the PUFA/pufa index score. The result of *p-value* between behavior and PUFA/pufa is 0,000 and the correlation coefficient as much as 0,642. It means there is a correlation between dental and mouth health care behavior and the of PUFA/pufa index score. The conclusion of this research is, there is a correlation between oral health care knowledge and behavior with PUFA/pufa index score of 10-11 years old student at Tunjungsekar 03 Malang elementary school.

keywords : knowledge, behavior ,PUFA, pufa, caries.



DAFTAR ISI

Halaman

Halaman Judul	i
Halaman Pengesahan	ii
Kata Pengantar	iii
Abstrak	v
Daftar Isi	vii
Daftar Tabel	ix
Daftar Gambar	xi
Daftar Lampiran	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penelitian	3
1.4 Manfaat Penelitian	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Karies	6
2.2 Pengetahuan	7
2.2.1 Pengetahuan Dasar Kesehatan Gigi dan Mulut.....	11
2.3 Perilaku	12
2.4 Perawatan Kesehatan Gigi dan Mulut.....	14
2.4.1 Menyikat Gigi	14
2.4.1.1 Waktu Menyikat Gigi.....	15
2.4.1.2 Frekuensi Menyikat Gigi	15
2.4.1.3 Pemakaian Pasta Gigi	16
2.4.1.4 Metode Menyikat Gigi	17
2.4.2 Diet Makanan	19

2.4.3 Kunjungan ke Dokter Gigi	20
2.4.4 Penumpatan Gigi	22
2.5 Indeks PUFA/pufa	21
BAB 3 KERANGKA KONSEP	
3.1 Kerangka Konsep	25
3.2 Hipotesis Penelitian	26
BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1 Rancangan Penelitian	27
4.2 Populasi dan Sampel	27
4.3 Kriteria Sampel	27
4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	28
4.5 Alat dan Bahan Penelitian	28
4.6 Variabel Penelitian	29
4.7 Definisi Operasional	29
4.7.1 Pengetahuan Kesehatan Gigi Mulut	29
4.7.2 Perilaku Kesehatan Gigi Mulut	31
4.7.3 Nilai Indeks PUFA/pufa	33
4.8 Pengumpulan Data	34
4.8.1 Teknik Pengumpulan Data Primer	34
4.8.1.1 Observasi	34
4.8.1.2 Kombinasi Kuesioner dan Wawancara	34
4.8.2 Teknik Pengumpulan Data Sekunder	35
4.9 Uji Validitas	35
4.9.1 Uji Validitas	35
4.9.2 Uji Realibilitas	35
4.10 Teknik Pengolahan dan Analisis Data	35
4.11 Etika Penelitian	37
4.12 Alur Penelitian	38

BAB V HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA

5.1 Gambaran Umum	39
5.2 Pengetahuan Kesehatan Gigi Mulut	40
5.3 Perilaku Kesehatan Gigi Mulut	41
5.4 Nilai Indeks PUFA/pufa	41
5.5 Hubungan Pengetahuan Gigi Mulut terhadap Nilai Indeks PUFA/pufa	44
5.6 Hubungan Perilaku Gigi Mulut terhadap Nilai Indeks PUFA/pufa	44

BAB VI PEMBAHASAN

6.1 Tingkat Pengetahuan Kesehatan Gigi Mulut	46
6.2 Tingkat Perilaku Kesehatan Gigi Mulut	47
6.3 Nilai Indeks PUFA/pufa	48
6.4 Hubungan Pengetahuan dengan Nilai Indeks PUFA/pufa	49
6.5 Hubungan Perilaku dengan Nilai Indeks PUFA/pufa	51

BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan	54
7.2 Saran	54

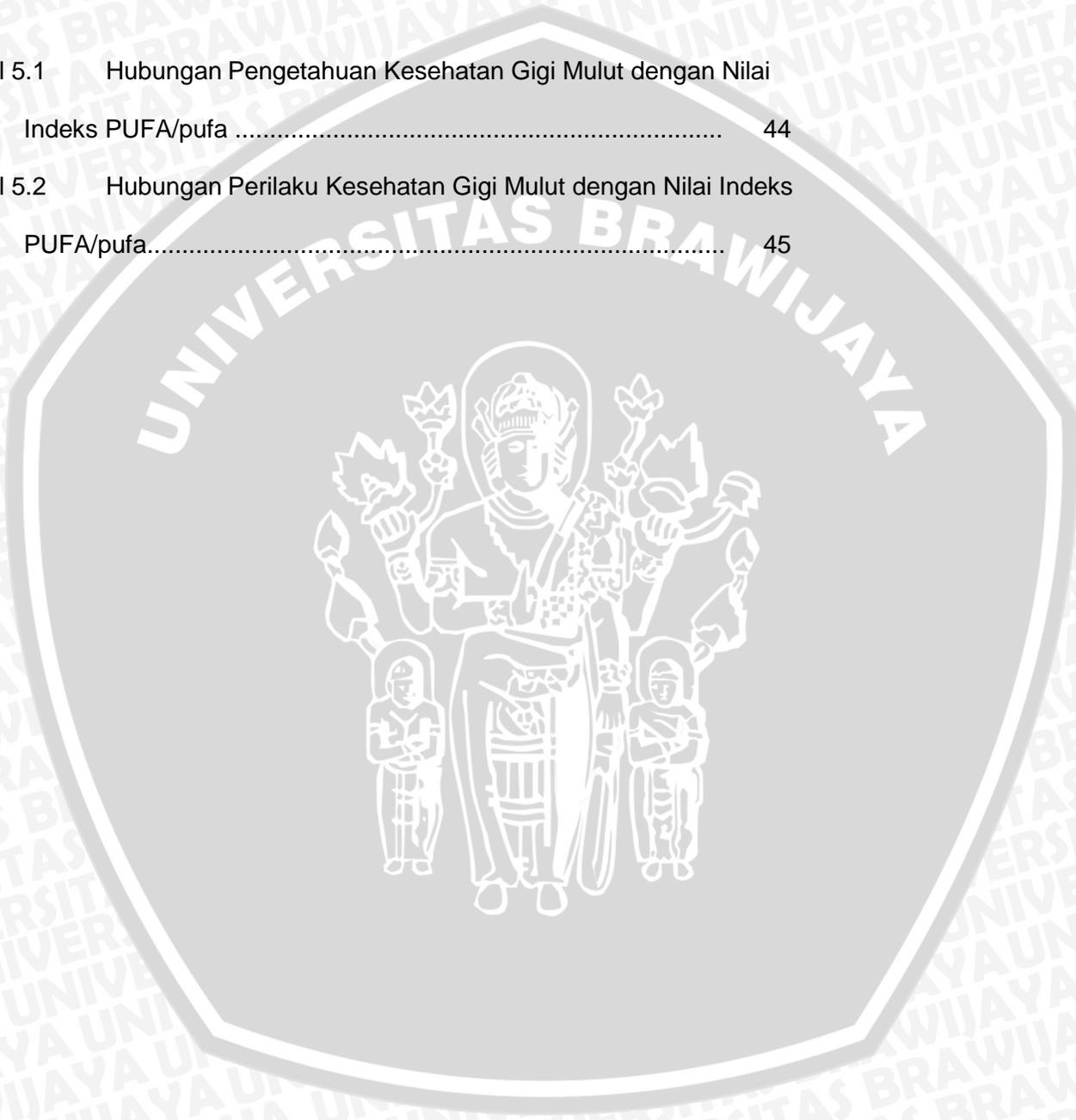
DAFTAR PUSTAKA	56
----------------------	----

LAMPIRAN	59
----------------	----

DAFTAR TABEL

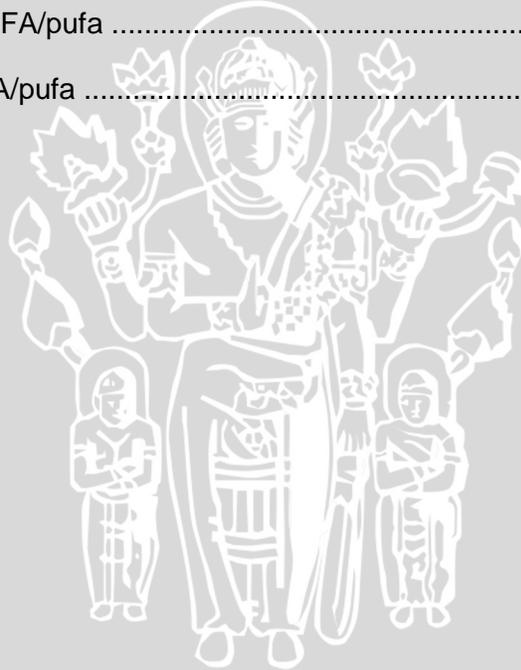
Halaman

Tabel 5.1	Hubungan Pengetahuan Kesehatan Gigi Mulut dengan Nilai Indeks PUFA/pufa	44
Tabel 5.2	Hubungan Perilaku Kesehatan Gigi Mulut dengan Nilai Indeks PUFA/pufa.....	45



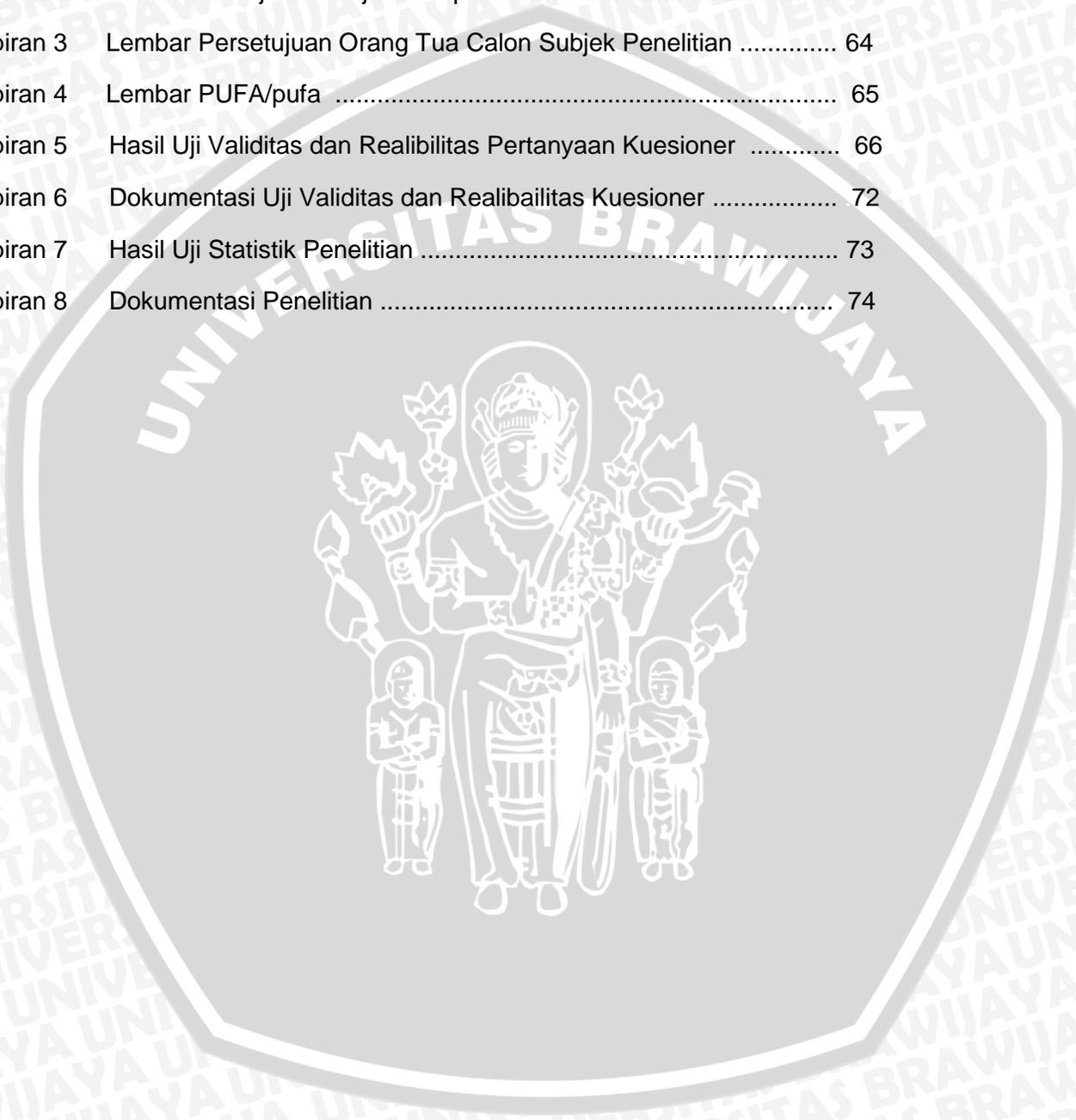
DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Keterlibatan Pulpa	22
Gambar 2.2 Ulserasi Akibat Karies	22
Gambar 2.3 Fistula Akibat Karies	23
Gambar 2.4 Abses Akibat Karies.....	23
Gambar 5.1 Distribusi Subjek Penelitian Berdasarkan Kelas dan Jenis Kelamin	39
Gambar 5.2 Distribusi Subjek Penelitian Berdasarkan Usia dan Jenis Kelamin	40
Gambar 5.3 Tingkat Pengetahuan Gigi Mulut	40
Gambar 5.4 Perilaku Kesehatan Gigi Mulut	41
Gambar 5.5 Distribusi Nilai PUFA/pufa	42
Gambar 5.6 Kriteria Nilai PUFA/pufa	43



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1	Kuesioner 59
Lampiran 2	Surat Persetujuan Menjadi Responden 63
Lampiran 3	Lembar Persetujuan Orang Tua Calon Subjek Penelitian 64
Lampiran 4	Lembar PUFA/pufa 65
Lampiran 5	Hasil Uji Validitas dan Realibilitas Pertanyaan Kuesioner 66
Lampiran 6	Dokumentasi Uji Validitas dan Realibailitas Kuesioner 72
Lampiran 7	Hasil Uji Statistik Penelitian 73
Lampiran 8	Dokumentasi Penelitian 74



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan jasmani dan rohani merupakan hal terpenting bagi kehidupan manusia. Kesehatan gigi dan mulut adalah hal yang perlu diperhatikan selain kesehatan umum. Karena kesehatan gigi dan mulut dapat mempengaruhi kesehatan tubuh secara menyeluruh. Kesehatan gigi dan mulut merupakan bagian integral dari kesehatan tubuh secara keseluruhan yang tidak bisa dipisahkan dari kesehatan tubuh secara umum (Malik, 2008).

Karies merupakan suatu penyakit pada jaringan keras gigi, yaitu enamel, dentin dan sementum yang disebabkan aktivitas jasad renik yang ada dalam suatu karbohidrat yang diragikan. Proses karies ditandai dengan terjadinya demineralisasi pada jaringan keras gigi, diikuti dengan kerusakan bahan organiknya. Hal ini akan menyebabkan terjadinya invasi bakteri dan kerusakan pada jaringan pulpa serta penyebaran infeksi ke jaringan periapikal dan menimbulkan rasa nyeri. Karies dapat terjadi pada semua golongan umur (Pintauli, 2008).

Fankari (2004), menjelaskan bahwa penyebab timbulnya masalah kesehatan gigi dan mulut pada masyarakat salah satunya adalah faktor perilaku atau sikap mengabaikan kebersihan gigi dan mulut. Hal tersebut dilandasi oleh kurangnya

pengetahuan akan pentingnya pemeliharaan gigi dan mulut sehingga anak masih tergantung pada orang dewasa dalam hal menjaga kebersihan dan kesehatan gigi.

Terbentuknya suatu perilaku dimulai pada domain kognitif atau pengetahuan. Pengetahuan adalah hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2007).

Menurut Wong (2009) usia 11 tahun termasuk dalam rentang usia sekolah (6-12 tahun), dimana usia tersebut memiliki berbagai karakteristik perkembangan, seperti: perkembangan kognitif, moral, sosial dan biologis. Pada usia 7-11 tahun, pola pikir dan logika anak meningkat, banyak masalah dipecahkan secara sistematis. Anak pada usia 7-11 tahun sudah mampu berpikir tentang sudut pandang orang lain (Lawrence *dkk.*, 2012; Pramawaty, 2012).

Data dari Bank WHO pada tahun 2000 yang diperoleh dari enam wilayah WHO (AFRO, AMRO, EMRO, EURO, SEARO, WPRO) menunjukkan bahwa rerata pengalaman karies (DMF-T) pada anak usia 12 tahun berkisar 2,4. Indeks karies di Indonesia sebagai salah satu negara SEARO (South East Asia Regional Offices) saat ini berkisar 2,2 untuk kelompok usia yang sama. Kelompok 12 tahun ini merupakan indikator kritis, karena sekitar 76.97% karies menyerang pada usia tersebut. Di Indonesia tingkat kejadian karies masih tinggi, data Risesdas (Riset Kesehatan Dasar) tahun 2007 yang dikeluarkan Depkes RI melaporkan bahwa penduduk Indonesia yang mengalami karies gigi sebanyak 72,1%. sebanyak 46.5%

di antaranya karies gigi aktif yang belum dirawat (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes RI, 2008; Pintauli, 2008).

Kebanyakan karies di negara berkembang dibiarkan tidak dirawat. Di Indonesia, sebanyak 46,5% karies gigi belum dirawat. Indeks PUFA/pufa adalah indeks yang digunakan untuk menilai kondisi mulut akibat karies yang tidak dirawat. Indeks PUFA dicatat dari skor keterlibatan pulpa, ulserasi mukosa mulut karena karies, fistula dan abses (Monse *dkk.*, 2009; Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes RI, 2008).

Data Dinkes Malang tahun 2011 menunjukkan bahwa, Kecamatan Mojolangu merupakan kecamatan dengan tingkat kejadian karies yang tinggi di Malang dibandingkan dengan kecamatan-kecamatan lainnya dengan total 748 kejadian karies atau 18.05%. Menurut data *screening* awal pada tahun 2008-2010 dari Puskesmas Mojolangu, SDN Tunjungsekar 03 memiliki tingkat prevalensi karies yang tergolong tinggi yaitu 83, selain itu siswa SDN Tunjungsekar 03 sangat jarang mendapatkan penyuluhan kesehatan gigi mulut, hanya 1 kali dalam setahun oleh puskesmas.

Berdasarkan beberapa data diatas, peneliti tertarik untuk meneliti hubungan pengetahuan perilaku kesehatan gigi mulut terhadap indeks PUFA/pufa anak usia 10-11 tahun SDN Tunjungsekar 03 Malang.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian diatas maka penelitian ini ditujukan untuk menjawab rumusan masalah yaitu, adakah hubungan pengetahuan dan perilaku kesehatan gigi mulut terhadap indeks PUFA/pufa anak usia 10-11 tahun di SDN Tunjungsekar 03 Malang?

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan Umum

Berdasarkan rumusan masalah diatas, maka tujuan dari penelitian ini adalah Mengetahui ada tidaknya hubungan pengetahuan dan perilaku kesehatan gigi mulut terhadap indeks PUFA/pufa anak usia 10-11 tahun di SDN Tunjungsekar 03 Malang.

Tujuan Khusus

1. Mengetahui pengetahuan kesehatan gigi mulut pada anak usia 10-11 tahun di SDN Tunjungsekar 03 Malang.
2. Mengetahui perilaku kesehatan gigi mulut pada anak usia 10-11 tahun di SDN Tunjungsekar 03 Malang.
3. Mengidentifikasi indeks PUFA/pufa anak usia 10-11 tahun di SDN Tunjungsekar 03 Malang
4. Menganalisa hubungan pengetahuan dan perilaku kesehatan gigi mulut terhadap indeks PUFA/pufa anak usia 10-11 tahun di SDN Tunjungsekar 03 Malang.

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat Bagi Masyarakat

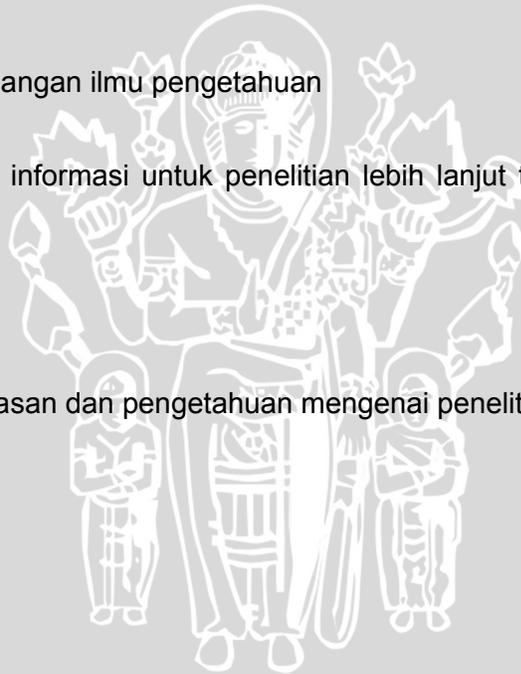
1. Mendapatkan informasi tentang kesehatan gigi dan mulut anak, khususnya karies serta faktor-faktor yang mempengaruhinya.
2. Sebagai bahan pertimbangan untuk lebih meningkatkan kesehatan gigi dan mulut anak.

Manfaat untuk pengembangan ilmu pengetahuan

Sebagai sumber informasi untuk penelitian lebih lanjut tentang karies pada anak.

Manfaat bagi peneliti

Menambah wawasan dan pengetahuan mengenai penelitian dan prosesnya.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Karies Gigi

Karies gigi merupakan suatu penyakit pada jaringan keras gigi, yaitu enamel, dentin dan sementum yang disebabkan aktivitas jasad renik yang ada dalam suatu karbohidrat yang diragikan. Proses karies ditandai dengan terjadinya demineralisasi pada jaringan keras gigi, diikuti dengan kerusakan bahan organiknya. Hal ini akan menyebabkan terjadinya invasi bakteri dan kerusakan pada jaringan pulpa sertapenyebaran infeksi ke jaringan periapikal dan menimbulkan rasa nyeri (Pintauli, 2008).

Karies gigi bisa terjadi permukaan gigi mana saja di dalam mulut dimana terdapat plak bisa tumbuh sampai jangka waktu tertentu. Plak adalah suatu lapisan *biofilm*, yang merupakan kumpulan mikroorganisme bakteri yang menempel pada permukaan gigi. Bakteri-bakteri ini kemudian melakukan proses fermentasi substrat karbohidrat dan menghasilkan asam. Asam menyebabkan pH turun sampai dibawah 5 dalam 1-3 menit. Penurunan pH yang berulang menyebabkan *demineralisasi* permukaan gigi. Akan tetapi, saliva dalam mulut bisa menetralkan asam, sehingga pH kembali naik dan terjadi remineralisasi (Kidd, 2005).

Karies gigi bisa dikelompokkan kedalam beberapa bagian berdasarkan letak anatominya. Karies pada *pit* atau *fissure* dan karies pada permukaan halus, yaitu

pada dentin dan akar gigi. Karies primer adalah karies yang terjadi pada permukaan gigi yang belum direstorasi, sedangkan karies sekunder/rekuren adalah karies yang terjadi pada permukaan gigi yang sudah direstorasi (Kidd, 2005).

2.2 Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan pengindraan terhadap suatu objek. Pengindraan terjadi melalui pancaindra seorang manusia yang terdiri atas penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian pengetahuan didapat lewat mata dan telinga. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting atas terbentuknya perilaku seseorang (*overt behavior*). Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih tahan lama dibanding dengan perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 2007).

Penyakit gigi dan mulut merupakan penyakit yang dapat menyerang manusia dari semua golongan umur, bersifat progresif dan bila tidak dirawat akan semakin parah. Walaupun demikian, karena proses terjadinya penyakit ini lambat dan realitanya jarang menyebabkan kematian maka penderita sering tidak memberikan perhatian khusus. Itulah sebabnya kesehatan gigi dan mulut masyarakat Indonesia merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang perlu mendapat perhatian serius dari tenaga kesehatan (Depkes RI, 2004; Hutabarat, 2009).

Menurut Rogers ada 6 tingkatan pengetahuan, antara lain : (Notoatmodjo, 2007)

1. Tahu (*know*)

Tahu adalah tingkatan pengetahuan yang paling rendah. Diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah di pelajari sebelumnya.

2. Memahami (*comprehention*)

Memahami adalah kemampuan untuk menjelaskan dengan benar tentang objek yang diketahui dan bisa menginterpretasikan materi tersebut dengan benar.

3. Aplikasi (*application*)

Aplikasi merupakan kemampuan menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi nyata. Aplikasi bisa diartikan sebagai penggunaan hukum-hukum, rumus-rumus, metode-metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

4. Analisa (*analysis*)

Analisa adalah kemampuan menjabarkan materi kedalam komponen-komponen tetapi masih dalam struktur organisasi tersebut, dan masih ada hubungannya satu sama lain.

5. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis adalah kemampuan menyusun, merencanakan, meringkaskan dan menyesuaikan terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang ada.

6. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi adalah kemampuan memberikan penilaian berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

Beberapa hal yang dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang, antara lain: (Mubarak, 2007)

1. Pendidikan

Pendidikan bisa diartikan sebagai bimbingan yang diberikan seseorang kepada orang lain tentang suatu hal agar mereka dapat memahami. Semakin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah pula mereka menerima informasi, dan pada akhirnya makin melimpah pula pengetahuan yang dimilikinya.

2. Pekerjaan

Lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun tidak langsung.

3. Umur

Dengan bertambahnya umur seseorang akan terjadi perubahan pada aspek fisik dan psikologis (mental). Ada empat kategori perubahan pada aspek fisik, yaitu perubahan ukuran, perubahan proporsi, hilangnya ciri-ciri lama dan

timbulnya ciri-ciri baru. Ini terjadi akibat pematangan fungsi organ. Pada aspek psikologis dan mental taraf berpikir seseorang semakin matang dan dewasa.

4. Minat

Minat diartikan sebagai suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu. Minat membuat seseorang untuk menekuni suatu hal dan pada akhirnya diperoleh pengetahuan yang lebih banyak.

5. Pengalaman

Adalah suatu kejadian yang pernah dialami seseorang dalam berinteraksi .dengan lingkungannya. Pengalaman merupakan suatu cara untuk memperoleh pengetahuan, orang yang memiliki pengalaman akan mempunyai pengetahuan yang baik bila dibandingkan dengan orang yang tidak memiliki pengalaman dalam segi apapun.

6. Kebudayaan

Apabila dalam suatu wilayah mempunyai budaya untuk menjaga kebersihan lingkungan maka besar kemungkinan masyarakat sekitarnya mempunyai sikap untuk selalu menjaga kebersihan lingkungan.

7. Informasi

Kemudahan memperoleh informasi dapat membantu mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan yang baru. Informasi dapat diperoleh di rumah, di sekolah, lembaga organisasi, media cetak dan tempat pelayanan kesehatan. Ilmu pengetahuan dan teknologi membutuhkan informasi dan juga menghasilkan informasi. Pemberian informasi seperti cara-cara pencapaian hidup sehat akan meningkatkan pengetahuan masyarakat yang dapat

menambah kesadaran untuk berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimiliki.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau kuisioner yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden (Notoatmodjo, 2003).

2.2.1 Pengetahuan Dasar Kesehatan Gigi Mulut

Informasi mengenai pengetahuan dasar kesehatan gigi mulut adalah hal-hal yang perlu diketahui untuk mencegah dan menanggulangi penyakit gigi dan mulut. Pengetahuan dasar tersebut meliputi pengertian, gejala, cara mencegah, serta cara menanggulangi penyakit gigi dan mulut, termasuk didalamnya informasi rujukan bagi penderita penyakit gigi dan mulut. Hal-hal tersebut juga menjadi materi dasar penyuluhan kesehatan gigi dan mulut (Promkes DBK, 2011).

Untuk mencapai kesehatan gigi dan mulut yang optimal, maka harus mengetahui perawatan gigi dan mulut yang harus dilakukan. Perawatan dapat dimulai dari memperhatikan diet makanan, jangan terlalu banyak makanan yang mengandung gula dan makanan yang lengket. Pembersihan plak dan sisa makanan yang tersisa dengan menyikat gigi, teknik dan caranya jangan sampai merusak struktur gigi dan gusi. (Djuwita, 1993; SAP Gigi Mulut, 2011; Malik, 2008)

Cara menyikat gigi yang baik adalah menyikat dari arah gusi ke ujung gigi dengan gerakan berulang dan tidak terlalu keras. Menyikat gigi dengan cara yang

benar dan pada waktu yang tepat yaitu minimal dua kali sehari yaitu sesudah sarapan pagi dan sebelum tidur malam. Membatasi mengkonsumsi makanan manis juga merupakan hal yang penting dalam perawatan kesehatan gigi mulut. Makanan yang manis dan lengket mudah melekat pada gigi yang bilamana tidak langsung dibersihkan akan membentuk plak dan akhirnya menyebabkan kerusakan gigi. Upaya yang dapat dilakukan adalah dengan menyikat gigi segera setelah mengkonsumsi makanan tersebut (Djuwita, 1993; SAP Gigi Mulut, 2011; Budiharto, 2010).

Menjaga kebersihan gigi mulut dengan memeriksakan kesehatan gigi dan mulut ke dokter gigi setiap enam bulan sekali merupakan hal yang sangat penting. Tujuannya adalah untuk memeriksa apakah terdapat gigi lain yang berlubang selain yang telah ditambal, sehingga dapat dilakukan perawatan sedini mungkin. Selain itu juga untuk melihat, apakah telah terdapat karang gigi dan kelainan-kelainan lainnya yang mungkin ada. Kunjungan berkala ke dokter gigi hendaknya dilakukan ketika ada keluhan ataupun tidak ada keluhan (Malik, 2008).

Penyakit gigi yang sering dijumpai adalah karies. Proses karies ini disebabkan oleh sisa-sisa makanan yang melekat pada permukaan gigi dan apabila sisa-sisa makanan itu tidak dibersihkan maka akan terbentuk asam dan terjadi demineralisasi pada jaringan keras gigi, diikuti dengan kerusakan bahan organiknya. Hal ini akan menyebabkan terjadinya invasi mikroorganisme dan kerusakan pada jaringan pulpa serta penyebaran infeksi ke jaringan periapikal dan menimbulkan rasa nyeri (Pintauli, 2008).

2.3 Perilaku

Perilaku manusia merupakan pencerminan dari berbagai unsur kejiwaan yang mencakup hasrat, sikap, reaksi, rasa takut atau cemas dan sebagainya. Oleh karena itu, perilaku manusia dipengaruhi atau dibentuk dari faktor-faktor yang ada dalam diri manusia atau unsur kejiwaannya. Perilaku adalah aktivitas yang mempunyai cakupan yang sangat luas antara lain berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis dan sebagainya. Segala aktivitas manusia yang bisa diamati secara langsung maupun yang tidak bisa diamati dari pihak luar adalah perilaku (Budiharto, 2010; Notoatmodjo, 2003).

Perilaku manusia terdiri dari dua komponen, yaitu mental dan tingkah laku. Mental merupakan reaksi manusia terhadap suatu keadaan atau peristiwa, sedangkan tingkah laku merupakan perbuatan tertentu dari manusia sebagai reaksi terhadap suatu keadaan yang dihadapi. (Herijulianti, 2002).

Perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, serta lingkungan. Perilaku memegang peranan yang penting dalam mempengaruhi status kesehatan gigi dan mulut secara langsung, perilaku dapat mempengaruhi faktor lingkungan maupun pelayanan kesehatan. Perilaku kesehatan gigi meliputi pengetahuan, sikap dan tindakan yang berkaitan dengan konsep sehat dan sakit gigi serta upaya pencegahannya. Dalam konsep ini yang dimaksudkan dengan

kesehatan gigi adalah gigi dan semua jaringan yang ada di dalam mulut termasuk gusi (Notoatdmojo, 2007; Budiharto, 2010; Warni, 2009).

Terdapat dua faktor yang mempengaruhi perilaku manusia. Kedua faktor tersebut ialah faktor keturunan dan faktor lingkungan. Faktor keturunan adalah bawaan dari seseorang yang melekat pada dirinya sebagai warisan dari orang tua. Contoh faktor keturunan antara lain emosi, kecerdasan dan kemampuan sensasi. Faktor lingkungan merupakan faktor yang berperan serta mengembangkan perilaku manusia. Adapun faktor lingkungan adalah lingkungan tempat seseorang berada dan menetap, mulai dari lingkungan keluarga, lingkungan rumah, lingkungan bermain, lingkungan sekolah dan lingkungan bekerja. Kedua faktor ini saling mempengaruhi dalam perilaku manusia. Perilaku manusia tidak ada yang berdiri sendiri, manusia sebagai makhluk sosial akan bersosialisasi dengan orang lain, mengamati serta meniru apa yang dianggap baik. Orang tua yang memiliki kebiasaan merokok cenderung memiliki anak yang perokok juga, orang tua pemarah cenderung memiliki anak yang pemarah. (Herijulianti, 2002; Budiharto, 2010).

Mengubah perilaku manusia bukan perkara yang mudah karena manusia adalah individu yang mempunyai sikap, kepribadian dan latar belakang sosial ekonomi yang berbeda. Dibutuhkan kegigihan dari berbagai komponen masyarakat untuk ikut serta berperan dalam mengubah perilaku. Usaha untuk mengubah perilaku hendaknya dimulai dari lingkungan keluarga. Peran orang tua sangat besar untuk memberi teladan mengenai apa yang harus dilakukan dan apa yang tidak. Jika

memberi larangan kepada anak, hendaknya anak diberikan penjelasan terhadap dampak yang terjadi jika ia tetap melakukan larangan tersebut (Herijulianti, 2002).

Untuk bisa mengubah perilaku masyarakat yang terlanjur berbuat hal-hal yang tidak baik dapat diberikan penyuluhan yang disesuaikan dengan tingkat pendidikan dan budaya di daerah tersebut. Penyuluhan bisa diberikan oleh petugas kesehatan atau warga yang sebelumnya telah ditatar. Peran serta pejabat atau pemerintah yang berwenang untuk ikut memantau penyuluhan yang dilakukan secara berkesinambungan adalah sangat penting dan dibutuhkan (Herijulianti, 2002).

2.4 Perawatan Kesehatan Gigi dan Mulut

2.4.1 Menyikat Gigi

Kesehatan gigi individu atau masyarakat merupakan salah satu faktor yang berpengaruh terhadap kesehatan individu atau masyarakat tersebut. Perilaku kesehatan gigi positif misalnya, kebiasaan menyikat gigi sebaliknya perilaku kesehatan gigi negatif misalnya, tidak menyikat gigi secara teratur maka kondisi kesehatan gigi dan mulut akan menurun dengan dampak antara lain mudah berlubang (Warni, 2009).

Menyikat gigi dengan menggunakan sikat gigi adalah bentuk penyingkiran plak secara mekanis, selain gigi lidah juga perlu dibersihkan. Saat ini telah banyak

tersedia sikat gigi dengan berbagai ukuran, bentuk, tekstur dan desain dengan berbagai derajat kekerasan dari bulu sikat. Bulu sikat yang terlalu keras akan melukai gusi dan mengabrasi lapisan gigi, yang terlalu lunak efektivitas pembersihan kurang baik yang paling baik adalah bulu sikat medium. Ujung bulu sikat gigi bermacam-macam, berbentuk bulat, runcing dan datar. Ujung bulu sikat yang baik adalah membulat karena dapat mengurangi iritasi terhadap lapisan gigi dan jaringan gusi. Salah satu penyebab banyaknya bentuk sikat gigi yang tersedia adalah adanya variasi waktu menyikat gigi, gerakan menyikat gigi, tekanannya, bentuk dan jumlah gigi yang ada pada setiap orang. Sikat gigi sebaiknya diganti kira-kira setiap 2-3 bulan (Budiharto, 2010; Fedi PF *dkk.*, 2005; Ariningrum, 2000; *New Zealand Dental Association*, 2010).

2.4.1.1 Waktu Menyikat Gigi

Telah terbukti bahwa asam plak gigi akan turun dari pH normal sampai mencapai pH 5 dalam waktu 3-5 menit sesudah makan makanan yang mengandung karbohidrat. pH saliva sudah menjadi normal (pH 6-7) 25 menit setelah makan atau minum. Menyikat gigi dapat mempercepat proses kenaikan pH 5 menjadi normal (pH 6-7) sehingga dapat mencegah proses pembentukan karies. (Angela, 2005)

2.4.1.2 Frekuensi Menyikat Gigi

Untuk mendapatkan hasil yang optimal dari prosedur penyikatan gigi, salah satu faktor yang harus diperhatikan adalah frekuensi penyikatan gigi. Menurut hasil penelitian Steckslen-Blicks dan Holm, anak yang melakukan penyikatan gigi secara teratur dalam sehari dengan frekuensi dua kali sehari atau lebih dan dibantu oleh orang tua, lebih rendah terkena resiko karies (Chemiawan *dkk.*, 2004).

American Dental Association (ADA) menyatakan bahwa pasien harus menyikat gigi secara teratur, minimal 2 dua kali sehari yaitu pagi hari setelah sarapan dan sebelum tidur malam dengan lama menyikat gigi 2-3 menit. Waktu menyikat gigi pada setiap orang tidak sama, bergantung pada beberapa faktor seperti kecenderungan seseorang terhadap plak dan debris, keterampilan menyikat gigi dan kemampuan salivanya membersihkan sisa-sisa makanan dan debris. Menyikat gigi dua kali sehari cukup baik pada jaringan periodonsium yang sehat, tetapi pada jaringan periodonsium yang tidak sehat dianjurkan menyikat gigi tiga kali sehari (Budiharto, 2010; Pintauli, 2008).

2.4.1.3 Pemakaian Pasta Gigi

Fungsi utama pasta gigi adalah membantu sikat gigi dalam membersihkan permukaan gigi dari pewarnaan gigi dan sisa-sisa makanan dan fungsi sekundernya untuk memperkilat gigi, mempertinggi kesehatan gusi, serta untuk mengurangi bau mulut (Budiharto, 2010).

Pasta gigi yang baik adalah pasta gigi yang mengandung fluor. Penyikatan gigi dua kali sehari menggunakan pasta gigi yang mengandung fluor terbukti dapat

menurunkan karies. Jumlah pasta gigi yang digunakan untuk anak dibawah 2 tahun adalah hanya diolesi saja dengan pasta gigi pada sikatnya. Untuk usia diatas 2 tahun sampai 6 tahun banyaknya pasta gigi adalah sebiji jagung. (Angela, 2005; SIGN, 2005).

2.4.1.4 Metode Menyikat Gigi

Ada bermacam-macam metode penyikatan gigi, yaitu metode vertikal, metode horizontal, metode Roll, metode Bass, metode Charter, metode Fones atau teknik sirkuler dan metode Stillman. Kombinasi pemakaian beberapa metode menyikat gigi ini tergantung pada beberapa hal, yaitu besar dan bentuk rahang, susunan dan inklinasi gigi geligi, derajat retraksi gusi, hilangnya gigi geligi dan keterampilan tangan dalam menggunakan sikat gigi. (Budiharto, 2010)

Metode-metode menyikat gigi antara lain:

1. Metode Vertikal

Teknik vertikal adalah teknik menyikat gigi pada permukaan bukal dengan rahang menutup, gigi disikat dengan gerakan ke atas dan ke bawah. Untuk permukaan lingual dan palatinal dilakukan gerakan serupa dengan mulut terbuka (Putri dkk., 2011).

2. Metode Horizontal

Permukaan lingual dan bukal disikat dengan gerakan ke depan dan ke belakang. Untuk permukaan oklusal gerakan horizontal bisa dilakukan dan terbukti

merupakan cara yang cocok dan sesuai dengan bentuk anatomis permukaan oklusal. Kebanyakan orang yang belum diberi pendidikan khusus, seringkali menyikat gigi dengan teknik vertikal dan horizontal dengan tekanan yang besar. Cara-cara ini tidak baik karena menyebabkan abrasi gigi dan resesi gusi (Putri *dkk.*, 2011).

3. Metode Roll

Merupakan cara yang sangat dianjurkan karena sederhana tapi efisien dan dapat digunakan di seluruh bagian mulut. Bulu-bulu sikat ditempatkan pada gusi sejauh mungkin dari permukaan oklusal dengan ujung-ujung bulu sikat mengarah ke apeks dan sisi bulu sikat digerakkan pelan-pelan melalui permukaan gigi sehingga bagian belakang dari kepala sikat bergerak dengan lengkungan. Pada waktu bulu-bulu sikat melewati mahkota klinis, posisinya hampir tegak lurus permukaan enamel gigi. Gerakan ini diulang 8-12 kali setiap daerah dengan sistematis sehingga tidak ada yang bagian gigi yang tidak tersikat. Cara ini menghasilkan pemijatan gusi dan juga diharapkan membersihkan sisa-sisa makanan di daerah interproksimal gigi (Putri *dkk.*, 2011).

4. Metode Bass

Sikat diposisikan dengan sudut 45° terhadap sumbu panjang gigi mengarah ke apikal, ujung bulu sikat pada tepi gusi sehingga, saku gusi bisa dibersihkan dan

tepi gusi dapat dipijat. Sikat digerakkan dengan getaran-getaran kecil ke depan dan belakang selama 10-15 detik ke setiap tempat yang meliputi dua atau tiga gigi. Untuk menyikat bagian bukal dan labial, tangkai dipegang pada posisi horizontal dan sejajar dengan lengkung gigi. Untuk bagian lingual dan palatinal gigi belakang agak menyudut (agak horizontal) dan pada gigi depan, sikat dipegang vertical (Putri *dkk.*, 2011).

5. Metode Fisiologik

Teknik ini menggunakan sikat gigi dengan bulu-bulu yang lunak. Tangkai sikat gigi dipegang horizontal dengan bulu-bulu sikat tegak lurus terhadap permukaan gigi. Metode ini berdasarkan pada anggapan bahwa penyikatan gigi harus menyerupai jalannya makanan, yaitu dari mahkota ke arah gusi. Setiap kali dilakukan beberapa kali gerakan sebelum berpindah ke daerah selanjutnya. Teknik ini agak sulit dilakukan di permukaan lingual premolar dan molar rahang bawah sehingga dapat diganti dengan gerakan getaran dalam lingkaran kecil (Putri *dkk.*, 2011).

2.4.2 Diet Makanan

Tindakan pencegahan karies lebih tinggi menekankan pada pengurangan konsumsi dan pengendalian frekuensi asupan gula yang tinggi. Hal ini dapat dilaksanakan dengan cara nasihat diet dan bahan pengganti gula (Budiharto, 2010).

Nasehat diet yang dianjurkan adalah memakan makanan yang cukup protein dan fosfat yang dapat menambah sifat basa dari saliva, memperbanyak makan sayuran dan buah-buahan yang berserat dan berair karena bersifat membersihkan dan merangsang sekresi saliva. Menghindari makanan yang manis dan lengket serta membatasi jumlah makan menjadi tiga kali sehari serta menekan keinginan untuk makan di antara jam makan (Budiharto, 2010).

Xylitol dan sorbitol merupakan bahan pengganti gula yang sering digunakan, berasal dari bahan alami serta mempunyai kalori yang sama dengan glukosa dan sukrosa. Dapat dijumpai dalam bentuk tablet, permen karet, minuman ringan, farmasi dan lain-lain, mempunyai efek menstimulasi daya alir saliva dan menurunkan kolonisasi dari *S. mutans*. Menurut Penelitian, xylitol lebih efektif karena tidak dapat dimetabolisme oleh mikroorganisme dalam pembentukan asam dan mempunyai efek anti mikroorganisme (Budiharto, 2010).

2.4.3 Kunjungan ke Dokter Gigi

Kunjungan ke dokter gigi sangat diperlukan untuk menciptakan kontak dan ikatan kepercayaan pertama antara orang tua dengan dokter gigi, sehingga diharapkan kesadaran, perilaku, dan sikap yang positif dan bertanggungjawab mengenai prinsip-prinsip perawatan kesehatan gigi anak (Malik, 2008).

Kontrol tiap enam bulan dilakukan meskipun tidak ada keluhan. Hal ini dilakukan untuk memeriksa apakah terdapat gigi lain yang berlubang selain yang telah ditambal, sehingga dapat dilakukan perawatan sedini mungkin. Selain itu juga

untuk melihat, apakah telah terdapat kembali karang gigi dan kelainan-kelainan lainnya yang mungkin ada (Malik, 2008).

2.4.4 Penumpatan Gigi

Konsep intervensi minimal dalam kedokteran gigi menempatkan penumpatan sebagai usaha terakhir. Penumpatan diperlukan jika permukaan gigi berlubang dan bahan tumpatan yang dipilih yang dapat menggantikan dalam hal estetik dan fungsi. Penumpatan terhadap gigi yang berlubang sebaiknya dilakukan sedini mungkin sebelum kelainannya menjadi lebih berat lagi. Apabila penumpatan dilakukan sedini mungkin, kunjungan ke dokter gigi menjadi lebih sedikit, dalam artian sekali datang bisa dilakukan penumpatan langsung. Apabila kelainannya sudah lebih besar, maka gigi tersebut harus dilakukan perawatan terlebih dahulu sehingga memerlukan kunjungan yang lebih banyak (Malik, 2008; Donly, 2007).

2.5 Indeks PUFA

PUFA adalah indeks untuk menentukan keadaan rongga mulut terhadap karies yang tidak terawat. Indeks ini menilai keberadaan terbukanya kamar pulpa, ulserasi di mukosa oral yang terjadi karena serpihan akar gigi fistula dan abses yang disebabkan oleh karies. Lesi pada jaringan sekitar yang tidak berhubungan dengan keberadaan karies tidak dihitung (Monse *dkk.*, 2009).

Penilaian indeks PUFA hanya dilakukan secara visual tanpa instrumen. Hanya satu skor yang dinilai pada satu gigi. Jika ada gigi susu dan gigi penggantinya, dan keduanya ada infeksi odontogenik, maka kedua gigi tersebut dihitung (Monse *dkk.*, 2009).

Huruf besar (PUFA) digunakan untuk gigi permanen sedangkan huruf kecil (pufa) digunakan untuk gigi susu. Kode dan kriteria indeks PUFA adalah sebagai berikut : (Monse *dkk.*, 2009)

P/p: keterlibatan pulpa dinilai ketika kamar pulpa terbuka atau struktur mahkota gigi hancur karena proses karies atau hanya akar giginya yang tersisa. Untuk melihat keberadaan keterlibatan pulpa tidak menggunakan probing.



Gambar 2.1 Karies dengan keterlibatan Pulpa (Monse *dkk.*, 2009)

U/u: Ulserasi yang terjadi karena potongan tajam gigi karies yang melukai jaringan lunak sekitarnya, seperti lidah atau mukosa bukal.



Gambar 2.2 Ulser yang Terjadi Akibat Tepi Gigi yang Tajam Akibat Karies (Monse *dkk.*, 2009)

kariesnya telah melibatkan pulpa.



Gambar 2.3 Adanya Fistula Akibat Karies (Monse dkk., 2009)

A/a: Abses dihitung ketika ada pembengkakan berisi pus yang berhubungan dengan gigi yang kariesnya telah melibatkan pulpa.



Gambar 2.4 Adanya Abses Akibat Karies (Monse dkk., 2009)

Nilai PUFA untuk gigi permanen dan gigi desidui dilaporkan secara terpisah. Jadi pada setiap individu nilai pufa berkisar antara 0-20 pada gigi desidui dan 0-32 pada gigi permanen. Prevalensi PUFA/pufa dihitung sebagai prosentase dari nilai PUFA/pufa satu atau lebih populasi. Pengalaman PUFA/pufa populasi dihitung rata-ratanya dan bisa mempunyai nilai desimal. Nilai PUFA/pufa dihitung sebagai : (Monse dkk., 2009)

$$\frac{\text{PUFA} + \text{pufa}}{\text{D} + \text{d}} \times 100\%$$

P/p= karies dengan keterlibatan pulpa

U/u= ulserasi karena gigi tajam akibat atau sisa akar karena karies

F/f= fistula yang terjadi akibat gigi yang karies

A/a= Abses yang terjadi karena karies

D/d= Karies

Kriteria PUFA/pufa :

Sehat < 41%

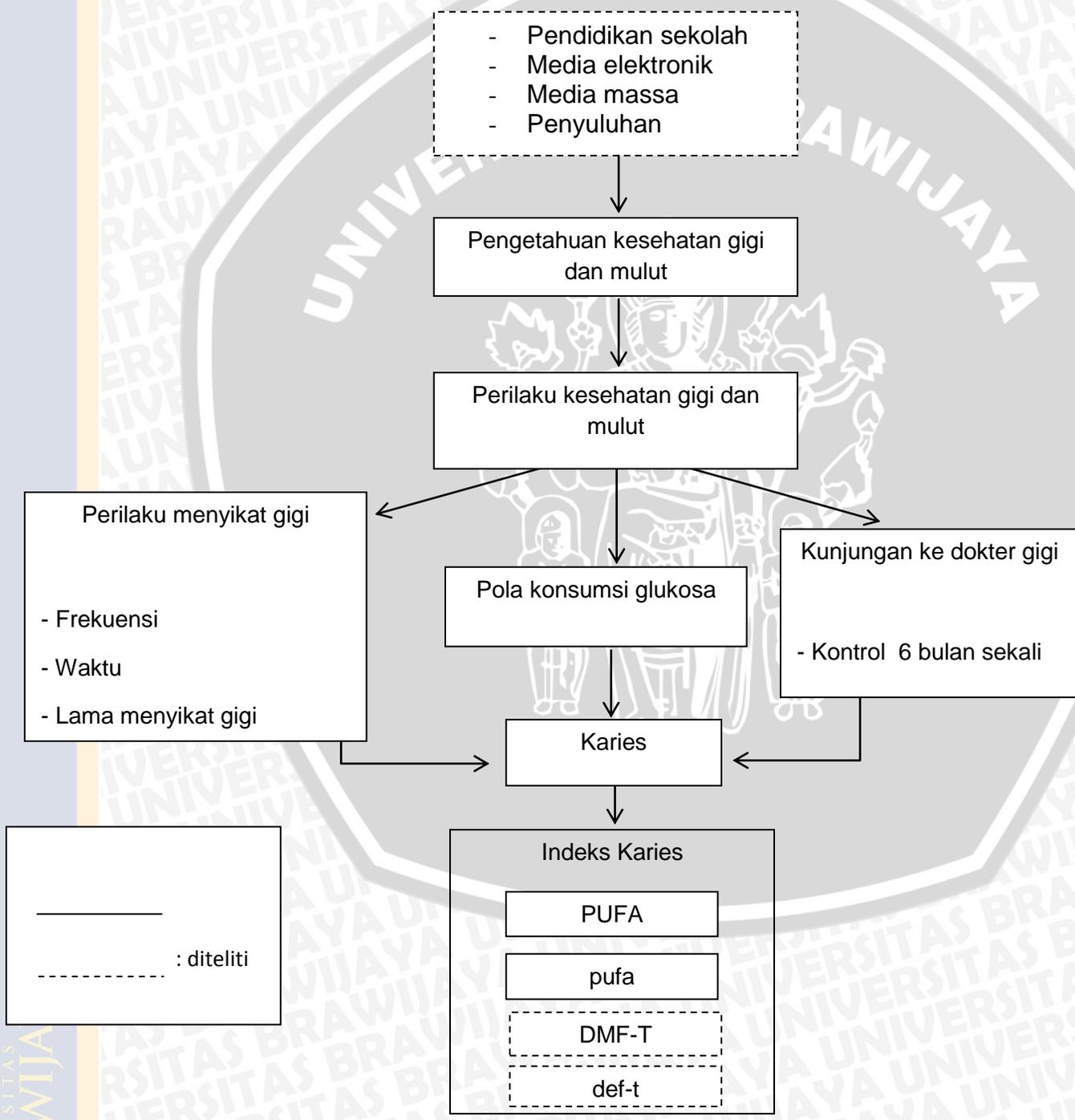
Infeksi odontogenik \geq 41%



BAB III

KERANGKA KONSEP PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep



Penelitian ini dilakukan untuk melihat hubungan pengetahuan dan perilaku kesehatan gigi mulut terhadap indeks PUFA/pufa anak usia 10-11 tahun di SDN Tunjungsekar 03 Malang. Terjadinya karies dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti host, substrat, agen dan waktu. Perilaku kesehatan gigi mulut dipengaruhi oleh pengetahuan. Perilaku kesehatan gigi mulut yang diteliti dalam penelitian ini adalah perilaku menyikat gigi, diet gula dan kunjungan ke dokter gigi. Indeks yang digunakan untuk menunjukkan klinis penyakit karies gigi antara lain DMF-T, def-t, PUFA dan pufa. Pada penelitian ini indeks yang digunakan adalah indeks PUFA/pufa.

3.2 Hipotesis

Ho : Tidak terdapat hubungan antara pengetahuan dan perilaku kesehatan gigi mulut terhadap indeks PUFA/pufa pada anak usia 10-11 tahun di SDN Tunjungsekar 03 Malang

Ha : Terdapat hubungan antara pengetahuan dan perilaku kesehatan gigi mulut terhadap indeks PUFA/pufa pada anak usia 10-11 tahun di SDN Tunjungsekar 03 Malang

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian adalah rancangan penelitian analitik dengan metode *cross sectional*. Penelitian *cross sectional* merupakan penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko dengan efek, dengan model pendekatan atau observasi sekaligus pada satu saat (Pratiknya, 2010).

4.2 Populasi dan Sampel

Populasi:

Populasi pada penelitian adalah siswa-siswi kelas IV dan V SDN Tunjungsekar 03 yang berusia 10-11 tahun ajaran 2012-2013 di Malang yang terdiri dari 59 siswa laki-laki dan 57 siswi putri.

Jumlah Sampel:

Jumlah Sampel penelitian ini adalah siswa-siswi kelas IV dan V SDN Tunjungsekar 03 Malang berusia 10-11 tahun berjumlah 116 siswa. Metode penarikan sampel pada penelitian ini dilakukan dengan metode *total sampling*.

4.3 Kriteria Sampel

Kriteria dari sampel penelitian ini antara lain:

1. Sampel berusia 10-11 tahun
2. Sampel bersekolah di SDN Tunjungsekar 03 Kota Malang
3. Sampel menyetujui *informed concent*.

4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi :

SDN Tunjungsekar 03, Jl Sumber Beringin 2-B Mojolangu

Waktu Penelitian :

Februari 2014

4.5 Alat dan Bahan Penelitian

1. Kaca mulut
2. Pinset
3. Kapas
4. Alcohol 70%
5. *Pouch* (kantong plastik tempat alat)

6. Sarung tangan
7. Masker
8. Lembar *Informed consent*/persetujuan menjadi subjek penelitian
9. Lembar kuisisioner
10. Lembar PUFA/pufa

4.6 Variabel Penelitian

Variabel Bebas

1. Tingkat pengetahuan kesehatan gigi dan mulut
2. Tingkat perilaku kesehatan gigi dan mulut

Variabel Tergantung

Indeks PUFA/pufa

4.7 Definisi Operasional

4.7.1 Pengetahuan Kesehatan Gigi Mulut

Pengetahuan kesehatan gigi mulut adalah hal-hal yang diketahui anak 10-11 tahun tentang menjaga dan memelihara kesehatan gigi dan mulut yang terdiri dari, antara lain:

1. Cara menyikat gigi yang baik. Cara menyikat gigi yang baik adalah menyikat dari gusi ke mahkota gigi dengan gerakan perlahan dan tekanan yang lembut.

2. Waktu yang tepat untuk menyikat gigi. Waktu yang tepat untuk menyikat gigi adalah setiap pagi setelah sarapan dan malam sebelum tidur.
3. Durasi waktu menyikat gigi. Lama waktu menyikat gigi efektif adalah 2-3 menit.
4. Permukaan gigi yang harus disikat. Seluruh permukaan gigi harus disikat, bukal/fasial, lingual/palatinal dan oklusal.
5. Frekuensi menyikat gigi. Minimal menyikat gigi 2 kali sehari, setelah sarapan dan sebelum tidur.
6. Penggantian sikat gigi, dianjurkan untuk mengganti sikat gigi setiap 2-3 bulan.
7. Mengetahui bahwa pasta gigi yang dianjurkan adalah pasta gigi yang mengandung fluor.
8. Kegunaan menyikat gigi, untuk membantu membersihkan gigi dari plak.
9. Mengetahui apa yang harus dilakukan jika gigi berlubang, yaitu dibawa ke dokter gigi untuk ditumpat.
10. Jenis makanan yang kurang baik untuk gigi adalah makanan yang mengandung kadar glukosa yang tinggi seperti permen, coklat dan manisan
11. Waktu kontrol ke dokter gigi, kunjungan ke dokter gigi tidak hanya dilakukan ketika sakit gigi, namun sebaiknya kontrol rutin ke dokter gigi setiap 6 bulan sekali.
12. Bagian-bagian di dalam rongga mulut yang harus disikat, yaitu gigi dan lidah.
13. Tipe bulu sikat yang baik, yaitu bulu sikat yang medium.
14. Banyaknya pasta gigi yang digunakan yaitu sepanjang bulu sikat.

Pengetahuan kesehatan gigi mulut diukur menggunakan kuisisioner yang dikombinasikan dengan wawancara terpinpin, dengan pengukuran sebagai berikut (Arikunto, 2001) :

$$N = \frac{Sp}{Sm} \times 100\%$$

N = nilai yang didapat

Sp = jumlah skor yang didapat

Sm = jumlah skor maksimal

Setiap jawaban yang benar akan diberi skor 1, sedangkan jawaban yang salah diberi skor 0. Dengan kriteria penilaian:

Baik = 76 - 100%

Sedang = 56 - 75%

Buruk \leq 55%

Data yang dihasilkan merupakan data dalam skala ordinal.

4.7.2 Perilaku Kesehatan Gigi Mulut

Perilaku memelihara dan menjaga kesehatan gigi dan mulut meliputi:

1. Kepemilikan sikat gigi sendiri. Anak memiliki sikat sendiri, tidak memakai sikat gigi milik orang lain.
2. Frekuensi menyikat gigi. Anak menyikat giginya minimal 2 kali sehari.
3. Menyikat gigi setelah sarapan. Anak menyikat giginya setelah sarapan.
4. Menyikat gigi sebelum tidur. Anak menyikat giginya sebelum tidur.
5. Lama menyikat gigi. Anak menyikat gigi selama 2-3 menit.
6. Waktu pergantian sikat gigi. Anak mengganti sikat gigi miliknya setiap 2-3 bulan.
7. Sikat gigi menggunakan pasta gigi. Anak menyikat giginya menggunakan sikat gigi yang mengandung fluoride.
8. Gerakan menyikat gigi. Anak menyikat gigi dengan arah dari gusi ke mahkota dengan gerakan perlahan dan tekanan yang halus.
9. Jajanan apa yang paling disukai dan sering dimakan. Pola konsumsi glukosa anak yang baik adalah yang jarang makan jajanan yang kaya akan glukosa seperti permen, cokelat dan manisan serta memakan buah-buahan secara teratur.
10. Apa yang dilakukan setelah makan jajanan. Anak menyikat giginya setelah makan jajanan atau minimal kumur-kumur.

11. Kontrol 6 bulan sekali ke dokter gigi. Anak melakukan kontrol rutin 6 bulan sekali ke dokter gigi.
12. Bagian-bagian di dalam rongga mulut yang harus disikat, yaitu gigi dan lidah.
13. Tipe bulu sikat yang baik, yaitu bulu sikat yang medium.
14. Banyaknya pasta gigi yang digunakan yaitu sepanjang bulu sikat.

Perilaku kesehatan gigi mulut diukur menggunakan kuisioner yang dikombinasikan dengan wawancara terpimpin, dengan pengukuran sebagai berikut (Arikunto, 2001) :

$$N = \frac{Sp}{Sm} \times 100\%$$

N = nilai yang didapat

Sp = jumlah skor yang didapat

Sm = jumlah skor maksimal

Setiap jawaban yang benar akan diberi skor 1, sedangkan jawaban yang salah diberi skor 0. Dengan kriteria penilaian:

Baik = 76-100%

Sedang = 56-75%

Buruk \leq 55%

Data yang dihasilkan merupakan data dalam skala ordinal.

4.7.3 Indeks PUFA/pufa

PUFA adalah indeks untuk menentukan keadaan rongga mulut terhadap karies yang tidak terawat. Indeks ini menilai keberadaan terbukanya kamar pulpa, ulserasi di mukosa oral yang terjadi karena serpihan akar gigi fistula dan abses yang disebabkan oleh karies. Lesi pada jaringan sekitar yang tidak berhubungan dengan keberadaan karies tidak dihitung (Monse *dkk.*, 2009).

Cara pengukuran indeks PUFA/pufa adalah sebagai berikut (Monse *dkk.*, 2009) :

$$\frac{PUFA + pufa}{D + d} \times 100 \%$$

P/p = karies dengan keterlibatan pulpa

U/u = ulserasi karena gigi tajam akibat atau sisa akar karena karies

F/f = fistula yang terjadi akibat gigi yang karies

A/a = Abses yang terjadi karena karies

D/d = Karies

Kriteria PUFA/pufa :

Sehat < 41%

Infeksi odontogenik \geq 41%

Data yang dihasilkan merupakan data dalam skala ordinal.

4.8 Pengumpulan Data

4.8.1 Teknik Pengumpulan Data Primer

4.8.1.1 Observasi

Observasi adalah suatu prosedur yang berencana, meliputi melihat dan mencatat jumlah taraf aktivitas tertentu yang ada hubungannya dengan masalah yang diteliti. Metode ini digunakan untuk memperoleh angka kejadian karies.

Observasi akan dilakukan oleh peneliti yang dibantu dokter gigi atau perawat gigi. Dokter gigi atau perawat gigi akan memeriksa tingkat indeks PUFA/pufa pada siswa SD usia 10-11 tahun di SDN Tunjungsekar 03 Kota Malang, sedangkan peneliti mencatat hasil pemeriksaan kemudian dihitung menggunakan indeks PUFA/pufa.

4.8.1.2 Kombinasi Kuisisioner dan Wawancara

Kuisisioner adalah menanyakan sesuatu yang menjadi bahan penelitian dalam lembaran yang digabungkan dengan teknik wawancara terpimpin secara berkelompok. Wawancara jenis ini dilakukan berdasarkan pertanyaan-pertanyaan kuisisioner yang telah disiapkan dengan baik sebelumnya. Sehingga wawancara

hanya membacakan pertanyaan-pertanyaan tersebut kepada responden. Sebelumnya, kuisisioner akan diuji coba pada sekelompok subyek yang diperhitungkan kondisinya menyerupai subyek penelitian yang sesungguhnya, untuk mengetahui validitas dan realibilitasnya (Notoatmodjo, 2005; Pratiknya, 2010).

4.8.2 Teknik Pengumpulan Data Sekunder

Pengumpulan data sekunder pada penelitian ini menggunakan metode dokumentasi. Metode ini dilakukan dengan cara mengumpulkan data dari berbagai sumber tulisan yang berhubungan dengan subjek penelitian, berupa rekapitulasi data kesehatan gigi dan mulut tahunan Dinkes tahun 2011 serta data siswa diperoleh dari Puskesmas Mojolangu dan SDN Tunjungsekar 03 Kota Malang.

4.9 Uji Validitas dan Reliabilitas

4.9.1 Uji Validitas

Sebelum penelitian akan dilakukan uji validitas kuisisioner terlebih dahulu. Validitas merupakan suatu ukuran yang menunjukkan bahwa variabel yang diukur adalah benar-benar variabel yang dikehendaki oleh peneliti.

4.9.2 Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas adalah uji yang dilakukan untuk mengetahui bahwa alat ukur yang digunakan dalam penelitian mempunyai kehandalan sebagai alat ukur.

4.10 Teknik Pengolahan dan Analisis Data

Pengolahan data dilakukan dalam beberapa tahap yaitu:

1. *editing* data: yaitu memeriksa kuisisioner-kuisisioner yang masuk apakah dapat dibaca, apakah pertanyaannya telah dijawab semua dan kesalahan-kesalahan kecil lainnya, kemudian dibaca dan dicek sekali lagi.
2. *coding*: mengubah data-data yang telah terkumpul menjadi kode-kode yang dapat dimanipulasi dengan prosedur analisis statistik tertentu.
3. *tabulating*: menyusun data kedalam bentuk table-tabel dan disiapkan untuk dianalisis.

Analisa data yang dipakai untuk mengetahui ada tidaknya hubungan tingkat pengetahuan dan perilaku kesehatan gigi dan mulut anak 10-11 tahun dengan PUFA/pufa di SDN Tunjungsekar Malang yaitu dengan uji *spearman* yang termasuk pada uji non parametrik.

Analisa korelasi *Spearman* digunakan untuk mengetahui hubungan antara dua variabel yang minimal salah satu berskala ordinal. Dalam penelitian ini variabel yang diukur adalah tingkat pengetahuan kesehatan gigi mulut (x) dan tingkat perilaku kesehatan gigi mulut (y) dengan PUFA/pufa (z).

Uji statistik yang digunakan pada analisa korelasi *Spearman* adalah statistik uji *Spearman's rho*. Persamaan uji *Spearman's rho* adalah

$$RHO_{xy} = 1 - \frac{6\sum D^2}{N(N^2 - 1)}$$

RHO_{xy} : Koefisien relasi antara variable X dan variable Y

D : selisih peringkat untuk variable x dan variable y

N : banyaknya sampel atau subjek

Untuk memudahkan melakukan interpretasi mengenai kekuatan hubungan antara dua kriteria, koefisien korelasi dapat diklasifikasikan sebagai berikut (Sarwono, 2006).

0 : tidak ada korelasi antara dua variabel

$>0-0.25$: korelasi sangat lemah

$>0.5-0.75$: korelasi kuat

$>0.75-0.99$: korelasi sangat kuat

>1 : korelasi sempurna

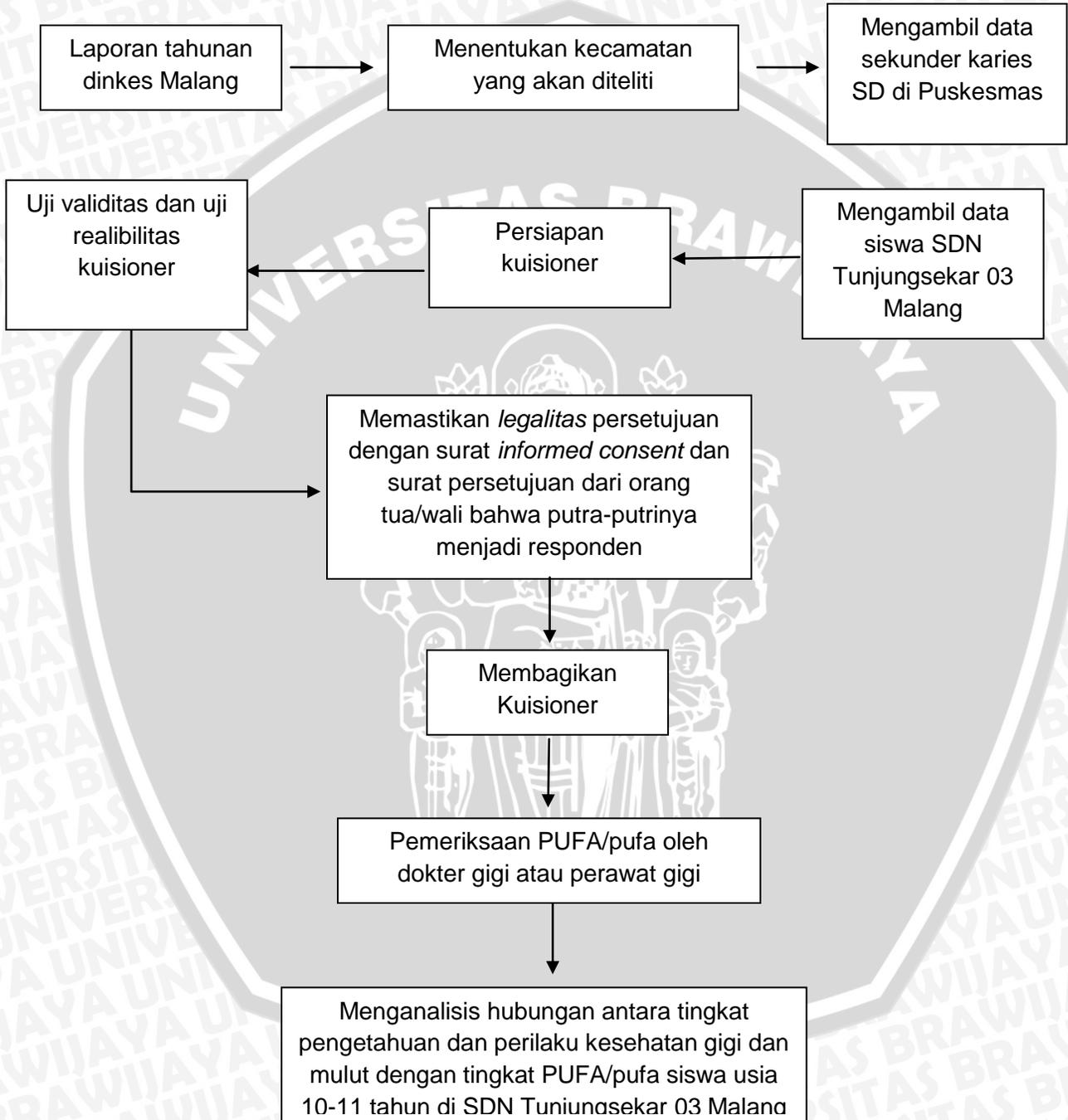
4.11 Etika Penelitian

Informed Consent

Untuk menghindari hal-hal yang tidak diinginkan, dalam pelaksanaan penelitian ini orang tua atau wali dari siswa-siswi diberikan lembar persetujuan bersedia untuk putra-putrinya menjadi responden dalam penelitian ini. Peneliti akan memberikan penjelasan tentang tujuan, manfaat, prosedur, resiko penelitian serta hak responden dan waktu pelaksanaannya. Dengan mendapatkan penjelasan siswa bersedia untuk menjadi responden dan para orang tua wali responden tersebut mengisi *informed consent* dengan menandatangani



4.11 Alur Penelitian



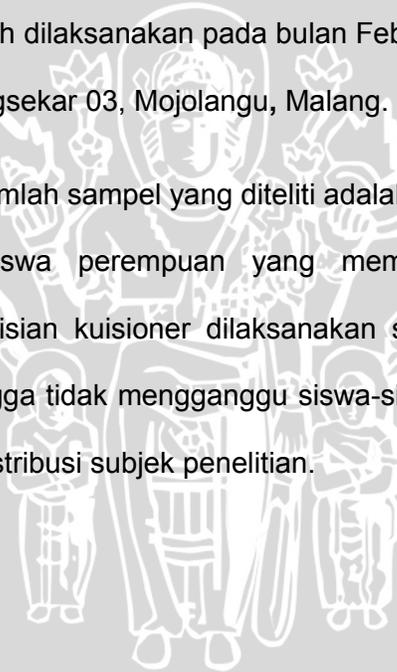
BAB V

HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA

5.1 Gambaran Umum

Penelitian tentang hubungan pengetahuan dan perilaku kesehatan gigi dan mulut terhadap nilai indeks PUFA/pufa pada anak usia 10-11 tahun di SDN Tunjungsekar 03 Malang telah dilaksanakan pada bulan Februari 2014. Penelitian ini dilaksanakan di SDN Tunjungsekar 03, Mojolangu, Malang.

Pada penelitian ini, jumlah sampel yang diteliti adalah sebanyak 116 anak, 59 siswa laki-laki dan 57 siswa perempuan yang memenuhi kriteria sampel. Pemeriksaan gigi dan pengisian kuisisioner dilaksanakan sebelum jam istirahat di kelas masing-masing, sehingga tidak mengganggu siswa-siswi di kelas lain. Berikut ini adalah diagram batang distribusi subjek penelitian.



UNIVERSITAS BRAWIJAYA



5.2 Pengetahuan Kesehatan Gigi Mulut

Hasil penelitian pengetahuan kesehatan gigi mulut siswa SDN Tunjungsekar 03 Malang diperoleh dari pengisian kuisioner. Dengan kriteria penilaian baik jika nilai lebih dari sama dengan 80%, pengetahuan sedang jika nilai 60-79% dan pengetahuan buruk jika nilai kurang dari sama dengan 59%. Berikut adalah diagram batang pengetahuan kesehatan gigi mulut anak usia 10-11 tahun di SDN Tunjungsekar 03 Malang.

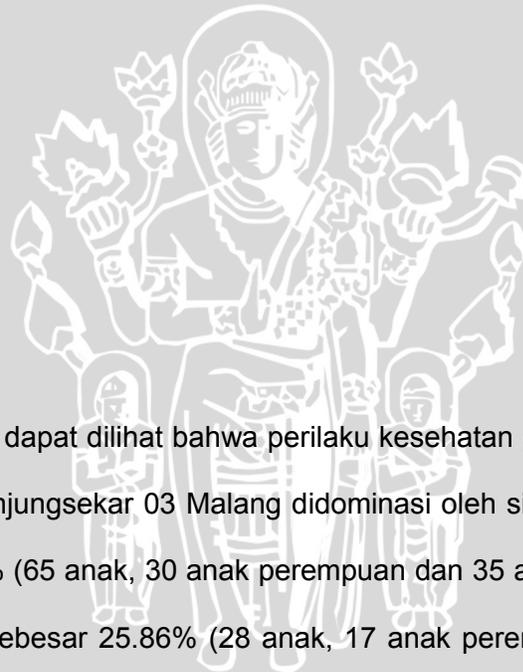
Dari gambar 5.3 dapat dilihat bahwa pengetahuan kesehatan gigi mulut anak usia 10-11 tahun di SDN Tunjungsekar 03 Malang didominasi oleh siswa dengan kriteria sedang sebesar 47.42% (56 anak, 33 anak perempuan dan 23 anak laki-laki), diikuti kriteria pengetahuan buruk sebesar 37.93% (44 anak, 18 anak perempuan dan 26 anak laki-laki) dan kriteria pengetahuan baik sebesar 14.65% (16 anak, 11 anak perempuan dan 5 anak laki-laki).

5.3 Perilaku Kesehatan Gigi Mulut

Hasil penelitian perilaku kesehatan gigi mulut siswa SDN Tunjungsekar 03 Malang diperoleh dari pengisian kuisioner. Dengan kriteria penilaian baik jika nilai lebih dari sama dengan 80%, pengetahuan sedang jika nilai 60-79% dan pengetahuan buruk jika nilai kurang dari sama dengan 59%. Berikut adalah diagram

batang perilaku kesehatan gigi mulut anak usia 10-11 tahun di SDN Tunjungsekar 03 Malang.

UNIVERSITAS BRAWIJAYA



Dari gambar 5.4 dapat dilihat bahwa perilaku kesehatan gigi mulut anak usia 10-11 tahun di SDN Tunjungsekar 03 Malang didominasi oleh siswa dengan kriteria sedang sebesar 54.31% (65 anak, 30 anak perempuan dan 35 anak laki-laki), diikuti kriteria perilaku buruk sebesar 25.86% (28 anak, 17 anak perempuan dan 11 anak laki-laki) dan kriteria perilaku baik sebesar 19.83% (23 anak, 12 anak perempuan dan 11 anak laki-laki).

5.4 Nilai Indeks PUFA/pufa

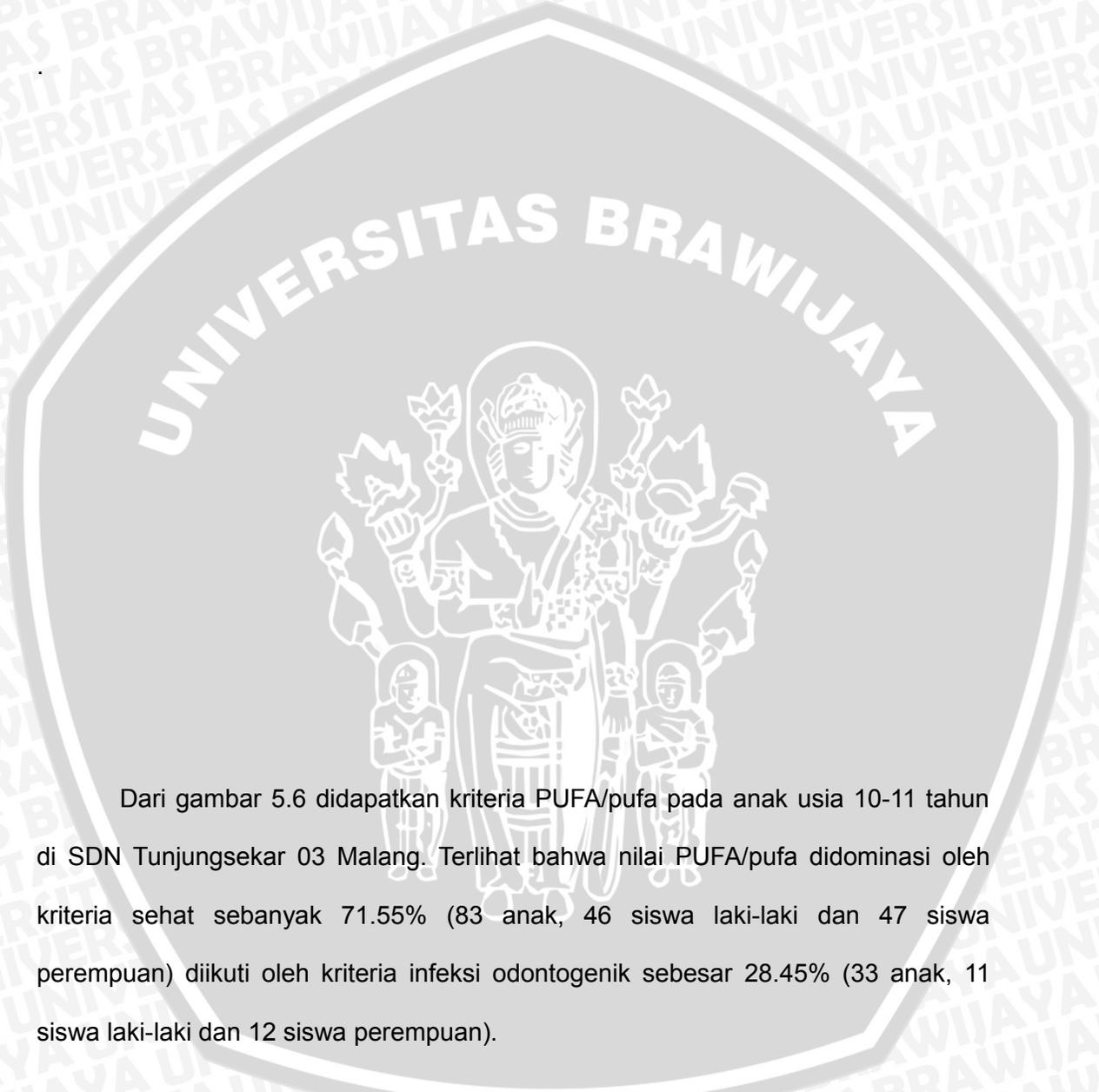
PUFA adalah indeks untuk menentukan keadaan rongga mulut terhadap karies yang tidak terawat. Indeks ini menilai keberadaan terbukanya kamar pulpa, ulserasi di mukosa oral yang terjadi karena serpihan akar gigi, fistula dan abses yang disebabkan oleh karies. Lesi pada jaringan sekitar yang tidak berhubungan dengan keberadaan karies tidak dihitung (Monse *dkk.*, 2009).

Setelah dilakukan pemeriksaan gigi pada siswa-siswi SDN Tunjungsekar 03 Malang didapatkan data sebagai berikut:



Dari gambar 5.5 dapat dilihat bahwa terdapat 417 kasus karies pada gigi permanen (186 siswa laki-laki dan 231 siswa perempuan) dan 99 kasus karies pada gigi susu (58 siswa laki-laki dan 41 siswa perempuan). Karies dengan keterlibatan pulpa pada gigi permanen sebanyak 136 kasus (70 siswa laki-laki dan 66 siswa perempuan) dan 28 kasus pada gigi susu (13 siswa laki-laki dan 15 siswa

perempuan). Ulserasi akibat permukaan gigi yang terkena karies hanya ada 1 kasus pada siswa laki-laki dan tidak ditemukan adanya fistula dan abses.



Dari gambar 5.6 didapatkan kriteria PUFA/pufa pada anak usia 10-11 tahun di SDN Tunjungsekar 03 Malang. Terlihat bahwa nilai PUFA/pufa didominasi oleh kriteria sehat sebanyak 71.55% (83 anak, 46 siswa laki-laki dan 47 siswa perempuan) diikuti oleh kriteria infeksi odontogenik sebesar 28.45% (33 anak, 11 siswa laki-laki dan 12 siswa perempuan).

5.5 Hubungan Pengetahuan Gigi Mulut terhadap Nilai Indeks PUFA/pufa

Dalam penelitian ini, pengetahuan dinilai dengan kuisisioner, kemudian dinilai dan dibagi menjadi 3 kriteria, yaitu baik, sedang dan buruk. Nilai indeks PUFA/pufa

dibagi menjadi 2 kriteria, yaitu sehat dan infeksi odontogenik. Setelah dilakukan analisis hubungan pengetahuan kesehatan gigi mulut dengan nilai indeks PUFA/pufa menggunakan analisa korelasi spearman, didapatkan hasil sebagai berikut.

r hitung	Nilai signifikansi	Keterangan
0,357	0,000	Tolak H_0

Uji statistik yang digunakan untuk mencari analisis hubungan pengetahuan kesehatan gigi mulut dengan nilai indeks PUFA/pufa adalah metode korelasi *spearman*. Dari tabel 5.1 dapat dilihat bahwa dengan perhitungan statistik didapatkan nilai *p-value* adalah 0,000. Nilai *p-value* lebih kecil dari α 0,05 maka H_0 ditolak. Koefisien korelasi *Spearman rho* sebesar 0,357. Hal ini menunjukkan adanya korelasi yang sangat lemah antara pengetahuan kesehatan gigi mulut dengan nilai indeks PUFA/pufa.

5.6 Hubungan Perilaku Gigi Mulut terhadap Nilai Indeks PUFA/pufa

Dalam penelitian ini, perilaku dinilai dengan kuisioner, kemudian dinilai dan dibagi menjadi 3 kriteria, yaitu baik, sedang dan buruk. Nilai indeks PUFA/pufa

dibagi menjadi 2 kriteria, yaitu sehat dan infeksi odontogenik. Setelah dilakukan analisis hubungan perilaku kesehatan gigi mulut dengan nilai indeks PUFA/pufa menggunakan analisa korelasi spearman, didapatkan hasil sebagai berikut.

r hitung	Nilai signifikansi	Keterangan
0,642	0,000	Tolak H_0

Uji statistik yang digunakan untuk mencari analisis hubungan perilaku kesehatan gigi mulut dengan nilai indeks PUFA/pufa adalah metode korelasi *spearman*. Dari tabel 5.2 dapat dilihat bahwa dengan perhitungan statistik didapatkan nilai *p-value* adalah 0,000. Nilai *p-value* lebih kecil dari α 0,05 maka H_0 ditolak. Koefisien korelasi *Spearman rho* sebesar 0,642. Hal ini menunjukkan adanya korelasi yang kuat antara perilaku kesehatan gigi mulut dengan nilai indeks PUFA/pufa.

BAB VI

PEMBAHASAN

6.1 Tingkat Pengetahuan Kesehatan Gigi Mulut

Berdasarkan hasil penelitian, tingkat pengetahuan gigi mulut siswa-siswi usia 10-11 tahun di SDN Tunjungsekar 03 Malang didominasi oleh kategori tingkat pengetahuan sedang sebanyak 47.42% (55 anak), diikuti kriteria pengetahuan buruk sebesar 37.93% (44 anak) dan kriteria pengetahuan baik sebesar 14.65% (17 anak). Pada penelitian sebelumnya oleh Evi Rumini (2006) di SD Mlati I dan SD Sendang Adi I kecamatan Sleman, tingkat pengetahuan juga didominasi oleh kriteria sedang sebesar 50.6%.

Telah disebutkan bahwa ada 7 faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan (Mubarak, 2009) yaitu pendidikan, umur, pekerjaan, minat, pengalaman, kebudayaan dan informasi. Kurangnya tingkat pengetahuan gigi mulut yang berjumlah 44 anak (26 anak laki-laki dan 18 anak perempuan) bila dihubungkan dengan ketujuh faktor tersebut maka bisa disebabkan karena minimnya informasi tentang pengetahuan kesehatan gigi mulut yang didapat. Tingkat pengetahuan kesehatan gigi mulut yang rendah bisa disebabkan karena siswa kurang memperoleh informasi baik melalui pendidikan formal maupun informal. Pendidikan formal contohnya adalah proses pendidikan yang ada di sekolah, pada sistem mata pelajaran sekolah tidak terdapat mata pelajaran khusus

yang mengajarkan tentang kesehatan gigi mulut. Pendidikan informal contohnya adalah penyuluhan kesehatan gigi mulut, guru pembina UKS di SDN Tunjungsekar 03 mengatakan bahwa, hanya ada 1 kali penyuluhan kesehatan gigi mulut oleh puskesmas dalam setahun. Penyuluhan tentang pengetahuan kesehatan gigi dan mulut dapat diberikan melalui program UKGS. Oleh karena itu, pihak sekolah hendaknya mengoptimalkan program UKGS SDN Tunjungsekar 03.

Menurut Mubarak (2009), minat merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang. Metode penyuluhan yang menarik dan tidak membosankan seperti metode penyuluhan menggunakan alat peraga, video animasi, *role play* dan sebagainya diharapkan bisa menarik minat siswa terhadap kesehatan gigi mulut, sehingga meningkat pula tingkat pengetahuan kesehatan gigi mulutnya.

6.2 Perilaku Kesehatan Gigi Mulut

Berdasarkan hasil penelitian, tingkat perilaku kesehatan gigi mulut siswa-siswi usia 10-11 tahun di SDN Tunjungsekar 03 Malang didominasi oleh siswa dengan kriteria sedang sebesar 54.31% (65 anak), diikuti kriteria perilaku buruk sebesar 25.86% (28 anak) dan kriteria perilaku baik sebesar 19.83% (23 anak). Ada 28 anak yang berperilaku buruk tentang kesehatan gigi mulut, 11 anak perempuan dan 17 anak laki-laki. Penelitian Agnes (2012) pada anak kelas V dan VI MI NU Mauldu'ul Ulum Malang juga menunjukkan tingkat perilaku didominasi oleh kriteria sedang sebanyak 59%.

Dari hasil penelitian ini, 28 anak berperilaku buruk terhadap kesehatan gigi mulut bisa disebabkan oleh berbagai faktor diantaranya tidak optimalnya program UKGS sekolah, sehingga anak-anak kurang mendapat panutan dan dorongan dari petugas kesehatan. Lingkungan merupakan faktor yang sangat penting dalam pembentukan perilaku, termasuk di dalamnya adalah lingkungan keluarga (Herijulianti, 2002). Lingkungan keluarga yang kurang peduli terhadap kesehatan gigi mulut juga bisa menjadi faktor penyebab rendahnya tingkat perilaku anak. Keluarga tidak menanamkan pola menjaga kebersihan gigi mulut seperti, menyikat gigi sesudah sarapan dan sebelum tidur maka anak akan terbiasa tidak menyikat giginya.

6.3 Nilai Indeks PUFA/pufa

Karies gigi merupakan suatu penyakit pada jaringan keras gigi, yaitu enamel, dentin dan sementum yang disebabkan aktivitas jasad renik yang ada dalam suatu karbohidrat yang diragikan. Proses karies ditandai dengan terjadinya demineralisasi pada jaringan keras gigi, diikuti dengan kerusakan bahan organiknya. Hal ini akan menyebabkan terjadinya invasi bakteri dan kerusakan pada jaringan pulpa serta penyebaran infeksi ke jaringan periapikal dan menimbulkan rasa nyeri. Penumpatan gigi terhadap gigi yang berlubang sebaiknya dilakukan sedini mungkin sebelum kelainannya menjadi lebih berat lagi (Malik, 2008; Pintauli, 2008).

Indeks PUFA adalah indeks untuk menentukan keadaan rongga mulut terhadap karies yang tidak terawat. Indeks ini menilai keberadaan terbukanya kamar

pulpa, ulserasi di mukosa oral yang terjadi karena serpihan sisa akar atau gigi yang terkena karies, fistula dan abses yang disebabkan oleh karies. Lesi pada jaringan sekitar yang tidak berhubungan dengan keberadaan karies tidak dihitung. Indeks PUFA bisa menggambarkan keparahan dan tingkat infeksi akibat karies yang tidak terawat (Monse *dkk.*, 2009).

Hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa terdapat 417 kasus karies pada gigi permanen (186 siswa laki-laki dan 231 siswa perempuan) dan 99 kasus karies pada gigi susu (58 siswa laki-laki dan 41 siswa perempuan). Karies dengan keterlibatan pulpa pada gigi permanen sebanyak 136 kasus (70 siswa laki-laki dan 66 siswa perempuan) dan 28 kasus pada gigi susu (13 siswa laki-laki dan 15 siswa perempuan). Ulserasi akibat permukaan gigi yang terkena karies 1 kasus pada siswa laki-laki. Kriteria PUFA/pufa didominasi oleh kriteria sehat sebanyak 71.55% (83 anak, 46 siswa laki-laki dan 47 siswa perempuan) diikuti oleh kriteria infeksi odontogenik sebesar 28.45% (33 anak, 11 siswa laki-laki dan 12 siswa perempuan). Pada pemeriksaan tidak didapatkan siswa yang mengalami fistula dan abses. Hal ini dikarenakan membutuhkan waktu yang lebih lama untuk bisa menimbulkan fistula atau abses.

Penelitian sebelumnya oleh Monse *dkk.* (2009) di Filipina pada kelompok anak usia 12 tahun dengan jumlah sampel 2022 anak yang memiliki rerata usia 11,8 tahun, didapatkan prevalensi karies sebesar 82% (1658 kasus karies). Kasus karies dengan keterlibatan pulpa sebanyak 404 pada gigi susu dan 1618 pada gigi permanen. Dari 2022 anak tersebut tidak didapatkan adanya ulserasi, fistula dan abses akibat karies gigi susu serta didapatkan sebanyak 182 kasus fistula dan

abses akibat karies gigi permanen dan 61 kasus ulserasi akibat gigi karies permanen. Rerata nilai indeks PUFA/pufa pada kelompok anak usia 12 tahun di Filipina tersebut adalah 56%.

Karies yang tidak segera ditumpat dapat menyebabkan bertambahnya tingkat keparahan. Apabila penumpatan dilakukan sedini mungkin, kunjungan ke dokter gigi menjadi lebih sedikit, dalam artian sekali datang bisa dilakukan penumpatan langsung. Apabila kelainannya sudah lebih besar, maka gigi tersebut harus dilakukan perawatan terlebih dahulu sehingga memerlukan kunjungan yang lebih banyak (Malik, 2008). Pada penelitian ini, didapatkan angka kejadian karies yang tinggi, bahkan dari 417 kasus karies gigi permanen dan 99 kasus karies gigi susu, sebanyak 136 karies pada gigi permanen dan 28 karies pada gigi susu sudah melibatkan jaringan pulpa. Hal ini dapat menunjukkan rendahnya kesadaran anak dan orang tua terhadap perawatan karies.

6.4 Hubungan Pengetahuan dengan Nilai Indeks PUFA/pufa

Berdasarkan hasil uji *rank correlation test spearman rho* yang menunjukkan adanya hubungan antara tingkat pengetahuan kesehatan gigi mulut terhadap nilai indeks PUFA/pufa walau tingkat korelasinya sangat lemah, dengan *p-value* 0,000 dan koefisien korelasi 0,357. Koefisien korelasi sebesar 0,357 menunjukkan tingkat korelasi yang sangat lemah antara pengetahuan kesehatan gigi mulut dengan nilai indeks PUFA/pufa.

Adanya hubungan pengetahuan terhadap status karies ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Muhammad Yusuf (2011) pada anak SMP di Medan Timur menunjukkan bahwa pengetahuan anak tentang gigi mulut berhubungan terhadap status kariesnya. Penelitian oleh Evi Rumini (2006) pada siswa SD Mlati I dan SD Sendang Adi I kecamatan Mlati, Sleman juga menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan status karies gigi.

Berdasarkan hasil penelitian ini, maka pengetahuan siswa dalam kesehatan gigi dan mulut sangat penting untuk menjaga dan kesehatan rongga mulut karena pengetahuan adalah salah satu yang mendasari terbentuknya perilaku. Tingkat kejadian dan keparahan karies siswa SDN Tunjungsekar 03 secara tidak langsung dapat diturunkan dengan cara penyuluhan tentang kesehatan gigi mulut untuk meningkatkan pengetahuan siswa tentang kesehatan gigi dan mulut.

Hal ini sejalan dengan teori Notoatmodjo (2007), pengetahuan merupakan domain yang sangat penting atas terbentuknya perilaku seseorang (*overt behavior*). Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih tahan lama dibanding dengan perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Pengetahuan dapat diperoleh secara alami maupun proses secara terencana yaitu melalui proses pendidikan. Pengetahuan juga bisa didapat dari berbagai pengalaman dan sumber, misalnya, media elektronik, media massa, poster, buku petunjuk, petugas kesehatan bahkan kerabat dekat (Warni, 2009).

6.5 Hubungan Perilaku dengan Nilai Indeks PUFA/pufa

Berdasarkan hasil uji *rank correlation test spearman rho* yang menunjukkan adanya hubungan antara tingkat perilaku kesehatan gigi mulut terhadap nilai indeks PUFA/pufa dengan *p-value* 0,000 dan koefisien korelasi 0,642. Koefisien korelasi sebesar 0,642 menunjukkan tingkat korelasi yang kuat antara perilaku kesehatan gigi mulut dengan nilai indeks PUFA/pufa.

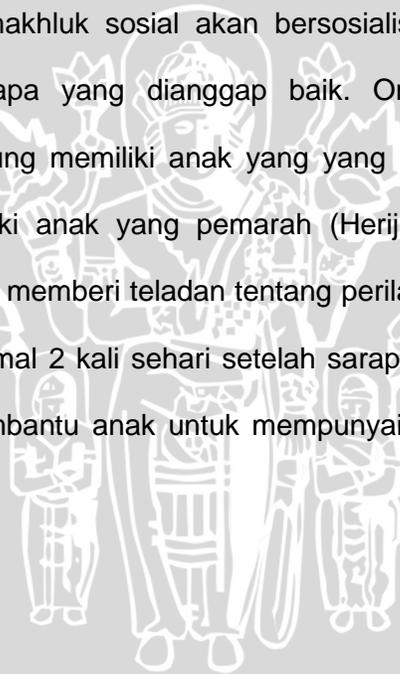
Adanya hubungan perilaku kesehatan gigi mulut terhadap status karies ini juga sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Jesica Sihite (2011) pada anak SMP di Medan yang menunjukkan bahwa perilaku anak tentang kesehatan gigi mulut berhubungan terhadap status kariesnya. Penelitian oleh Linda Warni (2009) pada siswa SD kelas V dan VI di kecamatan Delitua menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara perilaku kesehatan gigi mulut dengan status karies gigi.

Perilaku kesehatan gigi dan mulut merupakan bentuk praktik nyata dalam menjaga kesehatan gigi dan mulut karena tindakan adalah wujud dari pengetahuan dan sikap yang didapat oleh individu sehingga terbentuk suatu perilaku. Dengan perilaku yang baik akan semakin baik pula kesehatan gigi dan mulut individu. Faktor lingkungan memegang peranan penting terhadap terbentuknya perilaku kesehatan gigi mulut yang baik.

Hal ini sejalan dengan teori Warni (2009), pengetahuan yang baik tentang kesehatan gigi mulut yang baik akan percuma jika tidak diterapkan di kehidupan sehari-hari. Perilaku kesehatan gigi yang baik misalnya, kebiasaan menyikat gigi

sebaliknya, perilaku kesehatan gigi tidak baik misalnya, tidak menyikat gigi secara teratur maka kondisi kesehatan gigi dan mulut akan menurun dengan dampak antara lain mudah berlubang. Perilaku memegang peranan yang penting dalam mempengaruhi status kesehatan gigi dan mulut secara langsung.

Faktor lingkungan memegang peranan penting terhadap terbentuknya perilaku kesehatan gigi mulut yang baik. Faktor lingkungan adalah lingkungan tempat seseorang berada dan menetap. Perilaku manusia tidak ada yang berdiri sendiri, manusia sebagai makhluk sosial akan bersosialisasi dengan orang lain, mengamati serta meniru apa yang dianggap baik. Orang tua yang memiliki kebiasaan merokok cenderung memiliki anak yang perokok juga, orang tua pemarah cenderung memiliki anak yang pemarah (Herijulianti, 2002; Budiharto, 2010). Orang tua harus bisa memberi teladan tentang perilaku kesehatan gigi mulut misalnya menyikat gigi minimal 2 kali sehari setelah sarapan dan ketika akan tidur malam, sehingga akan membantu anak untuk mempunyai perilaku kesehatan gigi mulut yang baik juga.



BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

1. Tingkat pengetahuan kesehatan gigi mulut anak usia 10-11 tahun di SDN Tunjungsekar 03 Malang didominasi kriteria sedang sebesar 47,42%.
2. Tingkat perilaku kesehatan gigi mulut anak usia 10-11 tahun di SDN Tunjungsekar 03 Malang didominasi kriteria sedang sebesar 54,31%.
3. Nilai indeks PUFA/pufa anak usia 10-11 tahun di SDN Tunjungsekar 03 didominasi oleh kriteria sehat sebesar 71,55 %.
4. Terdapat hubungan antara pengetahuan kesehatan gigi mulut anak usia 10-11 tahun SDN Tunjungsekar 03 Malang terhadap nilai indeks PUFA/pufa.
5. Terdapat hubungan antara perilaku kesehatan gigi mulut anak usia 10-11 tahun SDN Tunjungsekar 03 Malang terhadap nilai indeks PUFA/pufa.

7.2 Saran

1. Pendidikan kesehatan gigi mulut dapat diberikan oleh tenaga kesehatan puskesmas dan dokter gigi. Kegiatan UKGS perlu dipantau secara berkala oleh puskesmas agar berjalan dengan optimal.
2. Untuk penelitian selanjutnya pemilihan waktu untuk mengisi kuisisioner dan pemeriksaan lebih baik dilaksanakan sesudah jam istirahat sebelum pulang sekolah, sehingga responden lebih fokus pada penelitian dan tidak terganggu jam istirahat.

3. Untuk penelitian selanjutnya hendaknya menggali lebih dalam lagi tentang hal-hal yang mempengaruhi pengetahuan dan perilaku kesehatan gigi mulut anak SD seperti metode penyuluhan, faktor lingkungan, sarana teknologi dan informasi serta tingkat pendidikan.



DAFTAR PUSTAKA

- Angela, Ami. 2005. Pencegahan Primer pada Anak yang Beresiko Karies Tinggi. *Majalah Kedokteran Gigi (Dental Journal)*, volume 38, No. 3 : 130-134.
- Agnes, Indah. 2012. Hubungan Perilaku Ppemeliharaan Kesehatan Gigi dengan DMF-T Siswa Kelas V dan VI di MI NU Maudlu'ul Ulum kota Malang. PDG FKUB.
- Ariningrum R. Beberapa Cara Menjaga Kesehatan Gigi dan Mulut. *Jurnal Cermin Dunia Kedokteran*. 2000: 45-51.
- Arikunto S. 2001. Dasar Dasar Evaluasi Pendidikan. PT Bina Aksara: Jakarta
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan, Republik Indonesia. *Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar)*. 2008. Hal.142.
- Budiharto. 2010. *Pengantar ilmu perilaku kesehatan dan pendidikan kesehatan gigi*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC. Hal. 1-5, 17-19.
- Chemiawan E, Riyanti E, Tjahyaningrum SN. 2004. Prevalensi nursing mouth caries pada anak 15-60 bulan berdasarkan frekuensi penyikatan gigi di posyandu Desa Cileunyi Wetan Kecamatan Cileunyi Kabupaten Bandung. Available: http://resources.unpad.ac.id/unpadcontent/uploads/publikasi_dosen/PREVALENSI%20NURSING%20MOUTH%20CARIES%20PADA%20ANAK%20USIA%2015.pdf. Diakses 27 Februari 2013.
- Djuwita, I dan Sridadi. 1993. Pendidikan Kesehatan Gigi . Departemen Kesehatan : Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2004. *Pedoman Penyelenggaraan Usaha Kesehatan Gigi Sekolah*. Jakarta.
- Donly KJ, Brown DJ. 2007. Identify, protect, and restore: emerging issues in approaching children's oral health. Available at www.agd.org. Diakses 24 April 2014.
- Fankari. 2004. Pengaruh Penyuluhan Dengan Metode Stimulasi dan Demonstrasi Terhadap Perubahan Perilaku Menjaga Kesehatan Gigi Dan Mulut Anak Sekolah Dasar. *Karya Tulis Ilmiah DIV*. Perawat Pendidik UGM.
- Fedi PF, Vernino AR, Gray JL. 2005. Silabus periodonti. 4th ed. EGC: Jakarta. Hal.73-86.

- Herijulianti, Eliza dkk. 2002. Pendidikan Kesehatan Gigi. EGC: Jakarta. Hal. 35-39
- Hutabarat, Natalina. 2009. *Peran Petugas Kesehatan, Guru dan Orang Tua Dalam Pelaksanaan UKGS dengan Tindakan Pemeliharaan Kesehatan Gigi dan Mulut Murid Sekolah Dasar di Kota Medan Tahun 2009*. Tesis. Tidak diterbitkan. FKG USU, Medan.
- Kidd, EAM. 2005. *Essential of Dental Caries*. Oxford University Press : New York. Hal. 2-7.
- Lawrence K, Funnel T, Koutoukidis G. 2009. *Tabbner's Nursing Care : Theory and Practice*. Elsevier Australia : Chastwood. Hal.186
- Malik, Isnaniah. 2008. *Kesehatan Gigi dan Mulut*.Ceramah di Badan Pengembangan Sistem Informasi dan Telematika Daerah.
- Monse B, Heinrich-Weltzien R, Benzian H, Holmgren C, van Palenstein Helderman W. PUFA – An index of clinical consequences of untreated dental caries. 2009. *Community Dent Oral Epidemiol* 2009; 38: 77–82.
- Mubarak, Wahit Iqbal. 2007. *Promosi Kesehatan*. Graha Ilmu: Jogjakarta. Hal.29-31
- New Zealand Dental Association. 2010. *Healthy Mouth, Healthy Ageing : Oral Health Guide for Caregivers of Older People*. Auckland: New Zealand Dental Association.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Prinsip-Prinsip Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Rineka Cipta : Jakarta. Hal. 139-142
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2005. *Metodologi penelitian kesehatan*. Rineka Cipta : Jakarta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2007. *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Rineka Cipta : Jakarta. Hal. 140-143.
- Pintauli S, Hamada T. 2008. *Menuju gigi dan mulut sehat*. USU Press : Medan. Hal.4-6.
- Pintauli, Sondang. 2010. Analisa Hubungan Perilaku Pemeliharaan Kesehatan Gigi dan Mulut Terhadap Status Kesehatan Gigi dan Mulut. *Jurnal Pendidikan dan Kebudayaan, Vol. 16, Nomor 4*.
- Pramawaty N, Hartati E. 2012. Hubungan Pola Asuh Orang Tua dengan Konsep Diri Anak pada Usia Sekolah (10-12 Tahun).*Jurnal Nursing Studies, Volume 1, Nomor 1. Hal.87-92*.

Pratiknya, Ahmad Watik. 2010. *Dasar-dasar metodologi Penelitian dan Kesehatan*. PT Rajagrafindo Persada : Jakarta. Hal. 168.

Promkes DBK (Daerah Bermasalah Kesehatan). 2011. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.

Putri MH, Eliza H, Nurjanah N. 2011. *Ilmu Pencegahan Penyakit Jaringan Keras dan Jaringan Pendukung Gigi*. Penerbit EGC : Yogyakarta. Hal. 110-121

Rumini, Evi. 2006. *Hubungan Pengetahuan, Sikap dan Praktik Kesehatan Gigi Mulut terhadap Kejadian Karies Gigi Studi Kasus pada SD Mlati I dan SD Sendang Adi Kecamatan Mlati Kabupaten Sleman Yogyakarta*. Skripsi. Tidak diterbitkan. FKG USU, Medan.

SAP Kesehatan Gigi Mulut. 2011. Satuan Acara Penyuluhan Kesehatan Gigi Mulut di SD Negeri No. 7 Pedungan, Kecamatan Denpasar Selatan. available: SAPKESEHATANGIGIDANMULUTchildroaddotnet.htm. diakses 12 Mei 2014.

Sarwono, Jonathan. 2006. *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*. Graha Ilmu : Yogyakarta.

SIGN, 2005. Prevention and Management of Dental Decay in the Pre-school Child. Available: www.SIGN.ac.uk. Diakses 09 Januari 2014.

Sihite, Jessica. 2011. *Hubungan Perilaku Pemeliharaan Kesehatan Gigi dan Mulut dengan Pengalaman Karies dan Indeks Oral Higiene pada Murid SMP*. Skripsi. Tidak diterbitkan. FKG USU, Medan.

Turmudi dan Harini, Sri. 2008. *Metode Statistika: Pendekatan Teoritis dan Aplikatif*. UIN-Malang Press : Malang.

Warni, Linda. 2009. *Hubungan Perilaku Murid SD Kelas V dan VI pada Kesehatan Gigi dan Mulut Terhadap Status Karies Gigi di Wilayah Kecamatan Delitua Kabupaten Deli Serdang Tahun 2009*. Tesis. Tidak diterbitkan. FKG USU, Medan.

Wong, DL. (2009). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. Edisi 6. Volume 1. EGC : Jakarta

Yusuf, Muhammad. 2011. *Hubungan Pengetahuan Kesehatan Gigi dan Mulut dengan Status Karies dan OHIS pada Anak SMP*. Skripsi. Tidak diterbitkan. FKG USU, Medan.

Lampiran 1

KUISIONER PENGETAHUAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT SISWA KELAS IV DAN V
SDN TUNJUNGSEKAR 03 MALANG

No.	Pertanyaan	Pilihan Jawaban
1.	Bagaimana arah menyikat gigi yang baik ?	A. Menyikat dari gusi ke mahkota gigi B. Menyikat dari mahkota gigi ke gusi C. Menyikat dari kiri ke kanan
2.	Bagaimana gerakan dan tekanan menyikat gigi yang baik ?	A. menyikat gigi dengan tekanan lembut dan gerakan perlahan B. Menyikat gigi dengan tekanan keras dan gerakan perlahan C. Menyikat gigi dengan

		tekanan lembut dengan gerakan yang cepat
3.	Kapan waktu yang tepat untuk menyikat gigi ?	A. Sebelum Sarapan dan setelah datang sekolah B. Bersamaan dengan waktu mandi C. Setelah sarapan dan sebelum tidur
4.	Menyikat gigi dalam sehari minimal berapa kali ?	A. 1 kali sehari B. 2 kali sehari C. 3 kali sehari
5	Berapa lama menyikat gigi yang benar ?	A. 10-15 menit B. 6-7 menit C. 2-3 menit
6.	Kapan waktu mengganti sikat gigi ?	A. 1 bulan sekali B. 3 bulan sekali C. 6 bulan sekali
7.	Bagian-bagian dari gigi yang harus disikat adalah ?	A. bagian luar gigi saja B. bagian dalam gigi saja

		C bagian luar dan dalam gigi
8.	Pasta gigi yang baik adalah pasta gigi yang mengandung apa?	A. Mint B. Fluoride C. <u>Sodium Bikarbonat</u>
9.	Apakah kegunaan utama dari menyikat gigi ?	A. Menyegarkan mulut B. memutihkan gigi C. <u>membersihkan gigi dari sisa makanan</u>
10.	Makanan apa yang menyebabkan gigi berlubang ?	A. kue B. buah C. sayur
11.	Apa yang harus dilakukan jika gigi sudah berlubang ?	A. Dibiarkan B. <u>Diperiksakan ke dokter gigi</u> C. minum obat
12.	Kapan waktu kontrol ke dokter gigi ?	A. 1 tahun sekali B. <u>1 bulan sekali</u>



		C. 6 bulan sekali
13.	Bagian dalam mulut yang perlu disikat apa saja?	A. Gigi saja B. Lidah saja C. Gigi dan Lidah
14.	Bagaimana bulu sikat yang baik?	A. Bulu sikat keras B. Bulu sikat sedang C. Bulu skat yang lembut
15.	Seberapa banyak pasta gigi yang digunakan untuk menyikat gigi?	A. Sepanjang bulu sikat B. setengah panjang bulu sikat C. Sebiji jagung

KUISIONER PERILAKU KESEHATAN GIGI DAN MULUT SISWA KELAS IV DAN V SDN TUNJUNGSEKAR 03 MALANG

No.	Pertanyaan	Pilihan Jawaban
1.	Apakah Adik menggunakan sikat gigi milik Adik sendiri?	A. Ya B. Tidak
2.	Berapa kali dalam sehari Adik menyikat gigi ?	A. 2 kali

		B. 1 kali
3.	Apakah adik menyikat sebelum sarapan ?	A. Ya B. Tidak
4.	Apakah Adik menyikat gigi sebelum tidur ?	A. Ya B. Tidak
5.	Berapa lama adik menyikat gigi ?	A. 1 Menit B. 2-3 menit C. 10 menit
6.	Kapan Adik mengganti sikat gigi yang Adik pakai ?	A. 2-3 Bulan B. Jika bulu sikat sudah rusak C. tidak pernah mengganti sikat gigi
7.	Apakah Adik menyikat gigi menggunakan Pasta gigi (odol) ?	A. Ya B. Tidak
8.	Bagaimana gerakan Adik saat menyikat gigi ?	A. menyikat dari gusi ke mahkota gigi dengan lembut dan pelan-pelan B. Menyikat gigi dengan arah yang tidak tentu dengan

		keras dan kuat
9.	Jajanan apa yang Adik paling sukai dan sering makan?	A. permen, coklat, biskuit B. kacang kulit, keripik jagung, C. pisang, pepaya
10.	Kapan adik makan jajanan tersebut?	A. sebelum tidur B. setelah makan siang
11.	Apa yang adik lakukan setelah makan jajanan ?	A. kumur-kumur/sikat gigi B. dibiarkan saja C. Melanjutkan Makan
12.	Kapan adik ke dokter gigi?	A. ketika gigi sakit B. Kontrol Rutin
13.	Ketika Adik menyikat gigi,bagian apa saja yang adik sikat?	A. lidah saja B. gigi saja C. gigi dan lidah
14.	Bagaimana keadaan bulu sikat yang Adik gunakan untuk menyikat gigi?	A. Keras B. Sedang

		C. Lembut
15.	Seberapa banyak pasta gigi yang adik gunakan ketika menyikat gigi?	<p>A. Sepanjang bulu sikat</p> <p>B. setengah panjang bulu sikat</p> <p>C. Sebiji jagung</p>



Lampiran 2**SURAT PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN*****(Informed Consent)***

Saya telah mendapat penjelasan dengan baik mengenai tujuan dan manfaat penelitian yang berjudul “Hubungan Pengetahuan dan Perilaku Kesehatan Gigi Mulut terhadap Nilai Indeks PUFA/pufa pada Anak Usia 10-11 Tahun di SDN Tunjungsekar 03 Malang” dan “Efektifitas Teknik Menyikat Gigi Metode Roll dan Horizontal terhadap Kebersihan Gigi dan Mulut pada Anak Usia 8-11 Tahun SDN Tunjungsekar 03 Malang”

Saya mengerti bahwa saya akan diminta untuk mengisi kuisioner dan menjawab pertanyaan tentang perasaan dan harapan saya, yang memerlukan waktu 30 menit serta mempraktekkan cara bersikat gigi bersama dengan metode tertentu. Saya mengerti bahwa

risiko yang akan terjadi dari penelitian ini adalah tidak ada. Selain itu, gigi saya juga akan diperiksa. Apabila ada pertanyaan atau tindakan yang menimbulkan respon emosional, maka penelitian akan dihentikan dan peneliti akan memberi dukungan.

Saya mengerti bahwa catatan mengenai data penelitian ini akan dirahasiakan dan kerahasiaan ini akan dijamin. Informasi mengenai identitas saya tidak akan ditulis pada instrumen penelitian dan akan disimpan secara terpisah di tempat terkunci.

Saya mengerti bahwa saya berhak menolak untuk berperan serta dalam penelitian ini atau mengundurkan diri dari penelitian setiap saat tanpa adanya sanksi atau kehilangan hak-hak saya,

Saya telah diberi kesempatan untuk bertanya mengenai penelitian ini atau mengenai peran saya dalam penelitian ini dan telah dijawab serta dijelaskan secara memuaskan. Saya secara sukarela dan sadar bersedia berperann sertadalam penelitian ini dengan menandatangani Surat Persetujuan Menjadi Responden.

Malang, 9 februari 2014

Saksi

Responden

(.....)

(.....)



Lampiran 3**LEMBAR PENJELASAN KEPADA ORANG TUA CALON SUBJEK PENELITIAN**

Kepada Yth,

Bapak/Ibu Orang Tua/Wali murid,

Kami yang bernama Yusuf Assegaf dan Prima Yuri, mahasiswa kedokteran gigi Universitas Brawijaya, bersama dengan ini memohon kesediaan Bapak/Ibu untuk mengizinkan putra-putri Bapak/Ibu berpartisipasi sebagai subjek penelitian kami yang berjudul :

“Hubungan Pengetahuan dan Perilaku Kesehatan Gigi Mulut terhadap Nilai Indeks PUFA/pufa pada Anak Usia 10-11 Tahun di SDN Tanjungsekar 03 Malang”

dan

“Efektifitas Teknik Menyikat Gigi Metode Roll dan Horizontal terhadap Kebersihan Gigi dan Mulut pada Anak Usia 8-11 Tahun SDN Tanjungsekar 03 Malang”

Dengan tujuan untuk meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan gigi dan mulut kepada murid SDN Tanjungsekar 03 Malang.

Dalam penelitian tersebut,peneliti memberi penyuluhan kepada siswa-siswi kelas 3, 4 dan 5 tentang cara menyikat gigi, makanan yang baik untuk gigi, gigi berlubang dan waktu kunjungan ke dokter gigi. Setelah dilakukan penyuluhan diharapkan terjadi peningkatan pengetahuan tentang kesehatan gigi dan mulut. Namun sebelum diberikan penyuluhan

tersebut, putra-putri Bapak/Ibu akan diberikan kuisioner yang berisi beberapa pertanyaan untuk diisi, diperiksa serta dicatat tingkat kebersihan mulut dan kariesnya.

Jika Bapak/Ibu bersedia, surat pernyataan mengizinkan putra-putri Bapak/Ibu menjadi subjek penelitian harap ditandatangani. Perlu Bapak/Ibu ketahui bahwa surat kesediaan ini tidak mengikat dan putra-putri Bapak/Ibu dapat mengundurkan diri dari penelitian ini kapan saja selama penelitian berlangsung apabila terdapat hal-hal yang dirasakan merugikan putra-putri Bapak/Ibu. Mudah-mudahan keterangan diatas dapat dimengerti dan atas kesediaan Bapak/Ibu mengizinkan putra-putri Bapak/Ibu untuk berpartisipasi dalam penelitian ini saya ucapkan terima kasih.

Malang, 5 februari 2014

Peneliti

Yusuf Assegaf Hp: 081936983573

Prima Yuri Hp: 08567281237



Lampiran 4

Indeks pufa

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

Indeks PUFA

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

P/p : karies dengan keterlibatan pulpa

U/u : Ulserasi karena trauma akibat bagian gigi/sisa akar yang tajam karena karies

F/f : Fistula

A/a : Abses

D/d: Decay

Lampiran 5

Hasil Uji validitas dan realibilitas pertanyaan kuisioner

		soal1	soal2	soal3	soal4	soal5	soal6	soal7	soal8	soal9	soal10	soal11	soal12	total skor
soal1	Pearson Correlation	1	.535*	.354	.354	.134	-.452	.134	-.468	-.408	. ^a	.134	.167	.299
	Sig. (2-tailed)		.040	.196	.196	.635	.091	.635	.079	.131	.	.635	.553	.278
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
soal2	Pearson Correlation	.535*	1	.378	.189	.339	-.040	.250	-.071	.055	. ^a	.250	.200	.701**
	Sig. (2-tailed)	.040		.165	.500	.216	.887	.369	.800	.847	.	.369	.474	.004
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
soal3	Pearson Correlation	.354	.378	1	-.100	.189	-.107	-.189	.378	.000	. ^a	-.189	.000	.473
	Sig. (2-tailed)	.196	.165		.723	.500	.705	.500	.165	1.000	.	.500	1.000	.075
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
soal4	Pearson Correlation	.354	.189	-.100	1	-.189	-.213	.189	-.378	-.289	. ^a	.189	.707**	.274

	Sig. (2-tailed)	.196	.500	.723		.500	.446	.500	.165	.297	.	.500	.003	.323
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
soal5	Pearson Correlation	.134	.339	.189	-.189	1	.040	-.250	.339	.491	^a	.286	-.200	.570
	Sig. (2-tailed)	.635	.216	.500	.500		.887	.369	.216	.063	.	.302	.474	.027
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
soal6	Pearson Correlation	-.452	-.040	-.107	-.213	.040	1	-.161	.564	.185	^a	.443	.302	.356
	Sig. (2-tailed)	.091	.887	.705	.446	.887		.566	.029	.510	.	.098	.275	.193
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
soal7	Pearson Correlation	.134	.250	-.189	.189	-.250	-.161	1	-.286	-.327	^a	-.071	.134	-.019
	Sig. (2-tailed)	.635	.369	.500	.500	.369	.566		.302	.234	.	.800	.635	.947
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
soal8	Pearson Correlation	-.468	-.071	.378	-.378	.339	.564	-.286	1	.327	^a	.250	-.134	.419
	Sig. (2-tailed)	.079	.800	.165	.165	.216	.029	.302		.234	.	.369	.635	.120
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
soal9	Pearson Correlation	-.408	.055	.000	-.289	.491	.185	-.327	.327	1	^a	-.327	-.068	.273



	Sig. (2-tailed)	.131	.847	1.000	.297	.063	.510	.234	.234	.	.234	.810	.324	
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	
soal10	Pearson Correlation	.a	.a	.a	.a	.a	.a	.a	.a	.a	.a	.a	.a	
	Sig. (2-tailed)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	
soal11	Pearson Correlation	.134	.250	-.189	.189	.286	.443	-.071	.250	-.327	^a	1	.134	.405
	Sig. (2-tailed)	.635	.369	.500	.500	.302	.098	.800	.369	.234	.		.635	.134
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
soal12	Pearson Correlation	.167	.200	.000	.707 ^{**}	-.200	.302	.134	-.134	-.068	^a	.134	1	.476
	Sig. (2-tailed)	.553	.474	1.000	.003	.474	.275	.635	.635	.810	.	.635		.073
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
total skor	Pearson Correlation	.299	.701 ^{**}	.473	.274	.570 [*]	.356	-.019	.419	.273	^a	.405	.476	1
	Sig. (2-tailed)	.278	.004	.075	.323	.027	.193	.947	.120	.324	.	.134	.073	
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15



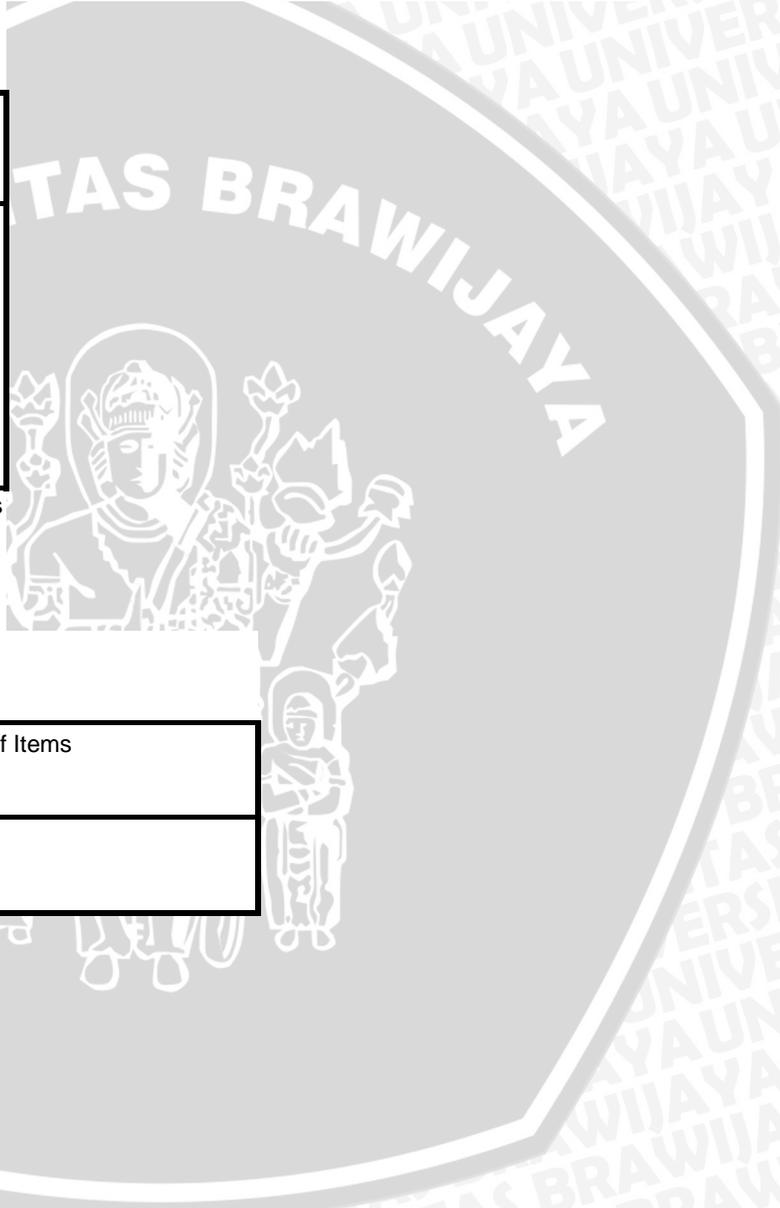
Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	15	100.0
	Excluded ^a	0	.0
Total		15	100.0

a. Listwise deletion based on variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.460	12



Correlations

	VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005	VAR00006	VAR00007	VAR00008	VAR00009	VAR00010	VAR00011	VAR00012	VAR00013
VAR00001 Pearson Correlation	1	.302	-.200	.134	.250	-.068	-.134	.167	.302	-.196	.535 ⁺	.302	.535 ⁺
Sig. (2-tailed)		.275	.474	.635	.369	.810	.635	.553	.275	.484	.040	.275	.040
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
VAR00002 Pearson Correlation	.302	1	.040	.040	.075	-.431	-.443	.302	-.023	.237	-.040	-.023	.237
Sig. (2-tailed)	.275		.887	.887	.789	.109	.098	.275	.936	.396	.887	.936	.396
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
VAR00003 Pearson Correlation	-.200	.040	1	.196	-.468	.218	.250	.134	.040	.367	-.196	-.564 ⁺	.183
Sig. (2-tailed)	.474	.887		.483	.079	.435	.369	.635	.887	.179	.483	.029	.514
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
VAR00004 Pearson Correlation	.134	.040	.196	1	.200	.491	-.286	.134	.342	-.026	.071	.342	.652 ^{**}
Sig. (2-tailed)	.635	.887	.483		.474	.063	.302	.635	.211	.926	.800	.211	.008
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15

VAR00005	Pearson Correlation	.250	.075	-.468	.200	1	.068	-.535 [*]	.250	.075	.196	.468	.452	.468
	Sig. (2-tailed)	.369	.789	.079	.474		.810	.040	.369	.789	.484	.079	.091	.079
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
VAR00006	Pearson Correlation	-.068	-.431	.218	.491	.068	1	-.218	-.068	.185	-.320	.327	.492	.464
	Sig. (2-tailed)	.810	.109	.435	.063	.810		.435	.810	.510	.245	.234	.062	.082
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
VAR00007	Pearson Correlation	-.134	-.443	.250	-.286	-.535 [*]	-.218	1	-.134	.161	-.105	-.250	-.443	-.339
	Sig. (2-tailed)	.635	.098	.369	.302	.040	.435		.635	.566	.710	.369	.098	.216
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
VAR00008	Pearson Correlation	.167	.302	.134	.134	.250	-.068	-.134	1	.302	.294	.200	-.075	.535 [*]
	Sig. (2-tailed)	.553	.275	.635	.635	.369	.810	.635		.275	.287	.474	.789	.040
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
VAR00009	Pearson Correlation	.302	-.023	.040	.342	.075	.185	.161	.302	1	-.207	-.040	.318	.539 [*]
	Sig. (2-tailed)	.275	.936	.887	.211	.789	.510	.566	.275		.459	.887	.248	.038
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15



VAR00 010	Pearson													
	Correlation	-.196	.237	.367	-.026	.196	-.320	-.105	.294	-.207	1	.026	-.650**	.092
	Sig. (2-tailed)	.484	.396	.179	.926	.484	.245	.710	.287	.459		.926	.009	.745
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
VAR00 011	Pearson													
	Correlation	.535*	-.040	-.196	.071	.468	.327	-.250	.200	-.040	.026	1	.262	.554*
	Sig. (2-tailed)	.040	.887	.483	.800	.079	.234	.369	.474	.887	.926		.346	.032
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
VAR00 012	Pearson													
	Correlation	.302	-.023	-.564*	.342	.452	.492	-.443	-.075	.318	-.650**	.262	1	.388
	Sig. (2-tailed)	.275	.936	.029	.211	.091	.062	.098	.789	.248	.009	.346		.153
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
VAR00 013	Pearson													
	Correlation	.535*	.237	.183	.652**	.468	.464	-.339	.535*	.539*	.092	.554*	.388	1
	Sig. (2-tailed)	.040	.396	.514	.008	.079	.082	.216	.040	.038	.745	.032	.153	
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15



Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.480	12

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	15	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	15	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.



Lampiran 6

Dokumentasi Uji Validitas dan Realibailitas Kuisoner



Lampiran 7

Hasil Uji Statistik Penelitian

Correlations

			PUFA/pufa	PENGETAHUAN
Spearman's rho	PUFA/pufa	Correlation Coefficient	1.000	.357
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	116	116
PENGETAHUAN		Correlation Coefficient	.357	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	116	116



Correlations

			PUFA/pufa	PERILAKU
Spearman's rho	PUFA/pufa	Correlation Coefficient	1.000	.642
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	116	116
	PERILAKU	Correlation Coefficient	.642	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	116	116



Lampiran 8

Dokumentasi Penelitian

