BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kesehatan

2.1.1 Pengertian

Sehat atau kesehatan telah dirumuskan dalam Undang-Undang Kesehatan No.36 Tahun 2009 yaitu keadaan sempurna baik fisik, mental dan sosial dan tidak hanya bebas dari penyakit dan cacat, serta produktif secara ekonomi dan sosial. Batasan kesehatan menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mengatakan bahwa kesehatan adalah keadaan sempurna baik fisik, mental, maupun sosial, dan tidak hanya bebas dari penyakit dan cacat (Notoatmodjo, 2010).

Dalam pengertian yang paling luas sehat merupakan suatu keadaan yang dinamis dimana individu menyesuaikan diri dengan perubahan-perubahan lingkungan internal (psikologis, intelektual, spiritual dan penyakit) dan eksternal (lingkungan fisik, sosial, dan ekonomi) dalam mempertahankan kesehatannya (Pratama, 2013).

2.1.2 Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan adalah kombinasi berbagai dukungan menyangkut pendidikan, organisasi, kebijakan dan peraturan perundangan untuk perubahan lingkungan (Fitriani, 2011).

Promosi kesehatan adalah program kesehatan yang dirancang untuk membawa perubahan, baik di dalam masyarakat sendiri, maupun dalam organisasi dan lingkungannya (lingkungan fisik, sosial budaya, politik, dan sebagainya). Promosi kesehatan bukan hanya proses penyadaran masyarakat atau pemberian dan peningkatan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan saja, tetapi juga disertai upaya-upaya memfasilitasi perubahan perilaku. Dengan adanya pesan tersebut maka diharapkan masyarakat, kelompok, atau individu dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik. Pengetahuan tersebut akhirnya diharapkan dapat berpengaruh terhadap perilaku. Dengan kata lain, adanya promosi tersebut diharapkan dapat membawa akibat terhadap perubahan perilaku sasaran (Notoatmodjo, 2007).

Untuk mewujudkan promosi kesehatan, diperlukan suatu strategi yang baik. Strategi adalah cara yang digunakan dalam mencapai apa yang diinginkan dalam promosi kesehatan. Berikut ini adalah strategi global (Mubarak, 2009):

1. Advokasi

   Kegiatan memberikan bantuan kepada masyarakat dengan membuat keputusan (*decision makers*) dan penentu kebijakan (*policy makers*) dalam bidang kesehatan maupun sektor lain di luar kesehatan yang mempunyai pengaruh terhadap masyarakat.

2. Dukungan sosial

   Promosi kesehatan akan lebih mudah dilakukan jika mendapat dukungan dari berbagai elemen masyarakat (informal dan formal). Dukungan dari unsur informal berasal dari tokoh agama dan tokoh adat yang mempunyai pengaruh di masyarakat, dan dukungan yang

berasal dari unsur formal adalah petugas kesehatan dan pejabat pemerintah.

3. Pemberdayaan masyarakat

   Pemberdayaan masyarakat dibutuhkan dalam kaitannya supaya masyarakat memperoleh kemampuan dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan. Upaya ini dapat dilakukan melalui penyuluhan kesehatan, pengorganisasian pembangunan masyarakat, dan lain sebagainya.

Ruang lingkup promosi kesehatan dapat dilihat dari 2 dimensi yaitu (Notoadmodjo, 2007):

1. Dimensi aspek pelayanan kesehatan

   Secara umum bahwa kesehatan masyarakat itu mencakup 4 aspek pokok yaitu promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

2. Dimensi tempat pelaksanaan promosi kesehatan

   Ruang lingkup promosi kesehatan ini dikelompokkan menjadi:

   a. Promosi kesehatan pada keluarga (rumah tangga).
   b. Pendidikan kesehatan pada sekolah.
   c. Pendidikan kesehatan di tempat kerja.
   d. Pendidikan kesehatan di tempat umum.
   e. Pendidikan kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan.

2.1.3 Promosi Kesehatan di Sekolah

Menurut WHO (2003) dalam Notoatmodjo (2010) kesehatan dibentuk oleh kehidupan sehari-hari. Dalam kehidupan sehari-hari manusia manusia sering menghabiskan waktu di rumah, di sekolah, dan di tempat kerja. Sekolah adalah sebagai perpanjangan tangan keluarga dalam meletakan dasar perilaku untuk kehidupan anak selanjutnya, termasuk perilaku kesehatan. Promosi kesehatan di sekolah pada prinsipnya adalah menciptakan sekolah sebagai komunitas yang mampu meningkatkan kesehatannya (*health promoting school*). Sekolah yang berwawasan kesehatan, dimana sekolah bukan hanya sebagai tempat kegiatan belajar, tetapi juga sebagai sarana untuk pembentukan perilaku hidup sehat (Notoatmodjo, 2010).

Penyuluhan kesehatan gigi pada anak sekolah dasar sangat penting karena pada usia tersebut dalam keadaan gigi bercampur yaitu gigi susu dan permanen yang rentan mengalami karies gigi. Karies gigi adalah pembentukan lubang pada permukaan gigi yang disebabkan oleh kuman dan terbentuk pada mahkota gigi. Permasalahan karies gigi pada anak usia sekolah dasar menjadi penting karena karies terdapat pada gigi merupakan indikator keberhasilan upaya pemeliharaan kesehatan gigi anak (Rahmawati, 2011). Peran sekolah sangat diperlukan dalam proses menciptakan kebiasaan menyikat gigi pada anak (Riyanti, 2010).

2.1.4 Pendidikan Kesehatan

Pendidikan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain, baik individu, kelompok, atau masyarakat, sehingga

mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidik (Notoatmodjo, 2007).

Pendidikan kesehatan adalah proses perubahan perilaku yang dinamis, dimana perubahan tersebut bukan sekedar proses transfer teori dari seseorang ke orang lain, akan tetapi perubahan tersebut terjadi karena adanya kesadaran dari dalam diri individu, kelompok, atau masyarakat sendiri (Mubarak, 2009).

Pendidikan kesehatan gigi dan mulut adalah semua upaya atau aktivitas untuk mempengaruhi seseorang agar berperilaku yang baik untuk kesehatan gigi dan mulut, serta meningkatkan kesadaran masyarakat akan kesehatan gigi dan mulut dan memberikan pengertian cara-cara memelihara kesehatan gigi dan mulut (Darwita, 2011).

Tujuan dari pendidikan kesehatan adalah mengubah perilaku yang tidak atau belum sehat menjadi perilaku yang sehat (Fitriani, 2011). Tujuan pendidikan kesehatan adalah (Mubarak, 2009):

1. Menetapkan masalah dan kebutuhan mereka sendiri.
2. Memahami apa yang dapat mereka lakukan terhadap masalahnya, dengan sumber daya yang ada pada mereka ditambah dengan dukungan dari luar.
3. Memutuskan kegiatan yang paling tepat guna untuk meningkatkan taraf hidup sehat dan kesejahteraan masyarakat.

Pendidikan kesehatan gigi merupakan suatu usaha terencana dan terarah dalam bentuk pendidikan non formal yang berkelanjutan. Pendidikan kesehatan gigi adalah suatu proses belajar yang timbul oleh karena adanya kebutuhan kesehatan sehingga menimbulkan aktivitas-aktivitas perseorangan atau

masyarakat dengan tujuan untuk menghasilkan kesehatan yang baik (Muin, 2011).

Pendidikan kesehatan gigi pada anak yaitu suatu usaha yang secara emosional akan menghilangkan rasa takut, menumbuhkan rasa ingin tahu, mau mengamati, dan akhirnya secara fisik akan melakukan aktivitas sedemikian rupa sehingga baik untuk kesehatan pribadi. Maksud dan tujuan pendidikan kesehatan gigi dan mulut pada anak-anak pada hakekatnya adalah memperkenalkan anak dengan dunia kesehatan gigi serta segala persoalan mengenai gigi, sehingga mampu memelihara kesehatan gigi, melatih anggota badan anak sehingga mereka dapat membersihkan gigi sesuai dengan kemampuannya, dan mendapatkan kerjasama yang baik dari anak bila memerlukan perawatan pada giginya (Muin, 2011). Pendapat lain menyebutkan bahwa tujuan pendidikan kesehatan gigi dan mulut adalah meningkatkan kemampuan masyarakat untuk menolong dirinya sendiri dalam bidang kesehatan khususnya kesehatan gigi dan mulut, dapat berperan aktif dalam upaya menunjang kesehatan khususnya kesehatan gigi dan mulut, merubah pola tingkah laku seseorang untuk hidup sehat khususnya yang berkaitan dengan kesehatan gigi dan mulut, serta menunjang pembangunan kesehatan secara umum (Riyanti, 2010).

2.1.5 Metode

Dalam suatu proses pendidikan kesehatan yang menuju tercapainya tujuan pendidikan yakni perubahan perilaku dipengaruhi oleh banyak faktor. Faktor-faktor yang mempengaruhi suatu proses pendidikan di samping masukannya sendiri juga metode materi atau pesannya, pendidik atau petugas

yang melakukannya, dan alat bantu atau alat peraga pendidikan (Notoatmodjo, 2011).

Beberapa metode pendidikan (Notoatmodjo,2011):

a. Metode Pendidikan Individual

Metode pendidikan yang bersifat individual ini digunakan untuk membina perilaku baru, atau seseorang yang telah mulai tertarik pada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Dasar digunakan pendekatan individual ini disebabkan karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut.

b. Metode Pendidikan Kelompok

Dalam memilih metode pendidikan kelompok, harus mengingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal pada sasarannya.

1. Kelompok Besar

Apabila peserta penyuluhan itu lebih dari 20 orang. Metode yang baik untuk kelompok besar antara lain:

- Ceramah: metode ini baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah.
- Seminar: metode ini cocok untuk sasaran kelompok dengan pendidikannya menengah ke atas.

2. Kelompok Kecil

Apabila peserta kurang dari 20 orang. Metode untuk kelompok kecil antara lain:

- Diskusi Kelompok:

Semua anggota kelompok dapat bebas berpartisipasi dalam diskusi, formasi duduk peserta di atur sehingga dapat berhadapan atau saling memandang (misalnya bentuk lingkaran atau segi empat). Diskusi kelompk dipimpin oleh ketua kelompok yang akan memberikan pancingan-pancingan berupa pertanyaan yang berhubungan dengan kasus atau topik yang akan dibahas.

- Curah Pendapat (*Brain Storming*):

  Merupakan modifikasi metode diskusi kelompok. Prinsipnya sama seperti diskusi kelompok tetapi di metode ini setelah pemimpin kelompok memberikan pancingan pertanyaan yang sesuai topik, maka pendapat anggota ditulis dalam papan tulis. Sebelum semua anggota memberikan pendapatnya maka tidak boleh diberi komentar, baru setelah semuanya telah berpendapat maka tiap anggota dapat mengomentari dan terjadilah diskusi.

- Bola Salju (*Snow Balling*):

  Kelompok dibagi dalam berpasangan (1 pasang 2 orang). Pertanyaan akan diberikan pada setiap pasang dan diberikan waktu untuk mendiskusikannya, lalu tiap pasangan bergabung menjadi 4 orang dalam kelompok dan mendiskusikannya dan begitu seterusnya hingga menjadi diskusi seluruh kelas.

- Kelompok Kecil-kecil (*Bruzz Group*):

  Kelompok langsung dibagi menjadi kelompok kecil-kecil (*bruzz group*) kemudian diberikan permasalahan yang sama

dengan kelompok lain dan masing-masing kelompok mendiskusikannya selanjutnya kesimpulan tiap kelompok dibahas dan dicari.

- Memainkan Peran (*Role play)*:

  Metode ini beberapa anggota kelompok ditunjuk untuk memerankan tertentu.

- Permainan Simulasi (*Simulation Game*):

  Metode ini merupakan gambaran antara *role play* dengan diskusi kelompok. Beberapa orang menjadi pemain dan sebagian lagi berperan sebagai narasumber.

c. Metode Pendidikan Massa (*public*)

Metode ini untuk mengkomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat yang sifatnya massa atau publik. Sasaran bersifat umum dalam arti tidak membedakan umur, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan dan sebagainya. Beberapa contoh metode ini adalah:

1. Ceramah Umum

   Dilakukan pada acara-acara tertentu, misalnya Hari Kesehatan Nasional, Menteri Kesehatan berpidato di hadapan masa untuk menyampaiakan pesan-pesan kesehatan.

2. Pidato-pidato dan diskusi tentang kesehatan melalui media elektronik baik TV maupun radio.
3. Simulasi, dialog antara pasien dengan dokter atau petugas kesehatan lainnya tentang suatu penyakit atau masalah kesehatan melaui TV atau radio.

4. Sinetron 'Dokter Sartika' dalam acara TV.
5. Tulisan-tulisan di majalah atau koran, baik dalam bentuk artikel maupun tanya jawab atau konsultasi tentang kesehatan dan penyakit.
6. Billboard yang dipasang di pinggir jalan, spanduk, poster dan sebagainya.

2.2 Perilaku

2.2.1 Pengertian

Menurut Sri Kusmiyati dan Desminiarti (1990) dalam Sunaryo (2004), secara umum perilaku manusia pada hakekatnya adalah proses interaksi individu dengan lingkungannya sebagai manifestasi hayati bahwa dia adalah makhluk hidup (Sunaryo, 2004).

Menurut Blum (1974) dalam Notoatmodjo (2011) perilaku merupakan faktor terbesar kedua setelah faktor lingkungan yang mempengaruhi kesehatan individu, kelompok, atau masyarakat. Menurut Skinner (1938) dalam Notoatmodjo (2011) mengemukakan bahwa perilaku merupakan hasil hubungan antara perangsang (*stimulus*), tanggapan dan respons (Notoatmodjo, 2011).

Menurut Suryani (2003) dalam Fitriani (2011) perilaku adalah aksi dari individu terhadap reaksi dari hubungannya (Fitriani, 2011).

2.2.2 Perilaku Kesehatan

Menurut Skiner (1938) dalam Notoatmodjo (2007) perilaku kesehatan adalah suatu respons seseorang (organisme) terhadap stimulus atau objek yang

berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, dan minuman, serta lingkungan (Notoatmodjo, 2007).

Klasifikasi perilaku kesehatan dibagi menjadi 3 bagian yakni (Fitriani, 2011):

1. Perilaku Pemeliharaan Kesehatan (*Health Maintenance*)

   Adalah perilaku atau usaha-usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bila sakit. Oleh sebab itu, perilaku kesehatan ini terdiri dari 3 aspek yaitu:

   a. Perilaku pencegahan penyakit, dan penyembuhan penyakit bila sakit, serta pemulihan kesehatan bila telah sembuh dari penyakit.
   b. Perilaku peningkatan kesehatan, apabila seseorang dalam keadaan sehat.
   c. Perilaku gizi (makanan) dan minuman. Makanan dan minuman dapat memelihara serta meningkatkan kesehatan seseorang, tetapi sebaliknya makanan dan minuman dapat menjadi penyebab menurunnya kesehatan seseorang, bahkan dapat mendatangkan penyakit. Hal ini sangat tergantung pada perilaku orang terhadap makanan dan minuman tersebut.

2. Perilaku Pencarian dan Penggunaan Sistem atau Fasilitas Pelayanan Kesehatan, atau sering disebut Perilaku Pencarian Pengobatan (*Health Seeking Behavior*)

   Perilaku ini adalah menyangkut upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit dan atau kecelakaan. Tindakan atau perilaku

ini dimulai dari mengobati sendiri (*self treatment*) sampai mencari pengobatan ke luar negeri.

3. Perilaku Kesehatan Lingkungan

   Bagaimana seseorang merespons lingkungan, baik lingkungan fisik maupun sosial budaya, dan sebagainya, sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya. Dengan perkataan lain, bagaimana seseorang mengelola lingkungannya sehinga tidak mengganggu kesehatannya sendiri, keluarga, atau masyarakatnya. Misalnya bagaimana mengelola pembuangan tinja, air minum, tempat pembuangan sampah, pembuangan limbah, dan sebagainya.

2.2.3 Domain Perilaku

Meskipun perilaku adalah bentuk respons atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar organisme (orang), namun dalam memberikan respon sangat tergantung pada karakteristik atau faktor-faktor lain dari orang yang bersangkutan. Faktor-faktor yang membedakan respons terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku (Notoatmodjo, 2007; Fitriani, 2011).

Determinan perilaku ini dapat dibedakan menjadi dua, yakni (Fitriani, 2011):

1. Determinan atau faktor internal, yakni karakteristik orang yang bersangkutan, yang bersifat *given* atau bawaan, misalnya tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin, dan sebagainya.
2. Faktor eksternal, yakni lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik, dan sebagainya. Faktor lingkungan ini

sering merupakan faktor dominan yang mewarnai perilaku seseorang.

Dari uraian di atas dapat dirumuskan bahwa perilaku adalah merupakan totalitas penghayatan dan aktivitas seseorang, yang merupakan hasil bersama atau *resultante* antara berbagai faktor, baik faktor internal maupun eksternal. Benyamin Bloom (1908) seorang ahli psikologi pendidikan membagi perilaku manusia itu ke dalam tiga domain, ranah atau kawasan yakni kognitif (*cognitive*), afektif (*affective*), dan psikomotor (*psychomotor*) (Fitriani, 2011).

H.L Blum menjelaskan ada empat faktor utama yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Keempat faktor tersebut merupakan faktor determinan timbulnya masalah kesehatan. Keempat faktor tersebut terdiri dari faktor gaya hidup (*life style*), faktor lingkungan (sosial, ekonomi, politik, budaya), faktor pelayanan kesehatan dan faktor genetik (keturunan). Keempat faktor tersebut saling berinteraksi yang mempengaruhi kesehatan perorangan dan derajat kesehatan masyarakat (Arvianti, 2009).

Dalam perkembangannya, teori Bloom ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan, yakni (Notoatmodjo, 2007; Fitriani, 2011):

1. Pengetahuan (*Knowledge*)

   Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*).

a. Proses Adopsi Perilaku

Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rogers (1974) dalam Fitriani (2011) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni:

1. *Awareness* (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu.
2. *Interest*, yakni orang mulai tertarik kepada stimulus.
3. *Evaluation* (menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya). Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
4. *Trial*, orang telah mulai mencoba perilaku baru.
5. *Adoption*, subjek telah berprilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Namun demikian, dari penelitian selanjutnya Rogers menyimpulkan bahwa perubahan perilaku tidak selalu melewati tahap-tahap di atas.

Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini didasari oleh pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*). Sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama.

b. Tingkat Pengetahuan di Dalam Domain Kognitif

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan:

1. Tahu (*know*)

   Diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

2. Memahami (*comprehension*)

   Diartikan sebagai suatu kemamuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

3. Aplikasi (*application*)

   Diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi *real* (sebenarnya).

4. Analisis (*analysis*)

   Adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5. Sintesis (*synthesis*)

   Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Misalnya, dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkaskan, dapat menyesuaikan, dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

6. Evaluasi (*evaluation*)

   Berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek.

2. Sikap (*attitude*)

   Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek.

   a. Komponen Pokok Sikap

      Sikap mempunyai 3 komponen pokok yaitu:

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

      Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*).

b. Berbagai Tingkatan Sikap

1. Menerima (*receiving*)

   Diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).

2. Merespon (*responding*)

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

3. Menghargai (*valuing*)

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

4. Bertanggung jawab (*responsible*)

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

3. Praktik atau Tindakan (*practice)*

   Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas. Praktik ini mempunyai beberapa tingkatan:

   1. Persepsi (*perception*)

      Mengenal dan memiih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktik tingkat pertama.

2. Respon terpimpin (*guided respone*)

   Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktik tingkat dua.

3. Mekanisme (*mechanism*)

   Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktik tingkat tiga.

4. Adopsi (*adoption*)

   Adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasikannya tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

2.2.4 Perubahan (Adopsi) Perilaku dan Indikatornya

Perubahan atau adopsi perilaku baru adalah suatu proses yang kompleks dan memerlukan waktu yang relatif lama (Notoatmodjo, 2007).

Secara teori perubahan perilaku atau seseorang menerima atau mengadopsi perilaku baru dalam kehidupannya melalui 3 tahap (Fitriani, 2011):

1. Pengetahuan

   Sebelum seseorang mengadopsi perilaku, maka harus tahu terlebih dahulu apa arti atau manfaat perilaku tersebut bagi dirinya atau keluarganya. Indikator-indikator yang dapat digunakan untuk mengetahui tingkat pengetahuan atau kesadaran terhadap kesehatan, dapat dikelompokan menjadi:

   a. Pengetahuan tentang sakit dan penyakit yang meliputi:

- Penyebab penyakit
- Gejala atau tanda-tanda penyakit
- Bagaimana cara pengobatan, atau kemana mencari pengobatan
- Bagaimana cara penularannya
- Bagaimana cara pencegahannya termasuk imunisasi dan sebagainya

b. Pengetahuan tentang cara pemeliharaan kesehatan dan cara hidup sehat, meliputi:

- Jenis-jenis makanan yang bergizi
- Manfaat makan yang bergizi bagi kesehatannya
- Pentingnya olahraga bagi kesehatan
- Penyakit-penyakit atau bahaya merokok, minum-minuman keras, narkoba, dan sebagainya
- Pentingnya istirahat cukup, relaksasi, rekreasi, dan sebagainya bagi kesehatan, dan sebagainya

c. Pengetahuan tentang kesehatan lingkungan

- Manfaat air bersih
- Cara-cara pembuangan limbah yang sehat, termasuk pembuangan kotoran yang sehat, dan sampah
- Manfaat pencahayaan dan penerangan rumah yang sehat
- Akibat polusi (polusi air, udara, dan tanah) bagi kesehatan, dan sebagainya

2. Sikap

   Indikator untuk sikap kesehatan juga sejalan dengan pengetahuan kesehatan seperti di atas, yakni:

   a. Sikap terhadap sakit dan penyakit

      Adalah bagaimana penilaian atau pendapat seseorang terhadap gejala atau tanda-tanda penyakit, penyebab penyakit, cara penularan penyakit, cara pencegahan penyakit, dan sebagainya

   b. Sikap cara pemeliharaan dan cara hidup sehat

      Adalah penilaian atau pendapat seseorang terhadap cara-cara memelihara dan cara-cara (berprilaku) hidup sehat.

   c. Sikap terhadap kesehatan lingkungan

      Adalah pendapat atau penilaian seseorang terhadap lingkungan dan pengaruhnya terhadap kesehatan.

3. Praktik atau Tindakan (*Practice*)

   Indikator praktik kesehatan ini juga mencakup:

   a. Tindakan (praktik) sehubungan dengan penyakit

      Tindakan atau perilaku ini mencakup:

      - Pencegahan penyakit, mengimunisasikan anaknya, melakukan pengurasan bak mandi seminggu sekali, menggunakan masker pada waktu kerja di tempat yang berdebu, dan sebagainya
      - Penyembuhan penyakit, misalnya: minum obat sesuai petunjuk dokter, melakukan anjuran-anjuran dokter, berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan yang tepat, dan sebagainya.

b. Tindakan (praktik) pemeliharaan dan peningkatan kesehatan

   Tindakan atau perilaku ini mencakup antara lain: mengonsumsi makanan dengan gizi seimbang, melakukan olahraga secara teratur, tidak merokok, tidak minum minuman keras dan narkoba, dan sebagainya.

c. Tindakan (praktik) kesehatan lingkungan

   Perilaku ini antara lain mencakup: membuang air besar di jamban (WC), membuang sampah di tempat sampah, menggunakan air bersih untuk mandi, cuci, masak, dan sebagainya.

Mengingatkan besarnya peran perilaku terhadap derajat kesehatan gigi maka diperlukan pendekatan khusus dalam membentuk perilaku positif terhadap kesehatan gigi. Sikap yang positif akan mempengaruhi niat untuk ikut dalam kegiatan yang berkaiatan dengan hal tersebut dan sikap seseorang berhubungan erat dengan pengetahuan yang diterimanya dalam proses belajar (Isrofah, 2007). Proses belajar hendaknya dilakukan sejak dini yaitu melalui proses pendidikan kesehatan, khususnya kesehatan gigi (Notoatmodjo, 2011).

2.3 Anak

2.3.1 Tumbuh Kembang Anak

Dalam kehidupan ada dua proses yang beroperasi secara kontinu, yaitu pertumbuhan dan perkembangan. Kedua proses ini berlangsung secara interdependen, saling bergantung satu sama lainnya. Kedua prose situ tidak bisa dipisahkan dalam bentuk-bentuk yang murni berdiri sendiri-sendiri. Definisi pertumbuhan ialah perubahan secara fisiologis sebagai hasil dari proses pematangan fungsi-fungsi fisik yang berlangsung secara normal pada anak yang

sehat dalam waktu tertentu. Pertumbuhan juga dapat diartikan sebagai proses transmisi dari konstitusi fisik (keadaan jasmani) yang herediter atau turun-temurun dalam bentuk proses aktif secara berkesinambungan (Kartono, 2007).

Menurut Werner (1969) pengertian perkembangan menunjuk pada suatu proses kearah yang lebih sempurna dan tidak begitu saja dapat diulang kembali. Perkembangan menunjuk pada perubahan yang bersifat tetap dan tidak dapat diputar kembali (Siti, 2006).

Perkembangan terjadi secara simultan dengan pertumbuhan. Perkembangan merupakan hasil interaksi kematangan susunan saraf pusat dengan organ yang dipengaruhinya, antara lain meliputi perkembangan sistem neuromuskuler, bicara, emosi dan sosial. Sehingga, tumbuh kembang adalah proses yang kontinyu sejak dari konsepsi sampai maturitas atau dewasa, yang dipengaruhi oleh faktor bawaan dan lingkungan (Sulistyo, 2011).

Piaget membagi perkembangan usia anak yaitu tahapan pertama adalah anak yang berusia 6-7 tahun biasanya sedang dalam tahap perkembangan kognitif praoperasional. Sehingga ia memiliki beberapa ciri khas yaitu memusatkan pada akibat-akibat perbuatan, aturan selalu dipandang dengan statis. Tidak bisa berubah, dan hukuman terhadap pelanggaran kerap dinilai bersifat otomatis. Maka tak heran jika anak-anak pada usia seperti ini berasumsi bahwa moral adalah suatu hal yang nyata dalam kehidupan sosial. Mereka selalu takut dengan hukuman. Tahapan kedua adalah anak yang berusia 7-10 tahun. Anak yang dalam usia sepert ini sedang berada dalam kondisi transisi. Mereka berada dalam tahap perkembangan kognitif konkret-operasional. Tahapan ketiga adalah anak yang berusia 11-12 tahun. Anak yang berada dalam usia seperti ini mulai mempertimbangkan tujuan-tujuan perilaku moral. Ia

juga sudah bisa menilai bahwa aturan-aturan moral yang ada hanyalah kesepakatan tradisi dan hal ini sangat dapat diubah. Kolhberg dalam menganalisis perkembangan anak usia 6-12 tahun juga membaginya menjadi dua tahapan. Tahapan pertama adalah usia 6-10 tahun. Dalam usia ini, ia menilai anak sudah bisa menilai hukuman atau akibat yang diterimanya berdasarkan tingkat hukuman dari kesalahan yang dilakukannnya. Sehingga ia sudah bisa mengetahui bahwa berperilaku baik akan mampu membuatnya jauh atau tak mendapatkan hukuman. Tahapan kedua adalah usia 10-12 tahun. Dalam usia ini, menurut Kolhberg, ia sudah bisa berpikir bijaksana. Hal ini ditandai dengan ia berperilaku sesuai dengan aturan moral agar disukai oleh orang dewasa, bukan karena takut dihukum. Sehingga berbuat kebaikan bagi anak usia seperti ini lebih dinilai dari tujuannya. Ia pun menjadi anak yang tahu akan aturan. Sedangkan menurut Aristoteles (384-322 S.M) perkembangan terbagi pada usia 0-7 tahun, disebut sebagai masa anak kecil, masa bermain. Pada usia 7-14 tahun adalah masa anak-anak, masa belajar, atau masa sekolah dasar. Pada usia 14-21 tahun adalah masa remaja atau pubertas, masa peralihan dari anak menjadi orang dewasa (Kartono,2007).

2.3.2 Anak Usia Sekolah Dasar

Masa usia dini merupakan periode emas (*golden age*) bagi perkembangan anak untuk memperoleh proses pendidikan. Periode ini adalah tahun-tahun berharga bagi seorang anak untuk mengenali berbagai macam fakta di lingkungannya sebagai stimulans terhadap perkembangan kepribadian, psikomotor, kognitif maupun sosialnya. Untuk itu pendidikan untuk usia dini

dalam bentuk pemberian rangsangan (stimulasi) dari lingkungan terdekat sangat diperlukan untuk mengoptimalkan kemampuan anak (Nishom, 2011).

Pembelajaran anak usia dini diharapkan dapat membantu mengembangkan seluruh potensi dan kemampuan fisik, intelektual, emosional, moral, dan agama secara optimal dalam lingkungan pendidikan yang kondusif, demokratis, dan kompetitif. Perkembangan kecerdasan usia 4 tahun kapasitasnya kecerdasan sudah mencapai 50%, sedangkan usia 8 tahun mencapai kapasitas kecerdasan 80% dan mencapai titik kulminasi 100% pada usia 18 tahun. Usia dini merupakan masa peka atau sensitif untuk menerima berbagai upaya pengembangan dan pengetahuan (Adi, 2009).

Menurut Kurikulum dan Hasil Belajar Pendidikan Anak Usia Dini mengatakan bahwa (Adi, 2009):

a. Anak usia dini adalah kelompok anak yang berusia lahir sampai 8 tahun
b. Anak usia dini adalah kelompok anak yang berada dalam proses pertumbuhan dan perkembangan yang sedang dilalui oleh anak tersebut
c. Berdasarkan keunikan dalam tingkat pertumbuhan dan perkembangannya, anak usia dini terbagi empat tahap yaitu masa bayi (usia lahir sampai 12 bulan), masa toddler atau balita (usia 1-3 tahun), masa pra sekolah (usia 3-6 tahun), dan masa kelas awal SD (usia 6-8 tahun)
d. Pertumbuhan dan perkembangan anak usia dini perlu diarahkan pada peletakan dasar-dasar yang tepat bagi pertumbuhan dan perkembangan manusia seutuhnya, yaitu pertumbuhan dan

perkembangan fisik, daya pikIr, daya cipta, sosial ekonomi, bahasa dan komunikasi yang seimbang sebagai dasar pembentukan pribadi yang utuh

Dalam kurikulum pembelajaran anak usia dini harus memperhatikan prinsip-prinsip sebagai berikut (Adi, 2009):

1. Prinsip Berorientasi pada Kebutuhan Anak

   Harus mengutamakan aspek perkembangan fisik maupun psikis (intelektual, bahasa, motorik, dan sosio emosional). Jangan sampai kegiatan pembelajaran tidak sesuai dengan kemampuan anak dan aspek perkembangan anak.

2. Prinsip Belajar Sambil Bermain

   Bermain merupakan kegiatan yang sesuai untuk anak usia dini, proses pembelajaran yang menyenangkan membuat kegiatan pembelajaran menjadi bermakna bagi anak.

3. Prinsip Kreatif dan Inovatif

   Kegiatan pembelajaran harus menarik sehingga dapat membangkitkan rasa ingin tahu, mulai bertanya dan berfikir kritis.

4. Prinsip Lingkungan Kondusif

   Lingkungan baik dalam kelas maupun luar kelas dibuat menarik, sehingga dapat membuat senang dan membuat betah pada anak. Ruang harus memperhatikan keamanan dan rasa nyaman anak dalam belajar dan bermain.

5. Prinsip Secara Tematik

   Pemilihan tema kegiatan pembelajaran harus sederhana dan menarik minat anak.

6. Prinsip Mengembangkan Keterampilan Hidup

   Tujuan pengembangan dalam keterampilan hidup adalah:

   a. Agar anak memiliki kemampuan untuk menolong diri sendiri.
   b. Agar anak memiliki keterampilan dasar untuk melanjutkan jenjang berikutnya.

7. Prinsip Menggunakan Pembelajaran Terpadu

   Digunakan bagi pembelajaran anak usia dini agar tertarik dan memahami konsep suatu pengetahuan secara luas dan utuh, bukan pemahaman dan pengetahuan secara terpotong-potong sehingga salah menafsirkan.

8. Prinsip Pembelajaran Sesuai Perkembangan Anak

   Prinsip harus mendasarkan pada beberapa hal yaitu:

   a. Anak belajar dengan sebaik-baiknya apabila kebutuhan fisiknya terpenuhi serta merasa aman dan tentram secara psikologis.
   b. Siklus belajar anak selalu berulang.
   c. Anak belajar melalu interaksi sosial dengan orang dewasa dan anak-anak lainnya.
   d. Minat anak dan keingintahuannya memotivasi belajarnya.
   e. Perkembangan dan belajar anak harus memperhatikan perbedaan individual.

Seperti halnya bermain, maka menggambar juga merupakan suatu aktivitas yang spontan. Anak menggambar ketika mereka mampu memegang pensil atau alat tulis yang lain. Menggambar merupakan suatu gerakan motoris yang global bagi anak, seluruh badan seakan-akan ikut terlibat melakukan

gerakan itu. Goresan pensil adalah dasar dan permulaan usaha anak untuk membuat gambar-gambar yang berarti. Makin lama anak makin melihat apa yang dihasilkan itu dan mulai membandingkan secara kritis hasil gambarnya dengan gambar anak-anak lain. Adanya perkembangan psikomotorik (yaitu koordinasi mata dan tangan lebih baik) serta perkembangan kognitif, ditambah pengalaman belajar, maka anak lambat laun akan mencapai menggambar bentuk mengenai perpindahan. Di antara usia 6-12 tahun nampak adanya pengaruh kebudayaan dalam gambaran anak, gambaran anak di atas 12 tahun menunjukan ciri-ciri khas individual (Siti, 2006).

2.3.3 Kesehatan gigi anak

Menurut data Riskesdas pervalensi kelompok umur 5-9 tahun yang bermasalah dengan kesehatan gigi dan mulut sebesar 21,6%, pervalensi kelompok umur 10-14 tahun sebesar 21,5% (Riskesdas, 2007). Usia yang paling rentan menderita karies gigi adalah 4 sampai 8 tahun untuk gigi primer dan 12 sampai 18 tahun untuk gigi sekunder, atau permanen. Karena gigi permanen muncul selama masa usia sekolah, kebersihan gigi yang baik dan perhatian yang rutin terhadap adanya karies gigi merupakan bagian dari supervisi kesehatan yang penting selama periodie ini. Anak-anak yang dengan sering menyikat giginya dan terbiasa dengan mulut bersih pada usia yang lebih awal biasanya mempertahankan kebiasaan ini seumur hidup mereka (Donna, 2008).

Di seluruh dunia, kontribusi karies gigi dalam penyakit mulut adalah sekitar 10 kali lebih tinggi daripada penyakit periodontal, yang umum lainnya adalah kondisi mulut. Karena prevalensi secara global tinggi, karies gigi pada anak telah digambarkan sebagai penyakit pandemi yang dicirikan oleh

persentase tinggi dari kavitas karies yang tidak terawat sehingga menyebabkan nyeri, rasa tidak nyaman dan keterbatasan fungsional (Topaloglu *et al.*, 2009). Pervalensi karies pada penduduk Indonesia menurut data Riskesdas menunjukan sebesar 46,5% dan yang mempunyai pengalaman karies sebesar 72,1% (Riskesdas, 2007). Menurut Dirjen Pelayanan Medik Direktorat Kesehatan Gigi (2011) dari tahun ke tahun terjadi kenaikan angka pervalensi kejadian karies pada penduduk Indonesia pada tahun 1995 sebesar 63% menjadi 90% pada tahun 2011 (Dewanti, 2012).

Karies adalah hasil interaksi dari bakteri di permukaan gigi, plak atau biofilm, dan diet (khususnya komponen karbohidrat yang dapat difermentasikan oleh bakteri plak menjadi asam, terutama asam laktat dan asetat) sehingga terjadi demineralisasi jaringan keras gigi dan memerlukan cukup waktu untuk kejadiannya. Untuk terjadinya karies faktor-faktor seperti bakteri kariogenik, permukaan gigi yang rentan, dan tersedianya bahan nutrisi untuk mendukung pertumbuhan bakteri harus ada secara bersama-sama (Megananda, 2010).

Program pencegahan karies merupakan proses yang kompleks dan melibatkan beragam faktor. Tujuan utama program pencegahan adalah untuk mengurangi jumlah bakteria kariogenik. Secara umum yang dapat dilakukan adalah dengan mengatur pola makan, menjaga kebersihan oral, serta perawatan gigi yang memungkinkan melibatkan penambalan maupun restorasi (Megananda, 2010). Upaya pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut seharusnya dilakukan sejak usia dini. Usia sekolah dasar merupakan saat yang ideal untuk melatih kemampuan motorik seorang anak, termasuk diantaranya menyikat gigi (Riyanti, 2010).

2.4 Media atau Alat Bantu (peraga)

2.4.1 Pengertian

Alat bantu pendidikan adalah alat-alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan/pengajaran. Lebih sering disebut sebagai alat peraga karena berfungsi untuk membantu dan meragakan sesuatu dalam proses pendidikan pengajaran (Fitriani, 2011).

Alat peraga ini disusun berdasarkan prinsip bahwa pengetahuan yang ada pada setiap manusia itu diterima atau ditangkap melalui panca indera. Semakin banyak indera yang digunakan untuk menerima sesuatu maka semakin banyak dan semakin jelas pula pengertian/pengetahuan yang diperoleh. Dengan kata lain, alat peraga ini dimaksudkan untuk mengerahkan indera sebanyak mungkin kepada suatu objek sehingga mempermudah persepsi. Secara terperinci, fungsi alat peraga adalah untuk menimbulkan minat sasaran, mencapai sasaran yang lebih banyak, membantu mengatasi hambatan bahasa, merangsang sasaran untuk melaksanakan pesan kesehatan, membantu sasaran untuk belajar lebih banyak dan tepat, merangsang sasaran untuk meneruskan pesan yang diterima kepada orang lain, mempermudah memperoleh informasi oleh sasaran, mendorong keinginan orang untuk mengetahui, kemudian lebih mendalami dan akhirnya memberikan pengertian yang lebih baik, dan membantu menegakkan pengertian yang diperoleh (Notoatmodjo, 2007).

2.4.2 Klasifikasi

Macam-macam alat bantu pendidikan (Fitriani, 2011):

a. Alat Bantu Lihat (*Visual Aids*)

   Alat ini berguna dalam membantu menstimulasi indera mata (penglihatan) pada waktu terjadi nya proses pendidikan. Alat ini ada 2 bentuk yaitu alat yang diproyeksikan (slide, film, dan film strip).

b. Alat Bantu Dengar (*Audio Aids*)

   Adalah alat yang dapat membantu menstimulasi indera pendengar pada waktu proses penyampaian bahan pendidikan atau pengajaran. Misalnya radio, pita suara dan sebagainya.

c. Alat Bantu Lihat-Dengar

   Misalnya seperti televisi dan *video cassette.*

Alat peraga juga dibedakan menurut pembuatan dan penggunaanya (Fitriani, 2011):

a. Alat peraga yang rumit, seperti film, film strip slide dan lain sebagainya yang memerlukan listrik dan proyektor.

b. Alat peraga sederhana, yang mudah dibuat sendiri dari bahan-bahan yang mudah diperoleh. Ciri-ciri alat peraga yang sederhana antara lain:

   - Mudah dibuat
   - Bahan-bahannya dapat diperoleh dari bahan lokal
   - Mencerminkan kebiasaan, kehidupan dan kepercayaan setempat
   - Ditulis (digambar) dengan sederhana
   - Bahasa setempat dan mudah dimengerti oleh masyarakat

- Memenuhi kebutuhan-kebutuhan petugas kesehatan dan masyarakat

Media penyuluhan adalah semua sarana atau upaya untuk menampilkan pesan atau informasi yang ingin disampaikan oleh penyuluh, baik melalui media cetak, elektronik dan media luar ruang sehingga sasaran mendapat pengetahuan yang akhirnya diharapkan dapat berubah perilakunya kearah positif terhadap kesehatan. Menurut bentuknya media penyuluhan dibedakan atas (Notoatmodjo, 2007):

1. Media visual: media yang sifatnya dapat dilihat (slide, transparansi,).
2. Media audio: media yang sifatnya dapat didengar (radio).
3. Media audiovisual: media yang dapat didengar dan dilihat (televisi, film).
4. Media tempat memperagakan (papan tulis, papan tempel, OHP, papan planel).
5. Media pengalaman nyata atau media tiruan (simulasi, benda nyata).
6. Media cetakan (buku bacaan, leaflet, folder, poster, brosur).

2.4.3 Tujuan Alat Peraga

Tujuan penggunaan alat peraga (Fitriani, 2011):

- Sebagai alat bantu dalam latihan/penataran/pendidikan
- Untuk menimbulkan perhatian terhadap suatu masalah
- Untuk meningkatkan sesuatu pesan atau informasi
- Untuk menjelaskan fakta-fakta, prosedur dan tindakan

2.4.4 Kaca (Cermin)

Menurut Adams dan Williamson, kaca adalah material amorf yang pada suhu biasa mempunyai bentuk yang keras, tetapi apabila dipanaskan, lama kelamaan akan menjadi lunak, sesuai dengan suhu yang meningkat dan akhirnya menjadi kental hingga mencapai keadaan cair. Selama proses pendinginan terjadi proses yang berkebalikan dengan proses peleburan kaca. Kaca memiliki sifat yaitu tahan terhadap bahan kimia, efektif sebagai isolator listrik, dapat menahan vakum. Selain memiliki sifat-sifat tersebut, kaca merupakan bahan yang rapuh dan tidak tahan terhadap benturan (Damar, 2011).

Sebagian besar dalam kehidupan sehari-hari kaca digunakan untuk bercermin. Bercermin merupakan salah satu kegiatan yang sering dilakukan oleh banyak orang, termasuk anak-anak. Seringkali anak menggunakan cermin untuk melihat penampilannya, tetapi mereka tidak terlalu memperhatikan keadaan gigi dan mulutnya. Cermin merupakan suatu benda yang dapat memantulkan bayangan, oleh karena itu cermin merupakan benda yang simpel untuk melihat kondisi gigi dan mulut yang sebenarnya). Seorang anak lebih suka bercermin dalam melihat penampilan dirinya tapi mereka tidak terlalu memperhatikan keadaan gigi dan gusi mereka sendiri. Cermin merupakan sesuatu benda yang simpel dan gampang bagi anak untuk mencoba memberikan perhatian yang lebih dalam menjaga kebersihan mulut. Dengan alat tersebut anak mampu melihat kondisi kebersihan mulutnya sendiri, ketika anak mulai mengerti dari suatu keadaan dari dirinya sendiri maka anak akan lebih memperhatikan kondisinya (Melissa, 2011).