

Jurnal Kesehatan Gigi

p-ISSN: 2407-0866

e-ISSN: 2621-3664

<http://ejournal.poltekkes-smg.ac.id/ojs/index.php/jkg/index>

Promosi Kesehatan Gigi dengan Menggunakan Media Leaflet terhadap Pengetahuan, Sikap, Status Kebersihan Gigi dan Mulut

Melkisedek O. Nubatonis¹, M. Ibraar Ayatullah²

^{1,2} Department of Dental Nursing, Poltekkes Kemenkes Kupang, Indonesia

Corresponding author: Melkisedek O. Nubatonis

Email: melkhyshedek@gmail.com

Received: August 1st, 2019; Revised: November 26th, 2019; Accepted: December 30th, 2019

ABSTRAK

Promosi kesehatan dan prevensi penyakit adalah sejumlah kegiatan yang bertujuan dan dirancang untuk meningkatkan kesehatan personal dan masyarakat melalui kombinasi strategi, termasuk implementasi perubahan perilaku, pendidikan kesehatan, deteksi resiko kesehatan serta peningkatan dan pemeliharaan kesehatan. Sedangkan kuratif dan rehabilitatif pada umumnya dilakukan terhadap sasaran secara individual. Alat Bantu atau alat peraga dalam penyuluhan kesehatan sebaiknya disusun berdasarkan prinsip bahwa pengetahuan yang ada pada setiap manusia itu diterima atau ditangkap melalui panca indra. Semakin banyak indra yang digunakan untuk menerima sesuatu maka semakin banyak dan semakin jelas pula pengertian atau pengetahuan yang diperoleh. Alat peraga ini dimaksudkan untuk menggerakkan indra sebanyak mungkin kepada suatu obyek, sehingga mempermudah persepsi seseorang. Jenis penelitian ini adalah eksperimental semu dengan rancangan *pre test – post test group design*. Observasi untuk mengetahui perubahan pengetahuan, sikap, perilaku dan status kebersihan gigi dan mulut sebelum dan sesudah dilakukan intervensi. Dalam penelitian ini, subyek penelitian dibatasi pada siswa/i kelas V SD Negeri Bertingkat Naikoten 1 dan SD Negeri Kuanino yang berkedudukan di Kota Kupang. Dipilih 2 SD ini dengan maksud untuk membatasi variasi dalam mutu pendidikan, proses belajar mengajar dan faktor lingkungan sekolah. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah leaflet yang berisikan materi tentang proses terjadinya karang gigi dan lubang gigi. Kuesioner yang digunakan untuk mengukur tingkat pengetahuan dan sikap siswa tentang kesehatan gigi. Alat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa promosi kesehatan gigi dan mulut dengan menggunakan media leaflet dapat meningkatkan secara bermakna pengetahuan dan sikap siswa SD sedangkan skor plak tidak dapat meningkatkan secara bermakna.

Kata kunci : Promosi; Leaflet; Pengetahuan, Sikap

Pendahuluan

Anak-anak merupakan tunas bangsa yang masih dalam proses pertumbuhan dan perkembangan, baik jasmani, rohani maupun sosialnya. Oleh karena itu perlu mendapat perhatian sedini mungkin, sehingga dikemudian hari menjadi manusia dewasa yang bertanggung jawab, berguna bagi bangsa dan negara.

Karies gigi dan radang gusi (gingivitis) merupakan penyakit gigi dan jaringan pendukung

gigi yang banyak dijumpai pada anak-anak sekolah dasar di Indonesia, serta cenderung meningkat setiap dasawarsa. Riset kesehatan dasar tahun 2013 menunjukkan bahwa sebanyak 25,2 % anak usia 10-14 tahun bermasalah dengan gigi dan mulutnya.

Faktor penyebab tingginya angka karies gigi pada anak usia Sekolah Dasar adalah faktor lingkungan, budaya dan faktor perilaku kesehatan gigi yang ditandai dengan adanya peningkatan konsumsi gula yang sangat disenangi oleh anak. Apabila hal tersebut tidak diawasi dengan

seksama, maka akan dapat menurunkan produktifitas anak, karena dari aspek biologis akan dirasakan sakit atau gigi goyang sehingga aktifitas belajar, makan dan tidur pada anak akan terganggu (Kusumaningsih dan Raharjo, 2000).

Anak-anak usia 6-14 tahun merupakan kelompok usia yang kritis terhadap terjadinya karies gigi dan mempunyai sifat khusus yaitu masa pergantian gigi desidui dengan gigi permanen. Pada kelompok tersebut mempunyai tingkat prevalensi karies gigi yang cukup tinggi yaitu mencapai 60-80%. Perkembangan secara umum, karies gigi terlihat sangat aktif pada usia 4-8 tahun dan usia 11-19 tahun.

Banyak peneliti mengatakan bahwa molar satu permanen rahang bawah mudah terserang karies karena erupsi yang awal dan bentuk permukaan oklusal yang banyak adanya fisura. Kartini (1992), melakukan pemeriksaan pada molar satu permanen bawah pada anak umur 6-8 tahun, mendapatkan 53,23% mengalami karies. Dengan perincian anak usia 6 tahun 3,23%, 7 tahun 16,13 %, dan 8 tahun 33,87% ; mempunyai kerusakan di bagian oklusal 75,76% dan di bagian bukal 24,24% ; ditinjau dari jumlah menyikat gigi setiap hari, maka anak yang tak pernah menyikat gigi 24,28% menderita karies.

Usaha untuk mengatasi masalah karies gigi dan gingivitis belum terlihat hasilnya, diperkirakan peningkatan kasus karies gigi dan gingivitis akan terus terjadi sejalan dengan kenaikan konsumsi gula, adanya faktor distribusi penduduk, faktor lingkungan, dan faktor perilaku kesehatan gigi masyarakat Indonesia. Walaupun tidak menimbulkan kematian, sebagai akibat dari kerusakan gigi dan jaringan pendukung gigi, dapat menurunkan tingkat produktivitas seseorang, karena dari aspek biologis akan dirasakan sakit atau gigi goyang, sehingga aktivitas belajar, makan dan tidur terganggu. Selain itu, dari aspek estetika dapat menimbulkan masalah psikososial.

Pencegahan terjadinya karies gigi dapat dilakukan sebelum dan sesudah gigi erupsi. Tindakan yang dilakukan sebelum gigi erupsi adalah dengan cara pemberian nutrisi yang cukup bagi ibu hamil yang sangat diperlukan untuk pertumbuhan dan perkembangan gigi saat pembentukan matriks email dan kalsifikasi. Pencegahan yang lainnya yaitu dengan pemberian fluor yaitu untuk membantu pencegahan kerusakan gigi/karies. Pemberian fluor dapat diberikan melalui air minum, garam dapur dan air susu. Pencegahan yang paling mudah dan relatif murah yaitu dengan melakukan sikat gigi secara teratur

dan menambahkan pasta gigi yang mengandung fluor, hal ini terbukti dapat menurunkan insidensi karies gigi sekitar 15-30%.

Promosi kesehatan adalah proses memberdayakan atau memandirikan masyarakat untuk memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatannya, melalui peningkatan kesadaran, kemauan dan kemampuan serta pengembangan lingkungan sehat (Depkes, R.I., 2000). Istilah promosi kesehatan ditetapkan pada deklarasi Jakarta bulan Juli 1997 yang sebelumnya dikenal dengan istilah pendidikan kesehatan, penyuluhan kesehatan, komunikasi-informasi-edukasi, pemasaran sosial bidang kesehatan, penggerakan peran serta masyarakat. (Dachroni, 2001). Sehingga pada penelitian ini terdapat istilah pendidikan kesehatan yang mempunyai kesamaan arti dengan promosi kesehatan.

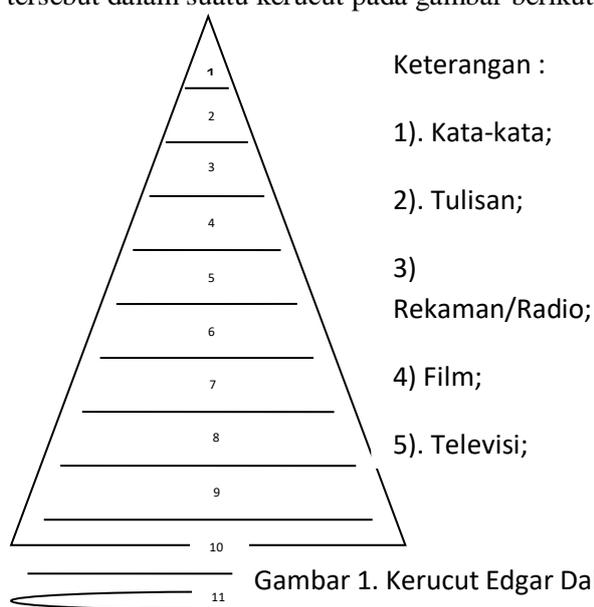
Promosi kesehatan dan prevensi penyakit adalah sejumlah kegiatan yang bertujuan dan dirancang untuk meningkatkan kesehatan personal dan masyarakat melalui kombinasi strategi, termasuk implementasi perubahan perilaku, pendidikan kesehatan, deteksi resiko kesehatan serta peningkatan dan pemeliharaan kesehatan. Sedangkan kuratif dan rehabilitatif pada umumnya dilakukan terhadap sasaran secara individual.

Masyarakat perlu diberikan informasi tentang kesehatan gigi dengan menggunakan berbagai media. Alat Bantu atau alat peraga dalam penyuluhan kesehatan sebaiknya disusun berdasarkan prinsip bahwa pengetahuan yang ada pada setiap manusia itu diterima atau ditangkap melalui panca indra. Semakin banyak indra yang digunakan untuk menerima sesuatu maka semakin banyak dan semakin jelas pula pengertian atau pengetahuan yang diperoleh. Dengan kata lain, alat peraga ini dimaksudkan untuk menggerakkan indra sebanyak mungkin kepada suatu obyek, sehingga mempermudah persepsi seseorang (Machfoedz, dkk., 2005a).

Pengetahuan yang ada pada seseorang diterima melalui indra. Menurut penelitian para ahli indra, yang paling banyak menyalurkan pengetahuan ke dalam otak adalah indra pandang. Kurang lebih 75 % sampai 85 % dari pengetahuan manusia diperoleh melalui indra pandang. Sedangkan 13 % melalui indra dengar dan 12 % lainnya tersalur melalui indra yang lain (Arsyad, 2006). Dari sini dapat disimpulkan bahwa alat-alat visual lebih mempermudah penerimaan informasi atau bahan pendidikan (Machfoedz, dkk., 2005a).

Menurut Machfoedz, dkk., (2005a), alat bantu pendidikan adalah alat-alat yang digunakan oleh pendidik dalam penyampaian bahan

pendidikan/pengajaran. Alat bantu ini disebut alat peraga karena berfungsi untuk membantu dan memperagakan sesuatu dalam proses pendidikan dan pengajaran. Seseorang atau masyarakat dalam proses pendidikan memperoleh pengalaman atau pengetahuan bisa melalui berbagai alat bantu pendidikan, tetapi masing-masing alat mempunyai intensitas berbeda-beda dalam membantu persepsi seseorang. Dale (1969), membagi alat peraga tersebut menjadi 11 macam, dan sekaligus menggambarkan tingkat intensitas tiap-tiap alat tersebut dalam suatu kerucut pada gambar berikut :



Gambar 1. Kerucut Edgar Dale

Gambar kerucut tersebut dapat dilihat bahwa lapisan yang paling dasar adalah benda asli dan yang paling atas adalah kata-kata. Hal ini berarti bahwa dalam proses pendidikan, benda asli mempunyai intensitas yang paling tinggi untuk mempersepsikan bahan pendidikan dan pengajaran. Sedangkan penyampaian materi pendidikan yang hanya dengan kata-kata saja sangat kurang efektif atau intensitasnya paling rendah. Pada prinsipnya, penyusunan alat peraga atau media pendidikan tersebut berdasarkan prinsip bahwa pengetahuan yang ada pada setiap manusia itu diterima melalui panca indra. Semakin banyak indra yang digunakan untuk menerima sesuatu maka semakin banyak dan semakin jelas pula pengertian atau pengetahuan yang diperoleh. Dengan perkataan lain, alat peraga ini dimaksudkan untuk menggerakkan indra sebanyak mungkin kepada suatu obyek sehingga mempermudah persepsi (Notoatmodjo, 2003).

Menurut Machfoedz, dkk., (2005b), pada garis besarnya ada dua macam alat bantu pendidikan yaitu alat bantu lihat (Visual Aids) merupakan alat bantu didalam membantu menstimulasi indra penglihatan (mata) pada

terjadinya proses pendidikan. Alat bantu dengar (Audio Aids) merupakan alat yang dapat membantu menstimulasikan indra pendegaran pada waktu proses penyampaian bahan pendidikan.

Leaflet adalah penyampaian pesan/informasi kesehatan dalam bentuk kalimat dan gambar melalui selebaran (Suiraoaka, 2004). Saluran atau media komunikasi merupakan komponen penting dalam proses pendidikan kesehatan (Sarwono, 1997).

Media leaflet merupakan salah satu bentuk media cetak yang cukup populer digunakan untuk berbagai kepentingan termasuk pendidikan kesehatan. Keuntungan dan keunggulan leaflet adalah : a). Klien dapat menyesuaikan dan belajar mandiri, b). Dapat melihat isinya pada saat santai, c). Informasi dapat dibagi dengan keluarga dan teman, d). Dapat memberikan informasi yang terperinci yang tidak mungkin disampaikan secara lisan, e). Dapat disimpan untuk dibaca berulang-ulang, f). Disain cetak dan ilustrasi dapat dibuat semenarik mungkin, h). Mampu memilah khalayak secara rinci (Ewles & Simnett, 1992). Adapun kekurangannya adalah : a). Khalayak terbatas, b). Kurang cocok untuk tingkat pendidikan rendah atau didistribusikan di komunitas dengan tingkat buta huruf tinggi, c). Membutuhkan kemampuan dalam disain, ilustrasi dan sebagainya.

Popularitas leaflet seringkali dikarenakan pertimbangan efisien (dana, tenaga dan fasilitasnya), praktis dan tahan lama, bisa digunakan dimanapun dan kapanpun serta mudah dibawa ataupun disimpan (Sadiman dkk, 2003)

Pengetahuan diperoleh melalui berbagai usaha, baik yang dilakukan dengan sengaja maupun secara kebetulan. Dalam proses memperoleh pengetahuan, terutama yang dilakukan dengan sengaja, mencakup berbagai metode dan konsep-konsep, baik melalui proses pendidikan maupun pengalaman. Menurut WHO (1992), pengetahuan diperoleh melalui pengalaman, selain itu juga dari guru, orang tua, teman, buku dan media massa. Ciri pokok dari pengetahuan adalah ingatan tentang sesuatu yang diketahui, baik melalui pengalaman, belajar atau melalui informasi bersumber dari orang lain.

Menurut Green (1980) faktor predisposisi pengetahuan, perilaku seseorang mencakup pengetahuan, sikap, keyakinan, nilai dan persepsi, berkenaan dengan motivasi seseorang atau kelompok. Dalam arti umum, kita dapat mengatakan faktor predisposisi sebagai preferensi "pribadi" yang dibawa seseorang atau kelompok ke dalam suatu pengalaman belajar.

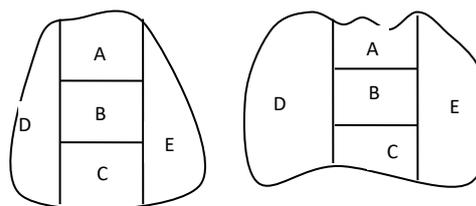
Menurut Allen, Guy & Edgley, 1980 (cit. Azwar, 2003) mendefinisikan, sikap adalah suatu pola perilaku, tendensi atau kesiapan antisipatif, predisposisi untuk menyesuaikan diri dalam situasi social, atau secara sederhana sikap adalah respon terhadap stimuli social yang telah terkondisikan. Howard Kendler mengemukakan bahwa sikap merupakan kecenderungan (tendency) untuk mendekati (approach) atau menjauhi (avoid), atau melakukan sesuatu, baik yang secara positif maupun negative terhadap suatu lembaga, peristiwa, gagasan, atau konsep (cit. Yusuf, 2005). Sikap dapat disimpulkan, suatu kondisi mental yang relative menetap untuk merespon suatu obyek atau perangsang tertentu yang mempunyai arti, baik bersifat positif, netral, atau negative, menyangkut aspek kognisi, afeksi dan kecenderungan untuk bertindak.

Metode Penelitian

Penelitian ini termasuk penelitian eksperimental semu (*quasi experiment*) dengan rancangan *pre test – post test group design*. Observasi untuk mengetahui perubahan pengetahuan, sikap dan status kebersihan gigi dan mulut sebelum dan sesudah dilakukan intervensi dengan subyek penelitiannya dibatasi pada siswa kelas V SD Negeri Kuanino sebanyak 50 siswa dan SD Negeri Bertingkat Naikoten 1 sebanyak 50 siswa yang berkedudukan di Kota Kupang.

Variabel bebas (variabel independen) dalam penelitian adalah promosi kesehatan gigi dengan media leaflet sedangkan variabel terikat (variabel dependen) meliputi pengetahuan, sikap dan status kebersihan gigi dan mulut sebelum dan sesudah promosi kesehatan gigi dengan media leaflet

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah leaflet yang berisikan materi tentang pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut. Kuesioner yang digunakan untuk mengukur tingkat pengetahuan dan sikap siswa tentang kesehatan gigi dan alat pengumpul data kebersihan gigi dan mulut untuk menilai kebersihan gigi dan mulut berupa pemeriksaan skor plak dengan menggunakan metode PHPM (Personal Hygiene Performance Modified) dari Martens dan Meskin, 1972). Menghitung plak dengan indeks PHPM dilakukan dengan membagi permukaan gigi secara vertikal menjadi 3 (tiga) bagian/area dan pada bagian tengah dibagi menjadi 3 (tiga) bagian lagi secara horisontal dapat digambarkan seperti berikut:



Keterangan Gambar :

A: Area 1/3 gingival dari area tengah
B: Area 1/3 tengah dari area tengah
C: Area 1/3 incisal/oklusal dari area tengah

D: Area distal
E: Area mesial

Gambar. Pembagian Permukaan gigi pada bagian bukal dan lingual

Sumber : Martens dan Meskin (1972, cit. Sriyono, 2007)

Cara penilaian :

1. Apabila terlihat ada plak pada salah satu area, maka diberi skor 1 (Tanda √), jika tidak ada maka diberi skor 0 (Tanda -)
2. Hasil penilaian plak yaitu dengan menjumlahkan setiap skor plak pada permukaan gigi, sehingga skor plak untuk setiap gigi indeks berkisar antara 0 – 10
3. Dengan demikian, skor plak untuk semua gigi indeks berkisar antara 0 – 60

Gigi indeks :

Penilaian skor plak dilakukan pada permukaan bukal dan lingual/palatal gigi yang ditentukan yaitu:

- a. Gigi paling belakang yang tumbuh di kuadran kanan atas
- b. Gigi caninus atas kanan atau gigi yang terseleksi
- c. Gigi premolar/molar kudran kiri atas
- d. Gigi paling belakang yang tumbuh di kudran kiri bawah
- e. Gigi caninus kiri bawah atau gigi yang terseleksi
- f. Gigi premolar/molar kudran kanan bawah

Data hasil pemeriksaan skor plak yang diperoleh dilakukan pengelompokkan kedalam kategori baik dan buruk. Penentuan kategori : sangat baik (0-15), baik (16-30), buruk (31-45) dan sangat buruk (46-60).

Pemeriksaan pertama kebersihan gigi dan mulut pada siswa dilakukan sebelum adanya intervensi dari penelitian ini, selanjutnya pemeriksaan kedua/ulang dilakukan setelah adanya intervensi dari penelitian ini. Data hasil

pemeriksaan skor plak dilakukan entry data, selanjutnya dilakukan analisis dengan uji statistik.

Analisa data dengan menggunakan uji statistik *Independent t-test* dengan tujuan untuk membandingkan hasil rerata pre-tes dengan pos-tes baik pada kelompok intervensi. keputusan pengujian hipotesis penelitian didasarkan pada taraf signifikan 0,05 (Hadi, 2000). Hasil uji statistik diinterpretasikan kemudian dianalisis dan dijadikan hasil untuk menjawab tujuan khusus dari penelitian.

Hasil dan Pembahasan

Tabel 1. Distribusi siswa berdasarkan pengetahuan tentang kebersihan gigi dan mulut pada tahap *pre-test* dan *post-test*.

Pengetahuan Tentang Kebersihan Gigi dan Mulut	Distribusi Frekuensi Kelompok					
	I		II		Total	
	n	%	n	%	n	%
Pre Test						
Kurang (0-25)	0	0	0	0	0	0
Cukup (26-50)	14	28	13	26	27	27
Baik (51-75)	25	50	23	46	48	48
Sangat Baik (76-100)	1	22	14	28	25	25
PostTest						
Kurang (0-25)	0	0	0	0	0	0
Cukup (26-50)	3	6	0	0	3	3
Baik (51-75)	22	44	3	6	25	25
Sangat Baik (76-100)	25	50	47	94	72	72

Ket : I (SD Kuanino); II (SD Naikoten I)

Distribusi siswa berdasarkan pengetahuan sebelum perlakuan (*pre-test*) tentang kebersihan pada kelompok I mayoritas berada pada kategori baik (50%); demikian juga kelompok II (46%). Distribusi siswa berdasarkan pengetahuan pada

post-test, pada kelompok I dan II mayoritas berada pada kategori sangat baik yaitu 50 % dan 94 %.

Tabel 2. Distribusi siswa berdasarkan sikap terhadap kebersihan gigi dan mulut pada tahap *pre-test* dan *post-test*.

Sikap	Distribusi Frekuensi Kelompok					
	I		II		Total	
	n	%	n	%	n	%
Pre Test						
Kurang (17-29)	0	0	0	0	0	0
Cukup (30-42)	48	96	49	97	97	97
Baik (43-55)	2	4	1	3	3	3
Sangat Baik (56-68)	0	0	0	0	0	0
PostTest						
Kurang (17-29)	0	0	0	0	0	0
Cukup (30-42)	38	76	0	0	38	38
Baik (43-55)	12	24	50	100	62	62
Sangat Baik (56-68)	0	0	0	0	0	0

Ket : I (SD Kuanino); II (SD Naikoten I)

Tabel 2 mendeskripsikan bahwa presentase siswa SD berdasarkan sikap sebelum perlakuan (*pre-test*) pada kelompok I berada pada kategori cukup (96%), demikian juga kelompok II (97%). Hasil analisis pada *post-test* menunjukkan bahwa pada kelompok I mayoritas berada pada kategori cukup (76%), sedangkan kelompok II berada pada kategori baik (100%).

Tabel 3.
Distribusi siswa berdasarkan skor plak gigi pada tahap *pre-test* dan *post-test*.

Kebersihan Gigi dan Mulut	Distribusi Frekuensi Kelompok				Total		
	SD Kuanino		SD Naikoten 1		n	%	
	n	%	n	%			
Pre Test							
Sangat Buruk (46-60)	27	54	16	32	0	0	Sangat Buruk (46-60)
Buruk (31-45)	17	34	28	56	45	45	Buruk (31-45)
Baik (16-30)	6	12	6	12	12	12	Baik (16-30)
Sangat Baik (0-15)	0	0	0	0	0	0	Sangat Baik (0-15)

Tabel 3 mendeskripsikan siswa berdasarkan skor plak gigi menunjukkan bahwa sebelum perlakuan Kelompok I berada pada kategori sangat buruk (54%) dan kelompok II 32 %. Setelah di berikan perlakuan post test, hasil menunjukkan bahwa 66% keolompok I berada pada kategori baik, sedangkan kelompok II sebesar 72 %

PostTest

Tabel 4.
Rerata dan Simpangan Baku nilai *pre-test* antar kelompok

Uraian	Kelompok	Rearata ± SD	t-hitung	p	Keterangan
Pengetahuan	I	60,71 ± 15,82	-0,540	0,591	Tidak Bermakna
	II	62,42 ± 15,92			
Sikap	I	34,78 ± 3,27	0,000	1,000	Tidak Bermakna
	II	34,78 ± 3,14			
Skor Plak Gigi (PHP-M)	I	44,38 ± 3,27	0,336	0,737	Tidak Bermakna
	II	43,70 ± 11,14			

Berdasarkan rangkuman hasil analisis pada tabel 5, maka dapat dideskripsikan sebagai berikut :

- Tidak terdapat perbedaan yang bermakna tentang pengetahuan kebersihan gigi dan mulut sebelum perlakuan (*pre-test*) antara kelompok I dan II yang ditunjukkan dengan $t_{hitung} = -0,540$ dan $p = 0,591$
- Tidak terdapat perbedaan yang bermakna sikap terhadap kebersihan gigi dan mulut sebelum perlakuan (*pre-test*) antara kelompok I dan II yang ditunjukkan dengan $t_{hitung} = 0,000$ dan $p = 1,000$

- Tidak terdapat perbedaan yang bermakna kebersihan gigi dan mulut sebelum perlakuan (*pre-test*) antara kelompok I dan II yang ditunjukkan dengan $t_{hitung} = -0,336$ dan $p = 0,737$ Hasil uji statistic ini membuktikan bahwa sebelum memberikan perlakuan dengan menggunakan media leaflet kedua kelompok tersebut tidak berbeda secara bermakna yang berarti kedua kelompok tersebut seimbang.

Tabel 5.
Rerata dan Simpangan Baku nilai *post-test* antar kelompok

Uraian	Kelompok	Rerata ± SD	t-hitung	p	Keterangan
Pengetahuan	I	75,71 ± 14,35	-5,306	0,000	Bermakna
	II	88,28 ± 8,63			
Sikap	I	39,60 ± 3,87	-13,543	0,000	Bermakna
	II	48,56 ± 2,61			
Skor Plak Gigi (PHP-M)	I	25,50 ± 6,64	0,346	0,730	Tidak Bermakna
	II	25,06 ± 6,05			

Berdasarkan rangkuman hasil analisis pada tabel 6, maka dapat dideskripsikan sebagai berikut :

- Terdapat perbedaan yang bermakna tentang pengetahuan kebersihan gigi dan mulut sebelum perlakuan (*pre-test*) antara kelompok I dan II yang ditunjukkan dengan $t_{hitung} = -5,306$ dan $p = 0,000$
- Terdapat perbedaan yang bermakna sikap terhadap kebersihan gigi dan mulut sebelum perlakuan (*pre-test*) antara kelompok I dan II

yang ditunjukkan dengan $t_{hitung} = -13,543$ dan $p = 0,000$

- Tidak terdapat perbedaan yang bermakna kebersihan gigi dan mulut sebelum perlakuan (*post-test*) antara kelompok I dan II yang ditunjukkan dengan $t_{hitung} = -0,346$ dan $p = 0,730$
Hasil uji statistic ini membuktikan bahwa sebelum memberikan perlakuan dengan menggunakan media leaflet kedua kelompok tersebut tidak berbeda secara bermakna yang berarti kedua kelompok tersebut seimbang.

Tabel 6.
Pengaruh penggunaan media leaflet sebelum perlakuan (*pre-test*) dan sesudah perlakuan (*post-test*) terhadap pengetahuan, sikap dan status kebersihan gigi dan mulut siswa sekolah dasar

Uraian	Kelompok	Rerata ± SD	F-hitung	p	Rerata ± SD	F-hitung	p	Ket
		<i>Pre-Test</i>			<i>Post-Test</i>			
Pengetahuan	I	60,71 ± 15,82	0,291	0,591*	75,71 ± 14,35	28,154	-	Bermakna
	II	62,42 ± 15,92			88,28 ± 8,63			
Sikap	I	34,78 ± 3,27	0,000	1,000*	39,60 ± 3,87	183,492	0,000**	Bermakna
	II	34,78 ± 3,14			48,56 ± 2,61			
Skor Plak Gigi (PHP-M)	I	44,38 ± 3,27	0,113	0,737*	25,50 ± 6,64	0,120	0,730*	Tidak Bermakna
	II	43,70 ± 11,14			25,06 ± 6,05			

Keterangan : * : tidak signifikan **: signifikan

Berdasarkan tabel rangkuman hasil analisis tersebut diatas dapat dideskripsikan sebagai berikut:

- Terdapat perbedaan yang bermakna dari penggunaan media leaflet terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap siswa tentang kebersihan gigi dan mulut (*pre-test* ke *post-test*) antara kelompok I dan II. Perbedaan tersebut bermakna secara statistic ($p=0,000$)

- Tidak terdapat perbedaan yang bermakna dari penggunaan media leaflet terhadap skor plak gigi (*pre-test* ke *post-test*) antara kelompok I dan II. Perbedaan tersebut bermakna secara statistic ($p=0,000$)

Berdasarkan hasil analisis seperti telah diuraikan diatas membuktikan bahwa intervensi pendidikan kesehatan gigi melalui media leaflet mampu meningkatkan pengetahuan dan sikap dan kebersihan gigi dan mulut pada siswa SD. Namun, secara statistic penggunaan media leaflet tidak terdapat perbedaaan yang bermakna antar kedua kelompok tentang kebersihan gigi dan mulut.

Pengetahuan Siswa SD tentang Kebersihan Gigi dan Mulut setelah Pendidikan kesehatan Gigi

Dari hasil penelitian menunjukkan terdapat perbedaan rerata skor pengetahuan pada *post-test* (setelah intervensi) antara kedua kelompok Sekolah Dasar dengan menggunakan media Leaflet, dimana rerata skor *post test* pengetahuan siswa SD Naikoten 1 lebih tinggi di bandingkan siswa SD Kuanino. Perbedaan bermakna secara signifikan ($p=0,000$) (tabel 5).

Hasil analisis peningkatan skors antar kelompok pada *pre-test – post-test* menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna peningkatan pengetahuan sesudah intervensi promosi kesehatan gigi dan mulut menggunakan media leaflet. Perbedaan ini secara statistic bermakna ($p=0,000$) dengan rerata peningkatan lebih tinggi pada kelompok SD Naikoten 1 dibandingkan dengan kelompok SD Kuanino (Tabel 6).

Perubahan peningkatan pengetahuan dalam penelitian ini terjadi karena responden diajak untuk memanfaatkan semua alat inderanya untuk mempelajari dan memahami materi kesehatan gigi melalui media leaflet, melalui tampilan gambar, sehingga tidak menimbulkan kebosanan responden, dapat menarik perhatian dan menimbulkan rangsangan untuk diikuti dan pemahaman yang komperhensif. Hal ini dapat dimengerti karena leaflet menyuguhkan materi secara ringkas dan dijelaskan secara singkat dan padat. Menurut Green dan Kreuter (1991), proses belajar yang melibatkan partisipasi aktif peserta akan memperoleh pengetahuan sebagai dasara perubahan perilaku yang lebih mantap dan akan bertahan lebih lama.

Pendidikan tentang kesehatan gigi dan mulut akan mendasari sikap yang mempengaruhi tindakan dan membentuk suatu perilaku seseorang dalam memelihara kebersihan mulut seseorang. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih bersifat menetap daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo,2007)

Sikap Siswa SD terhadap Kebersihan Gigi dan Mulut setelah Pendidikan kesehatan Gigi

Dari hasil penelitian menunjukkan terdapat perdaan rerata skor sikap pada *post-test* antara kedua kelompok Sekolah Dasar dengan menggunakan media Leaflet, dimana rerata skor sikap siswa SD Naikoten 1 lebih tinggi di bandingkan siswa SD Kuanino. Perbedaan bermakna secara signifikan ($p=0,000$) (tabel 5). Hasil ini membuktikan bahwa intervensi pendidikan kesehatan gigi melalui media leaflet dapat meningkatkan perubahan sikap siswa dalam menjaga kebersihan gigi dan mulut.

Hasil analisis peningkatan skors antar kelompok pada *pre-test – post-test* menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna peningkatan sikap sesudah intervensi pendidikan kesehatan gigi dan mulut menggunakan media leaflet. Perbedaan ini secara statistic bermakna ($p=0,000$) dengan rerata peningkatan lebih tinggi pada kelompok SD Naikoten 1 dibandingkan dengan kelompok SD Kuanino (Tabel 6).

Sturktur sikap terdiri dari tiga komponen yang saling menunjang yaitu *cognitive, affective dan conative*. Komponen *cognitive* tersebut merupakan kepercayaan individu terhadap yang berlaku atau benar bagi objek sikap yaitu tentang kebersihan gigi dan mulut. Komponen *affective* merupakan perasaan terhadap sesuatu yang berkaitan dengan emosi dalam menjaga kebersihan gigi dan mulut, sedangkan komponen perilaku atau komponenn *conative* dalam struktur sikap menunjukkan bagaimana perilaku atau kecenderungan berperilaku yang ada dalam diri seseorang berkaitan dengan objek sikap yang dihadapinya.

Pada suatu tingkatan sederhana, komponen *affective* dapat berarti sekedar suka atau tidak suka namun pada tingkat yang kompleks komponen *affective* dapat berarti adanya reaksi emosional seperti kecemasan (Thomas,1978). Dapat disimpulkan, sikap merupakan suatu kondisi mental yang relative menetap untuk merespon suatu objek atau perangsang tertentu yang mempunyai arti, baik bersifat positif, netral atau negative, mengenai aspek kongnisi, afeksi dan kecenderungan untuk bertindak. Hasil uji statistic tersebut didukung dengan proses intervensi pendidikan kesehatan ggii dan mulut dengan menggunakan media leaflet terhadap siswa sekolah dasar yang berjalan baik dan lancer sesuai dengan harapan.

Peningkatan nilai rerata sikap dalam penelitian ini menunjukkan adanya peningkatan

kepercayaan siswa terhadap pentingnya menjaga kebersihan gigi dan mulut. Tingginya kepercayaan siswa terhadap yang berlaku atau yang dianggap benar tentang pemeliharaan kebersihan gigi dan mulut, dipengaruhi oleh adanya peningkatan pengetahuan yang diperoleh melalui pendidikan kesehatan gigi dan mulut menggunakan media leaflet. Sebagaimana dikemukakan Green dkk., (1980) bahwa pengetahuan penting dalam menentukan sikap.

Status Kebersihan Gigi dan Mulut Siswa SD setelah Pendidikan kesehatan Gigi

Dari hasil penelitian menunjukkan tidak terdapat perbedaan rerata skor plak gigi pada *pre-test* dan *post-test* antara kedua kelompok Sekolah Dasar dengan menggunakan media Leaflet. Maka dapat disimpulkan bahwa intervensi promosi kesehatan gigi dan mulut melalui media leaflet tidak dapat menurunkan skor plak gigi. Secara statistik tidak ada perbedaan bermakna secara signifikan ($p > 0.05$) diantara kedua kelompok SD (tabel 5). Hal ini disebabkan siswa cenderung mengkonsumsi jajanan di lingkungan sekolah.

Menurut Dale (1969), penyampaian materi pendidikan yang hanya dengan kata-kata saja kurang efektif atau intensitasnya paling rendah. Oleh karena itu penyusunan alat peraga atau media pendidikan tersebut harus berdasarkan prinsip bahwa pengetahuan yang ada pada setiap manusia itu diterima melalui panca indera. Semakin banyak indera yang digunakan untuk menerima sesuatu maka semakin banyak dan semakin jelas pula pengertian dan pengetahuan yang diperoleh. Dengan perkataan lain, alat peraga ini dimaksudkan untuk menggerakkan indera sebanyak mungkin kepada suatu objek sehingga mempermudah persepsi (Notoatmodjo, 2007).

Berdasarkan hasil penelitian ini, maka kebiasaan memelihara kebersihan gigi dan mulut sebagai bentuk perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan mempengaruhi baik atau buruknya kebersihan gigi dan mulut, sehingga hal ini juga akan mempengaruhi angka karies dan penyakit penyangga gigi. Salah satu upaya yang perlu dilakukan untuk meningkatkan status kebersihan gigi dan mulut anak-anak SD (9-12 tahun) adalah dengan meningkatkan upaya promotif karena beberapa alasan, yaitu : 1) anak-anak dengan keadaan gigi dan mulut buruk akan mengganggu aktivitas sehari-hari dan belajar, 2) sekolah merupakan tempat yang efektif dan efisien untuk meningkatkan kesehatan, 3) pada masa anak-anak biasanya daya menerima akan lebih

baik, karena semakin dini kebiasaan didapatkan akan semakin lama dampaknya menetap, 4) masa sekolah merupakan masa anak-anak dan remaja, masa ini yang paling berpengaruh dalam kehidupan manusia (Sriyono, 2007).

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah dilakukan pada bab terdahulu, dapat disimpulkan bahwa promosi kesehatan gigi dan mulut dengan menggunakan media leaflet dapat meningkatkan secara bermakna pengetahuan, sikap dan kebersihan gigi dan mulut siswa SD.

Daftar Pustaka

- [1] Arsyad, A., 2006. Media Pembelajaran. Penerbit PT Rajagrafindo Persada, Jakarta.
- [2] Astoeti, T. E., Jenie, I., Kusnoto, J., 2003. Hubungan Perilaku Terhadap Kebersihan Gigi dan Mulut Murid-Murid SD Negeri Jakarta Penderita Gigi Berjejal, Jurnal Kedokteran Gigi Indonesia, Universitas Indonesia, 13 (3):164-167
- [3] Azwar, S., 2003; Sikap Manusia. Edisi kedua, cetakan ketujuh, Pustaka Pelajar, Yogyakarta
- [4] Budiharto, 2000. Perencanaan Pendidikan Kesehatan Gigi Melalui Pendekatan Analisis Komponen Yang Terlibat. Jurnal Kedokteran Gigi, Universitas Indonesia, 7 (3): 44-57
- [5] Feby A M, Sudargo T & Fatwa S.T. D., 2004. Pengaruh Media Ceramah, Liflet dan VCD dalam pencegahan Gangguan Akibat Kekurangan Iodium. Jurnal Berita Kedokteran Masyarakat. Vol. XX : 97-135
- [6] Herijulianti, Indriani, Artini., 2001, Pendidikan Kesehatan Gigi, EGC, Jakarta
- [7] Lucie, S., 2005, Tehnik Penyuluhan dan Pemberdayaan Masyarakat, Penerbit Ghalia Indonesia, Bogor.
- [8] Machfoedz I, Sutrisno E.S, & Santoso S, 2005 a. Pendidikan Kesehatan Bagian Dari Promosi Kesehatan Masyarakat. Penerbit Fitramaya, Yogyakarta.
- [9] Notoatmodjo S., 2007. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Penerbit Rineka Cipta, Jakarta.
- [10] Priyono, B., 1995, Pengaruh Tingkat Pendidikan dan Status Sosial Ekonomi Orang Tua Terhadap Sikap dan Kebersihan Gigi dan Mulut Anak-Anak Yang Pernah Menerima Program UKGS, Majalah Ilmiah

- Dies Natalis Edisi VII, FKG Universitas Gadjah Mada, 219-228
- [11] Sadiman, A.S., Raharjo, R., Haryono, A., & Rahardjito, 2003. *Media Pendidikan, Pengertian, Pengembangan dan Pemanfaatannya*. Pustekom adikbud dan PT. Raja Grafindo Persada, Jakarta.
 - [12] Sriyono, N.W., 2007, *Pengantar Ilmu Kedokteran Gigi Pencegahan*, Medika Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
 - [13] Suiraoaka, I.P., 2004, *Perancangan Media Promosi Kesehatan Pencegahan GAKI pada Anak SD di Daerah Endemik di Propinsi Bali*. *Berita Kedokteran Masyarakat XX* No. 02. program Pendidikan Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
 - [14] Suwelo, I.S., 1992, *Karies Gigi Pada Anak Dengan Pelbagai Faktor Etiologi*, EGC, Jakarta.